

ИЗ ФОНДОВ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ БИБЛИОТЕКИ

Сосланд, Александр Иосифович

1. Теоретические основы построения
психотерапевтического метода

1.1. Российская государственная библиотека

Сосланд, Александр Иосифович

Теоретические основы построения
психотерапевтического метода [Электронный
ресурс]: Дис. канд. психол. наук : 19.00.01
.-М.: РГБ, 2003 (Из фондов Российской
Государственной библиотеки)

Общая психология, история психологии

Полный текст:

<http://diss.rsl.ru/diss/03/0001/030001030.pdf>

Текст воспроизводится по экземпляру,
находящемуся в фонде РГБ:

Сосланд, Александр Иосифович

Теоретические основы построения
психотерапевтического метода

М. 2000

Российская государственная библиотека, 2003
год (электронный текст) .

61:01-19/179-4¹

На правах рукописи

Сосланд Александр Иосифович

«Теоретические основы построения психотерапевтического метода»,

Специальность: 19.00.01 - общая психология,
история психологии

Научный руководитель
кандидат психологических наук,
профессор Ф. Е. Василюк

Диссертация

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук.

Москва 2000

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Развитие психотерапии все в большей степени выводит ее из сферы чисто медицинского знания и все в большей степени делает ее частью психологического знания. С другой стороны, растет значение психотерапии как одного из источников развития общей психологии, особенно психологии личности. Психотерапия во все большей степени складывается как знание о психологии человека в условиях психотерапевтической ситуации. Множество психологических направлений и теорий использовали психотерапевтический подход как способ исследования психологии личности. При этом важно отметить, что психотерапия как область знания развивалась не как единая наука, а как конгломерат различных направлений, школ, существующих относительно замкнуто по отношению друг к другу. Сходную кризисную ситуацию применительно к общей психологии проанализировал еще Л. С. Выготский в своей работе «Исторический смысл психологического кризиса»: «...В психологии, - писал он, - происходит не борьба воззрений, которые можно привести к соглашению и которые уже объединены общностью врага и цели; даже не борьба течений или направлений в одной науке, а борьба разных наук. Есть много психологий – это значит: борются различные, взаимноисключающие друг друга типы науки» (Выготский, 1982, с. 374).

Существует очевидный дефицит целостного изучения фундаментальной методологической структуры целой области научного знания. Попытки описать общую структуру психотерапии до сегодняшнего дня носили неполный характер. Они ограничивались в основном описанием так называемых действенных факторов (Wirksamkeitsfaktoren) (К. Grawe). До сих пор не существует фундаментальных исследований, в которых последовательно и относительно полно разбиралась бы структура теорий и техник различных психотерапевтических школ. Безусловно актуальной задачей является формирование общепсихологического понятийного аппарата для описания психотерапевтического знания. Недостаток трудов, рассматривающих психотерапию, как целостную дисциплину с общепсихологических позиций и обусловил актуальность данного исследования.

Цель исследования: Выделение структурных основ построения теорий и техник различных методов в психотерапии и анализ психологических закономерностей, лежащих

в их основе, и – на основе этого – создание основы для последовательной и полной компаративистики (сравнительного анализа) различных психотерапевтических методов.

Гипотезы исследования. 1) Теории и техники различных психотерапевтических методов имеют общую структурную основу. 2) Структура различных психотерапевтических методов может быть описана посредством общего метаязыка. 3) В основе формирования основных психотерапевтических методов лежат закономерности, обусловленные психотерапевтической ситуацией самой по себе, а кроме того, обусловленные культурным контекстом и другими «внепсихотерапевтическими» факторами.

Задачи исследования:

1. Анализ состояния проблемы структурной теории психотерапии в современной психологической и психотерапевтической литературе.
2. Анализ закономерностей динамики развития различных форм и видов психотерапии, а также психотерапии, как целостного знания.
3. Анализ сходства и различия в структуре различных психотерапевтических методов.
4. Создание специального терминологического аппарата для описания психотерапевтического метода.
5. Описание взаимосвязей между различными составными частями теорий и техник психотерапевтических школ.
6. Формирование нового понимания психотерапии как некоего единого целого.

Научная новизна: Впервые описывается метаструктура психотерапии как единой целостной дисциплины с общепсихологических позиций. Разбираются методологические основы формирования психотерапевтического метода. Определяется взаимосвязь между различными элементами теории и техники. Рассматриваются механизмы влияния составных элементов теории на психотерапевтические стратегии. Описание метаструктуры позволяет осуществить методологический анализ любого психотерапевтического метода.

Методологическая основа исследования. В основу нашей работы положены принципы исследования научных школ в психологии. Концепция кризиса психологической науки Л. С. Выготского, анализ динамики развития научных школ А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского), Используются принципы структурного анализа В. Я. Проппа, Р. Барта, А. К. Жолковского, Ю.К. Щеглова, и т.д., а также - классическая историко-научоведческая теория Т. Куна.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что оно позволяет описать структурную основу психотерапевтических методов, предлагает язык для этого описания,

вносит вклад в понимание сущности и природы психотерапевтического воздействия, как психологически и культурно детерминированного процесса. Исследование позволяет также определить значение отдельных составных частей в структуре целостного психотерапевтического знания.

Практическая значимость исследования. Состоит в разработке понятийного аппарата, описывающего возможности построения психотерапевтического метода. Предложенный понятийно-концептуальный аппарат может быть использован практическими психотерапевтами в создании структуры различных психотерапевтических методов, равно как и при проектировании конкретных психотерапевтических стратегий. Исследованный концептуальный аппарат с наибольшей пользой применим в процессе преподавания психотерапии. Его использование дает возможность обучающимся проследить общие закономерности в структуре различных методов.

На защиту выносятся:

1. Модель исторического развития психотерапевтического знания, как многомерного процесса, обусловленного культурными и психологическими факторами.
2. Модель структуры теории психотерапевтического метода с описанием и анализом элементов синхронической (статической) и диахронической (динамической) частей.
3. Модель структуры техники психотерапевтического метода с описанием и анализом отдельных элементов.

Глава 1. ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ПРЕДМЕТ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Перед исследователем, который хотел бы разобраться с историческими закономерностями развития психотерапевтического знания, стоят известные трудности. Они связаны с относительной краткостью временного отрезка, в рамках которого психотерапия развивалась, как самостоятельная дисциплина. Речь идет о двух столетиях (если вести отсчет истории психотерапии от Ф. А. Месмера) или даже об одном столетии (если вести отсчет от З. Фрейда). Естественное следствие таких обстоятельств - относительная бедность эмпирического материала, ибо, несмотря на обилие методов, направлений, школ и т.п., немногие из них имеют реально "богатую" историю. Немногие проделали путь с ясно ограниченными этапами, путь, достаточный для того, чтобы можно было говорить о закономерностях развития психотерапии.

Несмотря на определенную моральную устарелость моделей, предложенных, в свое время А. Тойнби для описания динамики общественно-культурных формаций, их определенное достоинство заключается как раз в том, что они имеют непосредственное отношение к жизни упомянутых желаний. В этом смысле интересной является, в частности, модель вызов - ответ, по поводу которой А. Тойнби пишет так: "...можно сказать, что функция "внешнего фактора" заключается в том, чтобы превратить "внутренний творческий импульс" в постоянный стимул, способствующий реализации потенциально возможных творческих вариаций" (А. Тойнби, 1991, с. 108). Таким образом, модель вызов - ответ подводит нас к проблеме воздействия внешнего фактора на развитие психотерапии.

Эта модель, надо сказать, функционирует не только в крупном историко-идеологическом пространстве. Она так или иначе включена в любое восприятие текста, о чем мы читаем, к примеру, у М. М. Бахтина: "...Всякое реальное целостное понимание активно ответно и является не чем иным, как начальной подготовительной стадией ответа (в какой бы форме он ни осуществлялся). И сам говорящий установлен именно на такое активное ответное понимание: он ждет не пассивного понимания, так сказать только дублирующего его мысль в чужой голове, но ответа, согласия сочувствия, возражения, исполнения и т.д." (М. М. Бахтин, 1979, с. 247).

И в самом деле, даже самое приблизительное знакомство с историей психотерапии позволяет нам утверждать, что она является в высшей степени открытой наукой, весьма сильно подверженной влияниям извне. Эти влияния оказывают на нее решающее воздействие, определяющее лицо, внутреннюю суть и своеобразие. Клиническая психиатрия, на которую психотерапевтам все время приходится оглядываться, будучи естественнонаучной дисциплиной, получает стимулы для своего развития из других естественных наук (физиологии, биохимии, фармакологии). Психотерапия, относящаяся, безусловно, к разряду гуманитарных наук ("наук о духе", по В. Дильтею), получает "свой" стимулы, соответственно, из гуманитарной сферы. Это могут быть стимулы от философских, мировоззренческих систем, социологии, филологии. Это могут быть импульсы, исходящие из различных сфер искусства. Наконец, что, на наш взгляд, очень важно, на психотерапию может влиять современная социально-общественная ситуация, так сказать "дух времени". Именно здесь берут свое начало многочисленные вызовы, берущие на себя функцию "внешнего фактора".

Примеров здесь множество. Давно уже общим местом стало мнение (совершенно правдоподобное), что переоценка З. Фрейдом значения сексуальности в этиологии и патогенезе неврозов явилась ответом на чрезмерность моральных запретов культуры

Викторианского общества второй половины XIX века. Разумеется, для самого создателя психоанализа так называемая подавленная сексуальность выглядела эмпирической реальностью его клинической практики. С другой стороны, клиническая практика предоставляла в его распоряжение множество других элементов реальности, предооставлявших другие возможности для интерпретационной стратегии. Выбор вызова, как мы видим, совершается в рамках определенной свободы.

Совершенно ясно, что клиническая реальность для психотерапевта является транслятором реальностей другого порядка. Усмотрение этих реальностей (социобиологических, экзистенциальных и т.д.) всякий раз приводило к созданию новой теории. Ответ на выбранный внеклинический вызов приводит к конструированию теории патогенеза, в котором задействованы соответственно внеклинические факторы, существенно расширяет идеологические возможности создателя метода, создает возможность для ставшего неизменным фактором терапевтической жизни выхода за пределы собственно психотерапевтического обихода. Поиск вызова, таким образом, является делом коренных интересов терапевта. Свобода выбора в этой предполагает, разумеется, что иные вызовы могут игнорироваться в пользу такого, ответ на который предоставляет возможность выхода за пределы собственно терапии, ибо, как мы увидим ниже, это открывает множество возможностей, которыми разумнее не пренебрегать. Как известно, ещё один "внешний фактор", повлиявший на классический психоанализ - мир идей "философии жизни" (Шопенгауэр, Ницше, Бергсон и т.д.). Влияние его сказалось, в частности, в том, что в психоанализе было сконструировано представление о человеке, как о носителе неосознаваемых им влечений, препятствия на пути которых и приводили к возникновению различной патологии.

Другой источник влияния извне - это разного рода культурные практики, которые порой целиком заимствовались психотерапевтами для их нужд, и, после незначительной перекройки, употреблялись в дело. Тут достаточно вспомнить о психодраме и о разнообразных видах арттерапии. Другой пример - религиозные практики. Влияние аскетических ритуальных практик йоги на создание различных систем саморегуляции общеизвестно. Как мы видим, искомый вызов может относиться как к сфере теории, идеологии психотерапевта, так и собственно к терапевтической технике.

Отношение к реальности как к "вместилищу вызовов" предполагает активное, "ищущее", скажем даже, хищное всматривание в психотерапевтическое пространство и за его пределы. Осознание своих желаний, безусловно, должно этому всматриванию предшествовать. Скажем сразу, что именно осознанию психотерапевтами своих желаний и посвящено в первую очередь наше исследование. Чтобы поиск желанного вызова

осуществлялся целенаправленно, самое время выделить два типа вызова, существующих в культурном пространстве, отличающихся друг от друга, так сказать, манерой "вызывать".

Вызов-пример или положительный вызов заключается в том, что во внепсихотерапевтическом пространстве появляется (или пребывает там долгое время) некое явление, которое может оказаться сподручным или просто привлекательным в смысле использования его в психотерапевтической теории или технике. Это может быть как некая идеология, привлекательная наличием в ней скрытой медицинской модели. Как сказал по этому поводу Л. Витгенштейн: "Философ лечит вопрос: как болезнь" (Л. Витгенштейн, 1994, с. 174). Ясно, что философия жизни и экзистенциализм, о которых шла речь выше оказались привлекательны для психотерапевтов именно в силу того, что в них имплицитно содержится такая модель.

Адекватный ответ на вызов-пример это ответ-подражание, назовем его миметический ответ. Сочиняющий терапевтический метод автор первоначально заимствует основные положения или черты вызова-примера и, подгоняя их под обстоятельства своей практики и под собственный опыт, конструктивно подражая, дает таким образом ответ с большим или меньшим успехом.

С другой стороны, мы всегда имеем дело с тем, что можно обозначить, как вызов-проблема или негативный вызов, причем он может помещаться как во внутри- так и внепсихотерапевтическом пространстве. Это явление, если оно существует вне психотерапевтического знания, чаще всего связано особенно тесно с ситуацией и структурой культурного пространства. Оно, это вызывающее, может оказывать тем или иным способом отрицательное влияние на современное ему сознание в целом, так что клиническая реальность неизбежно будет это влияние так или иначе транслировать. Школьная теория неизбежно фиксирует некую глобальную психогению, тотальную вредность, исходящую от общества в целом и отрицательные последствия действия этой вредности обнаруживает у попадающих в поле их зрения пациентов. Приводившийся выше пример с "антиэротической" культурой Викторианской эпохи и ответным фрейдовским "пансексуализмом" демонстрирует это отчетливо. Вообще же можно сказать, что поиск и обнаружение "патогенных" факторов в культуре и обществе - надежный источник для сочинителей психотерапий.

Негативный вызов может, что очень важно, помещаться и внутри профессионального психотерапевтического пространства. Тот же Фрейд, разработав и распространив психоанализ, явившийся ответом на господство гипноза и рациональной психотерапии, в свою очередь, создал множество вызовов для целого ряда позднейших исследователей. Как "вызывающие" были расценены свойственные психоанализу

"позитивизм", "редукционизм", "пансексуализм", "биологизаторство", но при этом, с другой стороны "ненаучность", "радикализм", т.е. "просчеты" прямо противоположного характера. Это - в сфере метапсихологии. В том, что касается техники, разными авторами сочли вызывающими для себя известную терапевтическую пассивность, а также обращенность содержательной части анализа в прошлое наряду с игнорированием аспекта "здесь и сейчас", эмоциональную нейтральность, как это было, например, в случае Ш. Ференци, предложившим в качестве ответа активную аналитическую технику (Ferenczi, 1921).

Перечислить всех, кто воспринял фрейдовские построения, как негативный вызов и попытался дать на него ответ, это значит, в сущности, описать почти всю послефрейдовскую историю психотерапии. Интересно отметить, что психоанализ и по сей день остается тем пунктом, от которого отталкиваются создатели новых концепций, начинающие зачастую описание своих построений с критики именно классического психоанализа. Тут с самых, казалось бы, разных позиций сходятся в одной точке К. Г. Юнг и К. Роджерс, Д. Гриндер с Р. Бэндлером и К. Хорни, Дж. Вольпе и А. Бек (список легко продолжить). Совершенно ясно, что кроме Фрейда с последователями никто пока не создал в психотерапии столь значительного негативного вызова для множества деятельных "ответчиков". Вполне естественный вопрос в этой связи, почему, дескать, другие школы не вызывают такой сильной реакции отторжения? Очень легкомысленным ответом здесь был бы тот, что объяснял это обстоятельство их, скажем так, достоинствами.

Заслуга классического психоанализа заключается в том, что это была действительно первая психотерапевтическая школа, объединившая в своей структуре теорию, метод и институциональную структуру. Фрейд, кроме того, первым показал то, что автор, сочинивший привлекательную психотерапию, оказывается на пике идеологического и харизматического влияния. Первотолчок в эволюции психотерапии придал всей дисциплине вполне очерченные формы, а именно - формы изолированной школы со всеми вытекающими отсюда последствиями. С тех пор история психотерапии осознает себя, как постоянная реализация желаний психотерапевтов создавать новые методы и строить вокруг них школы. Персонаж этой истории - именно создатель такого идеологически-организационной конструкции.

Так получается, что знакомство с новым, невиданным ранее типом состояний не приводит не приводит к ситуации, когда старые объясняющие модели и, соответственно терапевтические процедуры не действуют. Такая ситуация возникает, скорее при смене культурной ситуации. К примеру, обстоятельством меняющим восприятие реальности

психотерапевтической практики и, соответственно, создающей определенной вызов, может стать миграция терапевтов (чаще всего это - э-миграция, вспомним массовый переезд в США спасавшихся от нацизма европейских аналитических терапевтов). Дело оборачивается так, что на новом месте, в условиях иного культурного контекста, он встречается с новыми типами патологии, что само по себе заставляет его менять свое терапевтическое мышление и поведение. Да, собственно, просто меняющаяся сама по себе ситуация в мире, где терапевт сталкивается со своими пациентами, требует внимания к новым "вызывающим" возможностям.

Модель вызова-ответа частично перекликается с предложенной Т. Куном схемой аномалия - кризис - открытие (Т. Кун, 1977). С точки зрения психотерапевта - автора нового метода - подобная схема представляется наиболее адекватной моделью, обосновывающей закономерность его открытия. С его позиций дело обстоит так: он столкнулся с неким новым патологическим феноменом, или с тем, что старый метод (которым он пользовался на момент грядущего открытия) не действует как по отношению к новому феномену, так и к уже известным. Он пробует новый подход (или сочиняет новое объяснение). Это оказывается правдоподобным и действенным, после чего он исподволь переводит это открытие в ранг новой методики, теории и т.д. Однако здесь, в отличие от естественных наук (для которых и была создана схема Т. Куна), мы не можем говорить об однозначной связи между «аномалией» и открытием.

Ученый-естественник, наблюдая аномальное явление, предлагает объективно-научный способ его интерпретации, верифицируемый, а, главное, надежно воспроизводимый в идентичных условиях. Например, определенный металл, погруженный в определенную кислоту, будет при той же температуре и тех же соотношениях ингредиентов давать всякий раз то же самое количество соли, замещая катионы водорода и вступая в соединение с анионами кислоты. Такого рода исследования применительно к психотерапии немыслимы. Мы не располагаем возможностями ни проверить надежно справедливость предлагаемых объясняющих концепций, ни методиками позволяющими сравнивать эффективность психотерапевтических техник.

"Научная революция" в психотерапии никогда не приводит к радикальной смене научной парадигмы, как это, по идеям Т.Куна, происходит в естественных науках. Новая парадигма не становится господствующей, реально осуществляется только перераспределение сфер влияния.

Скорее всего, психотерапевтическая новизна скорее близка новизне художественной, когда автор свободно отзывается на изменения "духовной ситуации эпохи"; она далеко отстоит от новизны научной, которая сформирована логикой научного

доказательства, где намного меньше места произволу личности исследователя, озабоченного реализацией собственных интересов.

Как уже сказано, психотерапевт свободен как в выборе вызова, так и в сочинении ответа. В сущности все что угодно вне психотерапии как и внутри неё он волен использовать как повод для сочинения школьной теории или техники. Такое соображение может радикально поменять прагматику психотерапевтического текста, то есть способ взаимоотношений между читателем и автором. Если обычно автор излагал собственный метод, предлагая как-бы ему следовать, то другой, новый автор может предложить разумному читателю сформировать свой школьный дискурс и, по меньшей мере, уподобиться первому типу автора, что само по себе уже очень неплохо.

Другая известная историческая модель зарождение - расцвет - упадок в разных редакциях встречается во многих работах, посвященных истории цивилизации (А. Тойнби, О. Шпенглер, Л. Н. Гумилев и др.). Предполагается, что каждая культура прodelывает на своем пути определенные стадии: начальное формирование ее существенных черт, дальнейшее их развитие до некоего оптимального состояния, после чего наступает упадок, деградация, и т.д. На наш взгляд, несомненный подтекст такого взгляда на вещи - в наложении временных ограничений на жизнь желаний.

Как мы говорили уже, история психотерапии относительно коротка, и пока говорить о полностью завершенных циклах процесса развития того или иного направления трудно. Однако нет причин не уподобить психотерапевтические школы целостным культурно-историческим образованиям, имеющим свои стадии и циклы развития и посмотреть, что здесь у нас получится.

История психотерапии - как уже сказано - история независимо друг от друга развивающихся школ, замкнутых в себе направлений. Психотерапия никогда не существовала как единая, целостная наука. Такое же положение дел сохраняется на сегодняшний день. Проекты, заявляющие себя как "эkleктические", "синтетические" и т.д. тоже фиксируют это вполне определенное положение дел, поскольку отталкиваются от фундаментальной реальности психотерапевтической жизни - школьной множественности. Школа формируется, по меткому наблюдению К. Ясперса, "как секта, группируясь вокруг глубоко почитаемого учителя" (К. Jaspers, 1973, S.685). Далее, разрастаясь вглубь и вширь, метод обрastaет новообращенными последователями. Он превращается в крупную сборку, достигая в удачных случаях размеров транснациональной империи с ассоциациями, обучающими учреждениями, печатными органами во многих странах. Видимо, этот период и следует считать аналогом эпохи расцвета той или иной культуры,

как это описывается в известных текстах, посвященных истории цивилизации (А. Тойнби, О. Шпенглер, К. Леонтьев и т.д.).

Этот период отмечен интенсивными процессами экспансии, которая происходит одновременно в разных направлениях. Распространение учения, его, стремящееся к тотальности, проникновение в различные профессиональные, идеологические и т.д. пространства осуществляется разными путями. Одним из этих путей является проблемно-клинический. Обычно дело обстоит таким образом, что определенный метод разрабатывается применительно к одному какому-нибудь кругу клинических проблем. Впоследствии этот круг может быть расширен, и таким образом, завоевывая для себя все новые клинические или проблемные сферы, он приобретает в конце концов характер некоей панацеи, становясь в большей или меньшей степени универсальным. Пример - все тот же психоанализ, поначалу применявшийся в случаях, которые Фрейд расценивал как "невроты" (проблема реальной диагностики этих случаев является весьма непростой), более конкретно - "истерия" и "неврот навязчивых состояний". Фрейд, как известно, предостерегал от использования анализа при психозах, хотя и не исключал этого в принципе (З.Фрейд, 1991, с. 54). Впоследствии это ограничение было снято и психоаналитическое направление в терапии шизофрении обрело множество последователей (см., например, А.Холмогорова, 1993).

О возможности такого пути в развитии метода и формировании школы, о проблемно-клинической экспансии ни в коем случае не следует забывать. Даже если обстоятельства сложились так, что в поле зрения попадают пациенты только одного круга и типа, ограничивать сферу применения метода в условиях сложности экспериментальной экспертизы по меньшей мере неразумно. Всякая психотерапия, по известному выражению, "лучше, чем ничего". Хорошо известно, что разумные терапевты берутся за все, что им попадает под руку, избегая, может быть только случаев с заранее безнадежным прогнозом. В огромном большинстве случаев противопоказания для применения отдельного метода совпадают с противопоказаниями для применения психотерапии вообще. Однако этими противопоказаниями чаще всего стремятся так или иначе пренебрегать. Политика, направленная на сужение объема применения метода никак не совместима с практикуемой повсеместно тенденцией расширения показаний для применения отдельной терапии. Расширенное таким образом пространство предназначено для того, чтобы быть заполненным "грандиозным Я" терапевта.

Второй путь экспансии можно обозначить как патографический. Выросшая из классических биографических дискурсов, патография исследует, каким образом психопатологическое встраивается в структуру жизненного мира. Традиционно значение

термина патография связано с известным жанром жизнеописаний исторических личностей с психиатрической точки зрения. Это жанр сформировался во второй половине XIX века и несомненно связан так или иначе с интеллектуальной модой того времени - противопоставлением "героя и толпы" в духе Т.Карлейля и др. В целом это направление исследований длительное время было очень распространенным среди как клинических, так и глубиннопсихологически ориентированных авторов (см. W.Lange-Eichbaum, 1928).

Однако, следовало бы иметь ввиду и расширенное понимание патографии. По нашему убеждению, патографией следует считать любое усмотрение, описание и анализ психопатологических и патопсихологических феноменов за пределами собственно психиатрической и психотерапевтической деятельности. "За пределами", - то есть в таких областях, как культура, искусство, наука, религия, история, общественная жизнь.

Объем патографического так сказать "вмешательства" может быть разным - от развернутой психиатрической биографии в духе П.Мебиуса до даваемой похода психиатрической оценки бытового поведения. Совершенно ясно, что "патографическое поведение" обеспечивает интересы влияния как психиатра, так и психолога далеко за пределами, ограниченными рамками профессионального обихода.

Как клинические психиатры, начиная с Ч. Ломброзо, так и ориентированные глубиннопсихологически исследователи, начиная с З.Фрейда, весьма охотно исследовали области, которые, на первый взгляд, лежат далеко от сферы их непосредственных профессиональных интересов. Описывались душевные расстройства известных личностей из мира культуры и политики, связь расстройств с биографией описываемого персонажа. Все культурные практики (литература, искусство) встраивались таким образом в психопатологические дискурсы.

С другой стороны, внутри патографического проекта, произведения искусства исследовались на предмет наличия "патологических" механизмов, содержание и форма, образный строй изучались в зависимости от патологических особенностей биографии и личности их автора. Без преувеличения можно сказать, что почти каждое направление в психотерапии создает собственную патографию или, во всяком случае, проявляет склонность к ее созданию. Очевиден также и обратный процесс, когда, обращаясь к дискурсам, порождаемым в контексте художественной культуры, создатели психотерапий заимствуют оттуда материал для метафор, помогающих наглядно обозначить структуру и механизм патологического феномена или способ воздействия на них (пример в отношении метапсихологической метафоры - Эдипов комплекс, пример в отношении способа воздействия - психодрама). Что касается, например, юнгианской аналитической

психологии, то здесь вообще трудно найти грань, где, собственно, кончается метапсихологический дискурс и начинается патографический, и наоборот.

Другой источник формирования патографической традиции - этнографические экскурсии в исследование культур примитивных народов, идущие от психоанализа. Расширение идеологического пространства совпадает здесь с расширением пространства географического и создает здесь, без сомнения, очень привлекательную перспективу.

Другой аспект экспансии мы можем обозначить как доктринальный. Общим местом стало известное утверждение, что, например, психоанализ превратился из специального лечебного метода в мировоззренческую систему. В сущности, более адекватным термином будет доктринальное расширение, ибо речь идет не столько о захвате чужих идеологических пространств, сколько о тенденции внутреннего роста или инкорпорирования метафизических дискурсов в психотерапевтические. Таким образом, дискурсы, изначально обслуживавшие клинико-терапевтические потребности, легко разрастаются до размеров, позволяющих им обрабатывать несравненно более крупные идеологические пространства и т.д. В общем-то, в основном на примере развития классического психоанализа мы этот вариант школьной динамики и видим достаточно отчетливо, ибо авторы всех позднейших методов приобрели таким образом возможность начать не с лечебного метода как такового, а с развитой метапсихологической доктрины, и в этом одна из многочисленных исторических заслуг психоанализа.

Создатели экзистенциальной психотерапии, например, даже и не пытались скрыть влияние "внетерапевтического" философского дискурса на их метапсихологию и практику, а прямо взяли и построили у себя все на основе заимствований из этого дискурса. Тут можно также поделиться наблюдением, что даже те терапевты, что ограничиваются исключительно техническими процедурами, стремятся в что бы то ни стало спроектировать для своих методов некие глобальные контексты. Так, приходится слышать от тех, кто занимается гипнозом о некоем особом значении гипноза, который, мол, конечно, не является только лишь тривиальной лечебной процедурой, но есть нечто такое, что свойственно человеческой коммуникации вообще. По их словам, гипноз, дескать, есть некое универсальное состояние, основа на пути к социальной гармонии, творческой самореализации личности и т.п. (есть серьезное подозрение, что существуют и тексты в таком духе).

Доктринальное расширение может происходить параллельно патографической и клинической экспансии, и тогда, видимо, они имеют взаимообогащающий характер. Отличие здесь в том, что клиническая и патографическая экспансии имеют прикладной характер, в то время как доктринальная - фундаментальный, расширяющий

пространственный объем учения не засчет завоевания новых пространств, а засчет углубления и обогащения собственной концептуальной структуры.

Помимо всего вышеописанного самым внешне заметным феноменом эволюции психотерапевтического направления является институционально-организационная экспансия. Любое психотерапевтическое учение, подобно религиозной секте деятельно стремится расширить свое влияние в мире, рекрутируя все новых и новых последователей, создавая все больше и больше исследовательских и обучающих центров по всему миру, расширяя свой информационный поток через периодические издания, монографии, средства массовой информации. В конце концов мы получаем из первоначально ограниченного терапевтического метода, вокруг которого образовалась группа единомышленников, крупную транснациональную институциональную империю. Желания психотерапевтов, как впрочем и всех других, стремятся к выходу за все мыслимые пределы и поэтому ясно, что каждое новое изобретение может стать поводом для распространения его повсеместно.

Другой важное дело эпохи расцвета - формирование и распространение нарратива "легенды" той или иной школы. Этот нарратив конструируется всегда вокруг личности создателя метода, являясь определенным соблазном для всего последующего психотерапевтического сообщества. Легенда оказывает решающее влияние на создание образа метода, и именно этот образ в итоге определяет привлекательность метода. Школьный "апокриф" начинается с повествования о раннем героическом периоде борьбы. "Зажигание" в моторе школьной машины желания включается агрессией против предыдущей терапевтической системы, натурально, препятствовавшей будущему отцу-основателю в утверждении нового метода, исключительно эффективного по сравнению с предшествующими. Неизбежной частью такого нарратива является повествование о чудесных исцелениях, демонстрирующих, понятно, историческую необходимость совершенного открытия, равно как и победоносная борьба с консервативным окружением. Повествование разворачивается в направлении от чудесных исцелений - к процессу широкой экспансии по всем описанным направлениям.

Следующий этап в существовании психотерапевтической школы, неизбежно следующий за расцветно-экспансионистской эпохой, мы можем обозначить как инфляция. Его, понятное дело, легче всего проследить там, где экспансия носила наиболее активный и динамичный характер. Этот этап упадка характеризуется осознанием морального устарелости некоего направления и сопровождается утерей к нему интереса, отходом от него последователей и т.д. Относительную утрату интереса к психоанализу можно пронаблюдать по многочисленным публикациям (Liebert R., 1979; Fromm E., 1970). То же

самое, произошло, в сущности с классическим гипнозом. В период первой половины XX века наблюдается отчетливое снижение интереса к нему по сравнению с эпохой расцвета в конце XIX века - т.н. "золотого века" гипноза. Что касается других направлений, то, как уже было сказано выше, они и существуют-то не такое уж и длительное время, чтобы проследить на их примерах все этапы взлетов и падений. Однако даже если в определенный период какая-нибудь школа переживает период расширения своего институционального пространства, надо понимать, что этот процесс обратим. Именно отсутствие четких критериев, которые давали бы возможность предпочесть один метод другому делает историю психотерапии историей гуманитарной науки. Сдвиги в истории психотерапии аналогичны изменениям в истории литературы, смене ведущих литературных стилей. Моды на методы сменяют друг друга подобно тому, как в свое время классицизм в русской литературе был вытеснен сентиментализмом и далее - романтизмом, или эпоха символизма сменилась акмеизмом, модернизм - постмодернизмом. Смена типов и стилей актуальных философских и иных культурных дискурсов оказывает на сдвиги в психотерапевтическом мышлении прямое и отчетливое влияние. Так что, на самом деле, вести речь можно только о моральном устарении метода.

Моральное утомление связано также с выходом школьных методов за пределы профессионального обихода. Идеи психотерапевтической школы, обретая определенный резонанс за пределами профессионального сообщества, могут вследствие этого оказывать скорее общественно-профилактическое воздействие. Приходя к психотерапевту, пациент может многое знать как о своих "неврозах" и "комплексах", так и методах борьбы с ними. Борьба с "дилетантским" психоанализом (Laienanalyse) стала проблемой еще для Фрейда. Усилия создателей метода и их последователей по распространению их детища в итоге могут обернуться против них самих.

В отдельных случаях влияние психотерапевтической школы настолько велико, что может оказывать серьезное воздействие на изменение сознания общества в целом, на отдельные черты культуры вообще. Дискурсы, порожденные в обстановке врачебного кабинета, порой превращаются в лозунги общественных движений или становятся основой повсеместно распространенных практик. Эти движения, в свою очередь, инициируют определенные сдвиги в общественном сознании. Происходящие сдвиги, хотя бы отчасти, снимают с повестки дня те обстоятельства, которые в свое время сформировавшие вызов, ответом на который и было создание того или иного метода. В частности, психоанализ был одной из основных инициирующе-движущих сил так называемой сексуальной революции. Ее победа, ее углубление и распространение в значительной степени ослабило систему запретов в сфере официальных практик

ограничения "пользования удовольствиями". Предполагается, что этот сдвиг, конечно же, не мог не сказаться на состоянии психического здоровья общества, которое так или иначе испытало на себе последствия этой революции.

Другой пример: идеология гуманистической психологии, в значительной степени отвечавшая на вызов "дегуманизации" индустриального общества. Получив широкое распространение, в частности, на волне группового движения, она оказала существенное влияние на стиль жизни в развитых индустриальных странах. Породивший ее вызов, был тем самым, по меньшей мере, смягчен.

Здесь важно оговориться, что процесс инфляции в большинстве случаев не ведет к полному исчезновению крупного психотерапевтического направления, или, во всяком случае, этого пока не происходило до сих пор. С другой стороны, это, видимо, связано с относительной непродолжительностью наблюдаемого периода. Последствия инфляции проявляются лишь уменьшением влияния в профессиональном сообществе, ослаблением рыночных позиций, но не полным исчезновением.

Весьма важный аспект инфляции имеет отношение к влиянию личности создателя метода, отца-основателя школы. Образ метода, его привлекательность находятся в прямой связи со школьной мифологией, которая конструируется вокруг биографии сочинителя этого метода. Вполне естественно, что с его отходом от дел или уходом из жизни, влияние метода неизбежно ослабевает (подробнее об этом - в главе о роли харизматической личности в психотерапии). Заметим, в сущности, нет ничего нового в соображениях о том, что то в ходе исторического процесса один какой-то феномен сходит с исторической сцены и теснится, а то и просто заменяется другим. Проблема, на наш взгляд, заключается в том, что школьные психотерапевты чаще всего не желают принимать во внимание этот фактор "моральной усталости" своего метода, относясь к нему как к внеисторически существующей и неизменно актуальной, не подверженной никакому износу, универсально действенной практике.

Кроме того, помимо "когда", вне всяких сомнений очень важен вопрос "где". Невозможно представить себе, что одна и та же психотерапия будет одинаково востребована в странах с различными культурами и историческим опытом. Вслед за А.Тойнби (А.Тойнби, 1991) следует обратить внимание на еще одну историческую модель, а именно *уход - возврат*. Какой бы сильной инфляции не подвергалось то или иное учение, все равно всегда есть надежда на то, что оно не совсем уйдет прочь с исторической сцены, но пробыв некоторое время в тени, в состоянии относительного забвения, вернется и даже расцветет опять. Возврат может произойти без существенной коррекции когда-то провозглашенных принципов или сопровождаться

определенными видоизменениями по сравнению с тем, что было когда-то в эпоху первоначального расцвета и заката. Гипноз, отодвинутый в сторону глубиннопсихологическими направлениями в первой половине нашего века, возвращается потом вновь, преимущественно, однако, модифицированный в первую очередь М.Эриксоном и его школой. Начавший было терять влияние психоанализ получает новый толчок и обретает второе дыхание стараниями Ж.Лакана и его сообщников. Здесь, как и выше, речь идет не о строгой закономерности, а только о возможности, которую не следует, на наш взгляд, забывать.

Различные методы ставят перед собой разные задачи, так что критерии терапевтического успеха могут быть самыми разными. Терапия длится разное время. Диагностическая неразбериха делает трудным понимание исходных задач и сравнение аналогичных ситуаций. Мы не можем проверить эффективность техники двойным слепым методом, как это происходит, например при оценке действия психотропного препарата, и, следовательно, воздействие личности терапевта трудно отделить от воздействия метода (обо всем этом более обстоятельно см. Цапкин В.Н., 1992). Известное исследование К.Граве (Grawe K. и.а., 1994) во-первых касается весьма ограниченной группы методов, во-вторых, оценивает действенность методов ретроспективно, по материалам других авторов, в-третьих, также весьма далеко от того, чтобы дать основание для определенного и окончательного суждения.

Не будет большим преувеличением сказать, что оценка психотерапевтического метода в большой степени не связана с его прямым назначением - быть эффективным. Общепринятое мнение, что все психотерапии "лучше чем ничего" вряд ли может быть подвержено серьезной ревизии в ближайшем обозримом будущем. Экспертиза здесь скорее всего неизбежно будет носить определенного рода эстетический характер. Мы оцениваем психологическую теорию приблизительно с тех же позиций, что и произведение искусства, роман или спектакль. Важными критериями такой оценки могут быть достоинства стиля, формы, так называемых выразительных средств.

Что касается школьной техники, то здесь важную роль играют такие факторы, как эстетическая привлекательность, а также сподручность, интенсивность, экономичность. Кроме того, на наш взгляд, очень важно то, что мы обозначаем как гедонистические факторы (об этом подробнее ниже). Короче, в сравнительной оценке разных подходов фактор эстетической экспертизы, на наш взгляд, имеет решающее значение. Формулировка основных положений и принципов психотерапевтической эстетики есть важнейшая задача, стоящая перед исследователями. Таким образом, в случае

психотерапии мы имеем дело с уникальной практикой, когда терапевтическая дисциплина должна легитимироваться посредством гуманитарных критериев.

* * *

Если говорить о других важных, на наш взгляд, тенденциях в развитии психотерапии, то одним из определяющих можно считать постоянное движение в сторону либерализации как техники терапии, так и системы взаимоотношений пациент/терапевт. Нам показалось уместным пометить эту тенденцию термином *laissez-faire* (фр. буквально: давать делать). В традиционной экономической теории, как известно, этот термин употребляется для обозначения невмешательски-поощрительного отношения государства к инициативе свободного предпринимательства. Предпринимателю именно "дают делать" свое дело. Разумеется, здесь речь идет о закономерностях, свойственных культуре вообще и находящих сходное отражение как в экономико-политической сфере, так и в медицинской психологии.

В психотерапии принцип *laissez-faire* противостоит дидактически-директивному стилю в отношениях терапевта и пациента, столь распространенному в допсихоаналитическую эпоху. Такой стиль преобладал в гипнотических техниках эпохи "Золотого века гипноза" в конце XIX века, в рациональной психотерапии Ж.Дежерина или, например, в протренинге Э.Кречмера. Эти терапии были ориентированы на представление о больном, как о пассивном по преимуществу существе, чье участие в терапевтическом процессе сводилось к восприятию текста, исходящего от терапевта и, по возможности, полному подчинению предписаниям этого текста. Пациент был не более чем объектом применения знаний и навыков, и чем более безусловным было его следование терапевтической воле, тем лучшим показателем терапевтического процесса это могло считаться. Идеалом пациента в такой терапии мог считаться так называемый медиум, т.е. человек, полностью отказывавшийся от собственной воли в процессе терапии и безусловно выполнявший внушенные в гипнотическом состоянии поручения. Врач, формировавший от начала и до конца терапевтическую ситуацию, выступал в роли безусловного авторитета, носителя одновременно абсолютного рационального знания и иррациональной мистической силы.

Рационально-терапевтическая установка предполагала, что болезнь больного есть результат его заблуждений, каковые могут быть искоренены в результате разъяснительно-корректирующей деятельности врача. Во всех директивных методах текст терапевтического процесса формировался почти исключительно врачебным дискурсом. Больной или молчал (закрытые при гипнозе глаза усугубляли эту молчаливую подчиненность), или соглашался.

Нетрудно предположить, что вся директивная тенденция в психотерапии являлась в той или иной степени отражением директивно-дидактических общекультурных закономерностей, формировавших "духовную ситуацию эпохи" (К.Ясперс) в Европе времен царствования королевы Виктории (конечно же, и других эпох тоже). То же самое можно было наблюдать в традиционных воспитательных практиках, основанных на подчинении авторитету педагога; также можно было бы привести множество параллелей из религиозно-практического опыта. Понятно, что примерами такого рода взаимоотношений наполнен житейский (в частности, семейный) опыт каждого. Как в общественной сфере так и в психотерапии директивно-дидактическая традиция идет рука об руку с иерархическими межличностными отношениями и совершенно ясно, что авторитарный учитель или священник являются как бы прототипами авторитарного психотерапевта - гипнотизера или рационалиста.

Либерализация психотерапии шла по следующим направлениям:

1. *Стимуляция собственной активности пациента*, т.е. увеличения удельного объема дискурса пациента в общем объеме текста, порождаемого в процессе терапии. (сюда относится, естественно, и двигательная активность, понимаемая как часть этого текста). Терапевт не задает целиком, а только направляет речь и действия пациента, которые в той или иной степени носят спонтанный самостоятельный характер, при обсуждении же их максимально стремится к равному с пациентом "праву голоса" при оценке происходящего, а то и вовсе этой оценки избегает. В любом случае терапевт предпочитает активность пациента своей собственной.

В сущности эти изменения начались с психоанализа, когда первой же после предварительного интервью инструкцией больному предлагалось говорить все, что ему приходит в голову. "Молчаливый" психоаналитик сменил "многословного" гипнотизера, отдав пациенту существенную часть терапевтического пространства. Эти метаморфозы в раннем психоанализе по сравнению с дофрейдистскими терапиями носили столь радикальный характер, что были даже труднопереносимы для некоторых терапевтов. Протест против всего этого выразился, в частности, у Ш. Ференци с его т.н. активным анализом, где аналитику не возбранялось все же развить некоторую собственную активность (глядеть в глаза, активно побуждать пациента высказываться, не возбранялся даже, вопреки строжайшему запрету Фрейда, физический контакт) без боязни нарушить спонтанность проявления бессознательного пациента (Ferenszi S., 1921).

Однако фрейдовская либерализация не идет ни в какое сравнение по своей радикальности с позднейшей, связанной с развитием групповой и клиент-центрированной терапиями, где самостоятельность и активность пациента ставились во главу угла и

стимулировалась еще более заметно. Иллюзия равенства между терапевтом и пациентом, свобода высказывать свои эмоции, критику в адрес терапевта и т.д. знаменовали собой дальнейшее продвижение все в том же направлении - *laisser-faire*.

2. *Изменение роли терапевта.* Эта тенденция тесно примыкает к предыдущей. Понятно, что, если активность пациента претерпевает такие изменения, то терапевт тоже не может себя вести как раньше: директивно-дидактически, занимая по отношению к пациенту авторитарно-менторскую, суггестивно-просветительскую позицию. Терапевт в новой ситуации стремится наоборот как можно меньше демонстрировать свою профессиональную компетентность, которая дает ему всяческое превосходство над пациентом. Он теперь не только "специалист", он скорее то, что Л.Бинсвангер обозначил как "партнер по бытию" (*Daseinspartner*).

Развитие в этом направлении изменило также набор требований к терапевту, а именно - от бывшего сочетания профессиональной осведомленности с авторитетной внушительностью центр тяжести переместился в область собственных психологических проблем терапевта. Впервые возможность их существования была признана психоаналитической школой. Необходимость проходить учебный анализ, само по себе признание наличия собственных "комплексов" у терапевта радикально изменило его самосознание. Он перестал быть абсолютно уверенным в себе источником интеллектуального и волевого превосходства, все более становясь как бы "просвещенным" пациентом.

Трудно не заметить глубокую внутреннюю связь между требованиями обязательного пациентского опыта и попустительски-нестеснительного отношения к клиентам в послепсихоаналитических школах. Здесь надо, понятное дело, оговориться, что речь идет не о необязательности профессиональных знаний, как таковых. Подразумевается только изменение восприятия образа терапевта пациентом и его роли в процессе лечения. Другая важная оговорка - "равенство" терапевта и клиента носит скорее внешний, условный характер. Это обстоятельство, однако, ни в малейшей степени не противоречит общей обозначенной здесь тенденции - в сущности, в психотерапии условно очень многое, но об этом подробнее ниже.

3. *Изменение отношения к симптоматике.* Это важнейшее направление либерализации описано L.Riebel (1984), предложившей для понимания этих изменений метафорическую оппозицию аллопатический/гомеопатический (В.Н.Цапкин, 1992). При аллопатическом подходе мы стремимся избавить пациента от страдания путем прицельного действия направленного на уничтожение симптома (проблемы). В гипнозе, например, мы внушаем, что "неприятные явления" или же вредные привычки проходят, и

то же самое в аутотренинге пациент внушает себе сам. Рациональный терапевт ломает "неверные" умозаключения, которые лежат в основе проблемы. В любом случае, здесь патологическое явление есть несомненное зло, с которым никак нельзя вступить в полноценный диалог, или же научиться у него чему-то полезному, это однозначное зло, подлежащее уничтожению.

При гомеопатическом подходе мы, наоборот, избегаем прямой агрессии против симптома, но вступаем с ним в диалог, попустительствуем ему в какой-то мере, порой даже парадоксально усиливаем. Вместе с этим мы пытаемся проникнуть в его смысл, оправдывая в известной степени его наличие или даже обосновывая его полезность, как проявления защитных или компенсаторных механизмов организма и личности в целом. Примеров такого подхода в современной психотерапии великое множество.

Парадоксальная интенция В.Франкля и терапевтическое сумасшествие К.Витакера (Whitaker C., 1975), метод иммерсии и предписание симптома - все это примеры психотерапевтической гомеопатии (более подробно см. В.Н.Цапкин, *ibid.*).

4. Процесс либерализации отражается не только на отношениях терапевт - пациент, прием - симптом, но и на внутриспихотерапевтических взаимоотношениях. Без сомнения к либеральным процессам можно отнести тенденцию по размыванию жестких границ психотерапевтических школ, откат от односторонне-догматических позиций в отстаивании принципов своего направления, развития эклектически-интегративных подходов (см. H.Omer and P.London, 1988; J.C.Norcross, 1986).

Итак, тенденция *laissez faire* безусловно является доминирующей в пространстве психотерапевтических идеологий. Они заменили собой стратегии авторитарно-рационального давления, существовавшего в классическом гипнозе и рациональной психотерапии.. Предоставляя пациенту больший простор и большую часть порождаемого в процессе работы дискурса, освобождая от запретов и зажимов психотерапевт безусловно привлекает намного больше клиентов и адептов, чем не делая этого. Эти очевидные и немаловажные обстоятельства должны быть всякий раз учтены при сочинении новых методов.

* * *

На одном из моментов, существенно определяющих успех любой психотерапии, следует остановиться особо. Мы имеем ввиду гедонистический фактор, понимаемый нами, как соответствие принципу удовольствия в самом широком смысле слова. Это соответствие имеет отношение как к школьной технике, так и к теории. Со времени появления и развития первых крупных школ - классического гипноза и психоанализа так повелось, что теория и практика в той или иной степени противостоят репрессивно-

производительному миру житейской повседневности, где доминируют рутина и принуждение, обыденно - регламентированный характер существования.

Психотерапевтический процесс неизбежно сопровождается как бы "бегством" в него (вспоминаем здесь известное "бегство в болезнь").

"Удовольствие" от терапии (ср. "удовольствие от текста" Р.Барта, 1994, 462-512) - это всегда погружение в особый мир, расслабляюще-карнавальный, выхватывающий из надоевшей повседневности. "Параллельная реальность", создаваемая в процессе психотерапии не может не быть гедонистической в своей основе. В частности, внушаемая в гипнозе виртуальная реальность соотносится зачастую с известными видами пассивного отдыха. Здесь уместно оговориться, что конечно "гедонистическими" элементами никоим образом не исчерпывается психотерапевтическое действие, но именно они, без сомнения, являются существенными в формировании привлекательности образа метода в любой психотерапии.

С другой стороны, психотерапии, построенные на принципах "этики собственного усилия", скажем, аутотренинг, а также различные виды саморегуляции, в сущности, на наш взгляд, имеют немного шансов на достойное существование и результативную экспансию. То же самое можно сказать о методах, построенных на рационалистически-педагогических принципах. Рациональное убеждение, предписание определенного поведения (сюда не относятся парадоксальные предписания), а то и какое-нибудь "воспитание воли" - все это в отдельных случаях, быть может, и возможно, но в качестве последовательных психотерапевтических стратегий, на наш взгляд, лишено перспектив. Без сомнения, такие подходы будут неизбежно вытесняться из психотерапевтического пространства, даже несмотря на то, что им также не чужда известная гедонистическая тенденция (например, в аутотренинге - релаксация, индукция так называемых "приятных ощущений"). Или будет даже более уместно сказать, что в этих-то тенденциях, собственно и заключается их главная надежда на выживание. Во всех заслуживающих внимания психотерапевтических системах, как в практике, так и в теории, пациент находится в самом центре мира карнавально-праздничной реальности, где происходит очень много такого, чего он тщетно ищет в реальности обыденной и не находит; обыденная же реальность, как мы все, к сожалению, помним, проникнута чрезмерным с любой точки зрения директивно-дидактически-принудительным духом.

Если говорить более предметно об "удовольствиях" в разных психотерапиях, то в первую очередь следует упомянуть психоанализ. Он, проходящий в своеобразной обстановке "райской ситуации", обостряющий трансфером чувства и чувственность, привлекателен еще и тем, что снимает с желаний пациента множество запретов. В анализе

речь идет о многом из того, о чем в другой ситуации говорить было бы немислимо. В гипнозе вообще ничего негедонистического нет, и то же самое можно сказать о значительной части психотерапий, основанных на форсированном изменении состояния сознания, взять хотя бы трансперсональную пневмокатартическую терапию. В групповых терапиях происходит своеобразное изменение сознания в некоем карнавальном духе. Различные виды арттерапии привлекают приобщением к миру катартических переживаний без тяжелой необходимости добиваться художественного совершенства и принимать участие в напряженном состязании поэтов и артистов, без чего немислима никакая реальная художественная практика. Психодрама в этом смысле особенно показательна, равно как и имеющие широкое хождение психодраматические вкрапления в иные групповые техники. Не вызывает сомнений, что эта же (широко понимаемая) гедонистическая тенденция привела к повальному увлечению "телом" в современной психотерапии - не только телесно ориентированной.

Таким образом, история развития психотерапии представляет собой сложный многомерный процесс, подчиненный определенным общепсихологическим закономерностям. Существуют различные направления эволюции психотерапии, которые тесно взаимосвязаны.

Глава 2. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Введением в тему этой главы может послужить отрывок из работы Р.Барта "Структурализм как деятельность". Вот что он пишет: "Целью любой структуралистской деятельности - безразлично, рефлексивной или поэтической - является воссоздание "объекта" таким образом, чтобы в подобной реконструкции обнаружались правила функционирования ("функции") этого объекта. Таким образом, структура - это, в сущности, отображение предмета, но отображение направленное, заинтересованное, поскольку модель предмета выявляет нечто такое, что оставалось невидимым, или, если угодно, неинтеллигибельным, в самом моделируемом предмете. Структуральный человек берет действительность, расчленяет ее, а затем воссоединяет расчлененное; на первый взгляд это кажется пустяком (отчего кое-кто и считает структуралистскую деятельность "незначительной, неинтересной, бесполезной" и т.п.). Однако, с иной точки зрения оказывается, что этот пустяк имеет решающее значение, ибо в промежутке между этими двумя объектами, или двумя фазами структуралистской деятельности, рождается нечто новое, и это новое есть не что иное, как интеллигибельность в целом"(Р.Барт, 1994, с.

255). "Структуральный человек" занят "строительством мира, который походит на первичный, но не копирует его, а делает интеллигибельным"(ibid., с. 255).

По Р.Барту, "структуралистская деятельность включает в себя две специфические операции - членение и монтаж. Расчленить первичный объект, подвергаемый моделирующей деятельности, значит обнаружить в нем подвижные фрагменты, взаимное расположение которых порождает некоторый смысл..." (ibid., с. 256). Это первая операция, а затем "определив единицы, структуральный человек должен выявить или закрепить за ними правила взаимного соединения: с этого момента деятельность по запрашиванию сменяется деятельностью по монтированию"(ibid., с. 258).

Итак, членение и монтаж, с одной стороны. с другой же - инвентаризация накопленного психотерапией потенциала - вот цель этой и следующей главы нашего исследования. Чтобы, однако, больше не возвращаться к теме "монтажа" напомним, что тема "соединения" и его правил относится к обсуждавшемуся в первой главе эклектически - синтетическому проекту. Главное и, пожалуй единственно заслуживающее внимания правило "монтажа" сформулировано нами, напомним, так: "Все, что угодно соединяется со всем, чем угодно каким угодно образом".

Другой аспект значения теории может быть связан с вполне конкретной, прагматически утилитарной задачей, а именно, с тем, чтобы играть роль терапевтической метафоры. Главное же, конечно, это эпистемологическая роль теории: объяснять суть имеющихся проблем и намечать пути их преодоления.

Автор формирует теорию - помимо всего прочего - исходя из современной ему ситуации в психотерапевтическом сообществе. Он находится в состоянии постоянного диалога-дискуссии-состояния с представителями других направлений. Своим сочинительством он дает ответ на конкурентные вызовы и это не может не отражаться на структуре и характере его теорий. Положения любой концепции полемически интертекстуальны. Этой интертекстуальности положения любой концепции намного больше обязаны своим своеобразием, чем конкретной психотерапевтической практикой, которая якобы их породила.

Прежде чем мы перейдем к описанию составных частей теории следует оговориться, что ни один из описываемых нами элементов не имеет строго обязательного характера. Иначе говоря, совершенно необязательно его присутствие в той или другой реально существующей или проектируемой неким автором теории метода. В каждом отдельно взятом случае сочинения метода можно свободно обойтись без любого из этих элементов. Но хотя бы несколько из них придется так или иначе употребить в дело.

С другой стороны, мы считаем, что вряд ли в состоянии целиком и без пробелов можно охватить всю структурную картину теоретического сочинительства. Те понятия, которые мы собираемся обсуждать, составляют скорее открытый список, чем законченный.

Нам представляется целесообразным с самого начала выделить две исследуемые сферы - синхроническую и диахроническую. Синхронический раздел будет посвящен анализу, статической, так сказать, части концепций, диахронический соответственно - анализу того, как в школьных теориях отражаются пути становления личности, возникновения патологии и намечается проект преодоления возникших проблем. Это различие носит условный характер, отдельные структурные составные из диахронического раздела могут быть перенесены в синхронический. Мы считаем, что когда дело дойдет до обсуждения конкретных элементов теории, станет более понятно, почему мы пошли именно таким путем.

Система элементов общей теории построена на анализе глубинных структур психотерапевтического знания. Эти элементы отвечают следующим требованиям: 1) они описывают наиболее значимые составные части психотерапевтических школ, 2) не редуцируются к другим концептам, 3) располагают внутренней структурой и классификацией, 4) их наличие в структуре метода определяет осуществление конкретных психотерапевтических стратегий, 5) охватывают практически всю целостность психотерапевтического знания.

Глава 2.1. Синхронический раздел

ЦЕЛОЕ

Итак, первый составной элемент, выделяемый нами - это *целое*. Мы не сделаем большого открытия, сказав, что разные концепции в психотерапии имеют дело с совершенно разной картиной мира пациента. Разные исследователи производят различные редукционные процедуры, вынося за скобки одни реалии и сохраняя в своей концепции другие. Традиционная критика психоанализа, например, немыслима без обвинений в биологическом редукционизме. Но дело обстоит таким образом, что любая из школ так или иначе редуцирует картину мира, в которой живет реальный и возможный пациент. В этом смысле определенное преимущество имеют эклектически-синтетические подходы. Они преодолевают такого рода редукционизм количественным путем, ибо ясно что сумма нескольких редуцированных картин мира неизбежно будет более полной, чем в условиях

единичной редукции. Синтетически ориентированный подход производит впечатление большего "богатства", что и делает его безусловно привлекательным. Латентный смысл обвинения в редукционизме есть указание на некое обеднение картины мира, сужение объема целого. В сущности, образ редуцирующей теоретической стратегии выглядит "обедняющим" по сравнению с "богатством" некоей воображаемой полной картины мира (исчерпывающая полнота представляется невозможной в рамках любого дискурса). Именно это вызывает раздражение и нарекания у публики, созерцающей теоретические драмы, сочиняемые авторами методов.

Обсуждая каждый из составных элементов структуры, должны всякий раз принимать во внимание его, элемента, реальную или возможную "интересность". Что касается "целого", то, разумеется, интерес к нему связан не в последнюю очередь с его, так сказать, размерами. Понятно, ставить вопрос о реальном "исчислении" этих размеров мы не можем, можно говорить только о сравнительном. Так вот, существуют, как известно, теории, которые в том или ином аспекте сужают жизненное пространство обитания человека. К ним относятся поведенческие терапии и - постоянная мишень для упреков в редукционизме - психоанализ.

Пространство личности, редуцированное к условнорефлекторному, поведенческому аспекту или к инфантильно-сексуальному, безусловно, будет восприниматься как относительно малое по сравнению с тем, что берется во внимание в тех подходах, которые рассматривают, так сказать, "человека в целом". Помимо биологической сферы, они подробно рассматривают также роль ценностей, смыслов как в процессе формирования личности, так и в происхождении патологии. Такие подходы, "имея дело" с жизненным миром в целом, а не с биологически редуцированной его частью, представляются зачастую очень привлекательными. На противопоставлении редуцированно-суженного психоаналитического и бихевиористского целого с одной стороны и пространственной полноты и целостности - с другой - строится гуманистическая, экзистенциалистская, а также религиозно ориентированная критика позитивистских ограниченных подходов. Играя на представлениях о "полноте" и смысловом богатстве существования, авторы экзистенциально-гуманистического направления могут весьма легко убедить как пациентов, так и коллег, что проблемы связанные с нередуцированным, несуженным целым будут несомненно более патогенными, чем те, что связаны с беспорядком в сфере относительно не крупного целого. Именно нереализованные смыслы, экзистенциальная пустота и т.п. приводят к возникновению невроза еще вернее, чем неудовлетворенные влечения или неудачно сформированный условный рефлекс. Вполне очевидная близость гуманистической точки

зрения "природе и правде" подкармливает пафос этой полемики, делая при этом концепции "объемного жизненного пространства" безусловно более привлекательными.

С другой стороны, психотерапия развивается в постоянной конфронтации с медициной, клинической психиатрией, в частности. Нет сомнения, что история психотерапии может быть описана как история постоянного "бегства" из медицины. Медицинская парадигма, естественно представляет собой крайний вариант редукционистского подхода. Вначале психоанализу, а потом и многим другим терапиям, особенно же экзистенциально-гуманистического толка - стало тесно в узком, предельно биологизированном мире, границы которого очерчены рамками медицинского подхода. Конечно, ни так называемая "природа человека" вообще, ни проблемы формирования патологических феноменов не могут быть "интересно" описаны в рамках медицинского дискурса, хотя биологическая парадигма, конечно, должна приниматься во внимание, но в более широком контексте. Мы не знаем, насколько более эффективны терапии, построенные на теориях "большого жизненного пространства", при этом однако совершенно ясно, что они обладают существенно большей привлекательностью, чем те, которые заключают человека в пространство, искаженное биологической или какой-нибудь еще редукцией. В любой полемике сторонник теории, где пространство пациента обладает большим целым - мир, экзистенция и т.д.- побьет, как захочет, узколобого "медика". Здесь соблазняет не эффективность, но иллюзия богатства. Более того, без большого труда он представит дело так, что важнейшая часть любой достойной терапевтической стратегии построена на представлениях о расширении экзистенциального пространства пациента. Такого рода теоретический ход может служить терапевтической метафорой. Так например, мы можем объяснять пациенту неадекватность его собственного, зачастую ограниченно медицинского понимания сущности страдания. Само по себе открытие возможности экзистенциального или психодинамического истолкования может привести к определенному терапевтическому сдвигу. Механизм такого результата будет увязан именно с расширением экзистенциального пространства пациента, с обогащением картины мира и т.д. Говоря о "целом" пациента, мы не можем в качестве предмета анализа взять, например, личность, ибо далеко не все школьные концепции рассматривают пациента именно как личность. Ясно, что, например, поведенческая или когнитивная терапия вряд ли говорят о клиенте как о личности в собственном смысле этого слова. Мы не можем, с другой стороны, вести здесь речь о "системе", ибо далеко не во всех психотерапиях подразумевается полноценный системный подход. Нам представляется более целесообразным говорить о "целом" в том же смысле, который придавал ему М.М.Бахтин,

когда говорил о целом литературного героя (М.М.Бахтин, 1979,). Каждое направление располагает своей концепцией целого. Так, это может быть, в зависимости от направления - психика, поведение, личность, экзистенция, семья.

Целое, как известно, включает в себя помимо индивида еще и то, что его окружает, и это тоже тоже понимается по-разному в разных школьных парадигмах. Таким образом, можно сразу обозначить различие между индивидуальным целым и наиндивидуальным. Наиндивидуальное целое - по разным школам - общество, семья, жизненный мир, первичная группа. Вполне возможен подход, при котором нет деления на внутреннее и внешнее. Такое конструирование целого традиционно связывают с гуссерлевской феноменологической традицией, равно как и с "восточными", в частности дзен-буддистской, картинами мира. Так, к примеру, Dasein-анализ не предполагает наличия границы между внутренним и внешним, различая три мира: Umwelt - мир окружающей среды, Mitwelt - мир совместного-с-другими бытия и Eigenwelt - собственный мир. Эти миры отделены границами друг от друга, но границы проходят как снаружи, так и внутри индивидуального пространства (L. Binswanger, 1957, s.94f.) Идеологическая привлекательность такого подхода несомненна, ибо в нем отчасти снимается противопоставление объекта субъекту и, соответственно, уменьшается связанное с этим напряжение.

Другой аспект восприятия целого - определение его истоков и времени формирования. Здесь индивидуальному противостоит доиндивидуальное. Наиндивидуальное, понятно, относится в свою очередь и к доиндивидуальному, причем это отношение задается вполне естественным образом. Когда мы разбираем историю индивида, то время начала формирования его мира и его личности может совпадать с его появлением на свет, но может и предшествовать ему, и в этом случае в доиндивидуальном периоде происходят события и формируются стереотипы, оказывающие на жизнь пациента и на возникновение той или иной у него патологии более существенное влияние, чем то, что происходит в процессе его индивидуального развития. Самый известный пример здесь - аналитическая психология К.Г.Юнга, которая рассматривает наиболее существенную часть психического - коллективное бессознательное - как структуру, сформированную до рождения индивида, иначе говоря, как некое доиндивидуальное образование. Концепции с доиндивидуальным подходом - юнгианская психология, трансперсональная психология С.Грофа, анализ судьбы Л.Шонди - вполне могут рассматриваться как группа психотерапий, объединенная именно этим признаком. Конфигурация индивидуального целого задается также таким традиционным способом психотерапевтического теоретизирования как типологическое описание. Психотерапевты

пользуются типологиями З.Фрейда, Э.Кречмера, Р.Ассаджоли, К.Г.Юнга и Э.Фромма, а также множеством других. В основе кречмеровской типологии лежит клиническая метафора (шизоидный, циклоидный - "подобный" шизофренику, циклотимику). В основе юнговской - личностная направленность во внешнее или внутреннее жизненное пространство и т.д.. Существует много поводов для типологической деятельности. Без сомнения, этот род теоретизирования является крайне притягательным. Это связано, несомненно с обретением иллюзии обладания исчерпывающим знанием целостности пациента, его взаимоотношениями с пространством и временем, его привычек и предпочтений, способов реагирования и слабых мест. Это знание как бы вооружает теоретика возможностью (реальной или мнимой) предикции развития жизненного пути, а также способов поведения в той или иной ситуации. Описание того или иного типа покоится на убеждении в неизменности существенных черт, свойственных ему, в обязательности наличия этих черт у каждого из тех, кто к нему относится. Безусловно, такой подход формирует представление о неизбежности принадлежности любого индивида к одному из описанных в рамках данной классификации типов. Типологии должны, по замыслу их авторов, охватывать всю тотальность многообразия индивидуальных различий, причем так, что не может быть индивидов, выходящих за рамки данной типологии; в худшем случае речь может идти о смешанных типах. Иллюзия типологической компетентности дает возможность терапевту демонстрировать свою способность предвидеть, когда, к примеру, в процессе интервью такой компетентный терапевт договаривает за клиента многое из того, что тот не успел или забыл рассказать, описывая особенности его симптомов, реакций, привычек и т.д.

В конструировании типологий следует, на наш взгляд различать два основных аспекта: феноменологический и структурно-динамический. Естественно, что любой типологический дискурс может включать в себя, наряду с описанием наблюдаемых феноменов, также и объяснение механизмов, обеспечивающих эти феномены. Так, Э. Кречмер для уяснения сущности шизоидной и циклоидной конституций вводит понятия психэстетической и диатетической пропорций, которые вполне можно считать "механизмами"(Э.Кречмер, 1995). Фрейд, описывая феноменологию анального, орального и генитального личностных типов, основательно разбирал их внутреннюю динамику. При конструировании типологий, приходится думать как об описании феномена, так и о описании феноменообразующих механизмов.

Вполне естественная ограниченность типологического подхода вообще отчасти сглаживается в мультифакторных исследованиях, с которыми мы имеем дело при работе с мультидименсиональными тестами (самый известный пример - тест MMPI).

Творческий простор, который любой типологический проект открывает перед изобретательным и честолюбивым исследователем безусловно велик и, дело это, как говорилось уже, крайне соблазнительное, хотя и рискованное. Одним из таких проектов могло бы быть кросс-типологическое исследование, где были бы соотнесены самые разные типологии с целью выявления общих личностных и характерологических типов в различных классификационных системах, так сказать *Summa typologiae*. Понятно, что здесь мы неизбежно столкнулись бы с многочисленными совпадениями существенных черт, присущих отдельным типам из классификаций, составленных по самым разным признакам.

Размышляя же о возможностях построения новых классификаций, трудно пройти мимо такого пути конструирования, как описание типов по соотношению частей личности или по преобладанию одной части над другой (грубый пример: преимущественно "бессознательный" тип, т.е. бессознательное преобладает над сознательной частью личности и наоборот). Исследование элементов общей теории, которые будут описаны ниже, не сомневаюсь, даст новый богатый материал для построения новых классификаций, к чему мы еще вернемся.

Автор, формирующий школьную концепцию, конечно, заинтересован в том, чтобы иметь под рукой некий материал, пригодный для такого рода строительства. Этот материал, разумеется, носит метафорический характер и, естественно, нет возможности предугадать, где и когда понадобится та или иная метафора. Однако, есть возможность хотя бы приблизительно наметить сферу возможного поиска метафор, пригодных для описания и концептуального оформления нарождающихся идей. Вполне достаточным, на наш взгляд, будет здесь указание на одну из метафорических семантических сфер (Г.Н. Складарская, 1993). Целое всегда неоднородно, имеет множество внутренних частей и лучше всего метафорически уподобляется неким большим объектам, состоящим из множества составных. Это может быть дом, корабль, муравейник и т.д. Главное здесь - иметь перед мысленным взором не столько части целого, сколько их совокупность.

Есть особый тип метафор, очень подходящих для обозначения образа целого. Эти метафоры мы заимствуем вовсе не из "вещного" мира. Они представляют собой некий традиционный способ описания целого, принятый, к примеру в искусстве или науке. Завершенность творения, отраженная, скажем в книге или в пьесе, может производить впечатление целостности и законченности, как ничто другое. Самый востребованный пример такой метафоры целого - «сценарий», чем пользуются, как известно, в первую очередь, транзактные аналитики. Если мы предложили в нашей теории, что динамикой жизненного мира личности управляет некий сценарий, сформированный в своих

основных чертах, скажем, в детстве, то мы получаем в свое распоряжение богатое и очень сподручное для работы целое. Сценарий может охватывать жизненный мир индивидуума целиком, причем в какой угодно конфигурации. Преимущество метафоры сценария не только в том, что благодаря ему синхронное целое школьной теории может быть описано основательно и подробно, но и в том, что таким образом мы можем описать и динамику развития целого, что хорошо видно на примере трансактного анализа. "Сценарий" объединяет в себе синхроническое и диахроническое измерение.

Другой такой метафорой может быть, скажем, "программа", иными словами "компьютерная" метафора. Наличие "сценария", равно как и "программы" в структуре школьной теории позволяло бы играть терапевту очень выигрышные роли. Как "сценарий", так и "программа" обладают определенным предписывающим, так сказать, нудительным свойством. Они заранее "назначают" определенные способы поведения, детерминируют существенные свойства личности, могут приводить к определенным событиям и предсказывают реакцию на них. Одним словом, прочитавший сценарий или расшифровавший программу терапевт получает в свои руки исключительно мощное оружие: он знает, какое именно предопределение довлеет над пациентом и уже становится очень просто предсказать дальнейшие повороты судьбы, кризисные этапы жизненного пути, опасные места, неподходящие знакомства и т.д. Знания в области "сценария" или "программы" имеют, в сущности, то же предикционное значение, что и типологические знания.

Пока речь шла о том, что касается индивидуального целого. Однако для любой психотерапии всегда важны способы взаимоотношения индивидуального и надиндивидуального целого. Герой-протагонист психотерапевтической концепции может иметь самые разные взаимоотношения со средой, в которой он обитает. Наиболее, однако распространена ситуация, когда надиндивидуальное целое "враждебно" по отношению к индивидуальному. Это вполне закономерно, ибо здесь речь идет не просто о неких общепсихологических построениях. Теория в психотерапии (метапсихология) неизбежно предполагает, что рано или поздно мы сталкиваемся с той или иной патологией и, следовательно, те представления, которые составляют основу теории личности в перспективе направлены именно на это - описание закономерностей, ведущих к возникновению этой патологии. Так что нам в школьной теории совершенно не нужен "благополучный" мир. Он, этот мир, что вполне понятно, как раз и выступает поставщиком причин возникновения патологических феноменов. Окружающая индивидуума социальная среда всегда будет "дурной" в зеркале психотерапевтической теории.

Именно так, сталкиваясь с враждебным надиндивидуальным целым, безразлично, с семьей ли, с обществом ли, будущий пациент не находит способа удовлетворить свои влечения, реализовать свои возможности. Более того, внешнее само по себе может быть враждебно по отношению к "герою" теории, оказывая на него давление, ставя на каждом шагу ограничения и запреты. Так, в семье подавляются первичные влечения, общество стремится нивелировать личностное своеобразие. Дело доходит до того, что окружающий мир сам по себе проявляет агрессию в адрес индивида (доводя его до т.н. посттравматического стресса). Вполне естественно, исторически сложилось так, что терапевт выступает в роли как-бы адвоката по отношению к пациенту, и прокурора - по отношению к окружающему его миру. Это он, терапевт, может предъявить счет обществу, которое довело его клиента до беды. Но как это сделаешь без адекватно фундированной концепции под рукой? С другой стороны, очень трудно представить себе терапевтическую стратегию, имеющую своей целью изменения окружающей пациента реальности в целом, в лучшем случае речь может идти о попытках воздействовать как-то на семью. Говоря о целом, мы не должны упускать той цели, ради которой автор школьной теории вообще пускается в этот разговор. Целое, целостное - есть то, что необходимо терапевтически защищать. Если школьная теория без целого, без психики, личности и так далее, то неизвестно, зачем, в сущности, требуется терапия. В таких условиях теряется из виду главное. Целое, равно как и части, о которых речь пойдет ниже, дает возможность терапевту выступать в очень выигрышной роли защитника. Это он, терапевт, предотвращает разрушение и распад, отпадение частей и сужение пространства жизненного мира личности. Он отслеживает у пациента "механизмы защиты", которыми тот пользуется сам, и поддерживает их или же заменяет другими, изобретенными им самим (эти понятно, лучше).

ДРУГОЙ

Конфигурация целого связана также с наличием Другого или Других и взаимоотношениями между ними и "героем"- пациентом. Если рассматривать эти отношения, то наиболее сподручной проясняющей моделью здесь, видимо, может оказаться актантная модель. Ее мы заимствуем из структуралистской эстетики (см. Пави, 1991, с. 6-7). Актантная модель закрепляет за отдельными типичными персонажами, ну, скажем, волшебной сказки функции, переходящие из одного текста в другой. В.Проппом для русской волшебной сказки предложены следующие актанты: вредитель (совершающий злодеяние), даритель (дарующий волшебную силу), помощник (приходящий на помощь герою), царевна (требующая совершения подвига и обещающая вступить в брак), отправитель (отсылающий героя с поручением), герой (действующее

лицо, с которым происходят перипетии), ложный герой (узурпирующий на некоторое время роль настоящего героя) (Пропп В., 1928). За другими, присутствующими так или иначе в жизни пациента, тоже могут быть закреплены вполне определенные функции. Самый известный пример актантной модели в истории психотерапии - что и говорить, Эдипов комплекс. Ребенок здесь - протагонист, вожделеющий мать, мать - вожделенный объект, отец - вредитель, препятствующий вожделению, мстительно угрожающий кастрацией (мы, понятное дело, здесь намеренно упрощаем и огрубляем сюжет "семейного романа").

Очень часто невротические нарушения рассматриваются как следствие недостаточного внимания и любви к протагонисту со стороны других участников семейной истории. "Другие", с точки зрения многих глубиннопсихологических школьных концепций, часто "дурно себя ведут", проявляя недостаток любви, агрессию, а главное, ставя преграды на пути осуществления желаний протагониста. Такого протагонист никогда не сделает. Он - жертва и никто другой. Невозможно представить себе теорию или даже просто историю болезни, где бы невротическое, к примеру, заболевание объяснялось недостатком любви или внимания к так называемым близким, причем это все исходило бы от самого протагониста и было бы недополучено другими, а он бы от всего этого сам и страдал. Куда как легче представить себе построение, в котором этиопатогенез связан так или иначе с нравственными переживаниями протагониста, с так называемыми "угрызениями совести", что преподносило бы его в явно привлекательном свете. В большинстве случаев эти патологические угрызения явно неадекватны совершенному деянию или имеют место вовсе при полном отсутствии последнего, так что герой, даже что-то дурное и совершив, остается как бы положительным. Тем более трудно представить себе теорию патогенеза или историю болезни, где происхождение симптомов у пациента было связано с тем, что он сам соорудил препятствие на пути удовлетворения чьих-либо желаний.

Другой в любой школьной теории обязательно должен быть дурным, точно так же, как и окружающая среда. Это и понятно: мы ведь имеем ввиду концепцию, которая дает нам возможность для развертывания нарратива истории болезни. История болезни предполагает, что кто-то так или иначе сделал что-то такое, что привело нашего пациента к болезни и потом его с этой болезнью - к нам, терапевтам. От "хорошего" Другого ожидать ничего такого не приходится и он, соответственно для построения актантной модели школьной теории не годится. Нужен такой, который помешает нашему пациенту-протагонисту соединиться с вожделенным объектом, такой, который сам проявит агрессию в его, пациента адрес. Надо, чтобы терапевт мог выступить так или иначе в роли

того, кто от воздействия другого защитит, играя, таким образом, очень выигрышную роль. А если Другой хорош, то как же от него защищать? Так что аксиологический (раздающий оценки дурное-хорошее) подход при рассмотрении актантной модели неизбежен.

Итак, актантная модель. Психоанализ в этом смысле скорее исключение, актантные модели других школ не предполагают жесткого закрепления конкретных функций за неизменными персонажами, скажем, семейной истории. В сущности, идея актантной модели не получила достойного распространения среди сочинителей психотерапевтических теорий. Что же касается психоаналитической модели, то в ней описаны лишь некоторые функции с которыми мы сталкиваемся при разборе клинической реальности, а именно - желающий протагонист, объект желания и персонаж препятствующий исполнению желания. Эти функции как бы созданы "под" пациента-протагониста, проблема для которого сводится к реализации эротического желания. Однако другие потребности (скажем, потребность в признании, самоактуализация) могут порождать совсем иную актантную модель, когда основным препятствием будет не наличие персонажа, сковывающего действия протагониста, а отсутствие носителя функции, важной в данной ситуации. Например, отец может быть рассматриваем отнюдь не только, как соперник в семейном романе, но и как персонаж иной, неэдиповой, возможной актантной модели, как некто, пробуждающий потребность в самоактуализации. Отсутствие вдохновляющего внимания с его стороны, с точки зрения стоящей перед клиентом задачи самоактуализации (и возможной невротизации вследствие нерешения этой задачи), может иметь патогенное значение не меньшее, чем реальная или мнимая угроза кастрации, выпячиваемая психоаналитиками. Такая точка зрения может привести к конструированию совсем иной актантной модели, смещающей аксиологические акценты.

Почти все психотерапии рассматривают пациента, обратившегося к ним за помощью как что-то вроде героя-протагониста. В любой истории болезни он представляет собой некий центр, вокруг которого разворачивается действие. Все остальные участники семейной истории играют второстепенную роль и служат лишь вспомогательными персонажами в развитии невротической коллизии. Это, безусловно, диктуется тем вполне банальным обстоятельством рутинной практики индивидуальной терапии, когда мы работаем с отдельным пациентом. Такая работа происходит не только в индивидуальной психотерапии, но и в групповой. Пациент, хоть он и в группе, но приходит на лечение в одиночку и решает в групповом процессе так или иначе свои собственные проблемы, так что остается по отношению к своей жизненной ситуации вполне "протагонистичным". Его

обсуждаемая и пригрываемая на группе ситуация в любом случае представляет собой сюжет, в центре которого остается он.

Единственное известное нам исключение из этого правила - семейная системная психотерапия (см. M.S.Palazzoli & al., 1985) Здесь в роли пациента выступает семья как целое. Даже оговаривая наличие так называемого симптомоносителя, семейные терапевты выстраивают систему работы идет со всей семьей одновременно, без того, чтобы выказывать кому-либо из членов семьи какое-либо предпочтение. Наоборот, равное отношение ко всем подчеркнуто утрируется, так есть происходит заблаговременный отказ от какого бы то ни было главного героя-протагониста и в теории, и в клинической работе. Актантная модель может вполне ограничиваться парой персонажей, иначе говоря протагонист плюс антагонист. Школьная теория, помимо пациента-протагониста, может описывать всего лишь одного участника невротической драмы, играющего ключевую роль в происхождении болезни. В сущности, для того, чтобы нанести достаточный невротический ущерб, вполне достаточно одного «дурного Другого». Пример тому - так называемая "пизогенная мать", описанная в некоторых теориях этиопатогенеза пизофрении (Lids R. & Lids T., 1976). Воспетая многими авторами, как патогенная, симбиотическая инфантильная ситуация тоже может рассматриваться с актантных позиций, где за каждым из участников симбиоза могут быть закреплены свои функции. Например - кто-то один - инициатор и хранитель симбиоза, а кто-то другой - пассивный участник. Не будет большим преувеличением сказать что в большинстве случаев актантная модель соотносится с семейной ситуацией. Это известная традиция, идущая от психоанализа, и нашедшая свое воплощение во множестве школьных теорий, - придавать особое значение семье.

Актантные связи могут обладать различными модусами, положительным и отрицательным. Кроме того, их могут разделять различные актантные дистанции. Близость и даль в расстоянии между актантами является часто решающим моментом в формировании патологических феноменов, а также поводом для проведения весьма важных терапевтических действий. Если, например, дистанция между семейными актантами является большей, чем это принято в родной для пациента, культуре, то на место отдалившегося актанта становится другой актант или, по меньшей мере протагонист пускается на его поиски. Если, скажем, в семье, имеет место отчуждение между отцом и сыном, то место отца занимает или дед, или брат, а то и некий харизматический лидер, или, в хорошем случае, психотерапевт. В сущности, всякая терапия, имеющая дело с семьей, так или иначе занимается деформациями актантных дистанций.

Актантные связи могут быть симметричными (когда в ответ на агрессию и любовь актант получает от другого то же самое) и асимметричными (агрессия в ответ на любовь и наоборот). Конечно, терапевтов, серьезно может заинтересовать здесь только ассиметрия. Симметричные связи вряд ли можно преподнести как звено в цепи патогенеза. Они могут быть иерархическими и равноправными, т.е. другой может доминировать или манипулировать протагонистом и наоборот, или же ничего этого может и не быть. Что очень важно, теоретическая модель, описывающая определенные взаимоотношения между индивидами, может одновременно указывать на их патологичность, намечая тем самым терапевтическую стратегию. Так, если мы указываем на симбиотический или, к примеру, манипулятивный характер взаимоотношений между актантами, то совершенно ясно, что здесь же обозначается и путь, по которому предстоит идти терапевту. Одной из возможных терапевтических целей может быть некая идеальная актантная модель, например, в духе "Я - Ты" М.Бубера (Бубер М., 1993), когда актанты Я и Ты относятся друг к другу в духе этически возвышенного равноправного безусловного взаимного принятия.

Сам принцип, лежащий в основе построения актантной модели, крайне сподручен при разборе конкретного случая, когда за персонажами, задействованными в некоей патогенетической ситуации, закрепляются в процессе анализа определенные функции, которые играют этими участниками в течение длительного времени, причем, как мы помним, тут невозможно будет обойтись без "вредителя". Участники такого устойчивого конфликта принимают на себя определенные роли, которые так или иначе могут быть поименованы. Типичный пример - "игры" в трансактном анализе Э.Берна.

Актантные модели могут использоваться и при описании психотерапевтической ситуации, скажем при групповой терапии, закрепляя за участниками групп типичные ролевые функции (скажем, лидера или "мальчика для битья", как это описано у разных авторов). Психодраматическая терапевтическая ситуация во многом исходит из актантной модели разыгрывается между протагонистом и партнерами (вспомогательными Я). Терапевт при такой постановке вопроса может также становиться персонажем актантной модели, причем его функции могут определяться как угодно в зависимости от обстановки. Кроме того, актантная модель исключительно пригодна для анализа взаимоотношений различных частей психики (о чем речь пойдет ниже). Части индивидуального целого (субличности, как их порой обозначают) вполне могут представлять собой фиксированное и в большей степени проработанное в смысле распределения за ними тех или иных функций единство, чем персонажи "внешней" жизни протагониста-пациента. В этом духе

составлена известная теория субличностей В.Сатир о частях - "блеймерах", "плакаторах" и т.д.

В сущности, актантная модель описывающая взаимоотношения частей целого в значительной степени находится под влиянием актантной модели, описывающей взаимоотношения персонажей истории жизни индивида. Так, по известным всем соображением классической психоаналитической теории, так называемое Супер-Эго формируется под влиянием образа отца. Эта часть, в сущности и создается-то только под его влиянием, суть которого - запрет инцеста и угроза кастрации. Кроме того, другой из актантной модели может вызвать к жизни определенные части личности, чье назначение - примирять протагониста с его окружением, с так называемой действительностью. Эти части всегда очень "нехороши": они «неподлинны», они, по замыслу авторов, не отражают действительную суть личности и являются порождением вынужденного приспособительного лицемерия в условиях окружения, агрессивно-враждебно-требовательно настроенного по отношению к протагонисту. Периферийно-адаптивные инстанции (см. ниже) вроде "Маски", "Персоны", "Ложного Я" есть результат такого злокачественного влияния окружения и никто другой как терапевт должен и может вернуть клиенту его подлинность.

Концептуальное оформление и описание таких инстанций, отчужденных, вызванных к жизни влиянием других, дает терапевту возможность для совершения очень привлекательного во всех отношениях жеста - жеста возвращения подлинности. Вообще же, совершенно ясно, что все школьные теории насквозь оценочны и эта, часто подспудная, а порой и вполне явная, оценочность, в сущности, есть то, что дает терапевту реальный импульс к действию, в том числе и теоретическому.

Тема Другого порождает многочисленные задачи, вытекающие из переживания участниками актантной драмы индивидуальных различий. Исключительная привлекательность темы "идентичности и различия" порождает многочисленные концепции проекций и идентификаций, идентификационных проекций и проекционных идентификаций у различных авторов.

Итак, наиндивидуальное целое в психотерапевтической теории может исчерпываться наличием определенных персонажей, но вполне может быть вовсе даже не антропоморфным и включать в себя действие стихий и явлений природного мира. Так, вовсе не исключена возможность сочинения теории, использующей четыре стихийных начала - огонь, землю, воздух, воду, в духе, например, объективного психоанализа Г. Башляра, взяв его за основу идеологии нового метода (кажется, что уже что-то в этом роде существует). Стихии здесь могут рассматриваться как источники влияния на

формирование разных частей психики и состояний личности. Трансперсональное пространственное расширение сознания предполагает, среди прочего, возможность проникновения в "планетарное" и "экстрапланетарное" сознание, так что границы пространства, которое может быть задействовано в психотерапии, ограничиваются разве что пределами космоса. Напоминаем, что мы избегаем давать оценку тем или другим терапевтическим подходам, наша цель - это просто иметь их всех ввиду.

Конфигурация надиндивидуального целого может ограничиваться набором персонажей, связанных так или иначе с пациентом-протагонистом или выходить за эти пределы, расширяя свое пространство вплоть до границ вселенной. Впрочем, такой размах - дело достаточно редкое, чаще всего теория и основанная на ней практика ограничиваются миром пациента, причем наиболее проработанным оказывается именно индивидуальное целое, которое редко расценивается как однородное, большинство школьных метапсихологий выделяют различные части, его составляющие.

ИНСТАНЦИИ

Тема частей личности - одна из самых распространенных среди сочинителей школьных теорий. Со времен разграничения психики Фрейдом на сознание и бессознательное, предсознательное (равно как и Я, Сверх-Я, и Оно) множество авторов шло тем же путем. Коллективное бессознательное Юнга, наполненное архетипами, состояния Я у Э.Берна, истинное и ложное Я, категории В.Сатир (blamer, plakatör и пр.) - этот перечень наверняка далеко не полон. Существуют школьные теории, не отражающие это повальное увлечение, подчеркивающие нерасчленимое внутреннее единство личности, такие, как, например гештальттерапия и даэйданализ. Однако в большинстве случаев в школьных теориях мы сталкиваемся с этим стремлением к обособлению частей целого друг от друга.

Этот феномен связан, видимо, не только со сложившейся традицией, но и с другими соображениями. Самое трезвое из них, на наш взгляд, может сводиться к следующему: членение на части является с точки зрения психотерапевтической практики крайне сподручным делом. Всякому ясно, что разделение однородной на первый взгляд психической реальности открывает исключительно богатые возможности как для теоретического сочинительства, так и для технического вмешательства. "Части" и "субличности" являются как-бы готовыми ячейками для создателей возможных теорий, заполняемые всякий раз новым содержанием. Это, в сущности, надежный способ "размещения" теоретических богатств.

Чтобы как-то зафиксировать этот элемент теории, дадим ему наименование *инстанция*. Привлекательность этой темы несомненна и исторически связана, надо полагать, с

интересом к "безумию", "раздвоению личности", "дьяволам", вселившимся в одержимых, подлежащих процедуре экзорцизма, "двойникам", докторам Джекилам и мистерам Хайдам и т.п. В свою очередь это восходит, вероятно, к средневековым демонологическим представлениям, например, о том, как в кого-то "вселяется бес".

Итак, некая, относительно автономная от сознания и воли человека, внутренняя его часть, зачастую имеющая вполне определенные, "порочно-запретные", склонности, которой позволено желать то, что возбраняется желать целостному индивиду - вот что, видимо, помимо прочего, лежит в основе привлекательности этой темы. Нетрудно предположить, что если бы психологи всегда описывали и разбирали только "разумные", "добропорядочные" части личности, то этот предмет такого интереса к себе не вызвал бы. Фрейд, разместивший в "Оно" именно "запретные" желания, определил, на наш взгляд, длительный устойчивый интерес к этому делу. Другой канал интереса к ней же может быть сформирован и через мистически-мифологическую тематику, крайне соблазнительную, что мы наблюдаем в случае К.Г.Юнга и не только в нем.

Существуют разные способы построения частей в школьных теориях. Часть личности ли, психики ли, может описываться как существующая длительно и более или менее постоянно на всем протяжении жизненного пути индивида. Иначе говоря, инстанция может иметь свою историю, причем она может ограничиваться как индивидуальным периодом развития (фрейдовские Я и Оно), так и доиндивидуальным (юнговские архетипы). Инстанции в этом случае вмещают в себя всю историю развития индивида, взаимоотношения между ними складываются долго, исподволь, конфликтуют ли они друг с другом или взаимодействуют. Этот тип инстанций можно, собственно, и обозначить - исторический. Ну и, памятуя о различных типах описания целого, мы можем говорить об индивидуальной и доиндивидуальной исторической инстанции. С другой стороны инстанции могут этой истории вовсе не иметь и рассматриваться только как носители неких функций, с которыми просто производится определенная работа в ходе терапевтического процесса. Нейролингвистическое программирование имеет дело как раз с этим типом, рассматривая "часть", как фиктивное образование, ответственное за ту или иную проблему. История формирования этой части вовсе не интересует терапевта, она выступает лишь в роли подходящего материала для построения терапевтического действия. Вполне естественно, что при таких обстоятельствах сходу создать такую часть - дело простое и незатейливое. НЛП, как никакая другая школа в психотерапии, демонстрирует причину исключительной популярности темы частей, а именно уже упоминавшуюся сподручность, исключительное удобство технического применения. Тип инстанций, сочиненных таким путем, можно обозначить как функциональный.

Функциональная инстанция - она как бы безлика, она не более, чем придаток к влечению или проблеме, за которую она "ответственна". Важно заметить, что инстанция исторического типа в любом случае выполняет одну или несколько функций. Ясно также, что инстанция функционального типа более свойственна так называемым short-term-терапиям, ибо для того, чтобы разобраться с историей инстанции требуется время. Например, для анализа того, как формировалась инстанция с детства, чем заполнялась, как строила свои отношения с другими частями и т.д.

Характер инстанций может также определяться их обликом. Так, с одной стороны, можно говорить об инстанциях-стихиях, отличающихся многообразием, неоднородностью, обилием голосов, задействованных в них (пример - юнговское коллективное бессознательное). Или же инстанция может быть представлена каким-нибудь единичным персонажем, и тогда можно вести речь об инстанции - образе. Не исключено, что в рамках одной теории мы можем иметь дело и с тем и с другим, с "образами" и "стихиями" (у того же Юнга - коллективное бессознательное плюс архетипы). Понятно, что "размеры" "стихий" покрупнее, чем "образов" и поэтому скорее "стихии" будут включать в себя "образы", чем наоборот. Очень может быть так, что в процессе терапии мы будем вести диалог с интериоризованным вполне конкретным субъектом реальной жизни данного пациента, скажем, "внутренней матерью", или "внутренним учителем".

Действующие лица для формирования инстанций-образов могут браться откуда угодно. Больше других шансы имеют здесь участники детской (лучше всего - семейной) истории, но вполне может быть и наоборот - "заселение детьми родительской психики". Вовсе необязательно, что эти образы будут заимствованы из реальной истории индивида, а вполне могут быть либо придуманы либо рекрутированы из бесконечного запаса историко-мифологических персонажей. Интериоризованные персонажи в свою очередь могут олицетворять мощь и слабость, вину и раскаяние, обращенность к миру и отрешенность от него.

Инстанции могут иметь различную временную структуру. Они могут быть постоянными, оказывая на человека непрерывное воздействие или действовать время от времени, в зависимости от определенных обстоятельств, или же независимо от них, будучи, таким образом, переменными. Берновские "состояния Я" (ребенок, взрослый, родитель) видимо, являют собой пример таких переменных инстанций. Кстати, намечая теоретически-сочинительские возможности, почему не подумать по аналогии с "состояниями Я" о "состояниях Оно", да собственно и любой другой инстанции. Юнговские Анимусы, Тени и пр. тоже могут претерпевать какие угодно изменения. С

другой стороны возможно - в контексте какой-нибудь мистической конструкции - сочинить инстанцию, существующую, допустим, вечной неизменно, некую, скажем, эфирную сущность. Она сможет переселяться в более кратковременные сущности и становиться их частью. Такое построение делает возможным самые разнообразные практики.

Вполне понятной является тенденция, присущая многим школам, а именно - придавать инстанциям антропоморфный вид (архетипы Юнга, берновские состояния Я - Ребенок, Родитель, Взрослый). Человекоподобность частей личности, полагаем мы, имеет вполне определенный прагматический смысл. Нетрудно предположить, что это обстоятельство облегчает контакт с инстанциями, диалога с ними, делает их носителями свойств, сподручных в работе. Как-никак человек самое коммуникативно совершенное существо. С антропоморфными персонажами-частями можно общаться, как и с обычными людьми, с них можно спрашивать, призывать их к ответу. Однако при этом ответственность субличности - это вовсе не то же самое, что ответственность личности в целом (в данном случае важно - личности пациента). При наличии частей (особенно так называемых бессознательных) уровень личностной ответственности, естественно, снижается. Это важное соображение обязательно надо иметь ввиду в процессе проектирования теорий. Судя по всему именно оно тоже в значительной степени определяет привлекательность темы инстанций.

Другая возможная причина востребованности этой темы среди у самых разных авторов заключается в том, что обращение к инстанции дает хорошую возможность построить "обходной путь". В любой терапевтической работе важнейшее дело - "обойти" сопротивление, каковое чаще всего имеет место при работе с неким центром личности клиента. Инстанция же зачастую связана как бы с личностной периферией (если это, конечно, не юнговская Самость). Конечно, возможность построения такого обходного пути через инстанции создает иллюзию ловкости, сподручности метода и соблазняет терапевта возможностями манипулировать клиентом, как это имеет, например, место в нейролингвистическом программировании.

Однако, с другой стороны, нет никаких оснований считать, что антропоморфность инстанций является чем-то строго обязательным. Можно говорить о зооморфных или даже, к примеру, "растительных" метафорах для обозначения составных индивидуального целого. Допустим, тигр или лев могут превосходно воплощать какую-нибудь агрессивную субличность, а ива или ромашка являть собой, к примеру, пассивно-созерцательную часть. Кроме того, в самом деле, почему бы не подумать об использовании метафор минерального происхождения. Совершенно небязательно при этом реально считать, что

происхождение той или иной части реально генетически связано с природным или минеральным миром. Метафоры, заимствованные из любой сферы, позволяют просто неким особым образом определять конфигурацию и своеобразие структуры целого в соответствии со вкусами и наклонностями автора.

Появление и развитие составных частей целого есть чаще всего результат процесса интериоризации первоначально внешних по отношению к индивиду явлений. Фрейдовское, к примеру, Сверх-Я является результатом усвоения обвиняюще-дидактического внешнего общественного давления на человека, юнговская, к примеру, Анима - унаследованной концентрацией опыта восприятия женского образа мужчинами в течение жизни многих поколений. Так что, по меньшей мере, есть два пути формирования инстанций - интериоризация наиндивидуального или доиндивидуального. Чаще всего из наиндивидуального берется антропоморфное - а именно, другой, о котором уже шла речь. Поскольку этот другой, как мы договорились, чаще всего дурной - агрессивный, запрещающий, то, соответственно, инстанции из него получаются - не подарок. Сверх-Я какое-нибудь. В сущности, если дело обстоит таким образом, то нет ничего такого, что не могло быть усвоенным, и уже одно это соображение, не сомневаюсь, пробудит ото сна фантазию читателя с богатым воображением.

Инстанции в рамках одной теории чаще всего имеют одинаковое происхождение. Это, конечно, не закон (какие вообще строгие законы могут тут быть!), но в каком-то смысле возможное правило. Не составило бы труда его как-нибудь обозначить, например, правило эквигенеза инстанций. Уж если мы имеем дело с какой-нибудь школьной теорией, то инстанции в ней либо все как одна унаследованы от предыдущих поколений, либо сформированы в процессе индивидуального развития и увязаны с процессами запрета на сексуальность или просто задаются как придатки к определенным функциям или как-нибудь еще. Только в последнее время - в эпоху эклектизма - отдельно взятая школьная теория вполне может позволить себе иметь в своем распоряжении инстанции, имеющие разное происхождение. Создатель трансперсональной психотерапии С. Гроф, к примеру, сочетает индивидуальное бессознательное психоаналитического толка, юнговское коллективное бессознательное плюс какие-то там еще переживания прошлых воплощений и т.д. (С. Гроф, 1994). В сущности, тут возможны разные пути. Можно в рамках какого-нибудь синтетически-эклектического проекта одновременно работать с разнородными инстанциями, а можно и оградить себя границами школы, внутри которой, однако инстанции разного происхождения.

Другой резерв возможностей теоретической работы с инстанциями скрывается в описании возможных характеристик, свойств или признаков. Части, помимо того, что они

имеют свою историю, вполне могут иметь также голос, цвет, объем, вес и т.д. Разумеется, в достойной, основательно проработанной концепции все это будут не просто так признаки, но каждый будет нести свою смысловую нагрузку. Допустим, наличие или отсутствие голоса у субличности само по себе говорит о многом, громкость же и тембр этого голоса тоже могут вполне быть значащими. Басом может говорить властно-агрессивная часть, а контратенором, соответственно - возвышенная субличность, с трансцендентальной направленностью и эфирными свойствами. Вполне уместно было бы обсудить и цветность в духе, например, М.Люшера, и основываясь на этом строить психотерапевтический процесс на метафоре «перекрашивания». Совершенно нет никаких причин пренебрегать также возможностями, имеющими отношение к характеристикам, связанным с материально-вещественными метафорическими характеристиками. Так, например, ясно, что часть может быть легкой и тяжелой, плотной и мягкой, острой и тупой, влажной и сухой, колкой и пушистой и т.д.

Отношение инстанции к той роли, которую она играет, в пространстве целого и тем функциям которые она выполняет, может быть опять-таки разным. Функциональный объем в разных (действительных и возможных) случаях может варьироваться от искусственно составленной связи с каким-либо преходящим и малозначимым желанием до постоянной ответственности за множество аспектов взаимоотношения с миром в целом в течение всего жизненного пути. Возможный список инстанционных функций можно здесь только наметить: быть источником влечения или желания, но при этом вовсе и наоборот - быть воплощением препятствия влечению или желанию другой инстанции (впрочем, равно как и своей); представлять в психике индивида некое постороннее ему начало, но, с другой стороны, - сопротивляться ему; отвечать за связь данной личности с какой-нибудь другой. Инстанция может образовываться, так сказать, "при проблеме", например, отвечать за разрешение семейного конфликта, а другая часть личности при этом будет вмещать в себя отношения, ну, допустим, телесности с космосом. Без сомнений, список этот легко продолжить и дальше.

Возможно также спроектировать, к примеру, модель пространственного расположения инстанций. При этом крайне рискованным шагом было бы в качестве места этого расположения избрать мозговое пространство, в духе известных рассуждений, что, мол, сознание располагается в левом полушарии, бессознательное - в правом или сознание - в коре, бессознательное же - в подкорке.

Не исключено также пространственное расположение инстанций с точки зрения оппозиции центр-периферия. Центральные инстанции (какое-нибудь Ядро, Самость, сердцевина Я) должны рассматриваться как некие стержневые, первичные,

фундаментальные, неизменные, сущностные, подлинные части личности. Периферийные же, сформированные с целью приспособить личность к окружающему враждебному и т.д. миру (Маска, Персона, Ложное Я) неизбежно будут выглядеть как неподлинные, вторичные, изменяемые, навязанные извне, несущностные и так далее. На самом деле оппозиция центр-периферия может восприниматься через другую оппозицию, а именно - подлинное-неподлинное. Такое противопоставление открывает перед терапевтом массу возможностей как для аналитического различения подлинного и неподлинного, так и для защиты подлинных, истинных, первичных и т.д. частей от всего того, что на эти их свойства покушается.

Размещать инстанции имеет смысл скорее всего в воображаемом пространстве, в психике или личности вообще, причем их расположение может быть увязано с известными пространственно-семантическими характеристиками. Верх, как мы знаем, тяготеет к эфирно-возвышенному, духовному, низ - к материально-телесному, низменному. Правое - мужское, активно-волевое, рациональное. Левое, соответственно - женское, природно-пассивное, иррациональное. То, что помещается спереди - устремлено в будущее, сзади - в прошлое. Личность или психика, в общем, целое, могут быть здесь, к примеру, уподоблены сцене, зданию, то есть некоему пространству, имеющему границы, где возможны всякие перемещения и передвижения внутри. Пространственные представления, собственно, уже заложены в различных подходах (Сверх-Я, Тень). Взаимное расположение частей в пространстве может отражать иерархические отношения между частями - господства, подчинения и т.д. или же подчеркивать, ежели мы того пожелаем, известное равенство. Терапевтические задачи, связанные с этими пространственными соотношениями могут быть разнообразными и изощренно-замысловатыми. Например, в пространство, занимаемое одной инстанцией, можно допускать другую (знаменитое "Где было Оно, там должно стать Я" Фрейда), то есть они могут даже как бы питаться друг другом. Верхнюю инстанцию можно перемещать вниз и наоборот нижнюю - вверх, и то же самое нетрудно проделывать с правым и левым, учитывая при этом всю вышеприведенную пространственно-семантическую мифологию. Всякий раз подобная процедура без труда может быть оформлена конкретными терапевтическими соображениями, которые нетрудно построить.

Взаимное расположение частей друг относительно друга может оказывать влияние и на их взаимоотношения. То, что находится "сверху" может, как это чаще всего случается, контролировать, подавлять, подминая под себя то, что находится "снизу". Разного рода метафоры помогут формированию концепций этих взаимоотношений. Чаще всего вопрос этих взаимоотношений решается в рамках оппозиции мир - война. Инстанции могут

бороться друг с другом (как известный фрейдовский "наездник"-Я с непокорным конем - Оно) и тогда терапевтической целью будет их примирение, или же они могут находиться в мире друг с другом. История психотерапии сложилась таким образом, что положения о конфликте инстанций были положены в основу представлений о патологии. Борьба сознания и бессознательного - наиболее ясный пример такого положения дел. Внутренние части целого всегда воюют друг с другом, их конфликт ведет к возникновению симптома, невроза, кризиса и т.д. Терапевтические задачи соответственно имеют своей целью эти инстанции примирить.

Можно сформулировать и правило функционирования частей целого в таком примерно духе: "Каждая инстанция максимально стремится к собственному самоутверждению, влиянию и росту за счет всех других". Каждая стремится к доминированию, к расширению своего пространства и влияния. В полном согласии с этим правилом ведут себя части, сформулированные в психоаналитической теории, отношения между которыми описываются по сути дела военно-бойцовскими метафорами: подавление, вытеснение.

Нетрудно догадаться, что без труда можно было бы построить теорию, основанную и на прямо противоположной идеологии, когда состояние мира между инстанциями объявляется чем-то "патогенным", фактором, приводящим к кризису и застою, в то время как постоянный конфликт частей личности объявлялся бы непереносимым условием личностного и творческого роста и т.д. Представление о психическом здоровье, как о состоянии мира и согласия между частями личности, распространенное повсеместно вовсе не является единственно возможным. Его нельзя считать даже безусловно желательное, что ясно из вышеприведенных соображений.

Метафоры, пригодные для описания частей целого, лучше всего заимствовать из семантической сферы "человек" (Скляревская Г.Н., 1993), в том случае, если, конечно, воображаемый автор, следуя самым расхожим образцам психотерапевтических дискурсов, попытается сделать части целого своей новой теории антропоморфными.

Части могут быть представлены различными занятиями и профессиями, иметь самый разный пол и возраст, принадлежать к разным классам и слоям общества и т.д. Если же мы идем другим путем, то в любом случае в нашем распоряжении метафоры из ботанической и зоологической областей, а также из области явлений природы, различных видов энергии и т.д. Кроме того, очень важен выбор объединяющей метафоры. Ведь с ее помощью должен быть сформирован контекст, в котором наши части как-то друг с другом взаимодействуют. Такой метафорой скорее всего послужит некая картина, в которой некие монады, какие-нибудь индивиды или же неодушевленные предметы объединены

неким сюжетом, или же каким-то другим образом собраны вместе. Если мы следуем неоднократно упоминавшейся антропоморфной традиции, то это могут быть картины, в которых какие-нибудь персонажи собираются вместе (например, в духе *parts party* - "вечеринки частей" В. Сатир). Это могут быть "пиры", "консилиумы", "спектакли" или еще что-нибудь вроде того. Неантропоморфные метафоры будут зависеть от того, чему именно мы пожелаем уподобить части целого в творимой нами теории. Скажем, инстанции-звери легко разместятся в зоопарке или цирке, части-цветы легко объединятся метафорой клумбы, букета или сада, части-камни - метафорой здания или, например, надгробия.

Разнообразие возможных действий с инстанциями в рамках возможных теоретических дискурсов или нарративов историй не ограничено. Мы можем их создавать и уничтожать, разукрашивать и обесцвечивать, перемещать в пространстве и во времени. Крутить, гладить, резать на куски, пытаться каленым железом, возделывать, спаивать, одевать, посыпать приправами, носить на руках, вынашивать в чреве, обонять, пришивать к лацкану пиджака, стричь, надувать как воздушный шар (читатель, конечно, легко продолжит этот вполне тривиальный перечень). Они тоже, если что, вполне могут нам отвечать на наши действия. Отвечать сопротивлением и неповиновением, согласием и увяданием, молчанием и воем. И это все мы можем тоже не оставить без внимания и в ответ на реакцию инстанции сделать с ней что-нибудь еще.

ТЕЛО

Особое место в конфигурации целого занимает тело. Мы уже говорили выше, что интерес к телесному вписывается в общее гедонистическое направление эволюции психотерапии. Речь идет о реакции на традиционное подавление телесности в европейской культуре, причем контекст этого подавления, разумеется, по характеру своему связан не в последнюю очередь с эротической сферой. Никак не назовешь случайным то обстоятельство, что телесно-ориентированная психотерапия связана с кругом идей В. Райха, автора, который, как никто другой, был ориентирован именно на сексуальный круг проблем (В. Райх, 1997). Теория телесно-ориентированных психотерапий несомненно отражает это вполне очевидное обстоятельство. С другой стороны, нетрудно предположить, что телесная тематика вполне может вытеснять из теоретического обихода чрезмерно проработанную схему структуры инстанций психики (в этой связи интересно заметить, что в структуре теории такой явно телесно-ориентированной школы, как гештальт-терапия инстанции отсутствуют). Это понятно: чем больше "тела" в структуре школьной теории, тем меньше остается места для других составных целого.

В возможной школьной теории тело вполне может преподноситься так, как если бы оно было одной из инстанций, или же как некое параллельное психике образование, на котором зеркально, или еще через какое-нибудь опосредование, отражаются структуры внутренних конфликтов. "Мышечный панцирь", описанный В. Райхом (В. Райх, 1997) отвечает напряжением на разного рода конфликты между личностью и окружением, мышечные зажимы отражают внутренние конфликты.

Глубиннопсихологическая парадигма предполагает, что внутренние конфликты выходят за пределы собственно психического пространства, переносятся через конверсию-соматизацию на тело, и тело превращается в некое подобие театральной сцены, на котором разыгрывается интрапсихический конфликт. В экзистенциально-гуманистической парадигме тело само по себе вовлечено в жизненное пространство пациента и не является пассивным объектом, воспринимающим конфликты, исходящие из психического пространства (см. подробно об этом G. Condrau, 1995). Так что, как мы видим, есть разные способы включения тела в целое. Наличие такого элемента в теоретической части школьной концепции открывает множество возможностей в разделе технических практик

Работая с телом, мы конечно, имеем дело вовсе не с ним одним. Ослабляя мышечный панцирь, мы разрушаем напряженную границу, которая может проходить между личностью и, например, другим. Снятие же так называемых мышечных зажимов в свою очередь может быть ослаблением конфликта между различными инстанциями. Исключительно физкультурные, на первый взгляд, экзерсисы призваны на самом деле производить изменения на психическом и личностном уровне.

Возможности превращать телодвижения в терапевтические метафоры безграничны. Прыжки через препятствия и поднятия тяжестей могут преподноситься пациенту как преодоление запретов или внутренних конфликтов. Бокс и борьба могут реализовывать подавленные способы построения отношений с некими другими. Движения кистями рук скорее всего следует увязывать с оживлением неких творческих интенций, в то время как работа с ощущениями в ногах может быть представлена как укрепление некоей экзистенциальной опоры. Находим орган, определяем метафорическое значение, прилаживаем к нему гимнастический номер, тоже с некоей метафорической референцией ортопедического характера и, пожалуйста, - разжились новой оригинальной практикой. Не следует только делать что-то чрезмерно атлетическое, утомительное для клиента. Ведь не зря в различных терапиях так востребованы дыхательные техники. Усилий требует не так уж и много, а метафорическое богатство неисчислимо плюс измененное состояние сознания.

ГРАНИЦЫ

Уж коль скоро индивидуальное целое поделено на части, а, кроме того, отделено от наиндивидуального, то разговора о границах, которые, собственно, и обозначают это отделение, не избежать. Этот разговор был начат в свое время все тем же Фрейдом, который ввел в обиход понятие цензуры, пропускающей в сновидения подавленные желания не иначе как в символически искаженном виде. Таким образом получалось, что некое содержание должно было пересечь определенную границу, которая в данном случае отделяла одну инстанцию от другой, а именно - сознание от бессознательного. Позднее в "Я и Оно" (З. Фрейд, 1991) З. Фрейд начертил известную топографическую схему психики, отметив на рисунке соответствующие участки, не обозначив между ними однако четких границ. И в самом деле, граница здесь является метафорой, существующей лишь в воображаемом пространстве, размеры, конфигурация и характер которого нам ведомы очень приблизительно. Понятно, что ни о какой четкости и определенном расположении в пространстве речи здесь идти не может. Граница между инстанциями в контексте глубиннопсихологической парадигмы сформирована системой запретов, в процессе же психотерапии проявляется сопротивлением и терапевт судит о ней, соответственно, по той работе по преодолению сопротивления, которую ему приходится проделывать.

Разные контексты позволяют по-разному подходить к проблеме границы. Речь, в частности, может идти о том, что границы, отделяющие одну инстанцию от другой каким-то образом ослаблены. Чаще всего об этом заходит речь в концепциях патогенеза психотических нарушений, причем подразумевается, что некая нетривиальная часть бессознательного (допустим, архетипические образы коллективного бессознательного) прорывается в пространство сознания, смешивается с ним, что и определяет специфику психотических расстройств.

Разные концепции, таким образом могут формировать неоднозначное отношение к проблеме "прочности", надежности границ. В одних случаях, когда излишняя прочность границы влияет на сопротивление в процессе психотерапии (а до того способствовала развитию патологических симптомов), мы стремимся эту прочность как-бы ослабить. В других случаях, терапевтическая стратегия будет как раз направлена на укрепление некоего пошатнувшегося рубежа (например в результате эндогенного процесса), совершенно необходимого для нормального функционирования личности. Если есть границы внутри индивидуального целого, то почему бы им не быть на границе между индивидуальным и наиндивидуальным? Причем последнее может быть самым разным по содержанию и, так сказать наполнению. Пациент, как герой-протагонист в любой теории отделен от своего окружения известными границами. Разные теории по-

разному оценивают значение силы и слабости этих границ. Так, если брать опять контекст психотических феноменов, то речь может идти о слабости границ Я или о чрезмерном их усилении - скажем, аутизме, сопровождаемом негативизмом. Одновременное сочетание слабости и силы границ может рассматриваться с точки зрения феномена расщепления, или анализироваться психодинамически. Здесь можно вспомнить, что в разных концепциях патогенеза психозов речь идет о слабости границ, отделяющих друг от друга различные пространства.

Важнейшая функция границ - отделение "своего" от "чужого". Патологическое - это нечто такое, что почти всегда трактуется как чуждое, привнесенное извне. Любые внутренние инстанции, чье влияние воспринимается, как некое давление, в любой психодинамической концепции будут расцениваться, как исходно чужеродные личности, как бы навязанные со стороны (пример: Сверх-Я в психоанализе, как результат интериоризации общественно-семейные требований к соблюдению нравственных предписаний и запретов). Отделить "свое" от "чужого" - что может быть важнее и интереснее как для теории, так и для стратегии терапевтического вмешательства. В сущности любая крупная психотерапевтическая теория в том или ином виде предлагает концепцию отчуждения (об этом подробнее ниже, в разделе "Дефект"). Естественно, чтобы различать свое и чужое, нам необходима некая черта, отделяющая одно от другого. Так же, как в системе государственного устройства, границы в психотерапии находятся под наблюдением как с точки зрения их надежности и прочности, так с точки зрения их проницаемости для нежелательных элементов, что, впрочем, может быть одно и то же.

Говоря о работе с границами, следует вновь иметь ввиду бесконечное разнообразие открывающихся перед нами возможностей. Можно прилагать усилия к тому, чтобы усилить границу, ослабить ее. Пропустить через нее как можно больше всего, не пропускать ничего вовсе. Естественно, что каждое приграничное терапевтическое действие должно быть концептуально обосновано. Укреплять можно ослабленные границы (вспоминаем здесь хрестоматийные жалобы пациентов, которые "не могут сказать "Нет!"), ослаблять, соответственно, границы непробиваемые. Порой вся терапевтическая стратегия сводится к тому, чтобы пробить границу, которая целиком отгораживает личность от внешнего мира (имеются ввиду аутистические состояния). Не будет большим преувеличением сказать, что почти все самое интересное в психотерапии происходит при приближении к границам, в пограничной ситуации, если пользоваться известным термином К.Ясперса, употребленным им, правда, в несколько ином значении (K.Jaspers, 1922, s. 229 - 280).

Другой контекст, в котором могут обсуждаться представления о границах - упоминавшееся выше разграничение миров, предложенное Л.Бинсвангером - а именно, мир совместного-с-другими-бытия *Mitwelt*, мир окружающей среды *Umwelt*, мир собственного бытия *Eigenwelt*. Здесь не проводится рубежей между внешним и внутренним миром, но граница, что отделяет *Umwelt* от *Mitwelt*'а может проявляться сильным сопротивлением, направленным как против окружающего мира, так и против терапевтического вмешательства (L.Binswanger, 1957, s.95).

Следует особо остановиться на том, как толкуется тема границы в гештальттерапии. Речь здесь идет о границе контакта организм/среда, которая вовсе не совпадает с границей тело/среда. На границе контакта, по Перлзу, мы сталкиваемся с "приграничными" явлениями, происходящими по причине постоянного давления на границу, как со стороны организма, так и со стороны среды. Одно из этих приграничных явлений, проекция прорывает границу изнутри, перенося помещающиеся внутри представления на внешние объекты, а при интроекции происходит все наоборот. Конфлюенция предполагает открытость границ, а дефлексия - отгороженность от мира, когда границы закрыты (см. Ф.Перлз, 1997). Ясно, что тем самым возможность проектирования на границах не исчерпывается.

В рамках школьного дискурса, ориентированного на эту тему, мы можем размещать границы в каких угодно местах. Допустим, мы расчерчиваем карту в воображаемом пространстве личности или проводим, опять-таки воображаемые границы, на его теле. Границы, прочерченные на теле, определенные, скажем, по мышечным зажимам, или каким-нибудь еще образом, переключаются с личностными проблемами, концентрирующимися, как им и полагается, в приграничных областях. Допустим, мы обозначаем телесную границу проходящую где-нибудь в области шеи, определяя ее как-нибудь так называемым мышечным зажимом или еще по каким-либо жалобам. Граница эта по особенностям своего расположения призвана отделять "головное" пространство от остального телесного. Понятно, что здесь мы можем иметь дело с телесно-пространственной метафорой отчуждения телесно - витальной части личности. Параллели могут проводиться не только между телесным и личностным, но и, видимо, по-другому, кому как вздумается. Мы прекрасно понимаем, что говоря о границах, отделяющих сознание от бессознательного и внешнее от внутреннего, равно как и о иных прочих, мы имеем ввиду разные вещи. Но в то же время условность психологической метафоры такова, что в ней легко может совмещаться несовместимое.

Привлекательность же самого этого элемента для авторов психотерапий заключается, на наш взгляд, в том, что, намечая границу, мы расчерчиваем карту для

терапевтического вмешательства, намечаем участки, на которые нацелено наше психотерапевтическое действие. Граница есть в первую очередь препятствие, которое нам следует преодолеть тем или иным терапевтическим способом. Заведомо не напрасным будет наше лечебное усилие, если мы имеем перед собой такое препятствие. Образ границы всегда задействован в системе представлений о пациенте, чьи страдания или проблемы именно ограничивают его жизненное пространство, сужают круг его возможностей. Граница очень к месту в любой теории, как наглядное свидетельство ограничения свободного пространства, как место, где естественное душевное, телесное, да какое угодно движение наталкивается на болезненное препятствие - вот что здесь важно. Терапевтическая стратегия может быть противоположной в том случае, если мы Так что "граница", где бы она ни пролегла в той или иной теории - бесспорное и надежное место для размещения теоретического капитала.

Метафоры, которыми здесь можно эффективно пользоваться, связаны изначально с географической семантической сферой, откуда, собственно, мы и позаимствовали метафору границы. Границами могут служить горы и реки, берега и овраги. Конечно, здесь хороши метафоры не только из физической географии, но и из политической. Очень подходящими могут быть, к примеру, метафоры пенитенциарного происхождения (тюрьмы, решетки). Это, разумеется, в том случае, когда мы концептуально готовимся к задаче разрушения границ, воспринимаемых как очевидное зло. В случае противоположном - если мы некие личностные границы собрались соорудить, метафоры, нам потребные, скорее могут относиться, например, к строительной сфере - стены, заборы, двери. Нам кажется, что и военно-инженерная метафорика была бы очень уместна: бастионы, рвы, щиты, линии и эшелоны обороны. Это понятно, ибо одна из важнейших функций границ вообще - защищать. А границы могут быть в свою очередь поддержаны терапевтом.

КАНАЛЫ

И еще об одной сквозной теме общей структуры психотерапевтической теории, имеющей достаточно широкое хождение и открывающей новые интересные возможности. Мы имеем ввиду то, что можно обозначить как каналы. К счастью, дело обстоит так, что различные части целого и равно как и целые сами не только отделены друг от друга границами, но также обречены на контакт друг с другом, для чего на границах необходимы участки, характеризующиеся некоторой проницаемостью, некие просветы, то есть такие места, через которые может осуществляться взаимное проникновение. Поиск этих участков был обусловлен реальностью психотерапевтической ситуации, которая сильнее всего осложняется наличием сопротивления, испытываемого пациентом.

Терапевтическое значение каналов заключается в первую очередь в том, чтобы преодолеть сопротивление. Намечая каналы, а потом и обходные маневры, которые они позволяют осуществлять, психотерапевт готовит себя к роли виртуоза, свободно обходящего любые препятствия, встречающиеся на его пути. Такой терапевт, без сомнения, и знать не будет, как это ему могут сопротивляться пациенты. Наш сочинитель теории создает себе иллюзию исключительной терапевтической эффективности: зная слабое место, по нему нетрудно нанести прицельный удар. В сущности, значение "канала" в том, что он позволяет сконструировать нечто вроде "военной хитрости" в процессе терапии.

Весьма интенсивно тема каналов проработана в нейролингвистическом программировании, где речь идет о так называемых репрезентативных системах - аудиальной, визуальной, кинестетической, каждая из которых имеет отношение к одному из типов перцепции и связанном с ним перцептивным опытом. В теории нейролингвистического программирования принято считать, что каждый человек отдает предпочтение одному из типов перцептивного опыта, и это можно определить, в частности по движению глаз и использованию в разговоре слов связанных с тем или иным типом перцепции (слышать, видеть, ощущать). Этот предпочитаемый тип и является ведущей репрезентативной системой, т.е. тем каналом, через который можно осуществлять доступ к опыту личности, не наталкиваясь при этом на сопротивление. В процессуально-ориентированной психотерапии А.Минделла речь идет о каналах, как таковых, причем кроме тех, что, подобно НЛП, закреплены за конкретными органами чувств, А.Минделл выделяет, к примеру, телепатический канал, канал сновидящего тела (dreambody) (А. Mindell, 1985). Здесь важно заметить, что терапевтическая ситуация, по замыслу упомянутых авторов, выявляет каналы, существующие и вне ее, с тем, чтобы использовать их для оптимально эффективного вмешательства.

Возможности контекстуального оформления этой темы, безусловно, не исчерпаны. Любой способ формирования эффективного контакта с пациентом и доступа к его личностным проблемам удобно рассматривать в контексте метафоры "канала". Каков бы ни был путь, помогающий нам обнаружить и использовать брешь в сопротивлении, он неизбежен при любой психотерапевтической работе. Без сомнения можно говорить, например об "эмоциональном" канале, когда тематизация в процессе работы определенных эмоций позволяет пробиться через сопротивленческий барьер. Каналом может служить близкая пациенту тема беседы, и тогда можно будет говорить, скажем, о тематическом канале.

Невербально-телесный контакт может обозначать канал, проложенные через барьеры рационально-вербального сопротивления и наоборот. Сопротивление может быть многомерным, зависящим от конкретного контекста, точно также в разных контекстах маршруты каналов могут быть самыми разными.

Думая о метафорах, которые позволили бы нам наглядно оформить тему канала в возможной теории следует, очевидно, следует иметь ввиду нечто такое, что ограничивало бы пустое или, по меньшей мере, разреженное пространство в окружающей его более плотной среде. Канал, как таковой, собственно, и является одной из таких метафор. На ум приходят здесь такие, например, образы как брод, туннель, коридор, окно, брешь, и этот ряд, без сомнения, можно продолжить

Возможные операции с каналами отличаются широтой и разнообразием. Каналы можно создавать и закрывать, по ним можно осуществлять движение в разных направлениях и в разном темпе. Переключать каналы с одного на другой, как предлагает, в частности, А.Минделл (А. Mindell, 1985), можно без ограничений.

Таким образом, разделы теорий психотерапевтических школ содержат в себе общие элементы, которые в том или ином виде встречаются в структуре различных методов. Выделенные нами основные элементы – целое, инстанции, другой, границы, каналы отличаются от общепсихологических категорий, что обусловлено психотерапевтическим контекстом их употребления. Также можно утверждать, что вышеназванные элементы психотерапевтических теорий позволяют формировать конкретные стратегии психотерапевтического вмешательства.

Глава 2. 2. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ ДИАХРОНИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Диакронический раздел посвящен анализу следующих проблем: тому как существующие школьные теории представляют себе 1) динамику развития личности, 2) динамику формирования патологического расстройства, 3) конструирование путей его преодоления.. Индивидуальная история развития личности, нашедшая свое отражение в различных теоретических построениях, прослеживается от исходного момента развития личности до возникновения патологии и далее через терапевтическую операцию – к некоему идеалу. Особое внимание уделяется здесь теме влечений, ключевой для многих

теоретических систем, а также препятствий, возникающих на пути удовлетворения этих влечений, приводящих к развитию патологии.

Если синхроническая часть теории сформирована из понятий, позволяющих описать структуру личности, не подверженную каким-либо изменениям, то концепты диахронического раздела соответственно - должны обозначать основные моменты развития этого образа. Элементы общей структуры, о которых пойдет речь в этой части, представлены так или иначе во многих теориях. Однако, как уже говорилось, одновременное присутствие всех из них, или многих, не является обязательным. В то же время нам было бы очень трудно представить себе теорию, которая обошлась бы совсем без того, что мы здесь будем обсуждать. Здесь вводится определенное количество новых понятий. Остановимся на их объяснении.

АРХИНИЦИЯ

Первый интересующий нас элемент, который присутствует во многих концепциях, мы обозначили термином архиниция (arhe, греч. - происхождение, initio, лат. - начало). Речь здесь идет о том, что во множестве теорий существует или подразумевается концепт или понятие, обозначающее некий момент начала развития личности, некую исходную точку, от которой идет отсчет истории развития индивида, или, как мы решили это обозначать, индивидуального целого. Имеется ввиду, таким образом, некий первоисток, первотолчок, нечто исходно-первичное, что-то такое, что в конце-концов оказывает решающее влияние на весь ход развития личности, определяет в большой степени ее своеобразие, очень многое на ее жизненном пути вообще, а в особенности же - в критические моменты.

Вот что пишет М.Хайдеггер: "Исток здесь обозначает, откуда нечто пошло и посредством чего нечто стало тем, что оно есть и стало таким, каково оно. ...Исток чего-либо есть происхождение его сущности" (М.Хайдеггер, 1993, с. 51). Итак, первичное, исходное определяет существенные черты предмета нашего исследования, личности человека, который в психотерапевтическом контексте выступает как пациент, реальный или возможный. Изысканиями в области этого первоначала занимается не одна психотерапевтическая школа, этому посвящены многие исследования. В основе этих взглядов лежит следующее представление: чем больше мы спускаемся к первоистокам, тем в большей степени мы сталкиваемся там с явлениями, которые помогают нам прояснить суть и закономерности процессов, с которыми мы имеем дело в настоящем. В

более грубой формулировке, чем первичное, тем важнее для нас тот или иной феномен. Чем в большей степени он отодвинут в прошлое, тем более сильное влияние он оказывает на настоящее. Этим тенденциям развития психотерапевтических теорий в наибольшей степени соответствует известная археологическая метафора, уподобляющая психоаналитическую, например, терапию раскопкам древних цивилизаций.

Элемент архиниции первый раз появляется в классическом психоанализе. Смысл длительной и трудоемкой терапевтической процедуры, помимо всего прочего - углубление в мир раннего детства, поиск первотолчков, первопричин, коренящихся, по замыслу аналитика, именно там. Впечатления, имевшие место там, у истоков, влечения, тогда испытанные, травмы, тогда же полученные, накладывают свой отпечаток на всю последующую жизнь. Все, что имеет отношение к началу, истоку, преследует человека всю оставшуюся жизнь. Особенно же это все проявляется тогда, когда он заболевает и попадает к терапевту, который непременно выяснит, как именно задействованы те или иные архиниционные феномены в структуре, например, невроза.

Нетрудно заметить, что развитие глубиннопсихологической теоретической идеологии шло по вполне определенному пути. Наиболее истинными, подлинными, значащими переживаниями считались те, которые испытывались личностью на возможно более ранних этапах его индивидуального, а потом и доиндивидуального развития. Чем в глубже в прошлое были отодвинуты воспоминания о значащих переживаниях, тем более значащими для развития личности и формирования патологии они считались. Если по З. Фрейду заслуживающими внимания были уже ранние постнатальные впечатления, то О.Ранк в "Травме рождения" (O. Rank, 1924) свел существенную часть этиопатогенетической проблематики к последствиям родового шока. В дальнейшем оказалось, что нет ничего невозможного в том, что отдельные исследователи занялись обсуждением влияния, которое различные стадии развития плода от гонады и до родов оказывали на развитие личности и этиологию и патогенез различных невротических состояний. Такие авторы, как Ф.Гринейкр и Н.Фодор пытались связать различные невротические феномены с пренатальным опытом (Ph. Greenacre, 1941, Fodor N., 1949, цит. по Г.Блум, 1996).

Появление на свет - это самое подходящее событие для того, чтобы стать начальной точкой отсчета. Если ограничиться историей отдельной личности, то, конечно все, что происходит позднее, так или иначе уже будет в той или иной степени вторичным, а кроме того не идущим ни в какое сравнение по богатству и интенсивности переживаний в момент рождения. Другая подходящая точка отсчета - раннее детство. Понятно, что

архиницией может быть как относительно краткосрочный эпизод, так и растянутый по времени, т.е. можно вести речь, например, об архиниционном периоде, фазе, отрезке.

Можно видимо сформулировать некое "архиниционное" правило, которое звучит приблизительно так: "чем раньше мы сталкиваемся с каким-нибудь опытом или впечатлениями, тем более значительное, существенное воздействие они на нас оказывают".

Нетрудно предположить, что следование этому правилу, даже в тех случаях, когда оно отчетливо не формулируется естественным образом привело к построению концепций, переоценивающих события, находящиеся далеко за пределами индивидуального развития личности. Так, Л.Шонди, двигаясь этим путем, занялся исследованием "семейного бессознательного", сформированного под влиянием ближайших поколений предков индивида. Он утверждал, что "каждый человек несет в своем семейном бессознательном инстинктивную предрасположенность и предрасположенность его Я ко всем четырем основным кругам заболеваний..."(L. Szondi, 1995, s.31).

Ясно, что такой элемент структуры общей теории, как архиниция обладает очень большой теоретической привлекательностью, ее соблазняющая, так сказать, ценность очень велика. В самом деле, как мы уже говорили, концепция целого включающая в себя "большое жизненное пространство" является наиболее привлекательным. Такая школьная теория дает полное основание ее последователям критически относиться к редукционистам, сводящим существование личности, например, к условным рефлексам или сексуальности

Расширение пространства и реалий, включенных в состав школьной теории, может идти и за счет доиндивидуального периода, и совершенно ясно, что чем глубже в прошлое помещена нижняя граница доиндивидуального периода, тем больше это пространство в рамках которого они могут осуществлять терапевтическую деятельность.

Вполне закономерным обстоятельством, с нашей точки зрения, явилось стремление сочинителей психотерапий углубиться поглубже в "первоосновы" и "первоистоки". Безо всякого преувеличения можно сказать, что среди представителей глубиннопсихологической ориентации имело место как бы соревнование, кто глубже и дальше теоретически опустится в прошлое в поисках первотолчков и первопричин.

Весьма интересно трактуется проблема архиниционного первотолчка в транзактном анализе Э.Берна. "Сценарий,- так определяет он одно из ключевых понятий своей теории,- это постепенно развертывающийся жизненный план, который формируется... еще в раннем детстве под влиянием родителей. Этот психологический

импульс с большой силой толкает человека вперед, навстречу его судьбе, и очень часто независимо от его сопротивления или свободного выбора." (Берн Э., 1992, с. 175) Таким образом, по Э.Берну, самые существенные моменты жизненного пути личности, сформированные, в первую очередь под родительским влиянием, предзаданы заранее. Как мы видим, элемент архиниции представлен в общей структуре теории трансактного анализа в виде некоего системного предопределения.

Каждый элемент общей теории может играть в контексте этой теории различные роли. Архиниция может рассматриваться как некая основа, к которой пристраиваются другие элементы, о которых речь пойдет ниже. Ее фундаментально-исходный характер ее не вызывает никаких сомнений.

Кроме того, архиниция может выступать в самых разных функциональных модификациях. Она может рассматриваться как первотолчок, запускающий механизмы развития личности в каком-нибудь определенном направлении. Она может играть роль некоей исходной матрицы, прообраза позднейших поведенческих стереотипов и патологических механизмов, что мы видим и у К.Г.Юнга, так и у Л.Шонди, равно как и у Э.Берна. Она может рассматриваться как некий полюс притяжения, как что-то такое, что было прекрасным в нашем прошлом, а теперь утеряно.

Кроме того, исходное состояние может рассматриваться как в своем роде идеальное и позыв воспроизводить его в том или ином виде может преследовать личность в течение всей жизни. Теоретический миф чаще всего наделяет это состояние чертами удовольствия, покоя, защищенности, одновременно блаженства и благостности, ну и всего такого. Весь этот набор в наибольшей степени соответствует внутриутробному или инфантильному состоянию, воспетому различными авторами глубиннопсихологического направления.

Трудно представить себе теоретическое построение, когда первично-исходное рассматривается как нечто мучительное, а тем более "испорченное", а дальнейшее развитие эту первичную испорченность как-то исправляет и улучшает. Такое теоретическое построение, на наш взгляд, выглядело бы крайне вызывающим, да и просто нелепым. Ведь если жизнь сама справляется с изначальной порчей, что делать психотерапевту? Различные проблемы - все это, понятное дело, то, что начинается позже. Здесь важно оговорить также то, что архиницию можно понимать двояко: и как первичное исходное покойное состояние (допустим, внутриутробное) и как момент выхода из него (соответственно, допустим, рождение). Естественно, что одно здесь неотделимо от другого.

Все эти обстоятельства, а именно представления об архиниции, как о чем-то, что связано с некоей "неиспорченностью", неотчужденностью и т.п., безусловно, очень важны в контексте нашего исследования, а именно с точки зрения уже много раз обсуждавшейся привлекательности. Представления об исходно-райском, во-первых является само по себе привлекательным, чем то таким, что дает возможность в процессе терапии иметь дело с "интересным".

Без сомнения, проблема отчуждения является ключевой для многих психотерапевтических идеологий. При этом почти невозможно представить себе такое теоретическое построение, когда отчуждение является, скажем так, изначально-первичным феноменом. Во множестве школьных теорий имеет место представление о первично-подлинной, неотчужденной природе личности, которая на более поздних этапах развития подвергается отчуждающему воздействию со стороны общества, семьи и т.д. Проще говоря, любая глубиннопсихологическая и экзистенциально-гуманистическая теория почти непременно включают в себя "руссоистское" учение об извращении первичной природной естественности. Но для таких построений безусловно необходим структурный элемент, хоть как-то помечающий эту первичную "неиспорченность".

Наличие архиниции в теории какой-либо школы неизбежно предполагает трудоемкую, кропотливую и долговременную работу по углубленному исследованию первооснов и первопричин. Элементу архиниции в теории метода чаще всего в разделе техники соответствует долгосрочная аналитическая процедура. Радикально настроенные аналитические терапевты бьют рекорды длительности терапевтических процессов, проводя с пациентом вместе годы в поисках первичной травмы.

Однако влияние "принципа наименьшей траты сил" сказалось в том, что такая длительная аналитическая работа для многих оказалась чрезмерно трудоемкой, да и к тому же неоправданно углубленной. Приходилось выбирать: или у тебя эстетически привлекательная богатая концепция, требующая, однако, много времени для утомительно-кропотливой аналитической возни, или ты сэкономишь силы и время, но тогда твоя концепция, возможно, теряет часть своей привлекательности. Вряд ли следует считать случайным, что в более поздних терапиях, например, в клиент-центрированной, в гештальттерапии, да и в поведенческой, не говоря уже о НЛП, акцент с углубленно-прицельной археологической работы был перенесен на "здесь и сейчас", архиниция представлена в структуре теорий этих школ не так основательно или попросту ее вовсе нет.

Другой пример относительно новой трактовки архиниции - транзактный анализ, особенно в той его части, которая занимается так называемыми жизненными сценариями.

Здесь, однако, не следует забывать, что трансактный анализ проходит по разряду глубиннопсихологических методов. Остальные же, по вполне понятным причинам, то есть, помимо всего прочего, из соображений экономии терапевтического времени и усилий, занимаются намного более актуальными проблемами и конфликтами, не залезая очень глубоко в прошлое.

ЭВОЛЬВЕНЦИЯ

История развития личности требует понятийного аппарата для своего описания и многие школы такой аппарат конструируют. Для этой части теорий, которая описывает развитие личности, какие стадии при этом проходит и какие задачи на этих стадиях решает, мы предлагаем название эвольвенция (evolvo - лат. разворачивать).

Классический психоанализ. З. Фрейд, как известно, выделял несколько фаз в развитии индивида, исходя из того, какая именно телесная эrogenная сфера, по его мнению, в наибольшей степени влияет на поведение ребенка в тот или иной временной отрезок. В этой схеме развития выделяются, как мы знаем, четыре фазы: оральная, анально-садистическая, прегенитальная и, наконец, генитальная (З.Фрейд, 1990, с. 208). Наличие интенсивных переживаний, связанных с актуализированной в тот или иной период эротической сферой, приводит к тому, что формируется так называемая фиксация. "...такую остановку на более ранней ступени следует называть фиксацией" (ibid., 217). Понятно, что фиксацию мы диагностируем только в том случае, когда речь идет действительно о более ранней стадии. Соответствие эротической направленности "паспортно-возрастной" фазе конечно не будет поводом для терапевтического беспокойства.

Уже здесь мы видим то главное, что составляет смысл эвольвенции. Почти всегда она опирается на некую *нормативную хронологию*. Эта хронология разделяет жизненный путь личности на определенные отрезки и закрепляет за каждым определенные качества, события, признаки, которыми она характеризуется, или же задачи, которые необходимо решить на каждом из этапов или же и то, и другое, и третье одновременно. Когда некие признаки или успешное решение личностных задач соответствует определенному возрастному отрезку, это и считается нормой. Намечая на жизненном пути различные отрезки, мы делаем его сподручным для терапевтической работы. Ретроспективная процедура, как бы она на осуществлялась технически, становится наглядной, поддающейся учету. Кроме того, появляются точки приложения особого внимания терапевта, то есть некие кризисные периоды в развитии, которые представляют наибольший интерес с точки зрения риска возникновения патологии

Большой интерес в этом смысле представляет, к примеру, схема стадий жизненного цикла, предложенная Э.Эриксоном (Э.Эриксон, 1996). Эпигенез идентичности прослеживается с младенчества, главная задача которого - формирование "чувства базисного доверия" (ibid., стр.106). В раннем детстве ребенок начинает обретать автономность, (ibid., стр. 117), а позже начинает проявлять собственную инициативу, что сопровождается способностью испытывать чувство вины (ibid., стр. 125-129). Школьному возрасту Э.Эриксон отводит роль периода, когда рождается способность созидать и параллельно с ним - чувство неполноценности (ibid., стр. 133-138). В отрочестве мы наблюдаем созревание идентичности, причем желательно при этом избежать того, что Э.Эриксон называет спутанной идентичностью (ibid., стр. 139-146). Ну и так далее. Подавляющее большинство исследователей со своими эволютивными интересами устремлено в детский период развития личности. Одна из многих больших заслуг психоанализа, как известно, заключается в том, что особое внимание психотерапевтов оказалось приковано к периоду детства. Общим местом считается положение, что все самое важное в структуре личности формируется именно тогда и позднейшие впечатления и переживания только накладываются на уже сложившиеся в детском возрасте склонности, предпочтения и внутренние конфликты. Понятно также, что все описываемые этапы интересуют исследователей с точки зрения соответствия развития личности данному этапу. Важнейшая нормохронологическая диагностическая проблема, возникающая перед любым терапевтом, заключается в констатации отставания (порой прямо именуемого инфантилизмом (собственно - детскостью)). Это может быть связано как с болезненной фиксацией на том или ином этапе развития, с так называемым застреванием, возникающим под действием каких-либо других причин.

Психотерапевт использует также нормохронологии, заимствованные из общемедицинской или общепсихологической сферы. Развитие личности представлено в них этапами совершенствования отдельных психических функций, периодами активности тех или иных гормональных систем, а также внешне-биографическими событиями, знаменующими ту или иную стадию социализации. Особо выделяются в таких эволюциях кризисные периоды, связанные с гормональной перестройкой организма (созревание, климакс), или же имеющие отношение к перемене социального, изменению социальной роли (поступление в школу, получение аттестата зрелости, женитьба, уход в отставку). Совершенно ясно, что проблемы, травмы и т.п., имевшие место в эти кризисные периоды, оказывают совсем иное действие, чем то же самое, но случившееся в относительно благоприятные времена.

Очень часто мы имеем дело с обыденно-житейскими нормохронологическими представлениями. В обыденном сознании существует некий "биографический календарь", предписывающий к определенному сроку иметь достижения карьерного или же так называемого личного характера. Запоздывающий по этим срокам считает себя "неудачником" или "старой девой" и большое количество терапевтических усилий порой тратится на преодоление зависимости от этого календаря.

Приведенные здесь эвольвенции рассматривали в основном жизненные пути отдельных личностей. Однако теоретическая система в рамках какого либо подхода может рассматривать как целое, например, семью. Эвольвенция будет таким образом приложена к жизненному циклу целой семьи, как это делается в теории семейной системной терапии. Одинокая жизнь, встреча с партнером, женитьба, появление и взросление детей, уход детей из дома, смерть одного из семейных партнеров и одиночество другого - все эти события знаменуют различные этапы семейного цикла.

Наличие в структуре теории архиниции вкупе с эвольвенцией создает возможность для еще одной практики, а именно - путешествия во времени, которое совершается не в воспоминаниях, а в "здесь и сейчас" психотерапевтической ситуации. Речь идет о так называемой возрастной регрессии. Тут, конечно, нам возразят, что так путешествовать можно и безо всякой теории, а запросто загипнотизировал пациента и свозил во времени куда надо. Но в таком случае это будет поездка наобум, а если есть хорошая эвольвенция, то получается, что нас как бы сопровождает гид.

Важно оговорить, что далеко не все эвольвенции непременно должны быть нормохронологическими. Теория развития может формироваться вне всяких сроков и строиться только на принципе разрешения определенных проблем, например, как это у К.Г.Юнга в концепции индивидуации, - последовательной конфронтации с разными архетипами.

Метафоры, которые могут считаться подходящими при сочинении концепции эвольвенции это всякого рода дороги, тропы, словом, что-нибудь такое продольное и движущееся, хоть бы даже и река. Хорошими метафорами для всякой индивидуальной концепции развития всегда были и будут наиндивидуальные истории развития в духе известного "онтогенез повторяет филогенез". Развитие животного мира от простейших к млекопитающим, вообще всякая теория эволюции вполне может служить прообразом развития отдельной личности.

КУПИДО

Влечения, их судьбы и превращения, проблемы, с ними так или иначе связанные, были и остаются одной из главных и излюбленных тем создателей психотерапевтических

теорий. Со времен психоанализа в центре внимания различных авторов - *homo desiderans*, человек желающий, а, главное, страдающий от того, что его желания не находят удовлетворения. Происхождение патологии, которой занимаются разные терапии, для них как раз и есть почти во всех случаях результат неудач, постигающих влечения, находящиеся в фокусе внимания той или иной школы.

Нет ничего случайного в том, что тема влечений стала столь значимой для многих учений в психотерапии на протяжении довольно длительного периода. Психоанализ формировался на рубеже веков, в пору духовного господства "философии жизни". Давно стало общим местом положение, что фрейдовская теория влечений формировалась под влиянием Шопенгауэра, Ницше и Бергсона, а либидо является прямым продолжением представлений о "мировой воле", "воле к власти", "жизненном порыве". "Человек желающий" легко переселился из философского обихода в мир психотерапевтических теорий. И обосновался там так основательно, что первое время полемика, приводившая к размежеваниям между разными авторами, сводилась, собственно, к спорам по вопросам, связанным с природой влечений.

Концепт влечения должен быть отражен в структуре общей теории. Начнем с термина. Купидо (лат. - *cupido*) имеет приблизительно то же семантическое поле, что и либидо, т.е. желание, стремление, влечение, страсть, и в контексте нашего исследования является элементом психотерапевтической школьной теории, обозначающим некое влечение, которому автор этой теории находит нужным уделить особое внимание. Когда мы говорим о либидо, имеется ввиду, что конкретная личность испытывает то или иное влечение, когда мы говорим о купидо, имеется ввиду, что в структуре той или иной теории мы сталкиваемся с понятием, обозначающим некое влечение.

Фрейдовское либидо, как известно, имеет сексуальную природу, материальный субстрат и направлено на некий объект, причем как субстрат-источник, так и объект, на который либидо направлено, всячески варьируются во времени и в пространстве. Либидо имеет свои корни как в телесной, так и в психической сферах, все же остальные влечения есть не что иное как превращенная форма либидо.

Очень важно, чтобы купидо неизбежно наталкивалось на препятствия, не дающие овладеть безболезненно и безнаказанно желаемым объектом, отчего индивид - носитель этого купидо в восторг не приходит. Очень сложно представить себе теоретические построения, в которых субъект безболезненно смиряется с неудовлетворенным желанием, иначе говоря, переносит купидинозные лишения без возникновения патологических последствий, например, неврозов. Для конструирования психотерапевтического процесса

нам требуется не "просто" купидо, мы ведем дело, скажем так, к созданию теории "купидинозной болезни".

Можно без особого преувеличения сказать, что психоанализ, серьезно расширив сферу сексуального, выиграл таким образом значительный объем идеологического пространства, в котором мог эффективно осуществлять свое теоретическое господство. Весьма важной оказалась способность либидо превращаться по Фрейду в нечто, на первый взгляд несексуальное, которое, однако, тоже в итоге оказывается сексуальным при более пристальном рассмотрении. Это мы, понятно, о так называемой сублимации.

Мы должны оговориться, что ведь нет и не может быть никаких данных в пользу того, что наличие того или иного элемента в школьной теории благотворно сказывается на терапевтическом процессе. Функция всех этих построений заключается в том, чтобы быть убедительно-привлекательными для тех, кто окажется в поле влияния создателя метода, стремящегося оправдать свои действия и спроецировать на пациента свою картину мира. Итак, психоанализ, аналитическая и индивидуальная психология заложили традицию, согласно которой теории в психотерапии сооружаются вокруг некоего влечения. Это влечение трактуется как ведущее, важнейшее, подчиняющее себе все остальные или объединяющее все воедино.

Э. Берн касается этого вопроса в разделе "Структурирование времени". Он описывает три вида влечений: "первый - это стимулирование или жажда ощущений"; "второй - это жажда признания"; "третий - это жажда структурированности" (Э.Берн, 1992, с. 171-172). Безусловно, интересными могут считаться также открытия в этой области, совершенные теоретиками гуманистического направления. В роли купидо у этих авторов выступила самоактуализация, что привело к благотворному расширению пространства терапевтической работы. По А. Маслоу и другим, самоактуализация является неременным условием личностного роста и творческой самореализации (А. Маслоу, 1997). Благодаря всему этому психотерапия получает совершенно новый рабочий контекст, который очень выгодно отличается от глубиннопсихологического. Во-первых, здесь охватываются новые области интересного, которые до того были отодвинуты в сторону. Кроме того, привлекательность этих концепций заключается в том, что возможно вести речь не только о гедонистически "интересном", но и об интересно - "возвышенном", что тоже является крайне привлекательным делом.

В трудах В. Франкля мы находим другое купидо. Стремление к смыслу (см. В.Франкл, 1990) придает нечто особое любому из возможных занятий, любому из возможных явлений. Смысл - это нечто такое, что придает чему угодно новое измерение, раздвигающее границы пространства личности. Придание смысл как бы укрупняет любое

событие, выступает в роли некоей эмфазы, т.е. выразительного усиления. За каждым из жизненных эпизодов или предметов, окружающих личность, обнаруживается новая глубина. "Смысл" интересен и привлекателен присущим ему "обогащающим", "усиливающим" внутренним жестом. Очень убедительным выглядит любое теоретическое построение, согласно которому недостаток смысла приводит к невротическим последствиям, отождествление терапевтического процесса с поиском смысла кажется делом весьма естественным.

В некоторых школьных теориях авторы избегают закреплять купидо за какой-нибудь отдельной содержательной. Здесь речь идет просто о влечениях в том виде, в каком их может обнаруживать у себя испытывающий желания индивид. Такой подход исключает иерархию и возможность осуществлять превращения влечений в процессе психотерапии. Мы имеем ввиду здесь в первую очередь организмические потребности в теории гештальт-терапии Ф.Перлза. Речь может идти и о просто потребностях - needs, которые по Г.С.Салливену могут быть общими и зональными (Sullivan, 1953, v.1, p. 36). В обоих случаях мы имеем дело с тотальным купидо, о котором мы уже говорили выше.

Нельзя не признать, что есть определенное удобство в том, чтобы иметь дело только с одним каким-нибудь типом влечений и не соотносить его особенно отчетливо с одной из содержательных сфер, ибо здесь можно сосредоточиться уже на чем-нибудь другом - на завершении гештальта по Перлзу и ослаблении напряжения по Салливену.

Нельзя не вспомнить об интересной идее А. Маслоу, предложившего знаменитую иерархическую пирамиду потребностей. Иерархия основана здесь на правиле, согласно которому более высокие потребности дают о себе знать и требуют удовлетворения только в том случае, если удовлетворены более низкие. По возрастающей здесь выделяются: 1) физиологические потребности; 2) потребности в безопасности; 3) потребности в любви и привязанности; 4) в признании и оценке; 5) в самоактуализации (А. Maslow, 1954). Видимо, увлечение автора этим проектом было таким, что он даже не принял во внимание само собой разумеющиеся соображения о том, что для самоактуализации вовсе необязательно удовлетворять более низшие потребности. Вполне правдоподобным является предположение, что неудовлетворенные "низшие" потребности, оживляют мотивацию к самоактуализации

Купидо должно быть в том или ином смысле неявным, скрытым, латентным. Ясно также, что должны существовать веские причины для такого сокрытия. Другими словами, оно должно находиться в таких условиях, которые неизбежно вынуждали бы носителя этого влечения так или иначе скрывать его от посторонних глаз. Очень хорошо обстоит дело, когда купидо - это влечение, неприемлемое с точки зрения общепринятой морали.

Неписанному правилу латентности так или иначе следовали разные авторы. Так, сексуальное влечение, согласно психоаналитической доктрине, скрывалось или подавлялось в условиях викторианского общества, не допускавшего его открытых проявлений, что обусловило именно отчасти латентное существование фрейдовского либидо. Юнговская символическая потребность всячески отчуждалась в дегуманизированном и технократически ориентированном обществе. В любом случае, для выявления этих потребностей и влечений необходима некая герменевтическая терапевтическая процедура, цель которой - сделать это все чем-то наглядным, т.е. чем-то таким, с чем можно работать. Мы помним, что психотерапевтические авторы не просто конструируют некую антропологию, но создают именно сподручную конструкцию, которая явным образом подходит для практического использования.

Важно также иметь ввиду, что мы можем брать для наших нужд только такое купидо, удовлетворение которого требует преодоления определенных препятствий. Очень трудно представить себе теорию личности, в которой за основу берется, например, заурядный голод или жажда. С другой стороны, понятно, что "голод" или "жажда", как метафоры могут очень пригодиться. В целом, мы думаем, понятно, что при сочинении теорий речь идет не о чрезвычайных ситуациях, а о патологии, связанной с заурядным образом жизни, где и формируется все то, с чем мы обычно имеем дело.

Важно учитывать также структуру купидо. Было бы очень недальновидно просто обозначить купидо в своей теории, не представив ее монтажную сборку. Только подробно и убедительно расписав составные части и их взаимоотношения, мы можем рассчитывать на то, что наша концепция сможет достойно выглядеть. Конструкция либидо, как она начерчена в психоаналитической доктрине, может служить моделью для всех остальных.

Как известно, первое - это источник влечения. Здесь можно иметь ввиду как часть индивидуального целого, так и целое в нерасчлененном виде. Купидо может корениться в бессознательном, в сознательной части личности, равно как и тут, и там одновременно. Без труда можно представить себе, что, подобно тому как ручьи, вытекая из разных источников могут течь сами по себе, а могут сливаться в одну большую реку, купидо может формироваться и так, и этак. Без сомнения, поиск источника влечения не должен ограничиваться только психическим пространством, но вполне может быть привязан к телесной части целого.

Интересная тема - это исследование происхождения и развития источника, то есть соотнесение с архиниционной и эволюентной пролематикой. Можно к примеру создать условия для постановки терапевтически значимых вопросов. Как же исторически так получилось, что именно эта часть целого ответственна именно за это влечение, а не за

какое-нибудь другое? Сохранилась ли эта часть целого в качестве источника данного купидо или же источник по каким-либо причинам поменялся? Может ли, например, источник исчезать с течением времени, а купидо из него исходившее, закрепляться за другим источником? Все эти вопросы могут в контексте возможных теорий, служить поводом для весьма достойных метапсихологических построений.

Здесь уместно вспомнить, что выше мы противопоставили друг другу два типа инстанций - исторические и функциональные. Собственно то же самое противопоставление могло бы иметь место и в разговоре о купидо. Не составит труда предположить, что в разных концепциях, в том числе и возможных, мы встретим тоже два сходных типа купидо. Одно будет формироваться в течение долгого времени (возможно даже в доиндивидуальном периоде), а другое возникать только в контексте терапевтической процедуры. Это опять-таки дело вкуса, кому что нравится.

Далее следует иметь ввиду вектор купидо, то есть нечто такое, что характеризует силу и направленность влечения. Собственно, к "слабосильному" купидо, ненапряженному влечению никак не может быть прикован чей бы то ни было интерес. Ведь рано или поздно неприятности, которые должны будут произойти с нашим купидо должны привести протагониста истории болезни, к возникновению невроза, например. Так что, наш интерес к купидо прямо пропорционален его силе, только сила делает купидо интересным для практика и исследователя. О точном количественном измерении влечения, об исчислении купидо, говорить, конечно, всерьез не приходится. Однако сплошь и рядом приходится проводить сравнительную количественную оценку купидного вектора, который в процессе терапии, возможно, придется усиливать или ослаблять. Сравнение силы различных влечений в рамках одной ситуации или биографии создает почву для осуществления экзистенциального выбора. С другой стороны, если некое влечение не может, в силу ряда обстоятельств, преодолеть некие преграды на пути к своему объекту (о самих преградах ниже), то нет другого способа помочь, кроме как, разобравшись с его мощностью, напряженностью, интенсивностью и т.п.

Соображения, касающиеся возможностей изменения направления вектора тоже открывают большое пространство для терапевтической работы, причем здесь притягательной темой является тема поворота вектора на сам субъекта, из которого купидо исходит (речь, в частности, о нарциссизме). Здесь можно проигрывать такие интересные варианты, как поворот вектора купидо на целое или на часть этого целого. Без сомнения, тем, кто этим кругом проблем займется, важно будет решить вопрос, не происходит ли отчуждения от субъекта той части его целого, на которое оказывается направленным его купидо? Возможно ли такое положение дел, когда купидо будет

направлено на свой источник, или все же часть целого, ставшая мишенью купидо неизбежно сдвигается к некой периферии? То есть возможно ли полное совпадение источника и объекта купидо?

Для любой терапевтической работы очень важным будет концепт объекта купидо. Если для того, чтобы определить источник и вектор требуются определенные аналитические процедуры, то объект купидо почти всегда фигурирует в любом клиническом случае сам по себе. Сила купидо определяется, собственно, по тому, какое место в мире личности занимает тот или иной объект. Очень трудно представить себе беспредметное купидо, ни на что не направленное. Собственно, влечение - это почти всегда влечение к чему-то.

Однако купидо и его объект могут находиться в самых разных взаимоотношениях. К объекту можно стремиться по-разному. Обозначим эту направленность, ну, скажем, купидинозная интенция. Эта интенция может предполагать как стремление воссоединиться с объектом, так и, к примеру, объект уничтожить. Можно стремиться приобрести определенную власть над объектом, не используя никак тех возможностей, которые это обладание предоставляет (как герой "Скупого рыцаря" у Пушкина: "Я выше всех желаний; я спокоен;/ Я знаю мощь мою: с меня довольно/ Сего сознания..."). Можно стремиться к тому, чтобы обладать объектом, можно - к тому, чтобы объект обладал тобой.

Очень интересным может быть купидо, рассчитанное на то, чтобы вызвать у купидинозного объекта обратное влечение к самому субъекту, испытывающему влечение, или, в наших терминах, хранителю источника купидо, назовем это, к примеру, ретроактивное купидо. При этом ясно, что эти обратные купидинозные интенции, равно как и характеристики вектора (проще говоря, сила влечения), могут быть совсем иными, несимметричными, так сказать, хотя понятно, что сам субъект всячески стремится к тому, чтобы влечение к нему объекта было равносильным, а то и превосходило бы его собственное. Однако не стоит забывать, что такой важнейший показатель, как сила вектора купидо может серьезно зависеть от того, насколько выражено встречное влечение. Здесь также скрыт ключ к проблеме временного характера купидо. Иначе говоря, сокращается ли время функционирования купидо вообще и по отношению к отдельному объекту, в том случае, если есть что-то встречное.

Временная характеристика купидинозных интенций тоже может быть предметом внимания заинтересованного автора. Имеем ли мы дело с купидо, которое является непреходящим, существующим при любых обстоятельствах или же оно может появляться, уходить и опять возвращаться по новой? С одним только каким-либо типом объектов

стремится возможное купидо соединиться или же объект можно менять? Увеличивается купидо с увеличением возраста своего существования или уменьшается? Если да, увеличивается или нет, уменьшается, то происходит это постепенно-непрерывно или прерывисто, скачками?

Все это имеет непосредственное отношение и к терапевтическому процессу, в рамках которого вполне реальная стратегия может строиться на укорачивании периода времени влечения к некоему объекту (или наоборот, на удлинении). Небезынтересно было бы также проработать проблему зависимости между силой купидо и его длительностью. Будет ли оно, скажем так, чем сильнее, тем и долговечней или наоборот

Возможны теории с единым купидо, когда отдельные влечения есть не что иное, как частные его разновидности и теории в которых мы имеем дело с разными. В этом случае автору возможной теории следует иметь ввиду, что интересное купидо - это в первую очередь купидо, обладающее способностью к превращениям. Метаморфозы купидо (по аналогии с названием известного труда К.Г. Юнга), которые интересны сами по себе, могут оказаться в самой сердцевине практической терапевтической работы и поэтому будет весьма уместно, если в теории найдется место для темы превращений.

Самый известный в этом смысле пример - так называемая сублимация в психоаналитической доктрине. "Сублимацией называется такое влечение, которое в той или иной степени переключено на несексуальную цель и направлено на социально значимые объекты." (Ж.Лапланш, Ж.Б.Понталис, 1996, с. 510). На наш взгляд, крайне нелепо было бы рассуждать на тему, действительно ли эстетическая, к примеру, активность является видоизмененным сексуальным влечением. Намного более важным открытием, которое сделал здесь создатель психоанализа, заключается в том, что влечение вообще может претерпевать какие угодно метаморфозы. И основное правило, которому, без сомнения, подчинены все процессы превращений купидо можно сформулировать так: любое купидо может превращаться в какое угодно другое купидо причем каким угодно образом. Это превращение может происходить как само по себе, спонтанно, вне психотерапии, так и под воздействием терапевтических процедур. Исключение из этого правила возможно только в том случае, если вдруг обнаружится, что какое-то купидо упрямо не хочет превращаться в другое. Освобождая влечения из-под действия всевозможных правил, мы развязываем руки всем возможным сочинителям купидосодержащих концепций. Вообще же нельзя не сказать, что хорошим психотерапевтическим текстом может считаться именно такой, который предоставляет в распоряжение читателя как можно больше возможностей, не требуя ничего взамен

(например, безусловного принятия идей автора и следования описываемым им методикам).

При таком раскладе сублимация, ясное дело, - это не более чем частный вид феномена, который можно обозначить как конвертация купидо, т.е. превращение влечения. Понятно, что превращение купидо, происходящее как естественным путем, так и в результате некоего вмешательства вовсе необязательно должно идти "вверх" - от связанного с "материально-телесным низом" сексуального к более "высокому", социально приемлемому, помещенному, к примеру, в эстетическую или религиозную сферу. Однако следует иметь ввиду не только возможности естественных метаморфоз и искусственных превращений. Взаимоотношения между различными купидо могут быть и без превращений совершенно разными. Влечения, инстинкты, потребности, стремления и т.д. могут противостоять друг другу, соперничать, но также и поддерживать, усиливать друг друга.

Разные купидо могут бороться за один и тот же объект. Они могут сливаться в единое целое или же целое купидо может разбиваться на несколько разных. Эти несколько, в свою очередь, могут быть направлены на один и тот же объект, но иметь различные интенции. Они могут иметь разную направленность и конкурировать друг с другом. Временная структура этих взаимоотношений тоже может строиться как угодно.

Очень подходящий путь для работы по формированию концепции купидо - использование метафор. Метафоры, которые позволили бы нам лучше представить себе сущность купидо, следует искать скорее всего в сфере явлений природы, причем таких явлений, которые имеют энергетически - силовой характер. Это могут быть, например, ветер и солнце, река и водопад. Вообще здесь очень подходят образы с сильным энергетическим началом, пускай хоть рукотворного характера. Моторы и крылья, турбины и вентиляторы, насосы и генераторы здесь были бы очень уместны. Можно также остановиться на образах животного мира (вспомним здесь известную фрейдовскую метафору коня и всадника). Конечно, нелишне вспомнить здесь и всякую оружейно-милитаристскую метафорику, ну там, пушки и ракеты, бомбы и винтовки. Естественные науки, в том числе, скажем, физика с ее полями, силами, векторами, магмами, плазмами, эфирами может предоставить нам несчетное количество образов.

Важно все же оговориться, что при всем этом легко можно представить себе теорию, где тема влечений отсутствует вообще. Это, к примеру, могут быть концепции семиотического характера, подобно тому, как это имеет место у некоторых позднейших теоретиков психоанализа (см. Цапкин В.Н., 1985).

ОБСТАНЦИЯ

Как уже было сказано, одного лишь купидо, самого по себе, для достойных теоретических построений нам явно недостаточно. Тот, кто создает теорию для психотерапевтических нужд, обязательно должен предусмотреть описание некоего препятствия, которое становится на пути удовлетворения либидо. Ведь в итоге речь неизбежно должна пойти о том, что именно по вине этого препятствия, чаще всего и возникает патология, с которой потом приходится иметь дело. Так что при создании любой теории необходимо учитывать следующую составную часть, которую мы предлагаем всем-сочинителям иметь ввиду наряду с другими. Мы обозначили ее термином обстанция (obstantia- лат. - препятствие).

Под обстанцией надо понимать некий фактор, или же сумму факторов, представляющих собой определенное препятствие на пути желаний индивида, и рассматриваемый в контексте школьной теории как нечто безусловно вредоносное. В первую очередь речь идет о чем-то таком, что мешает пациенту-протагонисту реализовать свое купидо. Обстанция это то, что стоит на пути стремлений-инстинктов-влечений-потребностей и приводит к последствиям, которые терапевту надо так или иначе преодолевать. Представления о том, что в основе симптома, синдрома, невроза лежит сломавшееся о некую преграду влечение так или иначе свойственны почти любому подходу в психотерапии, безразлично, глубиннопсихологическому или экзистенциально-гуманистическому или еще какому либо.

Почти любая школьная теория в психотерапии в той или иной степени противопоставляет индивида окружающей его социальной среде. Препятствие, мешающее реализации купидинозных интенций, согласно этим теориям, находится почти всегда вне индивида. Традиционно психотерапевтические теории противопоставляют личность - обществу, причем именно в общественном устройстве, согласно этим представлениям коренится нечто патогенное. Так, классический психоанализ (положивший начало и этой традиции в психотерапии) представляет дело так, что общественное устройство препятствует удовлетворению сексуального влечения, которые приходится подавлять, откладывать, сублимировать, особенно в том случае если оно еще, ко всему прочему, является инцестуозным. Похоже обстоит дело и с властными желаниями в адлеровской индивидуальной психологии. Собственно, реализация любого из влечений всячески затруднена или отставлена во времени, требует всегда серьезных жертв, больших усилий, а это ведет к появлению и развитию неврозов.

Сама по себе констатация этих обстоятельств открывает перед сочинителем теории большие возможности. Он, терапевт, становится защитником пациента перед лицом

враждебного общества, ходатаем по его делам в мире, полном нелепых запретов, и несправедливых наказаний. Этот дурно устроенный мир вместо того, чтобы без проволочек идти навстречу естественным потребностям пациента, грубо и равнодушно доводит его до невроза своими нелепыми и вредными обычаями и условностями, запретами и предписаниями. В сущности, с этой, в частности психоаналитической, точки зрения, окружающая пациента среда - это в какой-то степени законченная пенитенциарная система, которая порой доводит человека до того, что "наказание" (в виде невроза) осуществляется только за намерение совершить что-нибудь запретное.

Наличие элемента обстанции в структуре психотерапевтической теории дает автору возможность занимать исключительно выгодную позицию критика цивилизации, и именно это обстоятельство открывает ему пространство для доктринального расширения его концепции, ибо позволяет распространить свою деятельность на пространство, значительно более крупное, чем узко клиническое. Невозможно даже представить себе психотерапевтический подход, основанный на принятии мира, на воспевании мировой гармонии и т.п..

Но работа терапевта касается конкретной жизненной ситуации личности, и его мир, как он предстает в психотерапевтической реальности обычно ограничен в пространстве и наборе персонажей. Речь здесь чаще всего идет о самом узком круге близких людей и редко выходит на глобальный уровень. Школьная теория, разумеется, должна обслуживать потребности практики именно такого уровня, уровня конкретного случая, а вышеописанные построения, доктринально расширенные направленные на заботы об общественном благе - не столь необходимы, как рассмотрение вредностей, преград, одним словом, обстанций, в достаточно конкретных ситуациях.

Обстанция может иметь несколько уровней, она, таким образом, как бы эшелонирована. Ее различные уровни составляют определенную иерархическую структуру, которая, разворачивается от глобально-социального измерения завершается во внутриличностном пространстве. Понятно, что, например, некая социальная формация, основанная на системе запретов, ограничивающих поведение отдельной личности, не может эффективно осуществлять эту политику запретов, если нет проводников этой политики. Назовем их, к примеру, обстанционными агентами. В психоаналитической парадигме таким агентом будет, например, отец, не допускающий ребенка, протагониста известной семейной драмы, до инцестуозно-эдиповых радостей. В качестве обстанционного агента отец как бы проводит в жизнь политику запрета на кровосмешение, принятую в данной культуре. Общество, допускающее кровосмешение, уничтожает таким образом, саму возможность существования Эдипова комплекса. В

актантной модели В.Проппа (см. выше) аналогия такому агенту - это "вредитель", совершающий злодеяние. Итак, обстанционный агент - это "дурной другой", о котором уже шла речь выше.

Начинаясь где-то далеко, за пределами семейного круга, обстанция переходит на внутрисемейный уровень, а потом и вовсе внедряется внутрь индивидуального целого, где формируется внутренняя инстанция. "Эшелоны" обстанции, таким образом, разнообразны, разнокачественны и, так сказать, разноразмерны. Они связаны друг с другом тем, что выполняют одну и ту же функцию, хотя и в качественно разных пространствах. Возможны ситуации, когда объект и обстанция есть одно и то же. Это очень просто себе представить. Ибо, собственно, в действительности хоть какие-нибудь обстанционные черты имеют место у любого объекта. Эти препятствия могут играть роль «усилителей» купидо, однако во многих случаях комплексное образование "объект-обстанция" - это сильный патогенный фактор, с которым очень часто приходится иметь дело в терапевтической практике.

Обстанционные агенты совершенно необязательно представляют собой пассивное препятствие, возникающее на пути купидо к желанной и полагающейся ему гратификации. Они вполне могут быть активны сами по себе. В контекстах возможных теорий они могут рассматриваться, как патогенные факторы сами по себе, причем сами по себе потребности могут отходить на второй план. Речь здесь может идти в первую очередь об агрессии, которой подвергается индивид, или же просто о так называемых психических травмах, которые он получает в контексте тех или иных жизненных обстоятельств. Дело здесь уже не в том, что некое коренящееся в нем, исходящее из него и направленное на некий объект интенсивное влечение сталкивается с препятствием, затрудняющим его реализацию. В случаях так называемых посттравматических синдромов может подразумеваться разве что фрустрированная потребность в безопасности. Активность самой обстанции оттесняет проблему купидо на второй план.

Таким образом, появляется возможность классифицировать обстанции по признаку их активности. Она может быть самостоятельно агрессивной по отношению к индивиду, и как таковая, быть названа обстанция-агрессия. Она может быть препятствием, т.е. собственно обстанцией. Если в первом случае мы сталкиваемся также с выраженным, напряженным купидо, то во втором случае купидо не так ясно выражено.

Наконец, при такой постановке вопроса, можно выделить еще одну возможность, а именно, то, что можно обозначить как обстанция-вакуум. О ней можно говорить тогда, когда мы видим, что некое теоретически сконструированное нами купидо остается без объекта, на который оно могло бы быть направлено. Препятствия здесь нет, но здесь нет и

объекта. К примеру, некто одержим потребностью в смысле, ищет этого смысла, но не находит.

Недостижимость вожеленного объекта безусловно должно проходить по разделу обстанций. Если мы имеем ввиду под объектом купидо некий реальный персонаж, то он может считаться обстанционным агентом в этом случае не в силу того, что формирует препятствие, но в силу быть может своей пассивности, индифферентности по отношению к источнику купидо - протагонисту. Отсутствие объекта теоретически может быть приравнено к его пассивности. То есть это будет не столько другой, препятствующий воссоединению с купидинозным объектом, сколько другой, не испытывающий ответных чувств по отношению к протагонисту, в то время как, по неким неписанным правилам ему их испытывать следовало бы. Разумеется при этом мы не забываем о другой, весьма распространенной ("антидекартовской", "пробуберовской") идеологии, исключающей субъект-объектные отношения.

Обстанция-вакуум prepares терапевту весьма выигрышную роль в теории и практике терапевтического процесса. Он должен дать то, что недодано пациенту за пределами кабинета, в первую очередь, в семье и, скажем так, ее окрестностях. Так называемая терапевтическая любовь, призванная компенсировать недостаток любви, полагающейся пациенту, дело куда как более привлекательное, чем просто перенос на строго следующего правилам воздержания терапевта-психоаналитика. Образ "любящего" терапевта куда более выигрышный, чем "воздержант", хотя и у последнего много шансов достойно себя преподнести, причем не исключено, что именно сдержанность благотворно отразится на усилении его харизмы.

Здесь уместно терминологическое уточнение. Мы ввели термин обстанция (изначально - препятствие) на основании того, что исторически в психотерапевтической теории (начиная с психоанализа) вредность подразумевалась именно как препятствие, встающее на пути удовлетворения влечений. Как мы убедились, что "препятствующая" вредность далеко не единственное, с чем может иметь дело психотерапевт. С другой стороны, не случайно, что большинство теорий, особенно психодинамического направления, строят теории именно вокруг обстанции-препятствия. Так что термин этот лучше сохранить, уточнив, однако, что не только о препятствиях как таковых, идет речь, что мы и делаем.

Можно также различать внешний, экзогенный тип обстанций и внутренний, соответственно, эндогенный. Как понятно, со вторым типом мы сталкиваемся при работе с психотическими состояниями эндогенного происхождения. Здесь важно подчеркнуть однако, что для психотерапевтической работы важным является не столько сам

клинический феномен, сколько те ограничения, которые он накладывает на экзистенциальные возможности пациента, на реализацию желаний.

Важно отметить вообще, что именно понятие обстанции создает возможность для классификации психотерапий не по школьному принципу, а по тому, с чем именно психотерапевт работает, по принципу преодолеваемой вредности, по сфере приложения терапевтического усилия. Среди, так сказать, травматически-ориентированных выделяют, как известно, психотерапии с жертвами сексуального насилия, работу с жертвами и ветеранами различных войн, с теми, кто пострадал от разного рода стихийных бедствий. Среди ориентированных на эндогенно-клиническую обстанцию терапевтических направлений чаще всего речь идет, как известно, о терапии шизофрении и раннего детского аутизма.

Обстанция имеет, разумеется, и нормохронологическую специфичность. Естественно, что одна и та же вредность в разные периоды развития может оказывать различное действие и приводить к качественно разным последствиям. На соединении нормохронологического и обстанционного факторов также можно построить классификацию психотерапий. С другой стороны, не составит труда построить эволюцию с соответствующей нормативной хронологией, которая была бы основана на выделении периодов максимальной подверженности тем или иным обстанционным факторам.

Обстанционная классификация психотерапий, альтернативная обычной, которая строится по школьному признаку, будет основана на том соображении, что своеобразие некоего расстройства определяется характером вредности. Порой выделяют группы пациентов по очень узкому обстанционному признаку. При такой постановке вопроса существует риск, что индивидуальные различия клиентов отойдут на второй план, равно как и различие в приемах работы. Предполагается, что некая конкретная обстанция оказывает столь своеобразное уникальное воздействие на, что должна учитываться при работе в первую очередь. Однако реальность такова, что конкретной ситуации терапевт неизбежно начинает действовать в духе какой-нибудь из школьных парадигм или же синтезируя разные. Так что разделение психотерапии по методически-школьному признаку все равно будет более адекватным, чем обстанционное.

Диагностика обстанционных факторов, создание обстанционной концепции открывает перед сочинителем терапий еще одну достойную перспективу. Он ведь обладает достоверными знаниями о том, что есть вредное и, значит, может показать кому надо, как правильно против вредного действовать. Правильное понимание сути обстанции есть ключ к профилактике. Объем профилактического проекта может коррелировать с

упомянутым нами обстанционным эшелонам. Если виновато общество, то его надо исправлять. Семья - исправлять семью. Если же кто-то один, то воздействовать на него, или же его изолировать.

ДЕФЕКТ

Элемент теорий, который описывает собственно патологическую структуру, с которой терапевту приходится иметь дело, мы обозначили - дефект.

Необходимо тщательно прописать "мишень", в которую будет метиться терапевт в процессе работы. Как ни старайся, без концепции дефекта не обойтись.

Здесь можно идти разными путями. Многие, в первую очередь, клинически ориентированные авторы исходят из феноменологического описания дефекта. Точка зрения, ориентированная на психиатрическую классификацию, весьма распространена: перед нами синдром или нозологическая единица, с которой приходится работать. Такой подход, ясное дело, совершенно неадекватен. Феноменологический взгляд не описывает конструкции, с которыми приходится иметь дело терапевту. Симптомы и синдромы соотносимы с классификационными единицами, но не могут наглядно представить поле препятствий, которое предстоит преодолеть. В большинстве терапий предпочитают иметь дело именно с узлом, который придется распутывать, с препятствиями, которые приходится преодолевать.

В то же время, описание и разбор клинической картины как комплекса, результата столкновения различных сил, исходящих, например, из разных частей личности, создают удобную мишень, на которую терапевт и направит свои усилия. Любая клиническая реальность должна быть переписана с языка, в котором доминируют жалобы, симптомы и синдромы, на язык, желаний, конфликтов, препятствий, где будет место инстанциям и границам, купидо и обстанциям и т.д. Только такой язык создаст условия для совершения терапевтических действий. Простым клиническим описанием здесь никак не обойдешься.

Понятно, в каждой школе имеет место свое понимание патологии. Так, в глубиннопсихологических концепциях речь идет о "комплексах" - сложных образованиях, где в застывшем виде присутствуют многие из описанных выше структурных элементов. "Эдипов комплекс", к примеру, содержит в себе представления о матери - объекте купидо, отце - агенте обстанции, а кроме того, об определенных фазах развития психики, когда это все это формируется. В "создании" комплекса принимают участие различные инстанции и в результате его возникновения образуются границы, на которых свирепствует цензура. Понятно, в других парадигмах дефект состряпан из других составных частей. Когнитивная модель представляет дефект как заблуждение, случившееся в результате неверного умозаключения. Бихевиористская концепция видит основу дефекта в

условнорефлекторно закрепленных ошибочных действиях. Логотерапевтическое понимание дефекта связано с фрустрированным стремлением к смыслу.

В сущности, смысл психотерапевтической теории заключается в том, чтобы создать систему коррелятов, которые могут быть использованы при разборе конкретного случая. Мы не просто созерцаем патологический феномен, как он есть, мы имеем наготове и про запас набор концептов и понятий, которые могут быть немедленно увязаны с тем, с чем мы имеем дело как терапевты. Мы можем построить связь между наблюдаемыми феноменами и всеми элементами теории, что обсуждались в предыдущих разделах, а также их сочетаниями. Таким образом формируется винкционная структура (*vincio* лат. - связывать, скреплять), позволяющая ориентироваться в том, что нам надо делать.

Здесь можно воспользоваться химической метафорой. Дефект обладает множеством валентностей (напомним: валентность - свойство атома соединяться с определенным числом других атомов). Иначе говоря, он предоставляет возможности для построения множества связей между собой и различными системами коррелятов, сформированными разными направлениями в психотерапии. Так, один и тот же феномен, допустим, навязчивость, в зависимости от школьной ориентации может быть связан с такими вещами, как подавленное сексуальное влечение, неудовлетворенная потребность в защите, фрустрированное стремление к смыслу, как логическое заблуждение или условнорефлекторно закрепленное ошибочное действие. Дефект может быть связан с неким первотолчком - архиницией и тогда можно будет говорить, к примеру, о "травме рождения" в духе О.Ранка (O.Rank, 1924). Он может появляться на разных стадиях развития и иметь отношение к различным эволюционным, нормохронологическим стадиям и тогда мы получаем возможность строить концепции запаздывания - т.н. инфантилизма, например. Купидо, что и понятно, вещь крайне полезная, почти необходимая для концептуализации дефекта, особенно на пару с обстанцией.

Представление о дефекте имеет определенные структурные закономерности. Попробуем в них разобраться. Начнем с самого, на наш взгляд распространенного аспекта, назовем его статико-динамический. Во множестве концепций патологическое воспринимается как нечто неподвижное, как результат прекращения или, по меньшей мере, замедления процесса движения, будь то движение неких психических процессов, свободное развитие и становление личности, нестесненное перемещение в жизненном пространстве. Если возвратиться к концептам купидо и обстанции, то станет еще понятнее, почему здесь все так: купидо наткнулось на препятствие и застыло. На месте встречи купидо и обстанции движение прекращается, а напряжение, соответственно, растет. Уточняем, что речь здесь идет, конечно, об обстанции-препятствии, об обстанции

как таковой. Так уж повелось, что патологическим в психотерапевтических теориях принято считать все что связано с прекращением, затруднением или даже просто замедлением движения. Вот как выразился по этому поводу З.Фрейд: "Запрет действует патогенно, потому что он ставит плотину для либидо." (З. Фрейд, 1994, с. 131). И далее речь идет о запруде либидо, но смысл обоих образов в этом контексте одинаков: на пути свободного движения либидо встретилось препятствие, которое без посторонней помощи не преодолеть.

Образы "скованного движения" легли в основу концепций многих авторов. Так, Х. Шульц-Хенке в своем известном исследовании "Скованный человек" сводит множество расстройств невротического и психосоматического характера к проблеме "скованности" (Hemmung) (H.Schultz-Henke, 1940). Р. Лэинг говорит об "окаменении", как об одной из форм тревоги (R.Laing, 1976, p.39). В.фон Гебзаттель пишет о мизофобических расстройствах, как о результате "остановки течения внутреннего становления", когда "загрязнение" понимается через метафору "заболачивания" (как в пруду, лишенном, проточной воды, например) (v. Gebzattel, 1938, цит. по D. Wyss, 1970, s.279). Представления о скованном движении лежат также в основе телесно-ориентированных теорий; вспомним пришедшую оттуда метафору "мышечного панциря", а также конструкцию "телесного зажима" и т.п., с которыми деятельно борются при помощи дыхательных и прочих движений (А. Лоуэн, 1997).

Здесь уместно вспомнить об известном обстоятельстве клинической практики. Всем известно, что при биполярном течении маниакально-депрессивного заболевания обращение пациентов за помощью происходит почти всегда в депрессивных фазах, и никогда в маниакальных, которые воспринимаются как нечто положительно-здоровое. Депрессия - это конечно самое отчетливое воплощение скованного времени, замедленного движения, в то время как мания - состояние само по себе безусловно патологическое - самим пациентом как таковое не ощущается.

Все терапевтические стратегии направлены на то, чтобы поддержать в той или иной степени "подвижное начало", снять преграды на пути психического, душевного, экзистенциального движения. Механический аспект дефекта дает возможность терапевту проявить себя достойным образом. Это он снимет напряжение, это его усилиями будет запущен опять естественный и нормальный ход событий жизни пациента.

Очень непросто представить себе такую идеологию, где движение, подвижное начало воспринималось бы как нечто патологическое. Скорее всего в такой теории речь могла бы идти об утере идентичности, происходящей, например, вследствие быстрого перехода от одной внешней роли к другой. Поверхностная стремительная смена масок

приводила бы, согласно такой теории, к утере пациентом корней, твердой устойчивости. Так что подвижность здесь воспринималась бы как нечто патологическое а неподвижное (корневое, незыблемое) как здоровое. Наверняка, однако, что-нибудь из такого рода построений где-нибудь уже есть.

Другой аспект, связанный с представлениями о дефекте - это аспект целостности. Принято считать, что целостное, нерасчлененное, внутренне непротиворечиво е есть здоровое, всякое же нарушение целостности, всякая разорванность, будь то психическая или экзистенциальная, личностная или телесная — это проявление патологии. Например, между инстанциями личности возникают противоречия, или же разные купидо не могут уживаться спокойно друг с другом, а границы превращаются в линии противоборства. Одним словом, целое функционирует не согласованно, а каким-то образом получается, что оно поделено на воюющие друг с другом части. В любом случае речь идет о патологическом, какое конкретно целое бы тут ни рассматривалось. Все известные клинические концепты такие, как амбивалентность, расщепленность, все известные патопсихологам "внутренние конфликты" подразумевают наличие некоей разорванности, которая лежит в основе представлений о дефекте.

При этом внутриспсихической или внутриличностной целостностью дело не ограничивается. Очень выигрышно выглядят холистические теории в экзистенциально-гуманистическом или даже трансперсональном духе, проповедующие единство личности с миром, нерасчленимую целостность

К проблеме целостности примыкает и другая. Множество концепций дефекта в психотерапии помещаются в пространстве между полюсами полное-пустое. Полнота ощущений, переживаний, смысла относится, естественно, к здоровому полюсу, переживание пустоты, незаполненности, провала, зияния, естественно, к патологическому. Именно преодоление недостатка чувств, переживаний, любви, смыслов - вот, что составляет основу стратегий сегодняшней психотерапии.

Так, например, Г.Аммон пишет о нарцисстическом дефиците и о "провалах в Я", лежащих в основе пограничного синдрома (G.Ammon, 1974, s.204-215). Л.Бинсвангер в известной истории болезни Эллен Вест, страдавшей непреодолимой булимией, говорит о том, что ее мир был редуцирован до образа дыры, что "самость, которая создает проект такого мира, это пустая самость", булимические же симптомы есть метафора заполнения пустоты духовного пространства (L. Binswanger, 1957, s.140). Экзистенциалистски ориентированные авторы пишут о проблемах пустоты, дефицита смысла, как коренной причины всех возможных невзгод (В.Франкл, 1990, с. 24-44). Жестовый репертуар

психотерапевта обогащается «дарящий» жестами, стратегиями, направленными на заполнение пустоты.

Невозможно представить себе идеологию, которая бы воспринимала бы пустоту как нечто нормально-здоровое. Даже внешне как-будто направленные на "очищение", избавление от "суетного" медитативные стратегии в психотерапиях, идущих от восточных религиозных аскетических практика, на самом деле заняты ничем иным, как расчисткой духовного пространства для более значительных смыслов, т.е., для еще большей полноты.

Кроме того, пространство дефекта всегда "суженное". Все переживания клиента рассматриваются в различных школьных теориях, как результат "зажатости" в ограниченном, тесном пространстве. Подавление, ущемление - понятия, используемые в широком профессиональном обиходе, отражают, конечно, некую механику сужения, сжатия пространства. Терапевт, оказывается, таким образом, поставлен перед очень возможностью обратиться к выигрышной стратегии, основанной на жесте расширения, освобождения. Такая конструкция дает ему возможность "одарить" клиента свободой, пространством, движением, простором и т.д.

Другой важный аспект, присущий многим теоретическим построениям - аспект отчуждения, упоминавшийся выше. Без сомнения, многое в структуре дефекта разделяется на "свое" и "чужое". Чужое - это нечто такое, что изначально не имеет отношения к пациенту-протагонисту, что навязано ему извне, воспринимается не только как чуждое, но и мучительно-нежелательное и уж конечно, безо всякого сомнения, рассматривается как патологическое. Тут даже можно не напрягать память в поисках примеров, намного труднее было бы найти такую школьную концепцию, где не шла бы речь об отчуждении в том или ином варианте.

Ясно, что такой теоретический ход востребован по вполне заурядным обстоятельствам - многие клинические феномены самим пациентом воспринимаются, не просто как чуждые, но как навязанные извне. Чувством "навязанности" отличаются как обсессивные (собственно, навязчивости), так и истерические феномены, равно как и многие психотические. Понятно, что с такой подсказки разные авторы не могли не заняться поиском источников, из которых берутся отчужденные части личности, равно как и механизмы, при помощи которых "чужое" проникает "внутрь" и тут, конечно, не потребовалось много времени, чтобы разобраться с этим делом. Такие известные концепты, как давление отцовского авторитета переплавляющееся в "Сверх-Я" у З.Фрейда, или импульсы от архетипов коллективного бессознательного у К.Г.Юнга, или "соответствие ожиданиям" у К.Роджерса давно стали общими местами. Отчуждение возникает по преимуществу там, где мы сталкиваемся с обстанцией, и она в конце концов

интроецируется-интернализуется-интериоризируется, после чего начинает портить жизнь нашему будущему клиенту уже "изнутри". Так называемая здоровая личность с этой точки зрения соответствует "неиспорченному" дикарю Руссо, в то время как невротик безнадежно "испорчен" цивилизацией. Терапевт занимает в актантной модели терапевтической ситуации место героя, который побеждает враждебное и изгоняет чуждое, помогая пациенту "стать самим собой".

Патологическое принято также считать "нечистым", и на этой метафоре основаны многочисленные представления о терапевтическом процессе как об "очищении" - катарсисе. От Й.Брейера, "чистильщика печных труб", до Дж.Морено и далее - терапевты следуют "очищающим" стратегиями - осуществляя катарсисы. Невозможно представить себе идеологию, созданную наоборот, т.е. преподносящую симптомы и проблемы как нечто "чистое". К этому всему примыкает метафора "осветления", т.е. другие терапевтические представления могут разворачиваться в пространстве между полюсами "темным" и "светлым" (ср. *Existenzerhellung* - освещение бытия К.Ясперса, 1973, s.637f.f.). Другая широко бытующая метафора – это метафора "облегчения". Болезненное, проблемное - это "тяжелое", и многие терапевтических стратегии метафорически направлены на «снятие груза, тяжести» и т.д..

Большое место в представлениях о дефекте занимает гносеологическая метафора. В поле этой метафоры дефект осмысляется, как ребус, подлежащий разгадке или же как заблуждение, требующее коррекции. Понятно, первый вариант относится к психодинамической парадигме, второй - к когнитивной. Уподобления терапии процессу познания, исследования многочисленны и закономерны. Оба типа концепций предполагают проведение анализа по направлению от наблюдаемых феноменов к тому, что стоит за ним. Дефект (невроз, "комплекс") воспринимается как результат непонимания или заблуждения, терапия при таком раскладе сводится к разъяснению. При этом речь идет не только о формально-логическом непонимании. Пациент психоаналитика "не понимает" как связан симптом с ущемленным либидо, пациент дазайнаналитика также "не понимает" какое отношение имеют его, скажем, психосоматические симптомы к его же "неудавшемуся бытию". Анализ патогенеза и терапевтическая процедура помещаются в пространстве между понятным и непонятым, явным и скрытым, истинным и ложным.

Симптом, согласно многим представлениям, это то место, где «скрывается правда о человеке». Задача терапии - обнаружение этой так называемой "правды".

"Безумие", как принято считать, это всегда еще и "неразумие" то есть или незнание, или, что еще хуже, заблуждение, ошибка. Невротик - это тот, кто заблуждается. Нетрудно

припомнить, что процессы познания-просвещения занимали значительный объем в самых разных психотерапевтических теориях и практиках.

Рациональная психотерапия Ж.Дежерина - целиком и ранний психоанализ - частично - ориентированы на гносеологическую парадигму. Изживание ее господства, имевшего место в раннюю эпоху развития психотерапии в значительной степени составило содержание зрелой и позднейшей эпох, связанных с фокусированием внимания на телесности, чувствах, стратегии "здесь и сейчас".

Собственно, осознание терапевтами недостаточности просто осознания неких проблем пациентом, понимание негодности голой рационально-просветительской установки происходило по мере развития и углубления самой психоаналитической концепции. Хорошо известные истории с открытием переноса, сопротивления, роли эмоций и т.д. ясно показали несомненную слабость чистой рационально-познавательной практики. Совершенно ясно, что присутствие в ритуально-игровом мире психотерапевтической ситуации основных черт мира обыденного, где преобладает рационально-директивно-дидактически-калькулирующий жизненный стиль, безнадежно портит психотерапевтическое дело.

История психотерапии отчасти может быть представлена как история преодоления рационально-разъяснительных тенденций эмоционально-иррациональными. История морфологии психотерапевтической ситуации развивалась в направлении подавления, преодоления гносеологической метафоры. Она не уходит совсем в никуда, но оттесняется на периферию. "Познание", проработка понятных связей, или "причин и следствий" остается важной частью процедуры. Оттеснение этого дела оказалось столь нетерпимо-вызывающим, что привело к ответному появлению и интенсивному развитию когнитивного направления.

В то же время необходимо понимать, что рационально-гносеологический элемент необходим в любой терапии. Как можно поставить дело так, чтобы в процессе терапии вовсе не пришло некоего нового понимания чего-то ранее непонимаемого? Невозможно представить себе стратегию, полностью лишенную когнитивно-познавательного компонента. Плохо, собственно, тогда, когда только этим все и ограничивается и когда когнитивный элемент ничем не скрыт.

Итак, концепция дефекта помещается в пространстве между целым и разорванным, полным и неполным, ясным и скрытым, своим и чужим. Она связана винкционными нитями со всем, с чем только пожелает связать ее автор теории.

РЕФЕКЦИЯ

Если до сих пор мы занимались преимущественно тем, что мы видим перед собой, исследуя наших пациентов, то теперь мы от созерцания переходим почти к действию. Почти - ибо обсуждаемый здесь концепт рефекции (refectio - лат. обновление, ремонт) намечает только умозрительный проект терапевтической акции, в то время как конкретные технические предписания не уточняются.

Важно отметить, что все концепты этой главы, обсуждавшиеся относятся к сфере мета-психологии. В них речь собственно о терапевтическом процессе не идет. Мы описывали некое поле препятствий, занимались тем, как оно возникло. По ходу обсуждения нам стало ясно, что создавалось оно и развивалось не в последнюю очередь под влиянием интересов терапевта.

Но вводя понятие рефекции, мы делаем важный шаг и переходим от метапсихологии к мета-психотерапии. Если описание картины, которую нам являет собой пациент, при помощи обсуждаемых здесь составных частей понятийного аппарата еще оставляло нам возможность остаться просто наблюдателями, то теперь мы уже во заявляем, что будем что-то делать и приблизительно намечаем, что же это будет за деяние. Собственно, уже многое ясно, ибо подробно расписанная структура дефекта в некотором роде предписывает терапевтическую стратегию.

Если мы, формулируя концепцию дефекта, полагаем, что речь идет о фрустрированной потребности в любви и заботе, то смысл рефекции будет заключаться в том, чтобы все это пациенту попросту дать. Если мы считаем, что дефект связан с неверным умозаключением, то наша задача - построение так называемых "правильных" логических связей. В том же случае, когда дефект - условнорефлекторно обусловленная фиксация - то мы стремимся разрушить патологическую связь. Так что, имея в своем распоряжении некую конструкцию дефекта, мы знаем, что рефекция будет ею так или иначе детерминирована. Рефекция изоморфна дефекту.

Рефекция не имеет непосредственно прямого отношения к технике: наш умозрительный психотерапевтический проект в техническом плане может быть претворен в жизнь самыми различными способами. Так если, например, дефект трактуется как "эдипов комплекс", то рефекционный проект может сводиться к снижению напряжения между неосознанным влечением к матери и столь же неосознанным страхом перед отцом, потенциальным "кастратором". Процедурно этот проект может быть реализован и посредством классического психоаналитического сеттинга, и при помощи групповой терапии, и в психодраматической технике. Да, собственно и другие пути не исключаются, взять хотя бы заурядную классическую гипнотическую процедуру, когда эдиповскому

пациенту внушали бы, что он, дескать, мать не вожделеет, отца убить не мечтает. Или то же самое - в аутогенной тренировке, с аналогичным самовнушением.

Таким образом, отношение между рефлексией, т.е. проектом наших действий и техникой абсолютно свободны. Не может быть никаких жестких привязок теории личности и этиопатогенеза к конкретной процедуре. Хотя мы постоянно сталкиваемся с тем, что зачастую в различных школах настаивают на строгом соблюдении системы предписаний и запретов, ясно, что это все делается в интересах школы, а не пациента ради. Если ставить вопрос шире, то отношения между школьной теорией и техникой, точно также как отношения между рефлексией и реализующим ее приемом, в психотерапии являются совершенно свободными. Без лишних объяснений понятно также, что здесь возможны какие угодно сочетания и они несомненно заранее могут считаться удачными, разумными и действенными до тех пор, пока не будет доказано обратное. Само по себе это соображение позволяет расширить степень свободы психотерапевтического действия.

Рефлексия так или иначе связана с теми элементами структуры теории, которые мы обсуждали выше. Одна из возможных рефлексивных стратегий - высвобождение и коррекция купидо, соотнесение купидинозных интенций с проблемой их реализации. Дальше тоже несложно: если есть хорошая возможность, то мы добиваемся так называемой gratification, если же нет такой возможности, то пытаемся примирить пациента с ее отсутствием.

Другая возможная рефлексивная перспектива - разобраться с обстанцией. И так разобраться, чтобы она больше не досаждала купидо - т.е. или уничтожить или "приручить". Причем, если мы имеем дело с обстанцией-препятствием, которая стопорит движение в любой из экзистенциальных сфер и приводит к патологии "застоя" (с точки зрения концепции дефекта), то наша стратегия будет направлена на снятие напряжения между движущим началом и препятствием. Если же речь идет об обстанции-вакууме, приводящей к возникновению пустоты, то рефлексивная стратегия будет связана с тем, чтобы, соответственно, обнаруженную пустоту заполнить чем надо.

Дефект, как мы уже установили имеет помимо всего прочего винкционную структуру. Как уже говорилось, патологическое в разных парадигмах оказывается привязанным к различным системам коррелятов. Так, в психоаналитической парадигме речь идет о связи симптома с ущемленными, например, влечениями, а в поведенческой или когнитивной теории речь идет тоже о связи известно с чем, не будем повторяться. Так вот, основные рефлексивные действия будут направлены на разрыв связей, которые будут сочтены неверными и на построение новых.

Когнитивный терапевт стремится разрушить логику неверных умозаключений и построить новую, которая, с их точки зрения, окажется терапевтически действенной. Цель терапевта-бихевиориста заключается в том, чтобы разрушить, пространственно-ситуационную связь, которая лежит в основе, ну, скажем обсессивно-фобического симптома (при клаустрофобии, например). Психоаналитик в том же самом клаустрофобическом случае старается одновременно разрушить связь между симптомом и пространственной ситуацией и выстроить связь между тем же симптомом и нереализованным желанием или какой-нибудь там первичной сценой. Нетрудно проследить по другим методам, что основные операции терапевтического проекта (технически он может осуществляться различными способами) в основном сводятся к двум, а именно разрушению неких связей, которые в данном подходе считаются патологическими и построению новых. За столь важными понятиями, которые, в сущности, составляют основу терапевтического действия следует закрепить адекватные термины, что мы и делаем. Так что теперь операция по разрушению связей будет обозначаться термином *дизвинкция*, по построению связей - *конвинкция* (лат. *vincō* - связывать). Ниже, в разделе "Психотерапевтическая акция" речь пойдет о технически-процедурных аспектах как кон- так и дизвинкции.

Важнейшее требование при формировании таких связей - это их убедительность, правдоподобие, словом все, что позволяло бы преподнести их пациенту, не спровоцировав того на сопротивление.

Как мы уже говорили, любой патологический феномен имеет множество свободных "валентностей", т.е. обладает большим количеством возможностей для построения связей. Количество валентностей может, в частности, определяться множественностью методов, предлагающих свой способ построения связей, например, интерпретационных. Состязание между разными подходами в психотерапии - это, в сущности, борьба за возможность связать данный симптом со своей системой коррелятов, конкуренция за несвязанные валентности. Здесь сами собой напрашиваются доводы в пользу синтетически-эkleктического проекта, который объединил бы все существующие в природе подходы для построения конвинкций и дизвинкций, исчерпавших бы валентную незавершенность в каждом отдельном случае. При такой постановке вопроса каждый симптом "оброс" бы связями из всех возможных школьных парадигм. Все возможности интерпретации и психотерапевтической акции пошли бы в дело, но изложение такой "тотальной" теории, а главное - попытка осуществить эту тотальность на практике оказались бы скорее всего делом совершенно невыносимым по длительности и

трудоемкости. Так что "школьная" структура психотерапевтического сообщества имеют еще и определенный "экономический" смысл.

Важно понимать, что каждая школа придает основной винкционной операции статус результативного терапевтического действия. По замыслу авторов-сочинителей метода именно разрыв связей (или построение новых) является терапевтически действенным. Итак, при наличии в структуре метода элемента рефлексии мы можем говорить, что имеем дело с законченной психотерапевтической концепцией, которая располагает понятийным аппаратом не только для описания патологии, но и предлагает стратегию ее преодоления. Собственно, связка дефект-рефлексия есть признак того, что метод имеет право на существование. Имеется ясное представление о том, с чем работать и что при этом делать. Однако существует еще один элемент, о котором следует помнить при сочинении теории. Уж если мы предлагаем стратегию преодоления дефекта, то, вполне естественно предположить, что мы располагаем представлениями о том, к чему следует терапевтически стремиться.

ИДЕАЛ

Представления об идеале терапии вполне могут показаться заслуживающими внимания. В диахроническом разделе мы столкнулись с большим количеством понятий, фиксирующих ход мысли сочинителей теорий, реальных и возможных. Без привлекательной концепции достойного финала терапии, к которому должно стремиться все драматически насыщенное диахроническое теоретическое движение, концепция останется бессмысленной и голой.

А собственно, к чему следует стремиться? Пациент приходит с симптомом и жалобой и наше дело - с этим разобраться. Большинство концепций не ограничивается простым стремлением убрать то, что мешает. Подход к проблеме идеала различен. В связи с этим нам следует ввести два понятия, а именно - *негативного* и *позитивного* идеалов, чтобы была возможность дифференцировать разные подходы по этому признаку. Терапии с негативным идеалом ставят своей целью исключительно освобождение пациента от симптома-комплекса-жалобы-проблемы, т.е. здесь идеал - исчезновение патологии или существенное ее облегчение. Иных задач такая стратегия перед собой не ставит.

Позитивный идеал, напротив, предполагает, что терапевтическая цель состоит в создании неких новых свойств у пациента, и эти новые свойства есть намного более важное дело, чем простое избавление от симптомов. Поведенчески или когнитивно ориентированные авторы видят свою цель в первую очередь в простом избавлении от симптомов, т.е. преследуют негативный идеал. В свою очередь большинство гуманистически ориентированных подходов связаны с преследованием позитивных

идеалов. Если в какой-либо концепции речь идет о личностном росте, формировании новых ценностей, изменении мировоззрения, то, значит эта теория, так сказать, позитивно-идеальна.

Так, А.Маслоу рисует портрет т.н. самоактуализирующейся личности, каковая личность характеризуется, например, непринужденностью в поведении, деловой направленностью, избирательностью и демократичностью в отношениях и т.п. (А.Маслоу, 1997, 171-185). Ф. Перлз намечает в своем терапевтическом проекте иной идеал, обозначаемый им как "зрелость" (F. Perls, 1969, p. 27-43). Гештальттерапевтический идеал зрелости, как известно, предполагает, поиск источников поддержки внутри собственной личности, а не в окружающем мире. Нетрудно понять, что идеал в психоанализе, хотя об этом, видимо, подробно не говорят, следует также считать позитивным. Без сомнения можно считать "позитивно-идеальным" известное положение о "Я, которое должно стать там, где раньше было Оно". Ведь речь здесь идет не о простом устранении симптома. Конечно, позитивный идеал может возникнуть только в доктринально расширенных концепциях.

Любой психотерапевт живет на фоне борьбы между своими внутренними инстанциями, обозначим их "философ" и "лекарь". Эта борьба неизбежно отражается и на концепции идеала. Для философа, что и понятно, не столь важен наглядный терапевтический эффект в виде, к примеру, исчезновения симптома, сколько идеологическая ортопедия - обращение клиента к новым ценностям, конструирование мировоззренческого сдвига. Полная победа над симптомом - дело зачастую трудное, а то и вовсе невыполнимое, в то время как идеологическое обращение, которое тоже может быть весьма трудоемким, не требует, однако, особой наглядности. Ясно, что при таком раскладе очень удобно ориентироваться на позитивный идеал, главное в котором - новое мировоззрение. Такая постановка вопроса делает возможным разговор об *"идеале с изъяном"*, то есть новое отношение к ценностям не исключает сохранения неких патологических проявлений, особенно же в отдельных случаях, когда с болезненными явлениями нелегко справиться.

Концепт идеала, помимо всего прочего, заставляет нас вспомнить о проблемах так называемой психической нормы, "душевного здоровья" и т.п. Как известно, существует традиция противопоставлять так называемую медицинскую норму - личностной. Медицинская норма как цель терапии в значительной степени совпадает с негативным идеалом. Концепция же личностной нормы предполагает допустимость сохранения клинической симптоматики. Симптомы, если примириться с тем, что придется их терпеть, при таком раскладе, разумеется, будут занимать намного меньшее экзистенциальное

пространство. В контексте новых ценностей, усвоенных в ходе терапии, конечно, допустим именно "идеал с изъяном". Само упоминание об изъяне в этой связи делает концепцию идеала намного более глубоко, чем в случае разговора об "безупречном" идеале.

Концепт "идеала с изъяном" заслуживает внимания еще по одной причине. Если мы описываем некие личностные черты, к обретению которых мы ведем клиента, то, ясное дело, это ко многому обязывает и терапевта, работающего в этих парадигмальных рамках. То есть, приходится хоть в какой-то степени описанным "идеальным" чертам соответствовать. Что и говорить, терапевт, существо грешное, слабое, подверженное невротическим бедам зачастую даже в большей степени чем клиент, нуждается в надежных отходных путях в случае несоответствия собственных достоинств декларированным идеалам.

Концепция нормы - это исключительно сильное орудие в борьбе за идеологическое влияние. Кто знает, куда он ведет пациента, тот, естественно и устанавливает рамки, границы, способы ведения терапевтического процесса. Он может ставить диагноз "излечения", что, в свою очередь, решающе важно для определения сроков терапии, - наиважнейшего дела для "экономики" психотерапии.

* * *

Итак, мы - очень поверхностно и приблизительно, почти эскизно - описали те составные части, которые, по нашему мнению, чаще всего встречаются в теориях психотерапевтических школ. Ни в каком случае мы не считаем этот список закрытым. С другой стороны следует думать также о том, чтобы он был не бесконечен. Анализ соотношения школьных теорий и терапевтической реальности не оставляет никаких сомнений в том, что практика может обойтись без большинства элементов, из которых построены различные методы. Нет и не может быть никаких доводов в пользу того, что включение в школьную теорию эволюции или купидо, а тем более содержательные метаморфозы этих элементов, хоть как-то сказывается на результативности терапии. В то же время понятно, что любой из элементов теории предназначен для создания или улучшения образа метода. Под образом метода следует понимать некое общее впечатление, им производимое. Совершенно ясно, что именно оно играет важную роль в том, будет ли этот метод востребован или нет. Образ метода и его конфигурация - безусловно, разные вещи. Если образ связан с впечатлением, которое метод производит то конфигурация - со структурой метода, с тем, как в нем представлены описанные выше элементы. Образ метода в свою очередь являет собой единство образов школьной теории и акции, которые сами по себе могут рассматриваться по отдельности. Он, этот образ,

может быть магически-мощным, как это предполагалось в случае классического гипноза, глубинно-кропотливым, как в случае аналитических терапий, прозаически-рациональным, как в когнитивно-поведенческой терапии, виртуозно-фокусническим, как в нейролингвистическом программировании. Конечно, короткой характеристикой образ отдельной терапии адекватно не опишешь. Понятно, что этот образ предписывает терапевту любого направления характерные теоретические и технические жесты.

Таким образом и диахронический раздел теорий психотерапевтических школ подтверждает, что все психотерапевтические теории содержат в себе общие элементы, которые в том или ином виде встречаются в структуре различных методов. Выделенные с общепсихологических позиций и обозначенные нами новые концепты архиниция, эвольвенция, купидо, обстанция, дефект, рефекция, идеал отличаются своеобразием, которое обусловлено психотерапевтическим контекстом их употребления. Они позволяют формировать конкретные стратегии психотерапевтического вмешательства. Проведенное нами исследование выявило, какие именно, терапевтические стратегии открывает перед практикующим психотерапевтом наличие или отсутствие того или иного элемента в структуре метода.

Глава 3.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ АКЦИЯ, ИЛИ СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ.

В чем состоит главная роль психотерапевтической техники внутри школы и в условиях множественности школ? Техника обращена к самому пациенту в значительно большей степени, чем теория. Техника - это та часть психотерапии, которая непосредственно предъявляется пациенту с тем, чтобы вовлечь в данную терапию.

Как известно, история психотерапии началась с гипноза, который построен, помимо всего прочего, на стратегии получения пациентом максимального удовольствия от процедуры. Техники самовнушения, саморегуляции, аутогенная тренировка начинаются тоже с приобщения к трансовым радостям. В сущности, о какой бы терапии речь не шла, она так или иначе строится на том, что обыденно-рутинный мир повседневности противопоставляется карнавально-игровой психотерапевтической ситуации. В этой ситуации не действуют те правила и запреты, которые конституируют повседневность (и формируют тем самым "психопатологию обыденной жизни"). Внутри границ психотерапевтического пространства происходит то, в чем нам отказано за его пределами. Можно говорить о том, о чем в другой ситуации говорить нельзя, и также, да, собственно, зачастую и делать что-нибудь такое, а это тоже имеет непосредственное

отношение к "удовольствию от терапии". Так что, хотя аналитическая терапия и не так явно ориентирована на "релаксацию", тем не менее тоже может быть увязана с самыми разными видами удовольствия, имеющими отношение ну, хотя бы, к положению на кушетке, интимному характеру процесса, "эротике" переноса, снятию запретов, действующих за пределами кабинета аналитика. Празднично-карнавальный элемент так или иначе присутствует в любом из видов групповой терапии, да и в индивидуальной терапии тоже, исключая поведенчески-когнитивные.

На волне технологических новаций последнего времени среди психотерапевтов получила хождение определенная тенденция, которую мы могли бы обозначить как идеология отрицания идеологии. Всякий опыт наблюдения за психотерапевтическим сообществом говорит нам, что очень многие практические терапевты склонны видеть самое важное в технических приемах, в том как именно воздействовать на пациента. При этом, идеологию отрицания техники мы не встретим никогда. Очень трудно представить себе психотерапевта, готового работать в качестве только лишь "практического философа", да и те что попадаются (могу сослаться лишь на собственные наблюдения), на проверку оказываются недобросовестными "техническими нигилистами". В любом случае, такая позиция крайне бесперспективна. Успешная работа с переносом дает серьезные подтверждения справедливости, ну, скажем, концепции вытеснения, а сподручность гештальттерапевтической техники "пустого стула" надежно убедит любого в реальности конфлюенций и ретрофлексий. Не будет большим преувеличением сказать, что взаимоотношения школьной теории с техникой строятся на взаимной поддержке в деле осуществления влияния на тех, кто готов с ним смириться - пациентом и коллегой.

В рамках отдельно взятой психотерапевтической школы техника, помимо всего прочего, призвана, в какой-то степени, смягчать неизбежные недостатки теории, примирять с ней, хотя точно сказать в каждом конкретном случае, что именно является недостатком, непросто. Можно согласиться на том, что "недостаток" определим исключительно в интертекстуально-дискуссионном контексте и достоинства (или недостатки) технического приема служат доводом в полемике за (или против) теории. Ведь о действительных пороках той или иной теории мы сказать ничего не можем. Тем более важно, чтобы техническая часть метода оказывала надежную поддержку теоретической. Школьная теория, таким образом, формирует и ограничивает пространство, в котором школа осуществляет свое влияние, а школьная техника это пространство защищает.

У В.Шекспира мы читаем (в заключении пролога к "Ромео и Джульетте", перевод Б.Пастернака), обращаясь к возможному критику: "Не будь критичен к слабости пера,/

грехи поэта выправит игра !" (в подлиннике: The which of you with patient ears attend,/ What here shall miss, our toil shall strive to mend). Функции техники в этом отрывке перевода можно сравнить с задачами "игры", в то время как с пером, понятно, - школьную теорию. Существование психотерапии в условиях множественности школ неизбежно предполагает ведение постоянной полемики по поводу валидности школьных метапсихологий и результативности техник. Постоянная готовность к ответу в этом смысле является немаловажной частью любой школьной практики, в том числе и практики сочинения методов. Все, что принадлежит к школьной теории и практике, так или иначе должно быть подготовлено к полемическому употреблению.

Конструкция акции помимо всего прочего должна создавать терапевту комфортные условия для проведения терапии. Он должен чувствовать себя по возможности удобно, помня о том, что этот комфорт будет впоследствии востребован теми, кто будет выбирать для себя метод, в рамках которого он хотел бы пройти обучающий тренинг или анализ. Задача технических предписаний (равно как и теоретических положений) в том, чтобы примирить терапевта с необходимостью утомительной работы, которая зачастую связана с большим количеством тягостных переживаний. Кстати сказать, принцип невмешательства, предоставляющий пациенту большую свободу активности в рамках психотерапевтического процесса тоже имеет отношения к соображениям комфорта. Терапевт здесь занят тем, что отслеживает совершающееся движение и только время от времени к нему присоединяется.

По этому поводу З. Фрейд пишет: "Я настаиваю на совете укладывать больного на диван, между тем как врач должен занять место позади него так, чтобы больной его не видел. Это устройство имеет исторический смысл, являясь остатком гипнотического лечения, из которого развился психоанализ. Но оно заслуживает чтобы его сохранили по многим причинам. Во-первых, по личному мотиву, который и другие смогут, пожалуй разделить со мной. Я не переношу, чтобы меня разглядывали в течение 8 часов (или несколько больше). Так как во время слушания я сам отдаюсь течению моих бессознательных мыслей, то не хочу, чтобы выражение моего лица давало пациенту материал для толкования или оказывало влияние на то, что он говорит"(З. Фрейд, 1991, с.87). "Остатком гипнотического лечения", добавим мы, является, на самом деле, желание терапевта осуществлять наибольшее влияние на пациента в условиях наименьшей возможности последнего отобрать для себя хотя бы небольшую часть влияния на процесс. Вполне понятны соображения психотерапевта, желающего скрыть от пациентов симптомы собственной "психопатологии обиденной жизни". Но ясно также, что к соображениям, касающимся проблем эффективности терапии это все никакого отношения

не имеет. Так что, если бы мы перечислили основные моменты формирования технических принципов различных школ в психотерапии, то безусловно соображения комфорта терапевта всегда играли бы очень важную роль

Особая "мистическая" привлекательность гипноза заставляла охотно верить во "всемогущество" врача, особенно в тех случаях, когда демонстрировалась реализация так называемых постгипнотических внушений. Позднее стало ясно, что придется этим влиянием делиться, ибо зачастую намного большей спектакулярной эффективности стали добиваться терапевты, предоставлявшие пациенту все большую активность в пространстве терапевтической ситуации. Оказалось, что "чудесные исцеления" осуществимы также и другим способом.

Для более полного прояснения этой тенденции имеет смысл ввести оппозицию между психотерапевтической акцией и ситуацией. Акция - это что мы, как терапевты, "делаем сами". Ситуация - это то, куда мы, терапевты «попадаем» вместе с пациентами. Акцию предпринимают, в ситуацию попадают. Сопротивление, этот бич психотерапии, всегда приводит к тому, что часто в процессе терапии мы сталкиваемся не с тем, на что рассчитываем.

Изначально акция - это то, что терапевт задумывает и делает в основном вне зависимости от того, какова будет реакция пациента на его действия. К примеру, во все той же классической гипнотической процедуре он его просто укладывает на кушетку, просит закрыть глаза и заводит гипнотическую песню. Как известно, в классическом гипнозе эта песня выдержана в директивно-дидактическом стиле. Состояние пациента либо не отслеживается, либо отслеживается очень грубо, т.е. только на предмет того, способен ли он воспринимать внушение. Традиционный гипнотизер не стремится подстроиться ни под состояние пациента, отслеживаемое через вербальную обратную связь, ни принять во внимание обстановку в помещении или, например, шумы за окном. Здесь стратегия направлена на то, чтобы пациента так или иначе от всего этого отвлечь ("Посторонние шумы вам не мешают, вы слышите только мой голос."), с тем, чтобы ничто не препятствовало суггестивному подчинению терапевтом пациента. Проводящий в жизнь акцию классический гипнотерапевт, как известно, всячески стремится игнорировать спонтанно формирующуюся ситуацию.

В отличие от этого, в эриксоновском гипнозе спонтанно меняющаяся ситуация все время внимательно отслеживается, т.е. терапевт подстраивается (техника присоединения) под состояние пациента, под его движения, или, например, под ритм его дыхания. Он также подстраивается под окружающую обстановку, под шумы в помещении и за окном. Все изменения происходящие в помещении, за его пределами, могут быть так

или иначе включены в текст гипнотической песни (техника утилизации), а не исключены, как это было принято раньше. Иначе говоря, он пытается как-то управлять ситуацией, формирующейся спонтанно.

Собственно, переход от понимания психотерапевтической стратегии как просто акции к пониманию ее как управляемой ситуации осуществился в психоанализе. Такой подход задается уже первой инструкцией: "Говорите все, что вам приходит в голову". Т.е. идет уже сама по себе ситуация создаваемая отчасти и самим пациентом. Это все связано с тенденцией, которую мы выше поименовали как попустительскую, *laisser-faire*. Ну и нет нужды обсуждать позднейшие психотерапевтические подходы, в особенности, понятно, круга клиент - центрированных и телесно-ориентированных, где акция окончательно превратилась в управляемую ситуацию. Все попустительские стратегии предполагают разделение ответственности за происходящее в процессе с терапевтом как бы на равных.

В разных терапиях мы видим разные типы отношения терапевтической ситуации по отношению к пациенту. Для лучшего понимания сущности терапии очень важно определить, как конкретно та или иная терапия соотносится с его личностью и жизненным миром и здесь речь может идти о различных типах этого соотношения.

Первый тип можно определить как подражательный. Психотерапевтическая ситуация формируется так, что она подражает тому, что происходит с в жизни и мире.

Пример - психодрама, когда пациенту предлагают по возможности реально воспроизвести то, что с ним происходило в жизни.

Другой тип - можно обозначить как антагонистический. Здесь ситуация в той или иной степени противоположна тому, что происходит в психике, в мире пациента. Простой пример этому - техники аутогенной тренировки, трансцендентальной медитации, или же гипноз. Содержание акции строится в расчете на предположение, что жизненный мир пациента неизбежно связан с такими обстоятельствами, как чрезмерная активность и перенапряжение, так что, соответственно, терапевтическая ситуация создает противовес всему этому делу. Ситуация, характеризуется здесь отрешенностью, невозмутимостью, спокойствием. Можно сказать, что речь идет о своеобразном "райском" состоянии, которое создает противовес суетной тяжести повседневности.

Очень частый сюжет заурядных традиционных гипнотических песен связан с летним отдыхом, лежанием на пляже под солнцем. Этот лапидарный "пляжно-отпускной" мотив, в силу своей очевидной притягательности, очень распространен. Очень часто гипнотические песни включают в себя фразы вроде: "Вы согреваетесь под ласковыми лучами солнца", "Вам приятно лежать на бархатном песке", "Ветерок с моря нежно обвеивает Вас" и т.п. Однако, также ясно, что гедонистические факторы

психотерапевтической ситуации очень могут играть антагонистическую роль по отношению к тому, что происходит за ее пределами, что несомненно складывается на привлекательности метода.

Техника должна формировать определенный пространственно-временной контекст, в котором осуществляется психотерапевтическое действие. Акция должна создавать рамки, границы, конфигурации пространства терапии. На время терапевтической процедуры она так или иначе изолирует пациента от внешнего мира. Пациент помещается в параллельное пространство и вместе с терапевтом концентрируется на содержании и технологии работы. Любой иной технической функции предшествует функция фокусирующая.

Кроме того, в любой парадигме техника должна быть интенсивной, сподручной и по возможности экономной. Как бы долго не длились отдельные аналитические терапии, над акцией как таковой тяготеет принципа наименьшей траты сил, еще давно воспетого различными авторами (см. Р. Авенариус, 1913). В тех школах, где приняты самые долговременные практики, неизбежно появляются краткосрочные варианты, как это было, например, с психоанализом. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в последнее время именно краткосрочные терапии стали развиваться особенно интенсивно. Ясно, что, временная алчность терапевтов глубиннопсихологического направления, требующих для проведения анализов порой неправдоподобно длительные сроки, со временем будет так или иначе умерена в силу самых разных, в том числе и экономических соображений.

ИГРА.

В своем классическом труде "Человек играющий" Йохан Хейзинга изложил концепцию игры, как феномена культуры. Вот что он пишет: "Игра есть добровольное действие либо занятие, совершаемое внутри установленных границ места и времени по добровольно принятым, но абсолютно обязательным правилам, с целью, заключенной в нем самом, сопровождаемое чувством напряжения и радости, а также сознанием "иного бытия", нежели "обыденная" жизнь. (Й. Хейзинга, 1992, с.41)

Определение Р. Кайуа в существенных чертах воспроизводит дефиницию Й. Хейзинги. Он считает, что игра есть форма активности, свободной, изолированной, нечеткой (т.е. те правила, по которым она проводится, предоставляют определенную свободу действия), непродуктивной (т.е. в процессе игры не создается никаких новых материальных благ), регламентированной, т.е. протекающей по определенным правилам и фиктивной, т.е. сопровождающейся особым сознанием иной реальности (R. Callois, 1958, p.24).

Несмотря на то, что в процессе игры не создается новых ценностей, основной чертой, конституирующей игровой процесс, является серьезность, с которой участники игры относятся к тому, что составляет ее содержание и цель. Крайняя степень серьезности равно свойственна как игроку-футболисту, так и артисту, "играющему" роль. Именно эта строгость придает особое значение занятию, в котором, как уже сказано, новые ценности не создаются.

Самые распространенные в культуре игры относятся к сфере искусства, спорта и т.д. Й. Хейзинга в своей книге предпринимает попытку свести к процессу игры все известные формы человеческой активности: научную, военную, артистическую, политическую. Культура как таковая в значительной степени редуцируется к игровому процессу.

Игровая деятельность носит регламентированный характер, т.е. осуществляется по определенной системе предписаний и запретов. Понятно, какое значение это имеет, например в спорте: футболист не может брать мяч рукой, боксер - бить противника ногой и т.д.. Правила игры требуют самого серьезного к себе отношения. В каждом виде игровой деятельности существует институт надзора за соблюдением этих правил, а также система штрафов за их нарушения. В психотерапии система технических запретов, помимо всего прочего, формирует так сказать процессуальную этику пациента. Надзор за соблюдением таких правил может иметь немалый удельный вес в рабочем процессе. Так в гештальт-терапии требуют воздерживаться от теоретизирования, которое идет в ущерб ощущениям "здесь и сейчас", а в психоанализе нельзя, например, давать ход "любви в переносе" к терапевту. В практиках, основанных на определенном усилии со стороны пациента - аутогенная тренировка, медитация, саморегуляция такая этика особенно важна. В контексте любой терапии у пациента может быть сформировано некое процессуальное "Супер-Эго". Терапевт может апеллировать к нему в процессе работы, и это обстоятельство само по себе создаст повод осуществлять контроль за ситуацией.

Очень важно добавление Р.Кайуа: игровая деятельность носит фиктивный характер т.е. в процессе игры создается параллельная реальность, которая существует именно вне контекста обыденной жизни. Именно эта параллельность психотерапевтической ситуации связана с особыми чувствами и сознанием иного бытия, о которых говорит Й.Хейзинга, правда, по другому поводу. Все, о чем Й. Хейзинга и Р.Кайуа писали применительно к спортивным, военным или художественным играм, имеет без сомнения отношение к психотерапии и описывает сущность и своеобразие психотерапевтического процесса как нельзя более ясно и выпукло.

Нет сомнений, при сравнении со всеми другими видами терапевтической деятельности, становится ясно, что именно условно-игровой элемент является здесь тем, что отличает психотерапию от всего остального, придает ей своеобразие. В самом деле, иные виды терапии жестко детерминированы вовсе не договором о правилах протекания процесса, их определяет сам терапевт, пациенту предъявляется только результат. Пациент в ситуации заурядной медицинской практики почти не вовлечен в обсуждение правил лечебной процедуры. Он этой процедуре пассивно подвергается. В обсуждение условий терапевтического действия он может быть вовлечен только при грубых нарушениях врачом своих профессиональных или этических обязательств.

В отличие от обычных медицинских практик, психотерапия основана на взаимной договоренности о соблюдении условностей и, ясно, что чем дальше она развивалась, тем все больший игровой элемент в ней присутствует. Если медицинские терапии сравнимы с производительными, индустриальными видами деятельности, неигровыми по своей сути, то место психотерапии - среди принятых в культуре игр, таких, как театр, спорт, карнавал, хоровод и т.д.

Трудно представить себе, чтобы в какой-нибудь еще терапевтической медицинской практике пациенту позволялось бы "оказывать сопротивление", обсуждать правила проведения терапии, критиковать терапевта, причем все это помещается внутри процедуры, является неотъемлемой частью самой ситуации, а не располагается "около" нее. Если же мы проследим то, как развивалась психотерапевтическая ситуация в процессе своей эволюции, то станет ясно, что она двигалась несомненно в сторону большей представленности собственно игрового элемента в ее структуре. Торжественный пафос классической гипнотической процедуры, наукообразная серьезность психоанализа все в большей степени сменялись собственно игровыми действиями, как то в психодраме, групповых терапиях, арттерапии и т.д. Дело обстоит так, что психотерапия в значительной степени метафорически воспроизводит самые разные культурные игровые практики, будь то ритуально-сакральные, педагогические, художественные, но почти никогда - производственно-трудовые.

Получается, что психотерапия занимает очень странное положение среди терапий. С одной стороны, она находится вне сферы полезного производства и объективной научности, с другой, ей по общественно-экономической необходимости предъявляются требования экономической отчетности, как если бы она была бы вполне "научно-производственной". Этим противоречием - между внутренней "художественно-артистической" свободой и внешним существованием в режиме "научности", "экономики", "отчетности", "полезности" - отмечена вся история психотерапии. Надо

сказать, художник и философ находятся в более недвусмысленном и выгодном положении, чем психотерапевт. Несмотря на большое сходство в том, что касается сущности их деятельности, им не надо претендовать на "научность" и объективно верифицируемую эффективность.

Игра определяется, как "действие внутри установленных границ места и времени". Что касается места, то ясно, что терапевтическое пространство создает необходимые условия для формирования параллельной реальности. Эта параллельность, подобно игровой ситуации, создается также посредством процедурной регламентации. Условность терапевтической ситуации сродни театральной. Она вводит пациента в особый мир и крайне необходима для появления "чувства напряжения и радости, а также сознания "иного бытия", нежели "обыденная" жизнь", как пишет Й.Хейзинга. Любые нарушения игровой условности, ведут к ослаблению этих чувств, совершенно необходимых для успешной психотерапии особенно в тех случаях, когда смешивается обыденно-бытовое поведение и условно-игровое-терапевтическое. Бытовая внетерапевтическая коммуникация, а также сексуальный контакт в этом смысле представляют собой равноценное нарушение не только профессиональной этики, но, что еще хуже, условности терапевтического игрового ритуала.

Кроме того, что идеалы, как мы установили, бывают различными, достигаются они по правилам, которые настолько отличаются друг от друга, что порой кажется, будто разные психотерапевтические практики не имеют между собой ничего общего. Пациент всегда добровольно соглашается на эти правила: он добровольно ложится на кушетку гипнотизера и психоаналитика, он добровольно входит в групповой круг. Он совершает первый шаг, просто принимая правила предлагаемой ему игры. Он занимает свое место внутри предлагаемого пространства, принимает участие в исполнении ритуала. Как уже говорилось, в процессе игры, и это особо подчеркивают Й.Хейзинга и Р.Кайуа, не создается новых материальных ценностей. В процессе психотерапии тоже ничего не "производится", даже если речь идет о т.н. арттерапии, ибо не произведение искусства как таковое является целью терапевтического процесса. В процессе художественного творчества, осуществляемого в рамках терапевтического процесса, всегда недвусмысленно подразумевается и внятно оговаривается, что факторы, определяющие ценность художественного продукта, его качество, его художественные достоинства, не имеют здесь никакого значения. Важен здесь сам процесс самовыражения личности в произведении искусства, либо тот материал, который он предоставляет для интерпретации, либо тот терапевтический эффект, к которому приводит арттерапия, способствуя процессам интеграции личности и т.п.

Р. Кайуа описал четыре типа игр, которые могут прояснить сущность и смысл психотерапевтической акции (R. Callois, 1958, p. 34 f.f.):

- 1) Агон (др. греч. - борьба). Здесь речь идет о типе игр, построенных на принципе соревнования, борьбы с противником. К культурным формам агона, по Р.Кайуа, относятся спортивные игры. К институциональным формам агона относится коммерческая конкуренция, система конкурсов и экзаменов, распространенная в самых разных институциональных практиках. Параллель из психотерапевтического мира - те терапии или их составные части, где происходит конфронтация личностей (в психоанализе это - сопротивление плюс перенос).
- 2) Алеа (др. греч. - жребий). Здесь имеются ввиду игры, построенные на случайности, удаче, жребии и т.д., а именно, рулетка и кости, карты и скачки. К институционализированной форме этого типа игры Р. Кайуа относит биржевые спекуляции. Хотя с первого взгляда кажется, что к психотерапии это не имеет прямого отношения, нетрудно усмотреть элемент случайности, удачи, в аналитических терапиях. Исходная стратегия психоаналитической практики, основанная на ненаправляемом высказывании клиента ("Говорите все, что вам приходит в голову.") носит вполне "алеаторный" характер. "Случайность", непреднамеренность в развертывании высказывания клиента может рассматриваться как оппозиция "неалеаторным" директивным способом организации высказывания, принятым в повседневном коммуникативном процессе. Вторая "параллельная" реальность терапевтической ситуации, которая может рассматриваться как фактор, способствующий изменению состояния сознания пациента, вполне совместима со случайностью, непредвиденным и т.д.
- 3) Мимикрия (др. греч. - подражание). Здесь мы имеем дело с типом игр, основанных на воспроизведении разных типов человеческой деятельности. Понятно, что все театральные, сюжетно-игровые практики имеют отношение к этому делу. Театр и балет, игры в куклы и шарады, - список без труда можно продолжить - имеют отношение к этому типу игровой деятельности. На общественно-институциональном уровне этому соответствует эткет, церемониал, униформа. В психотерапии, как это нетрудно понять, все психодраматические, групповые техники связаны с игрой в подражание. Ключевая задача любого психотерапевтического процесса, как ее определил З. Фрейд, "воспоминание, повторение, проработка" в мимикрических терапиях решается очень наглядно, отчетливо и интенсивно. Так что вовсе не случайным было появление психодрамы, метода, который почти целиком копирует игровую нетерапевтическую, а именно театральную, практику. Психодраму можно представить, как "подражание игре в подражание", мимикрию

мимикрии. Ясно, что психотерапия в целом подражает не самой жизни, но игре, которая сама подражает жизни.

4) Иллинкс (др. греч. - головокружение). Этот тип игр связан с интенсивным, форсированным изменением состояния сознания. Среди развлечений сюда относятся качели, карусели, гигантские шаги. Понятно, что такой род деятельности вряд ли легко институционализируется и представить себе общественно-институционализированные формы иллинка довольно непросто. В психотерапии однако изменение состояния сознания относится к самым ключевым проблемам и поэтому, без сомнения, "головокружительные" практики не могли не быть заимствованы терапевтами, заботящимися как о вербовке последователей, так и о расширении клиентуры. Более того, последнее время можно говорить о большом успехе в распространении иллинкс-практик. Достаточно вспомнить об интенсивных дыхательных трансперсональных терапиях, пневмокатарсисе, ребефинге,. Вовсе не случайно им предшествовала терапия, проводившаяся при помощи ЛСД, ибо любой наркотик, конечно, является "головокружительным" средством в чистом виде.

Конечно, к этому этому разделу относится и гипноз. Понятно, что практика целенаправленного формирования измененного состояния сознания в гипнозе не может не иметь отношения к "головокружению". Сюда можно также отнести какие-нибудь экзотические экстатические терапевтические практики, вроде тех, к примеру, что проводятся терапевтами, рядящимися под шаманов, с плясками, с завываниями, знаете ли, с бубнами, под психоделическую музыку. В общем, те, кто видел, представляют себе, о чем речь.

Вовсе не обязательно школьные терапии подражают только одному какому-то типу игровой практики. Сочетания агона и мимикрии так или иначе присутствуют в любой терапии, уж не говоря о сочетании с иллинксом всего чего угодно. Это и понятно. Не вызывает сомнения возможность построения многоуровневой структурной теории терапевтической игры, выделив, к примеру, такие уровни, как, скажем, 1. Нормативно-технический, состоящий из правил, т.е. системы предписаний и запретов; 2. Нормативно-сценарный, приблизительно описывающий развитие событий в некоем идеальном варианте; 3. Спонтанно-ситуационный, связанный с непредсказуемой частью процесса; 4. Ролевой, касающийся позиций каждого из участников игры; 5. И, к примеру, хроно - топологический, определяющие пространственно - временные закономерности игрового процесса. Не только ограничение пространства является задачей психотерапевтической акции. Приходится организовывать этот процесс и во времени.

Кроме того, в структуре акции следует выделить два плана терапевтического проекта. Первое - это непосредственно процедурный план, связанный с тем, что мы должны сделать в рамках одной или нескольких психотерапевтических процедур. Второе - это перспективный план, а именно, некая цель, которую мы преследуем в объеме целого терапевтического процесса, нечто такое, что ориентированно на весь жизненный путь пациента.

Например, в юнговской аналитической психологии к действию процедурного плана относится амплификация ("расширение и углубление картины сновидения посредством направленных ассоциаций с параллелями из символической и духовной истории человечества (мифология, мистика, фольклор, религия, этнология, искусство и т.д.), благодаря чему смысл сновидения становится открытым для интерпретации (C.G. Jung, 1982, s.408). Перспективный же план здесь соответствует процессу индивидуации, т.е. обретению пациентом своей собственной самости посредством конфронтации с архетипами (ibid., s.412).

В транзактном анализе Эрика Берна: процедурный план - это анализ транзакций, т.е. того, как в той или иной стереотипной жизненной ситуации, которую он обозначает термином "игра" задействованы состояния "Я" участников этой "игры". В свою очередь анализ жизненного сценария - это план перспективный (Э.Берн, 1992).

В гештальт-терапии речь может идти о завершении гештальта как о процедурном действии и о личностном росте и обретении зрелости как о перспективном. Ясно, что перспективный план предполагает наличие некоего идеала, к которому надлежит терапевтически стремиться.

Перспективный план представляет исключительно большой интерес для терапевта в смысле совершенствования собственного образа в глазах пациента. Он уже не просто исполнитель предписанных процедур. Он - тот, кто ведет пациента по прямой и верной дороге к новой заманчивой жизненной перспективе. Он знает, куда вести, он знает каков этот путь и это знание без сомнений придает его образу новую глубину, обогащает и совершенствует.

Ключевые же вопросы тактики связаны с началом процесса и его завершением. Конечно, начало и конец вещи сложные и неоднозначные. Очень непросто достойно поздороваться, еще трудней с пользой распрощаться. Итак, среди других тактических проблем следует выделить введение и расставание.

Первое, нам необходимо сделать выбор в пользу того, что именно мы хотим продемонстрировать пациенту в первую очередь, свою компетентность или свою харизму.

Всякому ясно, как терапевт выигрывает, когда на первой встрече, в процессе интервью, он что-то сам договаривает за пациента относительно его состояния, чего тот сам пока не рассказал. К сожалению, такие навыки требуют владения информацией, которой мы не касаемся в нашем исследовании. Чтобы явить клиенту свои «ясновидческие» способности, крайне желательно разобраться в проблемах личностной типологии и закономерностях клинических картин.

Помимо демонстрации «ясновидения» очень важна демонстрация «всесилия». Здесь особое внимание следует обратить на директивно-суггестивные практики. Например, в классических гипнотических процедурах принято убеждать пациента, что терапевт на самом деле в состоянии эффективно воздействовать на них. Он проводит всем известные гипнотические пробы, крайне выигрышные в смысле театральной наглядности. Терапевт требует сжать руки в замок или напрячь их, растопырив пальцы, при этом угрожающе провоцируя запуганного пациента фразами вроде: "Пробуйте расслабить и не можете!!" Конечно, гипнотизер нагоняет этот страх в первую очередь с целью успокоить себя в том смысле, что в решающий момент пациент, оглушенный террором, испугается не поддаться собственно терапевтическому внушению. В любом случае, мы имеем здесь дело с распределением властных функций между терапевтом и пациентом на время всего терапевтического процесса и это одна из ключевых задач введения в терапию. Совсем по другому распределяется "дозволенное" в недирективных терапевтических практиках, где условленные правила дают пациенту намного больше возможностей для влияния на процесс.

Одна из важных задач введения - сделать терапевтический процесс как таковой привлекательным делом. Терапевт заботится о создании положительного образа предстоящих процедур. Здесь в более выгодном положении, ясное дело, находятся те, кто предлагает в структуре акции способы изменения состояния сознания. Можно, однако, описывать, однако, не только удовольствия, но и артефакты, скажем, предсказывать появление сопротивления, если речь идет о аналитическом процессе.

Достойное введение может включать в себя описание механизма излечения. Назовем это описание рефлексивной легендой. Есть обстоятельства, которые вынуждают нас изложить пациенту то, что мы собираемся с ним делать, а именно, в первую очередь, желание пациента. Возможно даже изложение акционной легенды, т.е. разъяснение порядка проведения процедуры. Можно однако всего этого и не делать, а приступить к делу как бы незаметно для клиента, как это мы читаем, например, в многочисленных отчетах о работе М.Эриксона.

Другая проблема психотерапевтической стратегии – проблема завершения терапевтической коммуникации, расставания. Традиции долгосрочного терапевтического общения, идущие от школ, ориентированных на архиниционн-эволюентные концепции, создали, с одной стороны, привлекательный для терапевтов прецедент, с другой - вызов для всех других терапевтических практик. О том, что такая длительность безусловно необходима для усиления терапевтического эффекта, на самом деле не может быть и речи - известна и краткосрочная аналитическая терапия.

Совсем другая традиция в психотерапии идет от терапевтов - "виртуозов", от тех кто стремится к краткосрочному эффекту. Исторически первыми здесь были гипнотизеры. Эти стремятся во что бы то ни стало добиться того, чтобы их терапия производила впечатление некоего "чудесного исцеления". Время осуществления "чудес" никак не может быть растянуто. Рассчитанные на работу только с симптомами, такие терапии даже не обременяют себя соображениями насчет трудностей расставания: избавился от симптомов - распрощался.

В этих случаях иногда способы сохранения контакта переходят из терапевтической реальности в реальность, скажем так, виртуальную. Одна из главных забот здесь - "увековечить" контакт после прекращения лечения. С этой целью используется в частности, известная гипнотическая формула: "мой голос останется с вами и после окончания сеанса" и совершенно ясно, что никакой гипнотизер не в силах побороть искушения включить ее в свою гипнотическую песню, оправдывая, конечно, ее употребление некими понятными клиническими соображениями.

Трудности расставания связаны еще и с вполне понятным нежеланием пациента покидать условно-игровое карнавально-попустительское пространство терапии и возвращаться в обыденный мир. Почти всегда при завершении работы приходится давать напутствия в жизнь с тем, чтобы расставание действительно состоялось и не пришлось бы начинать все с начала. Готовность к безболезненному прощанию может быть с другой стороны, включена в структуру терапевтического идеала. Вполне естественно стремиться к такому состоянию, когда пациент безболезненно входит из-под влияния терапевта и становится самостоятельным. Такая, сформировавшаяся в результате терапевтических действий независимость, автономность вполне годится на роль индикатора успешности терапии. В любом случае, как всем известно, проблема расставания это всегда одна из болезненных проблем и решается порой неким форсированным способом, причем решительность приходится выказывать именно терапевту. К этому имеет отношение некая особая связь, которая формируется в терапевтическом пространстве, что нашло свое отражение во многих школьных концепциях терапевтического вмешательства.

Теперь мы рассмотрим основные элементы психотерапевтической акции: 1) формирование особой связи между клиентом и терапевтом; 2) процедура изменения состояния сознания; 3) разрушение патологических связей и/или формирования терапевтически действенных связей. Дадим характеристику основных элементов психотерапевтической акции.

КОНСОЦИЯ

Той особой связи, которая возникает в процессе работы у клиента с терапевтом посвятили отдельные концепты почти все крупные терапевтические школы. На самом деле, в гипнозе речь идет о раппорте, в психоанализе - о переносе, в психодраме - о "теле". Эмпатия и безусловное положительное отношение, терапевтическая любовь, рабочий контакт - все это употребляется для обозначения этой связи, возникающей между терапевтом и пациентом. В контексте кросс-структурного исследования неизбежна концептуализация такого рода феномена, описание его структуры и возможностей.

Консоция (лат. consocio - объединять, сдружить) - есть элемент школьной теории, обозначающий некую, помещающуюся в психотерапевтическом пространстве, особую связь, возникающую между пациентом и терапевтом спонтанно или формируемую терапевтом сознательно и последовательно.

Собственно уже из этого определения можно провести различие между спонтанной и "рукотворной" связью. Разумеется, в рамках школьных концепций авторы предпочтут вести речь о спонтанной, то есть возникающей как бы без сознательного участия терапевта, а только в результате логики развития терапевтической ситуации. Психоаналитический перенос, по замыслу авторов, рождается именно так. Существуют, однако, как в гипнозе или в клиент - центрированной терапии, целенаправленные стратегии формирования этой связи и вполне оправданными кажутся попытки терапевтов сформировать такие стратегии. Очень часто можно встретить рассуждения о приемах, помогающих так или иначе расположить клиента к терапевту, "вызвать доверие" и т.д. Собственно, консоция и есть основной момент в деле вовлечения пациента в терапевтическую работу. Если сформировался такой контакт - все остальное больших затруднений не вызовет. Здесь - место исполнение желаний любого терапевта.

Роль этих особых отношений в терапевтическом процессе была очевидна З. Фрейду, о чем он пишет, не обинуясь: "...когда мы должны начать давать анализируемому необходимые сведения. Когда наступает время раскрыть ему тайное значение появляющихся у него мыслей, познакомить его с основными положениями и техническими процедурами анализа?

Ответ на это может быть только следующий: не раньше, чем у пациента развивается перенесение, дающее возможность работать, устанавливается настоящий рапорт. Первой целью лечения остается привязать больного к лечению и к личности врача (курсив наш - А.С.)" (З. Фрейд, 1991, с.92).

Интересно проследить динамику в сочинении этих концепций. Если в гипнозе речь идет о рапорте, как о некоей связи, имеющий исключительно пристранственно-структурный характер, то в психоанализе перенос уже имеет вполне определенное эротическое содержание, то есть имеет непосредственное отношение к гедонистической сфере и этим определяется его теоретическая привлекательность. Соединение купидо с консоцией - одна из заслуг психоанализа. Без сомнения - "купидинизация" консоции является залогом ее надежности и прочности. Конечно, речь идет о том, что любовь к терапевту появляется неизбежно, или, по меньшей мере, с высокой степенью вероятности. Разумеется, мы здесь не можем не видеть один из мощных мотивов, толкавших терапевтов на то, чтобы поменять "медь" гипноза на "золото" психоанализа.

При формировании консоционной части школьной теории акции следует иметь ввиду следующие аспекты. Консоция в контексте такой теории может быть целостной, может быть инстанционной. То есть терапевт и пациент могут взаимодействовать, по замыслу изобретательного сочинителя, как своими целостностями, так и частями..

Групповая ситуация предполагает формирование более богатой консоционной ситуации, ибо консоционными факторами становятся групповая сплоченность, динамика отношений в группе, открытость и т.п.. В условиях такой теории акции и соответствующей ей практики бинарные отношения терапевт-клиент уходят на второй план, и можно говорить о множественной консоции.

Различной может быть также временная структура консоции. Рапорт, трансфер, теле, эмпатия могут быть на протяжении сессии делом постоянным или прерывистым, ровным или пульсирующим. Степень, глубина, сила и т.д. консоции, будь то рапорт, трансфер или еще что-нибудь другое, может уменьшаться, возрастать, усиливаться или меняться качественно. Если же консоция мыслится как нечто амбивалентное, то составляющие этой амбивалентности могут меняться, собственно, тоже как угодно. Таким теоретическими ходами терапевту задается возможность постоянно отслеживать разные параметры терапевтической связи, а, скажем, супервизору - постоянно отмечать наличие или отсутствие, усиление и ослабление консоции в тот или иной момент терапии, и, соответственно - указывать на это подвергающемуся супервизии терапевту.

При такой постановке вопроса возможно также некое приблизительное исчисление консоции. Разумеется, прикидки здесь, как и в других случаях желания "вычислить"

психотерапевтические параметры, могут быть только очень грубыми, сравнительными, в духе "больше-меньше", "сильнее-слабее". Такие "подсчеты" имеют смысл только в конкретной терапевтической ситуации. Соответственно такие "количественные показатели" могут оказаться сподручными в смысле исследования процессов усиления-ослабления или нарастания-уменьшения. Можно ставить перед собой соответствующие задачи в зависимости от стадий процесса, например, - усиливать вначале или уменьшать в конце или наоборот. В любом случае, создается повод для осмысления тонкостей терапевтической ситуации. В сущности, сочинение теории есть конструирование и насыщение дискурсивного поля, пригодного для последующей аналитической рефлексии и супервизорской дидактики.

Немаловажен также иерархический аспект консоции. Как мы уже говорили выше, первоначально стратегия взаимоотношений терапевт-пациент основывалась на безусловном подчинении терапевтическому авторитету. Исполненный волевой мощи классический гипнотизер или мудрый логик рациональный терапевт безусловно занимали позицию "сверху" по отношению к пациенту. У упорно молчащего психоаналитика такого прямого влияния на процесс терапии было уже меньше, хотя сама по себе ситуация наличия трансфера делала проблематичной равноправие в терапевтической ситуации. Гуманистические и экзистенциально ориентированные подчеркивают всячески свое равенство с клиентом, говоря о том, что он - "партнер по бытию". Историческое поступательное движение от иерархической консоции к эгалитаристской, таким образом, несомненно и очень понятно в рамках общей попустительской тенденции истории психотерапии.

Всегда важно иметь ввиду соотношения консоции и купидо. Понятно, что консоция есть то место психотерапевтической ситуации, в которой реализуется купидо. Как уже сказано, перенос, например, это не что иное, как купидинозная консоция. Вне всякого сомнения включенность купидо в структуру консоции делает ее интересной. С другой стороны, важно понимать, что купидинозная консоция может трактоваться не только в духе "любви", но и агрессии, причем как со стороны пациента в адрес терапевта, так и наоборот. С консоцией может соединяться не только Эрос, но и Танатос, равно как и другое любое купидо.

Если брать в целом соотношения симпатии и агрессии как с той, так и с другой стороны, рассматривая это все в динамике, отслеживая при этом нарастание и уменьшение различных консоционных переменных, то можно будет в конце концов составить себе полную картину консоции и получить в свое распоряжение богатую теорию этого дела.

Крайне интересно было бы также попытаться вывести, скажем так, правила функционирования консоции. С этой целью можно ввести, к примеру понятие *консоционный пай*. При помощи его можно будет оценить вклад каждого из участников консоции в общую консоционную ситуацию. Скажем гипнотическая консоция - раппорт состоит почти целиком из вклада гипнотизера, пай пациента здесь невелик.

В процессе анализа важно также иметь ввиду, от кого исходят консоционные инициативы, то есть, кто первым выказывает те или иные эмоции, делает те или иные ходы в смысле формирования контакта, его углубления или уничтожения. Здесь важно также иметь ввиду желательность формирования консоции, исходя из реалий пациента. Так, например, это делается в эриксоновском гипнозе, когда терапевт подстраивается под клиента, учитывая буквально все, что ему удастся подметить в процессе наведения транса. Консоция может формироваться сама по себе, а может и подвергаться обсуждению в процессе терапии. Таким образом, можно противопоставить спонтанную и договорную консоцию в духе какого-нибудь терапевтического контракта. Договор тут может формулировать правила и запреты терапевтической коммуникации, причем обсуждение соблюдения договорных обязательств может составлять весьма интересную часть процесса терапии в целом. Вокруг этого элемента акции не составит труда построить много различных ритуалов, процедур и действий.

В некоторых случаях консоция может носить весьма неопределенный характер. Так, зачастую ограничиваются разговором о некоей коммуникации. Такой подход можно сделать интересным в том случае, если в этой коммуникации выделять различные уровни, например, вербальный и невербальный, особенно же делая упор на противоречия между ними. Так, очень хорошо строить свою терапевтическую стратегию на констатации противоречия между сообщениями, идущими от пациента к терапевту через вербальный канал и информацией, идущей через канал невербальный. Таким образом диагностируется некий коммуникативный конфликт, и на его анализе можно строить терапевтическое вмешательство, разбирая с пациентом, например, что же он хотел сообщить "на самом деле". Кроме того, анализ таких противоречий в поведении терапевта - достойная тема для супервизорских интервенций.

В большинстве случаев мы рассматриваем консоцию, как некий вспомогательный элемент психотерапевтического действия. Близкий контакт терапевта с пациентом необходим для интенсивной работы над проблемами. Однако бывают случаи, когда консоция имеет самостоятельное значение. Бывает так, что психотерапевтический процесс сводится в основном к установлению контакта с пациентом. Это происходит в тех

случаях, когда главная проблема терапии - отсутствие у пациента способностей к контакту (ранний детский или шизофренический аутизм).

Метафоры для формирования концепции консоции обычно заимствуются из сферы внетерапевтических отношений. Консоция в концентрированном виде обозначает вещи, происходящие за пределами терапевтической ситуации. В сущности, она субституирует актантные связи, формирующиеся до начала терапии. Так, перенос, по замыслу автора, актуализирует в терапевтическом пространстве взаимоотношения протагонист-отец, воспроизводя таким образом актантную модель Эдипова комплекса.

Разговор о консоции, помимо всего прочего может быть связан с обсуждавшейся уже темой каналов. Поиск взаимоосвязи может быть осуществлен в русле какого-нибудь канала, т.е. по месту наименьшего сопротивления. Речь может идти о ведущей репрезентативной системе, как это принято в НЛП, или же "каналах", которые описаны А. Минделлом.

Итак, первый важный структурный элемент психотерапевтической акции - консоция, с ее формирования начинается терапевтический процесс. Это не значит, что мы уделяем этому делу внимание только в начале работы. Об этом мы основательно заботимся в течение всего курса лечения. Сочиняя в рамках возможного метода инструкции по работе с взаимоотношениями пациент-терапевт мы можем, в частности, подумать над вопросом, формировать ли нам консоцию целенаправленно (быть может даже при помощи конкретных техник). Или, как писал Фрейд, можно ограничиться тем, что "...дать больному достаточно времени. Если проявляют к нему серьезный интерес, заботливо устраняют возникающие вначале сопротивления и избегают известных ошибок, то у пациента возникает сама по себе такая привязанность и он присоединяет врача к ряду образов тех лиц, от которых он привык получать любезности (З.Фрейд, 1991, с.92)".

Есть очень существенный резон осуществлять консоционный контроль на практике и позаботиться о разработке соответствующего концепта в школьной теории. Обстоятельный разговор на тему "интересной" связи между клиентом и терапевтом внутри такой теории неизбежно привлечет к ней интерес извне.

ЭКСКВИЗИЦИЯ

Процедуры определяющие то, что, собственно, надо лечить весьма заметно отличаются друг от друга в различных школах по способу осуществления, временным затратам, степени подробности и многому другому. Сбор анамнеза, интервью, исследование с помощью проективных тестов - все это, по нашему замыслу, может быть объединено неким единым концептом.

Эксквизиция (лат. exquisitio - исследование) - есть процесс определения объекта приложения терапевтических усилий. Эксквизиция исследует то, что должно быть подвергнуто собственно терапевтической процедуре.

Итак, прежде чем перейти собственно к акции, мы в той или иной степени пациента обследуем. Эксквизиция - это то, что может иногда продолжаться в течение всего процесса терапии.

Процесс эксквиции - сбора анамнеза пришел в психотерапию из клинической психиатрической практики. Дескриптивная клиническая традиция предполагала длительную процедуру опроса. Выявление тонкостей симптоматики с целью дифференциальной диагностики, охват клинической картины во всей ее полноте требовала, как уже сказано, времени и сил. Подробный сбор анамнеза связан здесь с представлениями о том, что форма течения патологического процесса определяет прогноз.

Если говорить, например, об аналитических терапиях, то совершенно ясно, что одним интервью процесс сбора анамнеза не ограничивается. Дело обстоит так, что большая часть анализа, в процессе которого происходит нестесненное разворачивание высказывания пациента, интенсивная работа воспоминания безусловно может считаться эксквицией. Несмотря на полагающееся по процедурной инструкции воздержание терапевта от настойчивого вопрошания, речь идет именно об автобиографическом нарративе, то есть происходит в сущности то же самое, что - при помощи целенаправленных вопросов - в процессе интервью. Так что, как уже сказано, в аналитически ориентированной терапии существенная часть работы сводится к процессу эксквиции. До того момента, как терапевт дает интерпретацию, как пришло осознание, как состоялся инсайт, пациент рассказывает "первое, что приходит в голову". Получается так, что собственно терапевтический ход, а именно интерпретация, прокладывающая путь к инсайтам и катарсисам, осуществляется непосредственно перед моментом гипотетического исцеления.

Никакая другая гуманитарная практика в мире не идет в сравнение с психотерапевтической эксквицией (в первую очередь это относится к аналитическим техникам) в смысле доступности совершенно недоступного во всех других случаях содержания интимных переживаний личности. В этом смысле даже распространенные религиозные практики не идут ни в какое сравнение. В аналитических методах, как известно, месяцы и годы уходят на рассказ о таких переживаниях. Объем, подробность и "глубина" несопоставимы, например, с краткими отчетами о совершенных грехах в исповедальных религиозных процедурах. Попустительское отношение к содержанию и изложению повествований, отсутствие внешнего морального давления, словом, ситуация

ожидания вовсе не морального осуждения, с последующим искуплением, но наоборот, безусловной эффективной помощи - все это делает эксквиизиционную ситуацию в психотерапии исключительно благоприятной. Благоприятной в том смысле, что терапевт до конца удовлетворяет свою житейскую любознательность, причем в такой степени, какая недоступна, например, даже священникам, безразлично к какой конфессии они принадлежат.

Напомним, что традиция отводить большие сроки под эксквиизиционную процедуру сложилась в рамках метода, строившего свою теорию личности вокруг "сексуальности". Здесь, как известно, исходят из предположения, что длительность аналитической процедуры связана с необходимостью преодоления сопротивления, причиненного отчасти сознательным неприятием пациентом содержания своих желаний. Принцип невмешательства, дающий возможность ко всему прочему, занимать выигрышную выжидательную позицию в ответ на пациентский повествовательный и переносный напор, многократно умножает привлекательность процесса для аналитика.

Эксквиизия может принимать различные формы, может осуществляться на разных уровнях. Мы говорим об эксквиизии в случае простого интервью, в случае исследования посредством проективных методик и опросников. Длительный аналитический процесс преимущественно является в первую очередь эксквиизиционной процедурой, во всяком случае до того момента, когда осуществляется интерпретация или пациент так или иначе подводится к ней. В случае аналитического процесса переход эксквиизии в собственно акцию отмечен именно интерпретационным действием.

Эксквиизия может иметь и иные направления.

Эксквиизиционный путь вглубь определяется наличием в теории школы таких структурных элементов, как архиниция и эвольвенция, речь о которых шла в диахроническом разделе. Этот - условно вертикально расположенный в воображаемом пространстве - путь к истокам формирования личности лежит через длительную процедуру воспоминания. Причем длина этого пути определяется тем, где находится архиниционная точка отсчета. Ведь мы помним, что есть школьные теории, согласно которым она может иметь отношение к периоду задолго до момента рождения индивида. Кроме того, как мы знаем, длительность эксквиизиционной процедуры может определяться подробностью описания эвольвентной нормативной хронологии, ибо ясно, что путешествие по этапам жизненного пути требует серьезных временных затрат.

Объемно-горизонтальный аспект эксквиизии связан с расширением круга исследования личности, с расширением круга рассматриваемых проблем от, скажем узко клинического до экзистенциального, когда в расчет берется, например, существование в

целом. Это движение идет в направлении от непосредственных жалоб до охвата целостной картины жизненного мира. Иначе говоря - эксквизиционная цель - представить себе, каким образом нарушено бытие-в-мире.

Ясно, что многие элементы структуры школьных теорий могут быть в свою очередь разложены на более мелкие составные. Речь может идти здесь о следующем.

Выбор. Психотерапевт, придерживающийся определенной школьной ориентации не может смотреть на пациента совершенно непредвзятым взглядом, лишенным какой-бы то ни было индивидуальной заинтересованности, а кроме того, заинтересованности школьной. На процесс эксквизиции оказывает влияние наш опыт, школа, к которой мы принадлежим, не говоря уже о неизбежности проекции определенных параметров личности терапевта. При таких обстоятельствах сама постановка вопросов не может быть случайной. Прицельность задаваемых вопросов является признаком профессиональной зрелости. Известное анекдотическое рассуждение о том, что пациенту аналитика-фрейдиста снятся "фрейдистские" сны, с символически зашифрованными гениталиями, пациенту юнгианца - соответственно сновидения с архетипическими сюжетами и т.д. имеет под собой основательную почву.

Эксквизиционный выбор носит презумпционный характер (презумпция, напомним, - предпочтение; известное словосочетание из юридической практики: презумпция невиновности). Любое интервью в той или иной степени неизбежно является презумпционным, что определяется как школьной ориентацией терапевта, так и его индивидуальным стилем. Для школьных историй болезни отбираются наглядно иллюстративные случаи, школьный тренинг формирует соответствующие навыки проведения интервью. Таким образом, можно говорить о школьной, а также индивидуальной презумпции. Именно это не в последнюю очередь отличает их друг от друга. Всякой психотерапевтической школе присуще то, что по отношению к клинической практике обозначают термином "гипердиагностика". Феномен гипердиагностики, как известно, заключается в усмотрении известной диагносту симптоматики там, где ее наличие может вызвать серьезные сомнения. Любая школьная диагностика строится на усмотрении в состоянии пациента чего-то такого, что она уже так или иначе исследовала. За примерами осведомленному читателю, конечно, далеко ходить не надо.

Ясно, что мы ограничены в наших возможностях сделать эксквизиционный процесс бесконечным и узконаправленная презумпция становится, таким образом, делом неизбежным. Так что в любом случае основное внутреннее противоречие в эксквизиционном процессе - это противоречие между полнотой и цельностью жизненного мира пациента и ограниченностью, парциальностью исследовательского взгляда

терапевта. В таких условиях самое существенное требование, которое может быть предъявлено к результату эксквизиции, заключается в создании иллюзии полноты и законченности. Как говорил по этому поводу Поль Валери, "ощущение Красоты... - есть сознание невозможности что-либо привнести, изменить..." (П.Валери, 1976, с.177).

Несомненный субъективизм школьной эксквизиции преодолим в первую очередь, в рамках феноменологического подхода. С процедурной точки зрения такое преодоление возможно при возможно более выраженной стратегии невмешательства. Однако последовательное невмешательство грозит удлинением времени исполнения процедуры, что мы и видим в аналитически ориентированных терапиях. Естественнo предположить, что наибольшая степень автономности пациента, независимость его от терапевтической презумпционности, неспровоцированность его высказывания максимально гарантируют объективность получаемой информации.

Изоляция. Очень редко психотерапевт работает одновременно со многими проблемами, тем паче со всей картиной страдания сразу. Совершив выбор, зачастую необходимо изолировать некую проблему от остальных. Нетрудно представить себе различные стратегии этой изоляции. Зачастую речь идет о том, чтобы отделить "важное" от "второстепенного", и работать, таким образом, с разными проблемами порознь, начиная, разумеется с "важного". Изоляция может носить тактически-временной характер: вначале одно, затем другое. Изолирующие стратегии могут быть осуществлены спонтанно, а могут, конечно, обсуждаться с пациентом, которому при этом могут преподноситься изоляционные легенды. Право отделять одну проблему от другой и определять порядок работы с ними вполне может быть предоставлено пациенту. Тот выбирает тот или иной симптом, с которым предстоит работать, причем это уже не будет процедурой эксквизиционного выбора, каковой осуществляется всегда терапевтом в процессе диагностики. Однако сам выбор пациента, рассматриваемый как симптом, может дать пищу эксквизиционным построениям.

Выбор и изоляция может осуществляться по нескольким основным направлениям. Мы оставляем в фокусе как сам симптом, проблему и т.п., так и нечто более общее: характерный профиль, особенности восприятия и мышления, т.е. то, что формирует условия работы с симптомом (проблемой). Эти соображения позволяют говорить, например, о ядре и фоне эксквизиционного продукта. Весьма сподручным для изоляции проблемы может оказаться ее "закрепление" за отдельной инстанцией (как это происходит в практике НЛП, например).

Укрупнение (обогащение). То, что мы выбрали, мы подвергаем углубленному подробному исследованию, мы это как бы "увеличиваем". Жалоба пациента в процессе

расспроса может превратиться в сложное многослойное образование. Терапевт как бы подносит большое увеличительное стекло к симптому и рассматривает его в подробностях. Он, симптом, разумеется, может остаться на уровне жалобы. С другой стороны, мы можем, перед тем, как начать с ним работать, разобраться вначале в его клинических подробностях, или поставить некий психодинамический диагноз (Эдипов комплекс, например). В аналитических школах, когда эксквизиционный процесс (понятно, "обогащенный" трансфером) занимает большую часть терапевтического времени, мы не укажем точно, когда кончается эксквизия, т.е. исследование пациента и начинается собственно терапия. Разумеется здесь, как, впрочем, и во многих других случаях может иметь место постоянный переход от эксквизиционной процедуры к собственно терапевтической и обратно.

Для получения лучших результатов в процессе эксквизии возможно, например, усилить симптом, как это делает, например, А.Минделл в своей известной технике амплификации. Смысл ее, как известно, заключается в том, чтобы предложить пациенту усилить симптоматические ощущения, с которыми предполагается работать (Mindell A., 1985, p. 8 f.f.). Таким образом, эксквизиционный продукт (поначалу это была симптоматическая жалоба) обогащается, как бы увеличивается в размерах и становится более сподручным для последующей работы.

Если проследить историю развития этого составного элемента терапевтической акции, то можно будет обнаружить определенную закономерность, которая в целом укладывается в тенденцию роста попустительства (*laissez-faire*). В клинической классической традиции расспрос ведется прицельно и директивно. Мы прицельно выспрашиваем у пациента признаки его жалоб, тенденцию их развития, сопутствующие феномены. Стратегия вопрошания предполагает большую активность со стороны терапевта. Процедура интервью и собственно терапевтического вмешательства четко отделены одна от другой. Допсихоаналитический терапевт, по возможности, подробно выяснял клиническую картину, после чего, при отсутствии противопоказаний, прописывал, исходя из своих наклонностей, гипноз, или самовнушение или же проводит разъяснительную беседу.

Нетрудно заметить, что в дальнейшем эволюция акции шла в духе смешения процесса эксквизии и собственно терапии. В психоанализе невмешательство провоцирует пациента к нестесненному изложению своих переживаний, а это, помимо повествования включает в себя процесс формирования консоции - переноса и, в определенной степени, вводит клиента в измененное состояние сознания (понятно, не

такое основательное как в гипнотических или пневмокатартических практиках, но совсем без этого дело, конечно же, не обходится).

Чрезмерная длительность эксквиционных практик неизбежно вела не только к развитию моды на short-term терапии, но и к появлению и распространению того, что можно обозначить, как эксквиционная провокация. Сюда относится вся система тестирования, как проективного, так и всего прочего. Принцип наименьшей траты сил, довлеющий над психотерапией, как, впрочем и над любой другой практикой, неизбежно привел к появлению и распространению невообразимого количества бесконечно разнообразных тестов. Предъявляемый тестовый материал представляет собой провокацию, цель которой - форсировать эксквицию. Любой тест, однако, является делом неизбежно ограниченным и как бы мы сказали, презумпционным. Иначе говоря, возможный результат предзадан стимульным материалом.

Другая важнейшая задача в этом смысле - преодоление эксквиционного сопротивления пациента, мотивы которого могут быть самыми разными. Любая персональная автономность ущемляется в ситуации вынужденного изложения интимных проблем. Требование к сохранению тайны в рамках профессиональной этики легитимирует тотальность самораскрытия пациента. Это, достойное само по себе обстоятельство, однако, может отнюдь не снижать сопротивленческого напряжения.

Провокация, принцип невмешательства - все это порождения феномена сопротивления. Следует однако заметить, что нет и не может быть доказательств того, что подробная эксквиционная процедура является залогом эффективности терапии. Эволюция психотерапии показывает, что эксквиция как часть терапевтического процесса подвержена процессу деградации.

Любая школьная терапевтическая стратегия не меняется существенным образом от результатов эксквиции. Тонкие подробности клинической картины или результаты психологического теста не заставляют терапевта менять радикальным образом способ употребления технического приема. Они могут послужить причиной для отказа в проведении психотерапии вообще, в том случае, если, например, выясняется, что мы имеем дело с психотическим заболеванием. Как уже говорилось, противопоказания против любой школьной терапии чаще всего совпадают с противопоказаниями против психотерапии вообще.

В большинстве случаев в рамках одного метода со всеми проблемами работают приблизительно одинаково. Применение технических приемов обусловлено скорее потребностью более или менее строгого соблюдения ритуалов школьных процедур, чем характером проблемы пациента. Как уже говорилось, представители всех школ

производят отбор пациентов по "панацейному" принципу. Проще говоря, все берется за все, за что только можно взяться, ну разве что за исключением упомянутых психотических случаев, которые, что и говорить, малонадежны для демонстрации собственного могущества терапевта и исключительных преимуществ практики того направления, к которому он принадлежит. Психотерапия психозов выделяется обычно в самостоятельное образование, требования к ее результативности весьма снисходительны. Существует еще одна заслуживающая упоминания эксквиизиционная практика - сбор данных о пациенте в измененном состоянии сознания. Эксквиизиционная провокация носит здесь форсированный характер. В частности, методами форсированной эксквиизиции в психотерапии можно считать гипноанализ и наркоанализ, когда с целью получения информации терапевты - при помощи препаратов или суггестивных практик пытаются усыпить внимание пациента или ослабить его контроль над собой.

Однако всем известна эксквиизиционная ситуация, осуществляемая в измененном состоянии сознания, обретенном, скажем так естественным путем. Речь, естественно, идет о толковании сновидений. Психоанализ, мы знаем, трактует сюжет сновидения как исполнение подавленных желаний. Так вот, как обстоит дело с осуществлением желаний пациента - вопрос темный, во всяком случае, не идущий в сравнение с полной ясностью, относительно того, что касается желаний терапевта. Реализация желаний последнего здесь несомненна, что видно уже из исключительной востребованности этой терапевтической процедуры. Всем известно, нет направления в психотерапии, которое не уделяло бы внимания анализу сновидений. Ясно, что здесь, без особых затрат на изменение состояние сознания, мы легко получаем доступ к переживаниям, которые в ином случае нам пришлось бы добывать при помощи серьезных целенаправленных усилий. Пациент, получается, сам берет на себя работу по погружению себя же в "гипнотическое" состояние, в котором выходит наружу то, что иначе малодоступно или вовсе недоступно. Он сам без дополнительных усилий преодолевает собственное эксквиизиционное сопротивление, запуская в психотерапевтическое пространство превосходный рабочий материал.

Этот рабочий материал, добытый из сновидений особенно хорош тем, что он как бы "выдает" пациента головой. В других эксквиизиционных практиках довольно часто речь может идти о том, что пациент тем или иным образом себя как бы невольно обнаруживает некие невысказанные переживания, поставляя терапевту информацию, о которой он до того мог и не догадываться, но именно она является ключевой для терапии. Ясно, что в психотерапии издавна существует традиция "подозревающей", "шпионской" исследовательской стратегии, предполагающая пристальное всматривание, поиск

признаков, выдающих "истинные" переживания клиента, им в силу разных обстоятельств скрываемые. Эта традиция заложена идеологией таких исследований З.Фрейда, как "Толкование сновидений" и "Психопатология обыденной жизни". Описки, обмолвки, ошибки, так называемые провалы в памяти дают терапевту то же преимущество, что данные разведки военачальнику - перед началом боевых действий. Вообще же это не случайно, что "бойцовские" метафоры, "разведческая" в том числе, весьма адекватно описывают психотерапевтическую реальность.

В этой же связи часто любят заводить разговор о "языке тела" клиента. Читая на этом языке терапевт узнает нечто отличное от того, чем пациент делится вербально, а, главное, то, что он хотел бы утаить. Непроизвольными, неконтролируемыми телодвижениями он себя простодушно "выдает". В практике НЛП роль такого эксквиизиционного индикатора выполняют движения глазных яблок, по которым диагностируется ведущая репрезентативная система.

С другой стороны, "подозрительная" эксквиизиционная традиция создает терапевтам других направлений достойную возможность для демонстрации "оберегающе-доверительного" жеста в сторону личности пациента. На вызов традиции "подозрения" эмпатическим доверием, безусловным принятием ответил создатель гуманистической психологии К.Роджерс и благодаря этому, как мы знаем, немало преуспел. Полемические преимущества такого отношения к делу очевидны.

Итак, мы преодолели эксквиизиционное сопротивление, насытились запредельной откровенностью пациента, купленной в обмен на ожидание помощи. Привязав его при этом к себе посредством консоции, удовлетворили свои "шпионские" желания, и теперь можем приступить к делу. Мы выработали определенный, годящийся в дело эксквиизиционный продукт, который можем теперь подвергнуть дальнейшей обработке. Он, этот продукт может иметь различную конфигурацию, разной глубины измерения, а кроме того, разный объем. Это может быть просто жалоба или симптом, с которым мы тотчас же, не вдаваясь в подробности, не тратя попусту времени на составление истории болезни, начинаем работать. Это может быть и подробный развернутый клинический или патопсихологический диагноз, который потребовал от нас кропотливой анамнестической работы вкупе с проективно-тестовой.

Это дело вкуса - отделять ли резко процесс эксквиизиции от дельнейших работ с полученным продуктом или же переходить к нему исподволь, незаметно. В процессе последующей работы мы постоянно возвращаемся к эксквиизиционным ходам. По ходу дела сам терапевтический процесс превращается в часть анамнеза, что, в частности, помогает уточнить диагноз *ex juvantibus*.

Казалось бы, имея в своем распоряжении потребные нам сведения, мы можем, опираясь на них, начинать работу. Но не тут то было. Нам предстоит сперва совершить еще одно действие, исключительно важное и во многом решающее для исхода терапевтического вмешательства.

ТРАНСТЕРМИНАЦИЯ

Даже имея в своем распоряжении отборный, исчерпывающий и в то же время компактный, полностью нас удовлетворяющий эксквизиционный продукт, мы не сразу переходим к непосредственной работе именно с ним.

Часто работа с результатами предварительного исследования проводится на фоне измененного состояния сознания. Изменение состояния сознания - несомненно повсеместно распространенный, излюбленный элемент любой психотерапии. Не «украсив» психотерапевтическую ситуацию элементами такого состояния, терапевту не следует и думать об успешном решении других задач.

Итак, *транстерминация* (лат. trans - через, terminus - граница) - *есть часть акции, направленная на изменение состояния сознания пациента*. Она имеет место в ходе любой психотерапевтической процедуры и так или иначе отражена в большинстве школьных теорий и практик.

Видимо, не случайно история психотерапии началась с гипноза. Главным содержанием гипноза является основательная транстерминационная процедура, которая формирует здесь психотерапевтическую ситуацию от начала и до конца. Она является почти самодовлеющей и лечебный эффект во многом ставился в зависимость от ее успешности, измерявшейся глубиной погружения. Во всяком случае, так полагали авторы, работавшие в так называемую эпоху Золотого века гипноза, и, описывая разные стадии глубины гипнотического погружения (сомноленция, каталепсия, сомнамбулизм - по О. Форелю), ставили себе в заслугу достижение пациентом последней, соответственно самой глубокой, сомнамбулической, стадии.

Состояние сознания изменено не только при форсированных транстерминационных техниках (гипноз, аутотренинг, медитация, пневмокатарсис), но и в тех случаях, когда мы не имеем дело с процедурой, прицельно направленной на такое изменение. Любой сдвиг в ощущениях и восприятии ситуации может трактоваться как обретение пациентом ИСС и быть соответственно предметом процедуры транстерминации, даже в том случае если она осуществляется не целенаправленно, а как-бы незаметно.

Связь между глубиной изменения состояния сознания и терапевтическим эффектом является частью мифа школ с выраженной, ясно прописанной транстерминационной

процедурой. Эту связь следует считать безусловно сомнительной. Ведь дело обстоит таким образом, что именно самая транстерминационная терапия - классический гипноз, подверглась самому энергичному вытеснению из поля психотерапевтического сообщества. Решающую роль, как известно, здесь сыграл психоанализ, где транстерминация оказалась так замаскированной, что обнаружить ее было очень непросто. Гипнотизеры смогли вернуть себе утраченные позиции, только смягчив свой директивно-манипуляционный транстерминационный радикализм попустительскими эриксоновскими аранжировками. Произошел также отказ от деления на стадии глубины погружения. Разумеется эти стадийные выкладки мыслились, как необходимые показатели контроля за транстерминационной глубиной, якобы решающим фактором терапевтической результативности.

Как уже сказано, есть множество техник, которые открыто осуществляют стратегию целенаправленного формирования ИСС у пациента. Транстерминационная процедура в них осуществляется основательно, последовательно, подробно. Однако, если такая процедура не прописана ясно в технических инструкциях того или иного метода, это вовсе не значит, что в них изменения состояния сознания не происходит вообще. Наша задача, помимо всего прочего, заключается в том, чтобы проследить, как осуществляется эта часть акции в тех школах, где такая практика не осуществляется явно в рамках специально предназначенного для этих целей действия.

Можно выделить две основные транстерминационные стратегии: манифестную и латентную. Манифестная осуществляется в рамках явной, форсированной процедуры, как в гипнозе, например, или же в пневмокатартической технике, принятой в трансперсональной терапии С.Грофа. Латентная же стратегия принята в школах, внешне как бы отказавшихся от явного использования в работе целенаправленных усилий, которые совершаются с целью навести ИСС, скажем, того же психоанализе. Мы, однако, стоим на том, что полностью этот элемент психотерапевтического действия никогда ни из какой практики не исчезает бесследно, а только переходит в иное, как уже сказано, латентное состояние, в различные превращенные формы, что мы уже продемонстрировали.

Трактовка ИСС строится во многом на противопоставлении культурологического порядка. Мир психотерапевтического действия - мир иной культуры по отношению к повседневной, мир, противопоставленный рутинной регламентированной обыденности. Обыденное сознание - то, с которым пациент является к терапевту, озабоченное, рациональное, рефлексивное. Иррациональность, карнавальность, преодоление запретов - все это составляет неотъемлемую коренную сущность

психотерапевтической ситуации. Без всего этого терапия выглядит совершенно непривлекательной.

Мы отдаем себе отчет в том, что, говоря, об измененном состоянии сознания, мы можем судить об этой измененности только очень приблизительно. Не имея критериев так называемого нормального состояния, не имея тем более способов "измерить" степень, глубину, порой верифицировать сам факт изменения, мы можем говорить об ИСС только условно и крайне приблизительно. Таким образом речь может идти только о направлениях транстерминации, об определенных признаках, но никогда не сможем дать серьезную дефиницию этому делу. Сознание изменено только по сравнению с тем состоянием, что имело место к началу терапевтического процесса. Исчисление глубины ИСС, количественных параметров транстерминации - задача неблагодарная и бесполезная.

Любая арифметика здесь неуместна, возможны только очень приблизительные и грубые сравнительные прикидки. Невозможно, помимо всего прочего, установить ясную зависимость, между интенсивностью транстерминационного усилия терапевта и действительной глубиной ИСС клиента.

Предлагая именно такой термин - транстерминация, "переход через границу", мы подчеркиваем, что корень этого действия в преодолении некоего барьера, отделяющего так называемое нормальное состояние сознания от измененного. Параметры этого измененного состояния могут быть самыми разными. Важен здесь сам момент перехода в область, лежащую "по ту сторону", хотя, разумеется, эта граница может быть нечеткой, размытой, неопределенной и т.д. Тем не менее именно она может служить как объектом терапевтического усилия, так и индикатором удачности транстерминации. Вообще же ИСС следует рассматривать в известной степени, как своего рода психотерапевтический миф, созданный как внутри психотерапии, так и за ее пределами, но безусловно необходимый для формирования любого школьного проекта.

ИСС, помимо прочего, является фактором, формирующим психотерапевтическую ситуацию таким образом, что контроль над ней находится в руках у терапевта. Его сознание остается (или должно оставаться) предельно ясным, так что в отличие от пациента он ситуацию отслеживает и меняет. Ясно, что чем сильнее разница в погружении в ИСС между терапевтом и пациентом, тем сильнее влияние терапевта на ситуацию. Пример с гипнозом, как с "большой" транстерминационной техникой весьма отчетливо проясняет властные соотношения в ходе процесса. Казалось бы, само собой разумеется, что контролировать терапевтическую ситуацию должен ясный сознанием терапевт, в здравом уме и твердой памяти. Однако, история психотерапии показывает, что чем дальше, тем больше влиянием, да и контролем в процессе терапии приходилось

делиться. Погружение в ИСС вполне может иметь место и у психотерапевта в процессе терапевтической работы, да так порой и происходит. Транстерминационные техники вполне могут осуществляться параллельно, т.е. медитировать, к примеру могут терапевт и пациент одновременно.

Давно сложившийся в психотерапии миф об ИСС трактует его как однозначное благо. Характеристики ИСС следует расценивать как крайне неопределенные, но их привлекательность от этого не уменьшается. В первую очередь пациент, так сказать, "расслаблен" и даже "спокоен". Видимо, расслабление мышц гладкой мускулатуры, расширение просвета сосудов - один из немногих объективно инструментально фиксируемых показателей успешности транстерминационных процедур. Не расслабив пациента, не введешь его и в ИСС. Очень непросто, хотя вполне возможно представить себе ИСС-идеологию, основанную на формировании ощущения напряжения у пациента.

Кроме так называемой релаксации к характеристикам ИСС принято относить изменения в сфере воображения. Видения, которые имеют место в трансе, под влиянием ли терапевта, или без него, характеризуются раскованностью, доступностью желанных объектов, в любом случае они обладают несомненными эстетическими преимуществами перед заурядными образами из повседневной реальности. В ИСС -образы чаще всего яркие, выпуклые. Ничего такого в обычном состоянии сознания нам не увидеть. Они, эти образы своим богатством и красочностью явно свидетельствуют в пользу того, что транстерминация оказывает исключительно благотворное влияние на личность.

Зачастую речь идет об активизации возможностей, реализовать которые в обычном состоянии крайне трудно. Частью транстерминационного мифа являются повествования об ученых, совершающих открытия во сне, композиторах, сочиняющих симфонии, равно как и сообщения о пациентах, которые в гипнозе обнаруживают способности, те, что им и не снились в состоянии бодрствования или вспоминают некие ключевые события, что было бы невозможно в иных условиях. Порой вспоминаются подробности обстоятельств неких преступлений, что помогает их таким образом раскрыть, а на этом, в свою очередь, могут строиться практики юридических дознаний. Причем достижения во всех этих областях приходят без особых усилий, вовсе не так, как это бывает наяву, когда приходится долго трудиться, или обучаться и напряженно стараться. Ну и в конце концов, пациент в ИСС всегда в состоянии релаксации, так что представления о трансе нераздельно связаны с мифом о досуге, праздности, отдохновении. «Ясновидческие», творческие и т.д. достижения в трансе лишены характера напряженного усилия, неизбежного в состоянии бодрствования. Кроме того, терапевтическое понимание ИСС

отчетливо связано с давними представлениями о "переутомлении", как о главной причине всех болезней и, соответственно, о целебном значении "отдыха".

ИСС, ко всему прочему являет собой сферу свободы. В ИСС личность освобождается от условностей, от требований повседневности. Безусловно, подобно невменяемому, человек в этом состоянии ни за что "не отвечает", он вне вины, морали, ответственности. Понимание ИСС, как "области свободы" может пролить определенный свет на очевидное моральный износ такой практики, как классический гипноз. Несомненное противоречие между гипнотическим трансом, как состоянием свободы и директивно-форсированной, кричаще "несвободной" по своему характеру, процедурой бросается в глаза. Очень нетрудно предположить, что именно такое противоречие в конечном итоге привело к вытеснению традиционных гипнотических техник либеральными эриксоновскими. Словом, суммируя всю научную и житейскую мифологию, связанную с ИСС, мы убеждаемся, что имеем дело со своеобразными представлениями об утопическом мире, обретаемым посредством психотехнических процедур.

Без сомнения, транстерминация обладает самостоятельной терапевтической ценностью, вплоть до того, что сама по себе в отдельных ситуациях иногда может оказывать терапевтическое действие и вызывать некий положительный или даже несомненный лечебный эффект. Даже в тех случаях, когда мы имеем дело с рационалистически настроенным автором, с подозрением относящимся ко всякого рода гипнотической, трансперсональной и прочей мистике, все равно, присмотревшись пристальнее, видишь, что он тоже не прочь вернуть пациенту что-нибудь в этом же роде, хотя и стесняется говорить об этом напрямую.

Зачастую проблема состоит, как раз не в том, чтобы привлечь пациента транстерминационной процедурой, а в том, чтобы его потом избавить от стремления как можно дольше пребывать в ИСС. Всем хорошо известны случаи "гипномании", стремления продлить "райскую ситуацию" анализа, сделать его "бесконечным", или болезненные переживания при завершении групповой терапии. Приходится тратить порой усилия, чтобы вернуть пациента в так называемую "нормальную жизнь" и совершенно ясно, что эти трудности связаны не в последнюю очередь с лишением удовольствий от ИСС, получаемых в процессе терапии. В сущности, если быть до конца честными, транстерминационная практика реализует в законно приемлемом виде, к тому же легитимированном необходимостью терапии, те же желания, что, например, и наркомания. Релаксация плюс работа фантазии (безразлично, суггестивно ли, к примеру,

спровоцированная или проявившаяся спонтанно) роднят наркотический транс и гипнотический.

Итак, если вести речь о школах, то мы сразу оставляем без внимания те, где отчетливо и выпукло представленная процедура транстерминации бросается в глаза. Гипноз, аутотренинг, медитация, пневмокатарсис в значительной степени соответствуют тому типу игр, который Р.Кайуа обозначил как иллинкс (головокружение, см. выше). Однако, создатель психоанализа, например, отказавшийся из псевдорационалистических соображений от гипнотической процедуры, сформировал обстановку сеттинга таким образом, что ее направленность на изменение состояния сознания не вызывает никаких сомнений. В самом деле, вспомним: положение пациента - лежа на кушетке, аналитик спиной к нему, зрительный контакт избегается. Инструкция говорить первое что приходит в голову, свободные ассоциации, принцип навмешательства и т.д.

Транстерминационная природа терапевтической ситуации в самых разных видах групповой терапии также не вызывает сомнения. Само по себе обстоятельство нахождения в групповом кругу, обилие игровых ситуаций, специальные техники, направленные на форсирование ощущений "здесь и сейчас", разговоры о "чувствах", "эмоциях", повышенное внимание к "телесности" - все это, конечно, приводит к ИСС клиента. Он вводится в мир особых ощущений, гарантирующих, как ничто другое, его симпатию к тем методам терапии, где авторы уделили внимание транстерминационным практикам.

Разнообразие транстерминационных процедур, к сожалению, бесконечно. К тому же дело обстоит таким образом, что терапевты всех возможных направлений издавна по вполне понятным соображениям жадно следят за всеми возможностями и новинками в этой области, не упуская шанса подарить всегда в этих случаях благодарному пациенту что-нибудь новое в этом роде. Тем важнее для нас подробная и основательная инвентаризация различных способов транстерминации. В сущности, можно говорить о следующих разновидностях транстерминационных процедур.

1. Дискурсивная транстерминация. Принята, в частности, в большинстве гипнотических процедур. В этой ситуации предполагается, что иное состояние сознания становится предметом непосредственного обсуждения. Оно так или иначе тематизируется, описывается, включается в рабочий договор. Чаще всего дискурсивная транстерминация заключается в развернутом описании состояния, соответствующего по представлениям ИСС. Здесь можно говорить о дискурсивно-дескриптивной процедуре и о дискурсивно-метафорической.

Однако не только описание составляет содержание дискурсивной процедуры. В своей теории речевых актов Дж.Остин (Остин Дж., 1986) выделил наряду с описательными также и перформативные (от англ. performance - действие, поступок, исполнение) глаголы, которые не описывают действие, а сами как бы совершают его. К ним относятся, к примеру, следующие: назначаю, прощаю, обещаю и т.д. Всякая гипнотическая песня неизбежно включает в себя порцию речевых актов, построенных на употреблении перформативных глаголов: я внушаю, вы изменяетесь, вы становитесь таким-то и таким-то. Ясно, что перформативные глаголы могут использоваться отнюдь не только в гипнотической песне, а, с равным успехом, и в других приемах. Однако чаще проводником осуществляемых изменений являются, как уже сказано, дескриптивные высказывания: ваши ощущения такие-то, ваши мысли такие-то, вы видите перед своим внутренним взором то-то и т.д.

Дескрипция трансстатуса (так можно поименовать то состояние, к которому стремится терапевт, осуществляя процедуру транстерминации) есть один из наиболее известных способов такой процедуры. Это может касаться (наиболее распространенный вариант) как описания физиологических параметров (дыхание ровное, сердце бьется спокойно, мышцы расслаблены, тепло в руках и ногах, а в области лба, натурально, прохлады, ну и так далее), так и описания изменения переживания пространства и времени (время течет медленно, комната увеличивается/уменьшается в размерах и т.д.).

Метафорическая транстерминация не сводится к директивному описанию желаемого состояния, здесь пользуются обычно метафорами, означаемое которых и есть искомый покой вкупе с вожделенным блаженством, а означающее - соответствующие образы (моря, ручьи, небеса, да, собственно, что угодно).

При этом важно подчеркнуть, что, в сущности, речь никогда не идет о простом описании. Коктейль внушений для классического гипноза, как известно, готовится с преобладанием директивных описаний, для эриксоновского - с преобладанием недирективных метафор.

Транс-статус есть то, что терапевт неизбежно «рекламирует», рекомендует в качестве целебного средства. ИСС, достигаемое в результате процедуры есть безусловное благо. Тексты гипнотических песен, иллюстрирующих это очевидное положение у всех на слуху: "Вам очень приятно, испытываете блаженство, ничто не беспокоит и т.д.". Восхваление, или *юбиляция* транс-статуса - есть самая общая часть любого индуктивного дискурса. Здесь мы имеем дело с оценивающим, аксиологическим подходом. Такого рода авторские интенции разделяют состояния на "дурные" и "хорошие".

Таким образом в транстерминационном дискурсе мы можем выделить три модальности, иначе говоря, три типа отношения текста к реальности: дескриптивный,

перформативный и аксиологический. Другими словами текст, в частности, гипнотической песни складывается из описания статуса, "восхваления" его и перемещения сознания пациента по направлению к этому состоянию.

Однако терапевтическая результативность такого рода процедуры безусловно не является чем-то само собой разумеющимся. Всем известно, например, то обстоятельство, что классическая гипнотическая процедура, максимально ориентированная на гедонистический фактор, заменяется повсеместно эриксоновской, сопровождающейся, как это принято считать, не столь глубоким погружением в транс.

Необходимо иметь ввиду и то, что транстерминационный эффект почти всегда может ослабляться, истощаться в течение одного терапевтического курса. Длительное повторение одних и тех же процедур, имеющих своей целью ИСС, в конце концов приводит к истощению их действенности, рутинизации, износу, моральному утомлению и т.п., о чем всегда надо помнить. Это соображение, кстати, может послужить основательным доводом в пользу эклектически-синтетических проектов. Неоднократная смена транстерминационной стратегии в ходе одного терапевтического курса вполне может его оживить и сделать таким образом более привлекательным.

Транс-статус, т.е. состояние после пересечения барьера, отделяющего "нормальное" состояние от измененного, может быть вполне естественным образом противопоставлен *цис-статусу*, т.е. *состоянию пациента до начала процедуры*. В этом контексте этот цис-статус, конечно, никуда не годится, ибо именно в нем возникают симптомы и неврозы и поэтому вполне справедливо было бы предать его поруганию - диффамации. Такой ход, разумеется, менее распространен, но имплицитно совершается весьма часто. Порой говорят, к примеру, о "заботах и тревогах минувшего дня", которые "уходят прочь" хотя бы на время проведения сеанса. Следует помнить, что сеанс терапии рано или поздно завершится и пациент вернется обратно в свой мир. Как уже говорилось, этот мир, где царит забота и напряжение, так или иначе противопоставлен утопическому, карнавалному миру, открывающемуся "по ту сторону" барьера, отделяющему транс от повседневного сознания. Трудный, сложный, агрессивный мир за пределами терапевтического кабинета преподносится в процессе терапии как более дружелюбный, простой, легкий.

Другой дискурсивный путь заключается в дескрипции собственно перехода от цисстатуса к трансстатусу. Иначе говоря, в фокусе текста, наводящего транс, не столько описание и восхваление транс-статуса, но сам процесс перехода. Этот текст может быть дискурсивно-директивным и дискурсивно-метафорическим. Метафоры, которыми здесь можно воспользоваться, должны не столько описывать новое состояние, сколько

очерчивать желанный переход. Это могут быть метафоры превращений, изменений, совершающихся в природных условиях (например, рассвет-закат, или переход от ненастья к ведру, например), словом то, что и так легко придет в голову без нашей подсказки.

Следует также иметь ввиду, что не только содержательный аспект речи оказывает действие, направленное на изменение состояния сознания. Внесодержательные речевые характеристики, такие как ритм и темп, а также "мелодика" играют существенную роль, причем, ясное дело, далеко не только в гипнотических техниках. Психотерапевтическая речь - это речь иного, потустороннего пространства, замедленная или особым образом ритмизированная, риторически отделанная, назначение которой - открывать дверь в иной, отличный от повседневного, мир.

2. *Сенсорная транстерминация.* Любое воздействие на органы чувств неизбежно приводит к деформациям состояния сознания. В первую очередь следует говорить о сенсорно-депривационной транстерминации. Лишая притока внешних импульсов какой-нибудь из органов чувств, мы естественным образом вводим пациента в ИСС. Простое закрывание глаз, принятое во множестве практик, в первую очередь гипнотических, особенно же в традиционно затемненном помещении, лежит у истока всей транстерминационной традиции. Изоляция зрительного анализатора, разумеется, не является единственно возможным действием в этом направлении. Получается, что гипноз, построен на сочетании дискурсивной и сенсорно-депривационной транстерминации. Однако в рамках того же гипноза мы можем пользоваться вовсе не только депривационной формой воздействия на зрительный анализатор. Фиксация взора пациента на блестящих предметах с целью погружения в транс есть тоже форма сенсорной зрительной транстерминации.

Трудности с изолированием других органов чувств не являются непреодолимым делом. Вовсе необязательно набивать вату в уши, но договорившись с участниками группы, например, о речевом воздержании, или изолируя пациента от внешнего мира в тихой комнате в процессе какой-нибудь морита-терапии, мы осуществляем именно аудиальную сенсорно-депривационную транстерминацию, а вовсе не что-нибудь другое. Так называемые невербальные методы безусловно построены на том, что индукция ИСС осуществляется через один из сенсорных каналов. Они особенно хороши тем, что помимо изоляции конкретного анализатора, мы перекрываем важнейший канал доступа поступления вербальной информации, чего не происходит, например, при зрительной депривации. Обонятельная депривация нам неизвестна, а проприоцептивная потребовала

бы очень больших затрат (создание условий невесомости, например), хотя, ясное дело, тут нет ничего невозможного.

Вовсе необязательно, однако, иметь ввиду только депривационно-сенсорный аспект. Воздействовать на органы чувств можно как угодно, в том числе и "ударно" и это уже будет стимуляционно-сенсорная транстерминация. Всяческая музыкотерапия, а также, например, яркие световые воздействия, когда например, на пациента воздействуют по ходу гипнотической процедуры блестящими предметами, все это транстерминационные ходы. Проприоцепция подвергается обработке различными телесно-ориентированными приемами, гипнотическими и массажными пассажами. Впрочем здесь, могут быть использованы и танцы, да и просто ходьба.

Важно понимать, что сенсорно-депривационные приемы, особенно гипнотические проводят между пациентом и терапевтом невидимую черту. "Зрячий", с ясным рассудком терапевт неизбежно противопоставляет себя "слепому" пациенту, опьяненному ИСС. Психотерапевтическое пространство полностью в его, терапевта власти, с клиентом же чаще всего даже не советуются, от него требуется только податливость и "гипнабельность". Такая оппозиция ведет к появлению энергичного сопротивления.

3. Абсурдная транстерминация. Этот способ хорошо известен тем, кто строит терапию на типах поведения, не принятых в обыденной жизни. Здесь можно вспомнить например, парадоксальную интенцию В.Франкля. Без сомнения, любое предписание симптома построено не в последнюю очередь на допущении, что неожиданное поведение терапевта приведет к своеобразному шоку. С другой стороны работа в стиле "терапевтического безумия" К.Витакера (Whitaker C., 1975), в стиле трикстера, группы, проводимые с обнажением участников, все это так или иначе связано с изменением состояния сознания через ситуационный абсурд.

Здесь же можно вспомнить, например, ЭСТ-терапию В.Эрхарда, которая сопровождается, как известно, употреблением ненормативной лексики, и проводится в духе агрессивного отношения к клиенту. Предполагается, конечно, что отправляющийся на консультацию или тренинг клиент менее всего может ожидать, что с ним будут обходиться таким образом или в работе с ним будет употребляться подобная лексика. Ясно, что всякая неожиданность, исходящая от терапевта, есть шаг по "королевской дороге", в сторону абсурдной транстерминации. Как высказался по этому поводу Ф.Фарелли: "Выражение терапевтической ненависти и веселого садизма по отношению к клиенту заметно идет ему на пользу." (Ф.Фарелли, Дж.Брандсма, 1996, с.61). Все это взламывает традиционную, так сказать, медицински-филистерскую, официально

регламентированную конвенцию, заключаемую между пациентом и терапевтом и выглядит очень действенным и привлекательным.

К абсурдно-транстерминационным процедурам может быть отнесена известная эриксоновская техника "запутывания", когда в текст гипнотической песни включаются отрывки, лишенные логической последовательности, изначально заимствованные, как известно, из текстов шизофреников.

В гештальт-терапии, без сомнения, техника "пустого стула", равно как и другие техники, например те, в которых клиент отождествляет себя с отдельными частями своего тела, или с предметами, приснившимися ему во сне, вполне могут быть отнесены к абсурдным способам изменения состояния сознания.

Здесь же можно вспомнить и о психоаналитической кушетке. Конечно, в повседневной жизни редко долго беседуют, находясь в таком положении. Прибавить сюда еще и аналитика, сидящего за спиной клиента, ведущего разговор без прямого зрительного контакта - и, пожалуйста, ситуация выглядит с точки зрения обыденного сознания достаточно абсурдно. Быть может в этом был один из секретов успеха психоанализа - в этом безусловно абсурдном способе формирования ИСС. Незаурядность и театральность терапевтической ситуации, вызов привычному образу мыслей и способу действовать, карнавализация обстановки не может не изменить сознание пациента. В сущности, любое нетривиальное поведение терапевта действует в этом направлении. С другой стороны, совершенно ясно, что любая речевая, поведенческая и т.д. банальность противопоказана терапевтической работе и противопоказана именно с точки зрения транстерминационной необходимости.

4. Эмоциональная транстерминация. Любое переживание эмоций вообще может быть расценено как изменение состояния сознания по сравнению с тем, что было до возникновения той или иной эмоции. Крайняя неопределенность такой постановки вопроса не должна ставить нас в тупик. С одной стороны, невозможно не испытывать эмоций. С другой, каждая терапевтическая ситуация создает контекст для разговора о конкретных эмоциональных движениях и как раз работа по продвижению пациента в этом направлении может быть расценена как транстерминация. Все существующие терапии уделяют пристальное внимание именно эмоциональному фактору.

Расплывчатость границы между присутствием эмоций и их отсутствием, в значительной степени облегчает терапевтические действия в этом направлении. Эта работа может попросту свестись к простой фиксации или констатации наличия тех или иных эмоциональных переживаний. Лучше же однако создавать такие ситуации, когда терапевтическая ситуация целенаправленно приобретает тот или иной эмоциональный

окрас, что и происходит например, в групповых играх, в психодраме и т.д. Дело не в том, чтобы "запустить" ту или иную эмоцию в пространство терапевтического процесса, дело порой заключается в том, чтобы убрать препятствия с ее пути. Во множестве терапий разработаны специальные техники, вроде тех, что направлены на обострения внимание к ощущениям "здесь и сейчас". Множество терапевтических ходов построено на противопоставлении "чувств" и "разума" и, разумеется любой терапевт всегда выступает роли "адвоката" эмоций и индивидуального опыта, вроде того, как это происходит, например в гештальттерапии. "Рационально-разумное" подвергается неизбежной в этом контексте диффамации, ибо препятствует, по соображениям таких терапевтов, манифестации эмоций. Любое действие в пользу "чувства" приветствуется, и очень, очень трудно представить себе такую идеологию, которая была бы построена на противоположных представлениях.

5. *Комически-смеховая транстерминация.* Вполне может рассматриваться в качестве частного случая как эмоциональной, так и абсурдной. Понятно, что, противопоставленная повседневной серьезности, любая смеховая ситуация в любом терапевтическом контексте неизбежно может рассматриваться как имеющая отношение к ИСС. На противопоставлении карнавально-смеховой культуры культуре обыденно-официальной (в духе идей М.М. Бахтина) строится в психотерапии очень многое, особенно в работе с эмоциональными факторами.

6. *Физиогенная транстерминация.* Сознание пациента можно очень хорошо менять путем разного рода физиологических воздействий. Это могут быть, например, фармакологические препараты, влияющие на различные аспекты сознания. Примером здесь может служить использование психотропных препаратов в наркоанализе или наркотика ЛСД в терапии по С.Грофу. Сменивший ЛСД пневмокатарсис - способ перехода в транс путем форсированных дыхательных движений - тоже может быть записан в разряд физиогенных транстерминационных процедур. Ясно любому, что многообразие препаратов, которые могут быть использованы в этом смысле, никак не ограничено.

Здесь важны, без сомнения, соображения относительного комфорта, которые обеспечивают терапевту физиологически ориентированные транстерминационные средства. В то время как интенсивное дыхание или фармакологические препараты делают свое дело, терапевту остается отслеживать ситуацию и присоединяться к процессу, который идет отчасти без непосредственного приложения его усилий, что само по себе тоже ценно.

7. *Идеологически ориентированная транстерминация.* Тематическое наполнение терапевтического процесса безусловно может вызывать изменение сознания у пациента. Несомненный эффект в этом смысле достигается, например, в экзистенциально ориентированных терапиях, скажем, в процессе бесед о смыслах и ценностях. Открытие новых экзистенциальных перспектив, изменение картины мира, включение личности в целое более крупных размеров, да, собственно любая идеологическая перестройка неизбежно влечет за собой определенное ИСС. Особенно хороши в этом смысле оккультно-мистические и религиозные психотерапевтические идеологии, даже если они не сопровождаются соответствующими ритуалами. Несомненно, такая идеология, открывающая путь для восприятия "трансцендентного как имманентного" (К.Ясперс) - питательная почва для ИСС. Понятно, что сопутствующие таким идеологиям аскетические или ритуальные практики тоже не могут не оказывать серьезное влияние на клиента в том же направлении.

8. *Ситуационная транстерминация.* Сама мизансцена психотерапевтического пространства, сам факт пребывания в психотерапевтической ситуации может оказывать некое действие в обсуждаемом нами смысле. Определенную роль играет своеобразное оформление психотерапевтического кабинета, которое, в соответствии с идеологией терапевта, с образом метода может быть и мистически-оккультным, и медицински-стерильным, и богемно-небрежным. Да порой можно даже и не стараться с декорациями, костюмами и бутафорией, ибо сама по себе ситуация попадания клиента в терапевтический кабинет простым портретом, скажем, Фрейда на стене может оказать на него определенное незаурядное впечатление. То же самое можно сказать и о ситуации в групповом кругу.

Ситуационная транстерминация связана также с соображениями количества участников терапии. Принято считать, что при определенных обстоятельствах степень ИСС возрастает как бы пропорционально количеству участников процесса. Эти представления связаны так или иначе с распространенными представлениями о "психологии масс" в духе Г. Ле Бона, Э. Канетти, и др. Вкратце эти представления сводятся к тому, что принадлежность к большой массе ослабляет контроль сознания, индивидуальную ответственность. Коллективный характер терапии может расцениваться как род ситуационной транстерминации.

Особенно же явно ситуационная транстерминация проявляется, как уже говорилось, в терапиях, основанных на изоляции пациента в одиночестве на длительное время. Например, в условиях какой-нибудь морита-терапии предполагается помещение пациента в изолированное пространство с последующим постепенным возвращением обратно к

заурядному режиму коммуникации и жизнедеятельности (см. Карвасарский Б.Д., 1985, 157 - 161).

9. *Эстетическая транстерминация.* Терапевты очень часто прибегают к испытанному способу ввести в ИСС, такому как многочисленные виды искусства. Нет такого вида, жанра и т.д., который не мог бы быть использован для терапевтических целей. Театр и музыка, танец и живопись, любое эстетическое переживание неизбежно является изменяющим сознание того, кто его переживает.

Собственно, речь вовсе не идет только о арттерапевтических практиках, хотя, конечно, и о них тоже. Понятно, что любой из видов искусства так или иначе провоцирует ИСС. Однако любая эстетизация терапевтического процесса, или даже материала, сообщаемого пациентом терапевту, любой разговор на тему о "прекрасном", "возвышенном", тоже так или иначе может оказывать действие все в том же интересующем нас направлении.

Ядром эстетической транстерминации является, безусловно, катартический механизм. Он включен в сердцевину любой художественной практики. Перемещение всего "катарсиссодержащего" в сферу психотерапии является делом само собой разумеющимся.

Здесь также немаловажны те преимущества, которые дают арттерапевтическая практика и эстетическая идеология терапевту, который благоразумно делает выбор в пользу этого дела. Он, продолжая заниматься терапией, становится при этом "художником", обогащая и расширяя очень существенно свой образ в глазах клиента. Позиция арттерапевта тем удобнее, чем более он подчеркивает, что не стремится к достижению именно художественных целей или тем более - к формальным достижениям. Все виды транстерминации можно сочетать друг с другом как угодно и в каких угодно пропорциях. Следует также выделить различные аспекты транстерминации, которые не имеют отчетливых рамок целенаправленных процедур. Они вплетаются в ткань терапевтического действия сами по себе, они как бы принадлежат этому процессу.

Попустительский аспект (laissez-faire). Нетрудно предположить, что транс-статус есть, безусловно, область внутренней свободы. Личность клиента в измененном состоянии сознания как бы противопоставлена ей же самой, но находящейся в обыденном рутинном цис-статусе. С этой точки зрения любая либерализация психотерапевтического процесса является несомненным благом и соответствует внутренней логике этого процесса. Естественной с этой точки зрения выглядит смена традиционной гипнотической стратегии на эриксоновскую. Нельзя вести к свободе через форсированное агрессивное

принуждение, через банальное прямолинейное передвижение по направлению к "по ту сторону".

Без сомнения любая попустительская инструкция, вроде уже много раз упоминавшейся психоаналитической - "говорить, что приходит в голову" сама по себе имеет транстерминационное значение, ибо противостоит стереотипу повседневного речевого поведения, где как раз первое, что приходит в голову, говорить не приходится.

Консоционный аспект. Без сомнения, само по себе формирование некоей особой связи между терапевтом и клиентом не может не изменить состояние сознания последнего. В том же случае если эта связь имеет эротический оттенок, то есть если речь идет о переносе или "терапевтической любви" (а речь об этом идет очень часто) то, ясное дело транстерминация будет еще более глубокой, чем безо всего этого. Вообще, эротический аспект ИСС вполне мог бы стать темой отдельного небезынтересного исследования, а некие ограниченные эротически окрашенные действия (но, конечно, не сексуальные) могли бы составить основу незаурядной транстерминационной процедуры. Безусловное положительное отношение, воспетое К.Роджерсом, является, как мы уже говорили, исключительно выигрышным элементом консоции. Выигрышность его определяется, видимо, не в последнюю очередь тем, что это явно выраженное транстерминационное действие.

Окидывая мысленным взором психотерапевтический мир в целом, мы не можем не заметить, сколь многим картина любой школьной психотерапии обязана именно транстерминационному фактору. Видимо, очень сильна потребность терапевтического процесса, как такового, в транстерминации. Именно она, эта потребность, заставляет авторов методов лезть из кожи вон. Такое сильное терапевтическое средство, как харизма, совершенно ясно, предназначено в первую очередь для удовлетворения именно этой потребности. Вся организация терапевтической деятельности обусловлена необходимостью транстерминации, в значительной степени подчинена этой необходимости. Измененное состояние сознания и процесс его обеспечивающий - транстерминация правят психотерапией.

Помимо всего прочего, потребность в транстерминации связана с вполне очевидным, на наш взгляд, обстоятельством. Напомним, традиция прицельного формирования ИСС идет от гипноза. Именно в классическом гипнозе терапевт осуществлял максимальный контроль над терапевтической ситуацией, в то время как пациент играл исключительно пассивную роль. Власть терапевта над пациентом осуществлялась не в последнюю очередь благодаря разнице в их, так сказать, уровнях бодрствования: ясное сознание терапевта было противопоставлено гипнотическому

"опьянению" пациента. Видимо, существует определенная связь между стремлением терапевта управлять клиентом, с одной стороны и проектируемой глубиной транс-статуса с другой: чем глубже этот статус, тем прочнее владеет терапевт ситуацией.

Думая о транстерминации, мы должны иметь ввиду то, что любому методу надо еще и обучать терапевтов в процессе разного рода тренингов. Естественно предположить, что ИСС сознания, которое обучающийся вкусит в процессе обучения будет одним из несомненных дополнительных доводов в пользу преподаваемой нами терапии. Предусмотрев транстерминационные удовольствия, мы таким образом намного вернее склоним кого угодно в пользу нашей терапии, чем те, кто упрямо пытается обойтись без этого.

На наш взгляд, было очень много сделано для того, чтобы транстерминация считалась основным элементом психотерапевтической акции и к этому надо отнестись с пониманием. Всем необходимо измененное состояние сознания клиента. Все хотят это делать сильно и успешно. В самом деле, очень велико искушение считать, что важнее этого ничего нет. Глядя на пестрое разнообразие транстерминационных практик, на их огромный удельный вес в терапевтическом процессе, поневоле начинаешь считать, будто это самая главная составляющая в структуре акции, если, в самом деле, столько усилий тратится на все эти вещи.

Однако, нам представляется, что транстерминация есть только вспомогательный элемент терапевтической акции. Сама по себе она едва ли окажет решающее принципиальное терапевтическое действие, разве что в исключительных случаях. Ее назначение в том, чтобы обеспечивать, облегчать совсем другой элемент акции. Конечно, можно предположить, что само по себе измененное состояние сознания является в отдельных случаях терапевтически действенным. Однако именно та, другая часть, о которой пойдет речь ниже, является основной, результативной, является, в сущности, терапией как таковой.

КОНВИНКЦИЯ И ДИЗВИНКЦИЯ

В различных терапиях описаны разные варианты одних и тех же, основных, на наш взгляд, технических процедур. Первая заключается в том, что продукт эксквизиции увязывается с некими коррелятами и это рассматривается как терапевтический эффект. Другая операция заключается, наоборот, в разрыве некоторых связей, которые в рамках концепции данной школы объявляются "патологическими". Формирование связей - конвинкция, и разрыв их - дизвинкция вот две основные собственно терапевтические операции, которые мы можем выделить в структуре акции независимо от их школьного

происхождения (см. также выше, раздел "Рефлексия"). Поскольку они часто присутствуют одновременно внутри конкретной процедуры, имеет смысл рассматривать их вместе.

В отличие от транстерминации, проект винкционных действий заложен в той части школьной теории, которую мы обозначили как "рефлексия". Разные школы основаны на разных представлениях о природе связей между симптомом и факторами, его вызывающими, равно как и о способах построения этих связей. Имеет смысл рассматривать рефлексивную и процедурную части построения связей синхронно, что мы и собираемся сделать. Беглый обзор школьных терапий ясно демонстрирует различие в подходах к построению связей между продуктом экзквиции и различными коррелятами.

Так, психоанализ, построен на установлении связи между симптомом и некоей травмой, коренящейся чаще всего в инфантильно-сексуальной сфере. Технически эта связь осуществляется через интерпретацию продукта, полученного в результате длительной экзквиционной процедуры. Осознание причины есть построение связи между симптомом и неким его коррелятом. Происходит это, как известно, путем устранения вытеснения. Технические подробности также широко известны: кушетка, отсутствие прямого зрительного контакта, правило невмешательства, свободное ассоциации, интерпретация ассоциаций.

Индивидуальная психология А.Адлера в противовес психоанализу основана на понимании поведения не как причинно обусловленного, но направленного к некоей цели: "...очень легко понять разного рода душевные побуждения, признав в качестве самой общей их предпосылки то, что они имеют перед собой цель достижения превосходства." (А.Адлер, 1995, с.27). Речь идет о "...тяготении невротика к внешнему превосходству, а не к реальному" (там же, с.61). При этом "раскрытие невротической системы или жизненного плана является наиболее важной составной частью терапии" (там же, с.74).

Амплификация в аналитической психологии К.Г.Юнга противопоставлена фрейдовской редуктивной процедуре поиска причин. Она предполагает «расширение и углубление картины сновидения посредством направленных ассоциаций с параллелями из символической и духовной истории человечества (мифология, мистика, фольклор, религия, этнология, искусство и т.д.), благодаря чему смысл сновидения становится открытым для интерпретации» (C.G. Jung, 1982, s.408). Речь идет, таким образом, о построении связей между продуктом экзквиции (картина сновидения) и некими коррелятами. Подробности технической процедуры при таком сочинительско-теоретическом размахе, свойственном Юнгу, как отмечалось уже, и в других случаях, не имеют существенного значения.

В когнитивной терапии речь идет о коррекции ошибочных умозаключений, иначе говоря, связей между посылкой и выводом. Поведенческая терапия, например, техника систематической десенсибилизации Дж.Вольпе (J. Wolpe, 1973) построена на уничтожении условно-рефлекторной связи между симптомом и обстановкой, в которой он манифестирует.

Техники нейролингвистического программирования построены на разрыве связей нежелательных способов поведения и частей личности, и построении связей, которые сам клиент рассматривает как приемлемые. Например, техника шестистапового рефрейминга складывается из последовательных винкционных действий. Здесь вначале необходимо установить коммуникацию с частью, "ответственной" за нежелательное поведение, после чего отделить этот нежелательный поведенческий стереотип от той цели, которую он преследует. Затем следует выявить несколько вариантов приемлемого поведения, которые способствовали бы достижению тех же целей, что и нежелательный стереотип. Той части, что была ответственна за нежелательное поведение, предлагается взять на себя ответственность за новые варианты и т.д. (см. напр., Р.Бэндлер, Дж.Гриндер, 1995 с. 143-144). Даже такое приблизительное изложение обнаруживает последовательность дизвинкций (отделение поведения от намерения) и конвинкций (часть берет на себя ответственность за новые способы поведения).

Создатель гештальттерапии Ф.Перлз так определяет различие между психоаналитической конвинкцией и гештальттерапевтической: "...В отличие от ортодоксальных аналитиков, мы осуществляем челночное движение не между памятью и ассоциациями, а между переживанием воспоминания, с одной стороны, а с другой - восприятием реальной ситуации, в которой клиент находится в данный момент" (Ф. Перлз, 1996, с.110).

Можно продолжить перечень связесозидающих /связеразрушающих операций, принятых в других школах и техниках. Однако и без этого понятно, что, в сущности, каждая школьная терапевтическая практика основана на построении или разрушении неких связей, так что концепции дизвинкция и конвинкция адекватно описывают терапевтическую реальность и вполне могут расцениваться как структурно неизменный элемент психотерапевтических методов.

По известному речению М.Хайдеггера, "Denken heisst verbinden". - Думать - значит связывать. Работа со связями, точнее с их построением и разрушением, является важнейшей частью любого школьного психотерапевтического мифа. Дать возможность построить терапевтически действенные связи, которые, в свою очередь, разрушают связи

патологические - вот что, в сущности, надо иметь ввиду любому теоретику, изобретающему новый метод.

Школьный миф формируется таким образом, что винкционным процедурам придается статус терапевтически действенной практики. Каждая школа, согласно своему мифу, излечивает в первую очередь именно своими винкциями, а вовсе не измененными состояниями сознания. Пациенту это тоже втолковывается в рамках рефлексивно-акционной легенды, иначе говоря, при разъяснении смысла и порядка процедуры.

Если есть терапии, которые обходятся без транстерминации (когнитивная и поведенческая, например), то безвинкционных терапий нет и не может быть даже в тех случаях, когда на внешнюю картину, на образ терапевтической акции в большей степени влияет транстерминационная ее часть (как в гипнозе, например). Серьезная потребность в хорошей винкционной части школьной акции налицо. Сколько ни работай с измененными состояниями сознания, сами по себе они, кроме гедонистически ориентированных ощущений, никакого ощутимого результата скорее всего не принесут. Усложнение, обогащение систем винкционных процедур со времен классического гипноза и рациональной психотерапии до нынешнего уровня, когда они сконструированы исключительно богато (НЛП, например) налицо. Тот кто задумывается о сочинении собственного метода может пренебречь всем, кроме этого. Что же надо здесь в первую очередь иметь ввиду?

Итак, первым делом мы пытаемся представить результат эксквизиционной процедуры как нечто такое, что содержит в своей структуре некие связи (или отсутствие таковых), разорвать которые (или построить недостающие) нам предстоит. Иначе говоря, результат исследования пациента должен быть скомпонован как материал, подходящий для винкционных действий.

Собственно, все известные сочинители школьных теорий давно так и поступают. Повсеместно распространенное в психотерапии понятие комплекса (complexus лат. - связь, сочетание) как раз и есть проявление такой тенденции, а именно желания иметь дело с чем-то сподручным для распутывания-развязывания-разрешения. Исследователи глубиннопсихологического направления во множестве продуцируют концепции "комплексов" со вполне понятным рвением. Известны комплексы Антигоны, Гризельды, деда, Дианы, Иокасты, Каина, кастрационный, Медеи, неполноценности, Ореста, Федры, Эдипа, Электры и т.д. (см. Блейхер В.М., Крук И.В., 1995, с.255-257).

В понятии "комплекса" имплицитно присутствует указание на некую "сложность", что определяет известную кропотливость процедуры по "распутыванию", что, в свою

очередь, неизбежно обрекает нас на проведение долгосрочной терапии. Так что, понимание дефекта, как комплекса есть в первую очередь повод для подробной работы. Есть связи - значит есть что распутывать. Подстать "комплексу" - "анализ", исходная для всей психотерапии винкционная процедура. Сам термин происходит от древнегреческого *analysis* - разложение, расчленение, но также и освобождение, избавление).

Говоря об исходном значении глагола *analysein* (развязывать, распутывать, освобождать), М.Хайдеггер напоминает в своих беседах в ходе своих семинаров в Цолликоне, как этим словом в гомеровской Одиссее обозначалось то, что Пенелопа делала в ожидании мужа, распутывая по ночам саван, который плела днем для свекра, оттягивая тем самым срок выбора нового жениха (М. Heidegger, 1988, p.79). Деятельность в рамках любого психотерапевтического анализа, независимо от его принадлежности к какому либо подходу, исчерпывающе описывается в представлениях о формировании одних и разрушении других связей, своих для каждой из школьных парадигм.

Так, концепция патологии в поведенческой терапии основана на представлениях об условных рефlekсах - связях, формирующихся при определенных, подкрепляющих эти связи, условиях. Терапевтическая стратегия здесь, естественно, направлена на разрушение условнорефлекторных патологических связей, затухающих при отсутствии "подкрепления", либо при ошибке. С другой стороны "полезные" навыки могут вырабатываться и закрепляться посредством "оперантного подкрепления".

Клиническая действительность сама по себе предоставляет в распоряжение терапевтов вполне реальные связи между симптомом и фактором его обуславливающим. Страхи при фобиях связаны с вполне конкретными обстоятельствами и только с ними. Скажем, агорафобия - страх открытых пространств. Истерический симптом тоже имеет различные винкционные аспекты, в первую очередь, так называемую условную выгоду, то есть некую цель, которую истерик преследует, демонстрируя окружающим свое расстройство. Иначе говоря, мы имеем тут дело с телеологической связью. Основное расстройство при шизофрении - схизис, расщепленность - может дать повод для конвинкционных действий, стратегически нацеленных на преодоление этого расщепления. При различного рода зависимостях, как то, алкоголизм, наркомания и т.п., мы безо всяких дополнительных построений получаем в свое распоряжение готовый продукт для дизвинкционных процедур, а именно мощную связь между индивидом и тем, от чего он зависит.

Однако не только одни лишь связи привлекают нас в структуре эксквизиционного продукта, подлежащего терапевтической обработке. Такие патологические реалии, как экзистенциальная пустота, провал в Я, нарцисстический дефицит указывают на наличие

пустоты, провала в структуре дефекта. Другая подходящая для винкционной процедуры структура, употребляемая в теории гештальттерапии, - незавершенный гештальт, мешающей "фигуре" перейти в "фон". Клиническая же реальность, с другой стороны, располагает такими феноменами, как, например, схизис. "Незавершенность", расщепленность, зияние, провал, дефицит, разброд частей личности и т.д. все это, понятное дело, нудит терапевта к совершению воссоединяющих действий, направленных на преодоление пустоты, ликвидацию дефицита, интеграцию частей и т.п.. Таким образом, не только наличие связей в эксквизиционном продукте, но и разрыв в связях, отсутствие их являются достойным поводом для сочинения концепций терапевтического вмешательства, что, собственно, повсюду и происходит. Мы можем тут выделить два типа эксквизиционного продукта, который годится в дело, а именно: плекса и раптура (лат. *plexus* - сплетение, *raptura* - разрыв). Плекса указывает на наличие в структуре эксквизиционного продукта неких, подлежащих разрыву, связей (комплексы), а раптура, соответственно указывает на наличие пустот и разрывов. Соответственно, плекса является поводом для дизвинкции, а раптура - для конвинкции. Как мы убедимся ниже, дизвинкция - более распространенная операция и поэтому с плексой в школьных теориях встречаются намного чаще, особенно же часто говорят о комплексах.

Итак, осуществив перевод текста, описывающего клиническую реальность, с языка симптомов и жалоб на язык, репрезентирующий винкционную структуру, мы беремся, наконец, за дело. Аспектный анализ конвинкционно-дизвинкционных практик должен, на наш взгляд полностью прояснить картину того, что же мы, в конце концов, делаем, занимаясь психотерапией.

Дискурсивный аспект. В отличие от транстерминационного дискурса, винкционный не является описывающим или предписывающим. Его цель не описание трансстатуса, или процесса перехода к нему, а построение/разрушение связей. Наша стратегия здесь носит конкретно-реальный, привязанный к ситуации характер. Вводя пациента в измененное состояние сознания, мы описываем или формируем некий возможный, порой утопический, мир. Разрушая или строя связи, мы вынуждены отталкиваться от реальности, картину которой получаем в результате эксквизиционных действий.

Конвинкции, лежащие в основе стратегии аналитической терапии, не являются сами по себе законченными и самодостаточными действиями. Когда мы пытаемся выстроить связь между симптомом и травматическим событием, которое детерминировало этот симптом, то понимаем, что это построение связи не является самоцелью. Оно, в свою очередь, направлено на разрыв того, что мы сочли

патологической связью. Например, установленная связь между симптомом и первичной травмой сама по себе разрушает связь между тем же симптомом и ситуацией, в которой он манифестирует, скажем, при фобии. *Конвинкция, таким образом, выступает как субститут дизвинкции. Получается, что конвинкция и дизвинкция - операции несимметричные друг другу. Их удельный вес в общей структуре акции различен. Пускай даже большая часть времени терапевтического курса уходит на выяснение и построение связи, главная задача все равно - разрушение. Именно разрушение патологических связей - всегда и в любой психотерапии неизбежное и необходимое дело, причем безразлично каким образом это делается, путем построения новых или без такого построения. Ведь дело здесь в сущности в том, что пациент приходит чаще не с жалобами на состояние, характеризующееся отсутствием неких связей, а с жалобами как раз на их наличие. Он, явившись на прием, еще не знает, что необходимо интегрировать части личности или преодолеть имеющееся у него расщепление. Он знает только, что у него, например, на улице (или в лифте, или при виде фиолетовых зонтиков) возникает страх, то есть существует связь между болезнью и симптомом. В работе, понятное дело, сперва обнаруживаются эти связи, "комплексы", с которым надо разбираться, производя разрывы. Дизвинкция - как уже сказано, дело более насущное.*

Однако, с другой стороны конвинкционные действия придают образу метода определенную привлекательность по сравнению с другими техниками, где есть только "разрывающие" стратегии. Полемические ходы экзистенциально-гуманистически ориентированных авторов против психоанализа, например, строятся отчасти на видимом идеологическом преимуществе образа операции "синтеза" перед "анализом". Синтез, интеграция это то, что "строит", увеличивает экзистенциальное пространство личности, обогащает его. Анализ, наоборот, - уничтожает, редуцирует и разлагает на части, разрушая некую целостность, не создавая при этом ничего нового. Весьма распространенные в интеллигентском обиходе мифы об утрате "художником" своей креативности после прохождения психоаналитического курса коренятся, судя по всему, в сходных представлениях.

Конструируя терапевтический процесс, следует различать промежуточные винкции и винкции финальные. Промежуточные имеют место в процессе аналитического разбирательства по поводу отдельных ситуаций, симптомов, сновидений, оговорок. Однако зачастую терапевт предполагает, что есть некий особенно важный коррелят, установление связи с которым будет решающим моментом в терапии. Так, психоаналитик стремится установить связь симптома с первичной травмой. В контексте такого подхода актуальная ситуация, подвергаемая анализу, пускай она сама по себе достаточно

проблематична, является всего лишь наслоением на травмы более раннего периода. Промежуточные винкции могут рассматриваться как репетиции винкции финальной. Анализ отдельного сновидения может подготавливать пациента к анализу связей в его картине болезни или его жизненной ситуации в целом. Винкционная иерархия вполне может быть организована и по какому-нибудь другому принципу, а, впрочем, может быть и не организована никак, и все связи, которые так или иначе проявляются в процессе терапии могут рассматриваться как равноценные.

Когда в аналитическом или другом терапевтическом процессе мы приводим пациента к пониманию связи между проблемами и событиями истории его жизни, то важнейшей проблемой так или иначе будет "верность правде", эстетическое правдоподобие, иначе говоря верифицируемость-адекватность-реальность этой связи, которой мы так или иначе должны придать статус излечивающей. Иллюзия таких достоинств, разумеется в непростых случаях, создается путем минимального участия терапевта в поиске этой связи. Принцип невмешательства, введенный в терапевтический обиход психоаналитиками, создает иллюзию минимального участия терапевта в построении спасительной конвинкции. Поскольку пациент находит искомое как-бы самостоятельно, то для него самого достоверность обретенного понимания должна выглядеть особенно убедительно. Разумеется, какое угодно построение, идущее от самого пациента, вызывает наименьшее сопротивление, и наименьшее сомнение. Таким образом, "верность правде" может достигаться не столько наличием реальной связи между симптомом и неким его коррелятом, сколько отсутствием у пациента ощущения навязанности ему такого объяснения.

По степени активности участия терапевта в формировании связей можно выделить несколько основных видов конвинкции/дизвинкции. В построении терапевтического дискурса приходится чаще всего ориентироваться на основные модальности, располагающихся в пространстве между полюсами директивности и недирективности. Во-первых, это будет *распорядительная винкция*, суть которой в том, что терапевт, своим волевым действием, "открытым текстом" устанавливает связь симптома с неким другим винкционным полюсом. Скажем, сам объясняет зависимость симптома от "причины", или причину заблуждения с точки зрения формальной логики. Крайняя степень такой директивной модальности - суггестия, лежащая в основе, например дизвинкционного дискурса классического гипноза. Гипнотизер энергично внушает: "Вы не боитесь больше открытых пространств!", "Вас больше не тянет к спиртному!". Так в гипнозе разрушаются связи, а если же речь идет о конвинкции, то в ход идут увещевания вроде: "Ваше настроение хорошее, вы бодры, энергичны, уверены в себе!" или что-нибудь еще в этом

духе. В сущности, то же самое имеет место и в аутогенной тренировке. Такого рода винкционные модальности возможны и в бодрственном состоянии, то есть без предварительной транстерминационной процедуры.

Для разрыва патологических связей директивное действие куда больше подходит, чем для формирования новых. Акция, построенная преимущественно на дизвинкциях чаще всего принята в школах, не располагающих в своих теориях концепцией идеала (см. соотв. раздел). Это и понятно: нельзя работать над идеалом, только разрушая. Ясно, что когнитивно-поведенческое терапевтическое действие тоже построено на разрыве известных связей, являясь преимущественно дизвинкционным.

Аллюзивная винкция может заключаться в том, что терапевт намеком, метафорой продвигает пациента в направлении, которое кажется ему верным. Намеки (фр. *allusion*), метафоры, наводящие вопросы как бы направляют процесс в сторону, где есть большая вероятность обнаружения там некоего коррелята (травмирующего переживания, например), формирование связи с которым будет терапевтически действенным.

В наименьшей степени активность терапевта будет проявляться при *создании конвинкционной/дизвинкционной ситуации*. Создание такой ситуации должно привести к формированию/разрыву патологических связей само по себе. Терапевт как бы не прибегает к разъяснению или, того хуже, директивному формированию связей, да даже и к простому намеку, а создает ситуацию, в которой винкции осуществляются как бы сами собой. Здесь решающую роль могут играть попустительские стратегии, например, все тот же принцип невмешательства в психоанализе. Воздержание от высказываний, молчание аналитика мы вполне можем считать видом дискурсивной деятельности. Важными обстоятельствами в создании такой ситуации являются вводная процедура, иначе говоря, изложение пациенту рефлексивной и акционной легенды, а, кроме того, измененное состояние сознания.

Примером такого действия может служить известный прием Милтона Эриксона, предлагавшего ученикам и клиентам взобраться на гору Скво неподалеку от его дома и отчитаться потом в тех изменениях, которые с ним произошли. Известно, что почти все поднимавшиеся отчитывались потом в том, что на горе Скво им пришло в голову некое новое понимание их проблем, иначе говоря, там формировались как бы сами по себе новые связи (Спаркс М., 1991, с.51). Таким образом, создавалась конвинкционная ситуация, а именно физиогенная транстерминация (усилия по восхождению) плюс заранее заданная конвинкционная установка (в результате этого придет какое-то понимание). Такую процедуру можно назвать "плацебо-конвинкцией". В сущности, для достижения определенных целей здесь можно иметь дело с любым другим посредником.

Разумеется, терапевт лучше всего чувствует себя в том случае, если его непосредственное участие в формировании связи является предельно пассивным. Повсеместно терапевтическим искусством считается умение подвести пациента к осознанию так, чтобы у того сложилась иллюзия, будто это он сделал как бы сам. Образ терапевта, предпочитающего прямые интервенции существенно уступает тому, кто от этого воздерживается.

Другой путь создания конвинкционной ситуации может быть стратегия воздействия на факторы, препятствующие формированию связи. Такой подход может быть основан на тех соображениях, что искомая связь каким-то образом уже присутствует в психике пациента, и дело только в том, чтобы убрать нечто такое, что мешает сделать эти связи ясными и понятными. Как пишет по этому поводу Ф.Перлз: "В терапии следует заниматься не материалом, подвергшимся цензуре, а самой цензурой, той формой, которую принимает прерывание себя" (Ф. Перлз, 1996, с.90).

Собственно, здесь становится наиболее понятным, зачем нужна транстерминация. В измененном состоянии сознания легко построить те связи, которые не строятся в так называемом "обычном" состоянии сознания. Измененное состояние - результат проникновения "за" некий барьер, "за" некую границу (транс-терминация, переход за границу), туда, где эти связи уже присутствуют. В то же время сознание, сложившееся в мире "по эту сторону", отягощенное повседневно-дидактически-моральным грузом, недостаточно свободно, недостаточно податливо (страдает постоянной готовностью к сопротивлению). Транстерминация, таким образом, позволяет осуществить прорыв за некий барьер, обнаружить там искомую связь, и победно вернуться обратно, держа в руках вожаемую добычу. Часто пациент сам облегчает эту охоту - мы имеем ввиду ситуацию изложения и анализа сновидения, когда транс-путешествие осуществляет сам клиент, а терапевту остается лишь завершить достойной интерпретацией проделанную без него работу.

Есть еще один заслуживающий внимания способ формирования/разрушения связей - парадоксальная конвинкция. Она коррелирует с абсурдной транстерминацией (см. выше). Примеры такого метода - парадоксальная интенция В.Франкля, когда предлагают произвольно усиливать, например, фобические страхи, или, во всяком случае, переставать подавлять и избегать их. Терапевтическое сумасшествие, используемое в терапии психотических больных заключается в том, что врач сам демонстрирует психотическое поведение, вместо ожидаемого официально-профессионально дидактического. В таких случаях предполагается, что утрированное пародирование нелепости психотического поведения и мышления приведет к разрушению бредовых построений. Здесь важно

подчеркнуть, что один и тот же ход ведет как к изменению состояния сознания, так и к разрушению связей - дизвинкции.

Репетиционно-миметический аспект. Во множестве терапий очень важное место занимает практика воспроизведения некоей ситуации, которая оказала решающее воздействие на возникновение и развитие патологии. Речь, как известно, может здесь идти, например, о некоей исходной сцене, первичной травме, например, когда ребенок подглядел процесс родительского соития, которую пациент в детстве подсмотрел специально для того, чтобы рассказать об этом потом своему психоаналитику, после длительного периода упорного сопротивления, к большой радости последнего. Это может быть воспоминание о моменте рождения, о чем пациент поведаст своему аналитика ранкианского толка (а тот, конечно, опишет это в истории болезни) или воспроизведет то же самое, подышав усиленно под музыку, для своего трансперсонального терапевта. Воспроизведение каких угодно других, не столь экзотических ситуаций, которые так или иначе оказываются привязанными к актуальным проблемам клиента, практикуется во множестве известных методов.

Эта вспоминающаяся ситуация может воспроизводиться вербально, в виде пациентского нарратива, как это принято в аналитических практиках. Она может разыгрываться в наглядном театрализованном действии, например, как в психодраме или других групповых техниках. Она может быть оживлена при помощи целенаправленных транстерминационных, например, гипнотически-суггестивных, манипуляций, как это принято в многочисленных катартических методах.

Воспроизведение и/или "подражание" сцене или ситуации, которая, согласно положениям той или иной школьной теории, "запустила" патологический процесс по определению может быть только конвинкционной процедурой. Построение связи с патогенной ситуацией призвано вытеснить актуальную патологическую связь. Конвинкция осуществляется как бы в преддверии неизбежно следующей за ней дизвинкции, когда разрушаются связи, которые рассматриваются как патологические. Как это уже описывалось выше, одна, построенная связь становится на место другой, разрушенной.

Винкции могут строиться в разных направлениях. Иначе говоря, мы можем осуществлять наши терапевтические действия по различным винкционным маршрутам. Так, например, разные симптомы или поведенческие стереотипы могут быть связаны с разными же инстанциями. Иначе говоря, за симптомом, который нам нужен для работы, мы можем отправляться в путь по различным частям личности, по разным частям тела. Кроме того, симптом можно "протаскивать" по разным каналам, перемещая из одной

инстанции в другую. Симптом, которым страдает пациент, могут "брать на себя", к примеру, в процессе групповой игры другие участники процесса, в том числе и терапевт. Известно, как обстоит дело в уже упоминавшейся НЛП-стской технике шестишагового рефрейминга, когда симптомы вначале увязываются с некими частями личности (пациента просят: "Вступите в контакт с частью, ответственной за данный симптом!"), после чего эти части личности освобождаются от ответственности за старые, нежелательные способы поведения, а снабжаются новыми, которые преследуя те же цели, что и старые, но при этом вполне приемлемы в смысле способа осуществления этих целей. Или же часть, ответственная за нежелательный симптом, может, скажем, изыматься из оборота, а новая часть, которая возьмет на себя ответственность за приемлемый способ поведения, наоборот, будет создана и при этом не вызовет протеста со стороны других частей. Словом все элементы школьной теории, описанные в синхроническом разделе подходят для построения винкционного маршрута.

Другая проблема, связанная с рациональной частью психотерапевтического воздействия - сокрытие от пациента винкционных действий. Прямолинейное лобовое разъяснение сущности связей чаще всего, как известно, наталкивается на сопротивление со стороны пациента. Собственно, все метаморфозы в истории акции сводились к изменениям в сторону снижения директивности винкционных действий, к тому, чтобы сделать их как можно более латентными. Попустительская стратегия аналитической терапии приводит к тому, что значительный путь к обретению понимания решающих связей он проделывает без какого-бы то ни было давления извне. Групповая терапия, в рамках которой терапевт часто как бы самоустраняется, также предоставляет пациенту большой простор для "самостояния". В эриксоновском гипнозе текст внушения содержит в себе скрытые грамматические конструкции, которые должны повлиять в нужном направлении, а кроме того используются разного рода терапевтические метафоры.

Строя и разрушая связи, мы занимаемся клиентом, как ни в какой другой части психотерапевтического метода.

Своеобразие школьной акции, да и эклектической тоже, определяется именно способом сочетания винкции и транстерминации. Они могут находиться в различных временных соотношениях друг с другом. Во много раз уже упомянутом классическом гипнозе терапевтическая процедура отчетливо разделена на два последовательных этапа. Вначале транстерминация, сопровождаемая формированием консонии: "Погружаетесь глубже, руки тяжелые, ощущения приятные. Слышите только мой голос". Затем диз- и конвинкция, чаще всего - крайне незатейливая: "Страхи исчезают, появляется уверенность в себе.", после чего - вывод из транса: "Сонливость уходит прочь, просыпаетесь бодрыми".

Винкционная процедура следует здесь строго за транстерминационной, причем этот переход может быть даже фиксирован фразой гипнотической песни, вроде: "Теперь, когда ваш мозг подготовлен к восприятию внушения, я внушаю и т.д.". Эриксоновский гипноз, напротив, никоим образом не проводит строгой черты между двумя составными частями акции, чередуя ходы направленные на изменение состояния сознания с ходами, направленными на разрыв/формирование связей. Конечно, такая стратегия несравненно более выигрышная, так как позволяет решить одну из ключевых проблем акции - проблему смягчения давящей директивности терапевтического действия. Таким образом, каждое из производимых действий становится отчасти латентным.

В большинстве школьных практик дело обстоит таким образом, что транстерминация и винкции не отделены друг от друга, смешаны в спонтанности течения процесса и зачастую терапевт не отдает себе строгого отчета в том, какую же именно цель - из тех что мы разбираем - преследует тот и ли иной его ход. Идеология многих школьных практик, особенно же тех, что построены на попустительской идеологии, разработана так, что терапевт гибко реагирует на изменения процесса и приспосабливается к ним так или иначе. При таких обстоятельствах, как изменения состояния сознания, так и прозрения будут происходить спонтанно. Все же было бы очень хорошо, если бы терапевт понимал, какую именно цель преследует он, совершая новый ход, хотя бы отдавал себе отчет в том, приближает ли его очередная произнесенная фраза пациента к неоему пониманию или углубляет транс, или же делает и то, и другое.

Однако отнюдь не обязательно транстерминация предшествует винкциям. Особым случаем сочетания винкций и транстерминации можно считать поствинкционную транстерминацию. В тех случаях, когда, например, в ходе анализа удается найти решение "ребуса", который, как известно лежит в основе любого комплекса, пациент, безусловно, впадает в некий новый статус, иначе говоря, транстерминирует. Это, поствинкционное ИСС следует считать индикатором удавшейся процедуры формирования или разрушения связей. При таком положении дел может возникнуть искушение приурочить к моменту обнаружения связи другой транстерминационный ход. Это сделает результат винкций еще более убедительным.

Предлагаемое нами разделение терапевтического процесса на транстерминацию и винкции позволяет лучше понять, например, структуру двух понятий, весьма распространенных в разных подходах. Речь идет о катарсисе и инсайте. Под инсайтом (в клиническом контексте) понимают, как известно, внезапное обретение понимания непонятных ранее связей между проблемой и ее предпосылками, а также схватывание ситуации в целом. Катарсис же понимается как некое очищающее

освобождение от неких аффектов, так или иначе связанных с патологическим состоянием. Важно, что оба состояния являются так или иначе целью терапевтических усилий, их всегда расценивают как моменты, обозначающие достижение терапевтического успеха или, по меньшей мере, приближение к нему вплотную. Определения, даваемые этим терминам в различных словарях и энциклопедиях не оставляют сомнений в том, что речь идет о вещах крайне неопределенных, что, собственно, позволяет говорить о них, как скорее о неких мифологемах, чем как о четко дефинируемых феноменах.

В обоих случаях речь идет о сочетании двух составных, а именно эмоционального переживания и некоего нового отношения к своей ситуации. Если, однако в случае инсайта мы говорим о новом понимании, о формировании новой связи, то в случае катарсиса, наоборот, о некоем разрыве. Само по себе понятие "катарсис" - очищение предполагает удаление прочь некоего эмоционально значимого образования. Инсайт есть некое приобретение, катарсис - некая потеря. Иначе говоря, рассуждая в предложенных нами терминах, инсайт представляет собой сочетание транстерминация плюс конвинкция, катарсис же - сочетание транстерминация плюс дизвинкция. Важно подчеркнуть, что в обоих случаях мы имеем дело с одновременностью винкции и транстерминации.

Таким образом, ключевые концепты, играющие большую роль в истории разных психотерапевтических школ, становятся, безусловно, более понятными. Мы все же исходим из того, что, несмотря на максимальную идеологию попустительства, отдельные действия, предпринимаемые терапевтом, все же являются осмысленными. Говоря о катарсисе и инсайте, мы, разумеется одновременно имеем ввиду как терапевтический результат, так и процедуру, направленную на его достижение. Дело, однако, обстоит таким образом, что они очень часто встречаются одновременно и для очищения (дизвинкции) необходимо понимание, например, через припоминание (конвинкция). Собственно, психокатарсис как терапевтическая практика предполагает так называемое отреагирование через повторное переживание травмирующей ситуации. Помимо всех возможных сочетаний мы располагаем еще и возможностью опосредования всех составных частей акции, да и акции самой целиком. При этом посредники могут быть самыми разными, так что богатства нашего читателя прирастут еще больше.

МЕСИТАЦИЯ

Меситация (греч. *mesiteia* - посредничество) или опосредование всегда играла существенную роль в конструировании психотерапевтического действия. Целые направления получали наименования по тем меситаторам, посредникам, которые использовались для построения терапевтической процедуры. Меситатором в психотерапевтическом контексте следует считать материальный объект или же некую

культурную практику, изначально существующую за пределами психотерапевтического пространства. Как объекты, так и практики переносятся в пространство психотерапевтической акции и используются для ее конструирования.

В качестве меситаторов могут выступать самые разные виды деятельности, которые своей структурой, способами своего функционирования, системой правил и запретов, сложившейся в рамках своей традиции, так или иначе могут оказаться сподручными для терапевтических целей.

В первую очередь здесь следует упомянуть психодраму. Использование ее основано на том, что театральное искусство опосредует целый ряд выделенных нами составных частей психотерапевтической акции. Эффект сценической игры основан, как всем известно, на так называемом катарсисе. Проще говоря, репетиционно-миметическая конвинкция вкупе с эстетической транстерминацией создают винкционный эффект как в зрительном зале театра, так и в психотерапевтическом кабинете. Широкое использование психодрамы, как метода в целом, так и отдельных его элементов по частям в различных видах групповой терапии связано с несомненной изоморфностью эффекта театрального воздействия и воздействия психотерапевтического в целом, как такового. Психодрама наглядно демонстрирует механизм, действующий так или иначе в любой психотерапии.

В сущности, меситационным является любой вид арттерапии. Трудно сказать, какие именно части терапевтической акции опосредуют в каждом отдельном случае прочитанная пациентом книга, нарисованная картина, сочиненное стихотворение. Любое обращение с меситатором позднее подвергается интерпретации, или же становятся предметом т.н. шеринга. Именно таким образом меситатор включается в структуру процедуры. Само по себе чтение или музицирование, которое может оказывать известное спонтанное целебное действие и вне психотерапевтического пространства не может считаться тем не менее психотерапией. Собственно психотерапевтический статус они приобретают только после того, как включаются в состав некоего метода.

Вряд ли найдется где-либо еще такой род деятельности, который способен поглощать целые системы культурной практики, такие, как театральное искусство, запросто переваривать их и надежно усваивать. Размеры пространства психотерапии, как рода деятельности, от этого только увеличиваются. Именно возможность такого поглощения обнаруживает скрытую природу психотерапии, как практики, изначально таящей в себе возможности тотального господства. Возвращаясь к теме первой главы, а именно к разговору об экспансиях, мы можем сказать о еще одном направлении экспансии, а именно, о меситационной экспансии. Включая в себя все новые рода

деятельности и находя употребление для различных предметов, психотерапия разрастается как угодно широко.

Включенная в психотерапию практика превращается в придаток к школьной теории и акции и в какой-то степени теряет свои исходные черты, которые отличают ее вне психотерапии. К ней неприменимы, в частности, требования, которые принято предъявлять в условиях ее обычного функционирования. Так, психодраму нелепо рассматривать с точки зрения достоинств актерской игры ее участников, стихотворение, написанное пациентом в процессе арттерапии, не подлежит эстетически-критической оценке. Клиент психотерапевта заранее исключен из вечного "состояния поэтов", художественные достоинства текста не являются фактором, определяющим наш интерес к нему. Продукт терапевтического творчества могут подвергаться обсуждению в рамках определенной школьной теории и конкретной школьной процедуры, что собственно и превращает их из самостоятельных практик в терапевтические меситаторы. Арттерапии поставляют материал не для критической экспертизы, а для психологического анализа, или дальнейшей технической обработки.

Опосредование может быть тотальным и парциальным. Тотальное опосредует всю целостность терапевтического процесса, парциальное - соответственно отдельные элементы его структуры. Любой из видов арттерапии представляет собой сложное многоуровневое законченное образование, и уже тем самым может претендовать на то, чтобы опосредовать целое пациента и терапевтического процесса. Отдельные предметы которые используются в игровой терапии могут быть использованы для обозначения реалий жизненного мира клиента. Скажем, в психоаналитически ориентированной игровой терапии предмет вроде дамской сумочки вполне может интерпретироваться как утерино-вагинальный символ. Персонажи кукольного театра, что нетрудно себе представить, могли бы изображать как протагониста актантной модели, так и всех остальных актантов

Посредник терапевтического действия обладает известной самостоятельностью. Кроме того, психотерапевт получает в свое распоряжение уже почти готовую технику, а это, надо сказать, щедрый подарок. Не надо ничего изобретать, в худшем случае приходится немного модифицировать. Модификация меситатора - в сущности, неизбежное действие. В случаях, скажем, арттерапии, что крайне удобно, пациент проделывает большую часть работы сам, и терапевту остается только включить меситационную часть акции в общий контекст. Почти всегда традиции и закономерности уже сложившейся культурной практики будут оказывать влияние на терапию, позаимствовавшему себе для меситационных целей тот или иной предмет или процесс.

Меситатор в процессе терапии неизбежно устанавливает свой диктат, становится самодовлеющим.

Меситация может быть предметной или процессуальной. Психодрама - пример процессуального опосредования. Здесь в качестве посредника представлен определенный процесс - театральное действие. Если речь идет, например, о так называемой музыкотерапии, то, здесь мы также имеем дело с процессуальным меситатором, будь то терапевтическое слушание музыки, исполнение или сочинение. Предметное опосредование может осуществляться в терапевтическом процессе спонтанно, причем в дело может идти все, что попадется под руку. Наглядность меситационных техник может быть особенно привлекательной для психотерапевтов, работающих с детьми, где игра с предметами - куклами, кубиками, мягкими игрушками может опосредовать что угодно. В случае же, например, взрослых детская игрушка, включенная в психотерапевтический процесс, может быть увязана с возрастной регрессией. Так что, если сочинять метод, включающий в себя работу с игрушками, то они будут опосредованно включаться в эволюцию и нормативную хронологию.

В рамках конкретной процедуры мы можем различать меситацию *основную и вспомогательную*. Если, например, мы занимаемся музыкотерапией, то музыкальное занятие, будь то слушание музыки, исполнение ее или даже сочинение, является основным меситатором, формирующим терапевтическую акцию почти целиком. Во всяком случае транстерминационные проблемы оказываются решены полностью. В случае же трансперсональной терапии, когда в структуре пневмокатартической процедуры, форсированное дыхание сопровождается психоделической музыкой, то эта музыка будет, разумеется, вспомогательным меситатором.

Подражая некоему виду деятельности, мы сразу получаем в руки готовый терапевтический метод или, по меньшей мере иллюзию того, что мы его получили. Кстати, название этого вида деятельности запросто может быть использовано для обозначения нового метода (например, библиотерапия). Не составляет никакого труда соединить такую посредническую практику со школьной теорией, уже существующей или той, которую мы придумаем (а для того, кто внимательно ознакомится с нашим исследованием, придумать - сущие пустяки). Так, например, существуют различные виды психодрамы, в зависимости от того, к какой теоретической основе присовокуплен психодраматический метод. На самом деле, меситационные методы - это не более чем иллюзия и во всяком случае их шансы на самостоятельное развитие достаточно призрачны. Большие школы чаще всего создаются вокруг метапсихологий, а не вокруг техник, и поэтому любое проектирование метода на основе меситатора неизбежно

приведет к тому, что он будет поглощен иной, доктринально и патографически продвинутой школой. Так, психодрама, может быть фрейдистской и юнгианской, экзистенциально и трансактно ориентированными.

Опосредование чаще всего делает терапевтический процесс наглядным, занимательным и динамичным. Операции с предметами-меситаторами могут служить весьма сподручными метафорами для любого рефлексивного действия. Можно нарисовать на ватмане любого негативного персонажа семейной истории (как мы понимаем, это - обстанционный агент) и побить его пластмассовыми кубиками (договорившись предварительно, что это - кирпичи). Можно сфотографировать некий гротескный объект, допустим, куст, который будет опосредовать, допустим, симптом, а потом эту фотографию как-нибудь сжечь. Или обозначить различные инстанции разноцветными кусками пластилина, а потом эти куски слепить, обозначив таким образом процесс интеграции.

В том же, что касается психотерапевтической акции, то ясно, что соединение однородных предметов в одном пространстве, скажем, двух пирогов на блюде может обозначать конвинкцию, а разрыв ткани, реальный или воображаемый - наоборот дизвинкцию. Транстерминацию широко принято опосредовать исполнением музыкальных произведений.

В сущности нет и не может быть такого рода деятельности, который не годился бы так или иначе, целиком или по частям, для психотерапевтических нужд. Воспроизводя стилистическую конструкцию, которой мы не раз уже пользовались, скажем, что для опосредования в психотерапии может пригодиться любой вид человеческой деятельности, до тех пор, пока не будет доказано, что он для этих целей не подходит. Все эти соображения, равно как и другие, изложенные в нашем исследовании, дают нам возможность надеяться на то, что возможности создания новых методов далеко не исчерпаны и конец истории психотерапии еще не так близок, как это может показаться на первый взгляд.

СОПРОТИВЛЕНИЕ

Говоря о сопротивлении, мы ставим перед собой задачу рассмотреть эту проблему не только в контексте конкретной терапевтической ситуации, но и в исторической перспективе. Ясно, что сопротивление, которое пациент оказывает терапии - важнейший двигатель истории психотерапии, изменяющий формы и методы психотерапевтического воздействия, как ничто другое. Другой важнейший двигатель истории психотерапии, как мы знаем, - отсутствие надежной технологии контроля за эффективностью терапии.

В психоанализе сопротивлением считаются "все те слова и поступки анализируемого, которые мешают ему проникнуть в собственное бессознательное." (Ж. Лапланш, Ж.-Б.Понталис, 1996, с.491). В частности, считается, что "в сущности, Фрейд отказался от гипноза и внушения из-за сильного сопротивления некоторых пациентов" (там же, с.491). Совершенно ясно однако, что сопротивление не является достоянием одного только психоанализа, оно составляет проблему для терапевтов всех направлений. Более того, сопротивление не есть достояние только лишь психотерапевтических практик, его следует рассматривать в более широком контексте.

Вот что пишет по этому поводу К.Ясперс: "Человеку свойственно три типа сопротивления. Во-первых - это абсолютное сопротивление чего-то такого, что неизменно по природе своей, так что здесь речь может идти только об изменении внешней формы. Во-вторых - это сопротивление чего-то такого, что сформировано внутри человека, и в-третьих - это сопротивление, исходящее от собственно бытия как такового. Для преодоления сопротивления первого типа можно пустить в ход нечто такое, что аналогично дрессировке животных, второй тип поддается воздействию воспитания и дисциплины, работа с третьим типом - это экзистенциальная коммуникация. Когда человек вступает в контакт с другим, тот может быть для него всего лишь объектом в духе первого типа воздействия (дрессировки); второй тип воздействия предполагает относительно открытую коммуникацию, но с сохранением при этом определенной дистанции, что дает возможность воспитывать пациента и планировать его будущее; в третьем случае он предстает перед другим таким, каков он есть, полностью открытый ему, доверяя ему свою судьбу, полностью раскрываясь, как равный перед равным. (К.Jaspers, 1973, s.669) " И далее: "Человеку, несмотря на его протребность в помощи, свойственно не только негативное отношение к психотерапии, но и к любому врачебному вмешательству. В человеке есть что-то такое, что предпочло бы, чтобы он помог себе сам. Он стремится к тому, чтобы быть хозяином тех сопротивлений, которые в нем живут. По этому поводу Ницше сказал: " Тот, кто дает советы больному, тот обретает чувство превосходства над ним, независимо от того, принимаются ли его советы или нет. Поэтому ранимые и гордые больные ненавидят таких советчиков больше, чем саму болезнь" (ibid., s.669).

Пространство психотерапевтической ситуации - это поле борьбы за власть между терапевтом и пациентом. Позиции пациента и терапевта несимметричны, ни о каком изначальном равенстве говорить нельзя и это неравенство является исходной точкой сопротивления. Для того, чтобы терапевтический процесс приобрел импульс, необходимы серьезные уступки со стороны терапевта, фора здесь причитается клиенту. Такой уступкой в психоанализе может считаться принцип невмешательства. Предупреждение

сопротивления со времен психоанализа связано с предоставлением пациенту большей части общего речевого объема терапевтической сессии.

Сопротивление пациента формируется у него задолго до начала терапевтической работы. Дотерапевтический опыт так или иначе связан с тем, что личность испытывает на себе директивно-дидактическое давление, которое неизбежно в мире повседневного, регламентированного существования, о чем мы уже говорили выше. Практики воспитания, обучения, трудового принуждения, запреты и нормы, существующие в культуре создают, разогревают, подкармливают сопротивление. Попустительская традиция психотерапии формируется как бы в противовес этому давлению цивилизации.

Сопротивление трактуется всегда на основе школьных представлений в целом. Нет сопротивления вообще. Сопротивление, как концепт, существует только как часть школьной теории и является, в сущности, констатацией невеселых обстоятельств психотерапевтической реальности. Следует, однако, обратить внимание на то, что присуще структуре сопротивления как такового, вне школьных рамок. Описанные нами выше элементы общей структуры помогут нам представить суть этого феномена подробно и ясно.

Сопротивление, целое, инстанции, границы, каналы. Как известно, Фрейд выделял типы сопротивления, исходящие от Я, Оно, или Сверх-Я (Ж. Лапланш, Ж.-Б.Понталис, 1996, с.492). Понятно, что нет и не может быть никаких соображений, которые помешали бы нам продолжить этот список, включив в него инстанции, описанные авторами других теорий, причем все они будут равноправны. Как уже говорилось выше, каждая инстанция максимально стремится к собственному самоутверждению, влиянию и росту за счет всех других, и понятно, что любая из инстанций в рамках школьной теории может рассматриваться как инициатор сопротивления. Нетрудно представить себе некую концепцию в духе метафоры "цепной реакции", когда возмущение, исходящее от одной части подхватывается какой-нибудь другой и т.д.

Понимание сопротивления, как чего-то такого, что исходит от целого, могло бы быть в центре теории, сочиненной в экзистенциалистском духе. Целое, как ему и полагается, в контексте достойной школьной концепции должно так или иначе стремиться к сохранению своей целостности, а тем более - автономии. Многие терапии, как это ни досадно для терапевта, вполне соответствуют по многим признакам практике, способной нарушить как целостность, так и автономию, что, собственно, и должно вызывать стремление сопротивляться. В сущности, границы, как те, что отделяют инстанции друг от друга, так и те, что отделяют целое от окружающего мира, есть порождения сопротивления, сложившегося как в до начала терапии, так и в ее процессе.

Границы же, в свою очередь, как известно, могут иметь определенную историю и быть связаны с этапами эволюции, закрепленными в школьной нормативной хронологии. Чаще всего дело здесь обстоит так, что с течением времени под влиянием персонального опыта "иррациональные" инстанции вытесняются "рациональными", между ними формируются границы, создающие впоследствии помехи при терапии.

Понятно, что для преодоления сопротивления нехудо наметить в теории и поискать на практике какие-нибудь каналы. Канал, как мы помним, это то место границы целого, где противодействие терапевтическому влиянию на клиента выглядит относительно более слабым, а то и вовсе никак не проявляет себя. Собственно, описание каналов не может иметь никакого другого смысла, кроме того, что так или иначе связан с сопротивленческой проблематикой.

Нетрудно понять, что купидо в этом контексте вполне может выступать в роли фактора, который как бы "подкармливает" сопротивление. Не исключено, что влечение или желание, вокруг которого часто сочиняются школьные теории, будет "обеспокоено" своей судьбой, которая может оказаться под угрозой в результате терапевтических манипуляций. Терапевтическая стратегия порой строится в расчете на изменение взаимоотношений купидо с его объектами, иначе говоря, на переделку купидинозных интенций. Понятно, что никакое купидо, даже самое ущербное, не придет в восторг от вмешательства в его жизнь и, без сомнений, охотно заварит сопротивленческую свару или деятельно поддержит любую сопротивленческую выходку. Купидо придаст сопротивлению напор и динамику, делает его мощным и напряженным. Одним словом, в этом контексте купидо можно рассматривать как "горючее" сопротивления. Ему, купидо, однако, придется выбирать между двух зол. С одной стороны, терапия может его, как уже сказано, несколько окоротить в смысле ортопедического вмешательства в его интенции, а с другой - серьезно ослабить обстанцию, которая стоит на его пути и мешает ему достичь того, к чему оно стремится. Обстанция, как мы помним, всегда стремится к тому, чтобы быть интериоризированной. Интериоризованная, она перерастает в аутоагрессивную инстанцию, которая тоже может усиливать сопротивление. Это становится понятнее, если вспомнить о каком-нибудь фрейдовском Сверх-Я или берновском Родителе. Проще говоря, препятствием на пути купидо может быть как обстанция, так и терапия, и в зависимости от того, чему какую роль отводит возможная теория, и как надо вести себя терапевту, предварительно обосновав это, разумеется, убедительно и достойно.

Структура дефекта, безусловно, может накладывать свой отпечаток на характер сопротивления. В наибольшей степени это относится к представлениям о "скованном

движении", которое успешно используется многими авторами. Образ сопротивления характеризуется в первую очередь статической неподвижностью, враждебностью всякому движению, как таковому.

Понимание сущности дефекта, а оно, как мы говорили выше, разное в разных школах, тоже может сослужить хорошую службу в деле работы с сопротивлением. Это особенно ясно, если речь идет о расстройствах психотического круга. Значение такого клинического феномена, как аутизм, в психотерапии заключается в его сопротивленческой силе. Аутизм - это сопротивление *per se*. Более того, любое сопротивление - всегда немного аутизм. Если аутизм определяет силу сопротивления, то его "неуловимость", изопренность будет обусловлена скорее всего феноменом расщепления, схизисом. Аутизм, "помноженный" на схизис, создает исключительное богатство и разнообразие сопротивленческого поведения. Так Х.Сизлз в своей работе, озаглавленной "Стремление свести с ума другого человека - как часть этиологии и психотерапии психоза", описывает техники такого "сведения с ума". Среди них, в частности, поведение в стиле стимуляция - фрустрация, контакт с другим одновременно на двух различных уровнях отношений (официальный и интимный, например), неожиданные переключения с одной эмоциональной длины волны на другую, и перескакивание с одной темы разговора на другую и т.д. (H.F.Searles, 1965, pp.257-260).

Однако, лучше всего суть сопротивления могут прояснить те элементы, что представлены нами в разделе "Акция". Именно они могут лечь в основу его классификации и описания его внутренней структуры.

Итак, мы можем иметь дело с консоционным сопротивлением, иначе говоря с тем, что пациент противится установлению контакта с терапевтом, причем безразлично, идет ли речь о раппорте, переносе или о чем-нибудь еще.

Вообще же получается, что терапевтический контакт в этом смысле определенным образом амбивалентен. И перенос, как вид консоции и сопротивление выглядят как внутренне сложные образования. Понятно, что сопротивление само по себе является феноменом внутренне противоречивым. С одной стороны терапия необходима, с другой - сама по себе (самим фактом проведения) наносит определенную нарцисстическую травму всем участникам терапевтического диалога.

Не только одна перспектива установления интимного эмоционального контакта с терапевтом может вызывать у клиента справедливое чувство раздражения. Настойчивое стремление выведать все то, что человеку обычно приходится скрывать от других, создает почву для эксквизионного сопротивления. Этот сопротивленческий мотив, без сомнения, особенно интенсивно выражен в аналитически ориентированных методах.

Транстерминационное сопротивление, судя по всему, дело достаточно редкое. Оно может быть связано с чрезмерным директивным усилием терапевта, что мы наблюдаем на примере классической гипнотической процедуры. Транстерминация, процесс, связанный с гедонистическим фактором, сам по себе должен способствовать ослаблению сопротивленческой активности клиента в целом. В самом деле, транстерминация, как уже говорилось, обязана своей востребованностью именно фактору сопротивления.

Разумеется, нельзя забывать о том, что чаще всего мы не можем выделить в чистом виде один из вышеперечисленных типов сопротивления. Они могут встречаться вместе в любом сочетании, так что сопротивляться пациент может всему что захочет, а кроме того, он это свое сопротивление может проявлять, как пожелает.

В разных ситуационных контекстах даже самое благожелательно-кроткое поведение клиента может быть расценено как сопротивление, в тех, например, случаях, когда он особенно охотно соглашается работать с явно второстепенными проблемами, оставляя вне терапевтического поля что-то явно более серьезное. Сопротивление может проявляться демонстративной готовностью к сотрудничеству и даже вполне похвальной активностью, когда, например на-гора выдаются большие количества анамнестической продукции, без того, чтобы это сопровождалось необходимыми изменениями поведения и т.п..

С одной стороны, сопротивление, как мы установили, формируется у клиента до начала терапевтического действия, с другой стороны не заканчивается с прекращением терапии. Собственно, подобно анализу, который, как мы знаем, может быть "конечным и бесконечным" сопротивление может не начинаться вовсе, а может и не кончаться никогда. Постфактум-сопротивление - это одна из проблем процедуры расставания, но совершенно ясно, что готовиться к ней надо в течение всего терапевтического курса, постоянно возвращаясь к тому, что же собственно будет, когда терапевт и пациент - его добровольная жертва - распрощаются.

Диагностика характера и типа сопротивления определяют стратегии и техники его преодоления. Основная, испытанная множеством школ, стратегия преодоления, как известно, заключается в том, чтобы предоставить клиенту широкие возможности как бы самому направлять терапевтический процесс, проявлять какую угодно инициативу в любом объеме. Речь, понятное дело, идет о таких вещах, как попустительство, невмешательство, нестеснение.

Одна из возможных здесь тактик - предикция сопротивления и предварительное обсуждение с клиентом как мотивов, побуждающих клиента к этому, так и разнообразных типов сопротивленческого поведения. Мы говорим, например, что он, пациент, неизбежно

будет сопротивляться тому, что мы с ним собираемся делать, ибо это задевает его жизненные интересы, идет вразрез с морально-нравственными представлениями, ущемляет его автономию и т.д. Если же мы не только обсуждаем это дело, но еще и предписываем пациенту в парадоксальном духе сопротивляться нашей терапии, то, несомненно, это очень хороший способ предохраниться от сопротивленческих неожиданностей.

Другой стратегический путь - транстерминационный. Непротивление клиента как бы отчасти «покупается» взамен на предоставленные ему в пользование на время сессии удовольствия, связанные с ИСС. Здесь могут быть задействованы все известные нам виды транстерминации, как вместе так и порознь. Так что все богатство и разнообразие транстерминационных практик сформировалось, без сомнения, в расчете на контрсопротивленческие потребности всего психотерапевтического сообщества. Как уже говорилось в разделе, посвященном структуре школьных теорий, очень важен в смысле формирования сопротивления образ терапии, преподносимый пациенту. Является ли этот образ рационально-схоластическим или мистически-трансцендентным, построен ли он на обращении к жизненно-смысловым сферам или инфантильно-сексуальным - все это не может не оказывать влияния на сопротивление клиента, но исчисление такого влияния возможно только в конкретной ситуации. Акциональная часть "образа метода" связана не в последнюю очередь с транстерминационной процедурой. Именно она, как уже говорилось, определяет привлекательность этого образа и в этом, без сомнения, еще одно важное значение этого дела.

Итак, в структуре психотерапевтической техники основными элементами являются формирование отношений клиент-терапевт, процедура изменения состояния сознания, разрушение патологических связей и/или формирование терапевтически действенных связей. При этом подробно классифицируются способы проведения таких процедур. Становится понятно, что своеобразие психотерапевтической техники зависит от сочетания всех этих элементов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование имело своим предметом целостную структуру психотерапевтического знания в ее существенных чертах. Такой анализ является оптимальным при условии формирования соответствующего терминологического аппарата для описания составных частей психотерапевтического метода. Объектом исследования являлись известные психотерапевтические методы, признанные Европейской Ассоциацией Психотерапии. Система структурных элементов теории

психотерапии преподнесена частично в рамках новой терминологии, причем введение в оборот новых терминов была нами обосновано.

Возвращаясь к замыслу нашего исследования, мы хотели бы уточнить, что в фокусе его - не рутинная психотерапевтическая деятельность, а достаточно специфическая практика - сочинение метода. Однако ясно, что именно такая практика оказывает огромное, порой решающее влияние как на повседневную деятельность, так и на ситуацию в профессиональном сообществе.

Как уже было сказано, наше исследование было задумано, как один из возможных ответов на всем известный вызов. Речь шла об отсутствии у определенной области научного знания фундаментальной методологической структуры. Теперь мы располагаем хотя бы приблизительным, относительно целостным и систематическим понятийным аппаратом, который описывает отдельно взятый метод. Можно утверждать, что здесь предложена некая нотная грамота, по которой могут писаться школьные теории и техники. Одна из сверхзадач нашего текста - расширение перспективы психотерапевтического пространства в целом.

Нам представляется очень важным, что описанный нами концептуальный (он же категориальный) аппарат пригоден не только для генеративных потребностей, но также, (а может быть и в первую очередь) и для анализа уже существующих методов. Без сомнения, критический анализ психотерапевтических методов вполне имеет право на существование в качестве самостоятельного проекта, да, собственно и самостоятельного рода деятельности.

Одним словом, нас ждут все преимущества, какие наука получает при переходе от фрагментарного, разобщенного существования к определенной систематической целостности.

При ретроспективном обзоре всех категорий, предложенных нами, получается так, что существенный объем психотерапевтического знания стал достаточно компактным. Впечатляющий на первый взгляд индекс понятий, концептов, феноменов, существующих в различных школах, как выяснилось, уместается на сравнительно узком типографском пространстве.

Выводы:

1. Несмотря на огромное многообразие психотерапевтических методов, существует общая структурная основа, общая для всех этих методов.
2. Обнаружение «сквозных структур», общих для различных психотерапий, является основой понимания психотерапии, как единого целого.
3. Разложение известных психотерапевтических методов на составные части создает методологические предпосылки для последовательной компаративистики (сравнительного анализа) различных методов психотерапии.
4. Располагая знанием структуры психотерапии, мы получаем возможность систематического построения интегративных и эклектических концепций разного рода
5. Установлена система соответствий между структурными элементами психотерапевтических теорий и конкретными психотерапевтическими стратегиями.
6. Структурный анализ выявляет неиспользованные возможности для формирования психотерапевтических методов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авенариус Р. Философия как мышление о мире согласно принципу наименьшей меры силы: Пер. с нем. - СПб.: Образование, 1913.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: Пер. с нем. - М.: 1995.
3. Барт Р. Избранные работы: Пер. с франц. - М.: Прогресс, 1994.
4. Бахтин М. М. Вопросы литературы и эстетики. - М.: Художественная литература, 1975.
5. Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества. - М. Искусство, 1979.
6. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры: Пер. с англ. - М. Прогресс, 1988
7. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1995.
8. Блюм Г. Психоаналитические теории личности: Пер. с англ. - М.: КСП, 1996.
9. Бодрийяр. Ж. О совращении. Пер. с франц. // Ежегодник Ad Marginem, 1993. - М.: Ad Marginem, 1994, с. 324 - 353.
10. Бодрийяр. Ж. Главы из книги "О соблазне". Пер. с франц. // Комментарии. М. - СПб., 1995. - № 4. с. 43-66.
11. Бубер М. Я и Ты. Пер. с нем. - М.: Высшая школа, 1993.
12. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. - М.: Медицина, 1989.
13. Бурно М. Е. О пациентах-психотерапевтах в терапии творческим самовыражением // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 2., с. 89-104.
14. Валери П. Об искусстве: Пер. с франц. М.: Искусство, 1976.
15. Василюк Ф. Е. Психология переживания. - Изд-во МГУ, 1984 г.
16. Вебер М.. Харизматическое господство // Социологические исследования, 1988, № 5, с. 139 - 147.
17. Витгенштейн Л. Философские работы. Часть 1: Пер с нем. - М.: Гнозис, 1994.
18. Виттельс Ф. Фрейд. Его личность, учение и школа. - Л.: Эго, 1991.
19. Выготский Л. С. Собрание сочинений Т. 2. - М.: Педагогика, 1982, с.291-436
20. Гайденок П. П., Давыдов Ю. Н. История и рациональность: Социология М. Вебера и веберовский ренессанс. - М.: Политиздат, 1991.
21. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. - М.: Север, 1933.
22. Гриндер Дж., Бэндлер Р. Из лягушек в принцы: Пер. с англ. - Воронеж: НПО "МОДЭК", 1993.
23. Гроф С. Области человеческого бессознательного: Пер. с англ. - М.: МТМ, 1994.

24. Делез Ж., Гваттари Ф. Капитализм и шизофрения. Анти-Эдип: Пер. с франц. - М.: ИНИОН АН СССР, 1990.
25. Джонс Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда: Пер. с англ. - М.: Гуманитарий, 1996.
26. Жолковский А. К., Щеглов Ю. К. Работы по поэтике выразительности: Инварианты - Тема - Приемы - Текст. - М.: Прогресс, 1996.
27. Зощенко М. М. Рассказы и повести. - Л.: Советский писатель, 1960.
28. Каннабих Ю. В. История психиатрии. - Б.м.: Государственное медицинское издательство, б. г.
29. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985.
30. Кречмер Э. Строение тела и характер: Пер. с нем.- М.: Педагогика-Пресс, 1995.
31. Кун Т. Структура научных революций: Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1977.
32. Лапланш Ж., Понталис Ж.Б. Словарь по психоанализу: Пер. с франц. - М.: Высш. школа, 1996.
33. Лиотар Ж.-Ф. Ответ на вопрос: что такое постмодерн?: Пер. с франц. // Ежегодник Ad Marginem, 1993. - М.: Ad Marginem, 1994, с. 303-323
34. Лиотар Ж.-Ф. Интеллектуальная мода: Пер. с франц. // Комментарии, М. - СПб., 1997, № 11, с. 10-12
35. Лиотар Ж.-Ф. Состояние постмодерна: Пер. с франц. - М., СПб.: Алетейя, 1998.
36. Лоуэн А. Физическая динамика структуры характера: Пер. с англ. - М.: Компания Пани, 1996.
37. Мамардашвили М. К., Соловьев Э. Ю., Швырев В. С. Классика и современность: две эпохи в развитии буржуазной философии // Философия в современном мире. - М.: Наука, 1972, с. 28-94
38. Мандельштам О. Э. Слово и культура: Статьи. - М.: Советский писатель, 1987.
39. Маслоу А. Психология бытия: Пер. с англ. - М.: Рефл-бук, 1997.
40. Набоков В. Лолита. - М.: Анион, 1990.
41. Остин Дж. Слово как действие: Пер с англ. // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 17. Теория речевых актов. - М. 1986.
42. Пави П. Словарь театра: Пер. с франц. - М.: Прогресс, 1991.
43. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии: Пер. с англ. - М.: Либрис, 1996.
44. Пропп В. Морфология сказки. Ленинград.: Academia, 1928.
45. Райх В. Функция оргазма: Пер. с нем. - СПб. - М.: Университетская книга, 1997.
46. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ.: - М. Прогресс, 1992.

47. Рейнхард Л. Трансформация. - М.: Казимир, 1994.
48. Складеревская Г. Н. Метафора в системе языка. - СПб.: Наука, 1993.
49. Спаркс М. Начальные навыки эриксоновского гипноза. - Новосибирск: Имидж-контакт, 1991.
50. Тарле Е. В. Наполеон. - М. Наука, 1991.
51. Тойнби А. Дж. Постигание истории: Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1991.
52. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. - М.: Медицина, 1973.
53. Фарелли Ф., Брандсма Дж. Провокационная терапия: Пер. с англ. - Екатеринбург: Екатеринбург, 1996.
54. Фенько А. Б. Психология ностальгии // Московский психотерапевтический журнал, 1993, № 3, с. 93 - 116.
55. Франкл В. Человек в поисках смысла: Пер. с англ. и нем. - М.: Прогресс, 1990.
56. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции: Пер. с нем. - М.: Наука, 1989.
57. Фрейд З. Психоаналитические этюды: Пер. с нем. - Мн.: Беларусь, 1991.
58. Фрейд З. Тотем и табу // "Я" и "Оно". Труды разных лет. Кн.1. Пер. с нем. - Тбилиси, Мерани, 1991, с. 193 - 350.
59. Фрейд З. Случай фрейлейн Элизабет фон Р.: Пер. с нем. // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 2, с. 59 - 88.
60. Фрейд З. О типах невротических заболеваний: Пер. с нем. // Российский психоаналитический вестник, 1994, № 3-4, с. 131-135.
61. Фромм Э. Психоанализ и этика: Пер. с англ. - М.: Республика, 1993.
62. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности: Пер. с франц. - М.: Касталь, 1996.
63. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. - СПб: Университетская книга, 1997.
64. Хайдеггер М. Работы и размышления разных лет: Пер. с нем. - М.: Гнозис, 1993.
65. Хейзинга Й. Homo ludens. В тени завтрашнего дня: Пер. с нидерл. - М.: Прогресс-Академия, 1992. - 464 с.
66. Холмогорова А. Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал, 1993, №1, с. 77-112.
67. Хомский Н. Синтаксические структуры // Новое в лингвистике. - Вып. 2. М., 1962.
68. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ: Пер. с англ. - М.: Прогресс-Универс, 1993.
69. Цапкин В. Н. Семиотический подход к проблеме бессознательного // Бессознательное. Т. 4 - Тбилиси.: Мецниереба, 1985, с. 265 - 276

70. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 2, с. 5-40.
71. Цвейг С. Врачевание и психика. Месмер. Беккер-Эдди. Фрейд: Пер. с нем. - М.: Политиздат, 1992.
72. Шопенгауэр А. Об интересном: Пер. с нем. - М.: Олимп, 1997.
73. Эко У. Инновация и повторение. Между эстетикой модерна и постмодерна.// Философия эпохи постмодерна.- Мн.: Красико-принт, 1996, с. 48 - 73.
74. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1996.
75. Юнг К. Г. Психология бессознательного: Пер. с нем. - М.: Канон, 1994.
76. Якоби М. Встреча с аналитиком: Пер. с англ. - М.: Институт общегуманитарных исследований. - 1996.
77. Ammon G. Der Narzisstische Defizit, als Problem der psychoanalytischen psychotherapeutischen Technik // Dynamische Psychiatrie, 1974, 27 (4).
78. Binswanger L. Schizophrenie. Neske, Pfullingen, 1957.
79. Caillois R. Les Jeux et les hommes. Gallimard, Paris, 1958.
80. Condrau G. Sigmund Freud und Martin Heidegger: daseinsanalytische Neurosenlehre und Psychotherapie. Bern, Hans Huber, 1992.
81. Ferenczi S. Contributions to Psychoanalysis. Badger, Boston, 1916.
82. Ferenczi S. Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse. - Int. Z. Psychoanal (7) 233, 1921.
83. Fromm E. The Crisis of Psychoanalysis, N.Y., 1970.
84. Grawe K., Donati R., Bernauer F. Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Goettingen, 1994.
85. Grawe K. Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 1995, 40: 129-145.
86. Heidegger M. Nietzsche, Pfullingen, 1961, Bd. 1.
87. Heidegger M. Sein und Zeit, Max Niemeier Verlag, T(bigen, 1986.
88. Heidegger M. On Adequate Understanding of Daseinanalysis // Psychotherapy for Freedom, The Daseinanalytic Way in Psychology and Psychoanalysis. A Special Issue of The Humanist Psychologist, Vol. 16, № 1, 1988, 75 - 94.
89. Janov A. The Primal Scream. N. Y. Putnams, 1970.
90. Jaspers K. Psychologie der Weltanschauungen, 2 Aufl., Springer, Berlin, 1922.
91. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 9 Aufl., Springer, Berlin, 1973.
92. Jung C. G. Errinerungen, Traeume, Gedanken. Walter-Verlag, Olten, 1982.

93. Kohut H. *The Restoration of the Self*. International Universities Press, N. Y., 1977.
94. Laing R. D. *Das geteilte Selbst*, Rowohlt, Hamburg, 1976.
95. Lange-Eichbaum W. *Genie und Irresein und Ruhm*. Muenchen, 1928.
96. Liebert R. *Radical and Militant Youth: A Psychoanalytical Inquiry.*, N. Y., 1979.
97. Lids R. & Lids T. *Losl(sung aus Symbiotischer Elternbeziehung // Psychotherapie Schizophrener Psychosen*. - Hamburg, 1976, S. 96 - 104.
98. Maslow A. H. *Motivation and Personality*, N. Y., 1954.
99. Mindell A. *Working with the dreaming body*, Arkana, London 1985.
100. Mindell A. *Coma*, Shambhala, Boston & London, 1989.
101. Norcross J. C. *Eclectic Psychotherapy: An introduction and overview*. In: J. C. Norcross (ed.) *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, Brunner & Mazel, 1986, 3-24.
102. K. Obholzer. *The Wolf-Man Sixty Years Later*. London, Routledge, 1980.
103. Omer H. & London P. *Methamorphosis in psychotherapy: end of the systems era*. *Psychotherapy*, vol. 25/ Summer 1988, № 2 p. 171-180.
104. Palazzoli M. S., Boscolo L., Cecchin G., Prata G.. *Paradox and counterparadox*. 1985, Jason Aranson, p. 139-147.
105. Perls F. *Gestalt therapy verbatim*, Bentam Books, N. Y., 1969.
106. Rank O. *Das Trauma des Geburts*. Wien, 1924.
107. Riebel L. A. *Homeopathic Model of Psychotherapy // Journal of Humanistic Psychology*, 1984, vol. 24, № 1, 9-48.
108. Rosen J. *Psychotherapie der Psychosen*. - Stuttgart, 1962.
109. Schiffer I. *Charisma*. University of Toronto Press, 1973.
110. Schultz-Hencke H. *Der gehemmte Mensch*. Leipzig, 1940.
111. Searles H. F. *Collected papers on schizophrenia*. N. Y., 1965.
112. Stone H. & Winkelmann S. *Embracing Our Selves*. - Marina del Rey, CA: Devorss & Co, 1985.
113. Sullivan H.S. *The collected works*. - W. W. Norton & Co. N. Y., 1953.
114. Szondi L. *Freiheit und Zwang im Schicksal des Einzelnen*. - Hans Huber, Bern, 1995.
115. Whitaker C. *Psychotherapy of the Absurd // Family Process*, 1975, 14, 1-16.
116. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. Pergamon press, N. Y., 1973.
117. Wyss D. *Die Tiefenpsychologischen Schulen von den Anfaengen bis zur Gegenwart*. Goettingen, 1970.

Оглавление.

ВВЕДЕНИЕ.....	2
1. ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ПРЕДМЕТ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА.....	4
2. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ТЕОРИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ.....	23
2.1. СИНХРОНИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	25
2.2. ДИАХРОНИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	53
3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ АКЦИЯ, ИЛИ СУЩНОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ.....	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	153
ВЫВОДЫ.....	155
Литература.....	156