

615.851

0-45

Современная психотерапия



основные направления
**СОВРЕМЕННОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ**



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Москва
"Когито-Центр"
2000

УДК 615. 851
О 75

*Научная редакция
А. М. Боковой*

О 75 **Основные направления современной психотерапии.**
- М.: "Когито-Центр", 2000. - 379 с. (Современная психотерапия)

УДК 615. 851

Цель данного учебного пособия — дать читателю содержательное представление о современных психотерапевтических методах, путях овладения профессией психотерапевта и стандартах качества психотерапевтической помощи, а также очертить границы профессиональной практики.

Рассматриваются такие подходы, как психоанализ и психоаналитическая терапия, аналитическая психология Юнга, нейролингвистическое программирование, человекоцентрированный подход, системная семейная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психодрама и гештальт-терапия, а также освещаются этические основы психотерапии и изучение ее проблем за рубежом.

© "Когито-Центр", 2000

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемое вниманию читателя учебное пособие представляет те направления современной психотерапии, которые успешно практикуются в России, имеют свои институты с обучающими программами и профессиональные объединения.

Сегодня психотерапия — это активно развивающиеся области теории и практики во всем мире. У нас в стране остро стоит вопрос о границах профессии. Психотерапия до сих пор не имеет полноценной «прописки» в общественном сознании. Ее отождествляют либо с психиатрией, либо с магией и шаманством. В первом случае у человека возникает страх несмываемого пятна в биографии и профессиональных злоупотреблений, во втором — наивные ожидания немедленного чуда. Самое печальное, что от этих заблуждений в определенном смысле не свободны некоторые люди, считающие себя профессиональными психотерапевтами, поскольку они невольно стремятся отвечать ожиданиям людей, обращающихся за помощью. Именно поэтому ясное понимание своей профессиональной позиции и профессиональной ответственности так необходимы для заключения психотерапевтического контракта с клиентами. Уточнение ожиданий, согласие относительно цели психотерапевтической работы, определение границ ответственности психотерапевта и клиента — необходимые условия эффективной помощи.

Цель данного учебного пособия состоит не только в том, чтобы дать читателю содержательное изложение современных психотерапевтических подходов, но и в том, чтобы показать существующие во всем мире пути овладения профессией (речь идет о необходимом базовом образовании, сроках и программе обучения), стандарты качества оказания психотерапевтической помощи (сеттинг, критерии эффективности), то есть ясно и однозначно очертить границы профессиональной практики.

Вопрос, представители каких профессий могут практиковать психотерапию, является одним из наиболее давних вопросов; он по-разному ставился и по-разному решался на разных этапах развития психотерапии. Во многом решение этого вопроса зависит от того, определяется ли психотерапия как раздел медицины, как область психологии или как смежная дисциплина.

С конца XIX века и в первые десятилетия нашего столетия, когда преобладающей формой психотерапии являлся психоанализ или родственные ему виды психотерапии, ей преимущественно занимались врачи-психиатры. Путь в профессию психотерапевта через высшее медицинское образование со специализацией в области психиатрии представлялся наиболее прямым и естественным. Образование и профессия врача давали неоспоримые преимущества: фундаментальную подготовку в области биологических наук, чувство ответственности, максимальную «приближенность» к тайнам жизни и смерти, способность понимать язык тела — неотъемлемую часть эмоциональной жизни человека, а также способность адекватно реагировать и помогать в ситуациях страдания и боли.

Вместе с тем зарождавшаяся психотерапия встретила достаточно большое сопротивление у представителей биологически ориентированной медицины и психиатрии (как части медицины начала века). Например, в Германии, где биологические традиции психиатрии, опирающиеся на груды Э. Крепелина и др., были особенно сильны, психотерапия пробивала себе дорогу через общую медицину и концепции психосоматической природы различных заболеваний. Чисто биологическая обусловленность психических расстройств (генетическая, биохимическая и т. д.) долго не ставилась под сомнение. Однако даже специалисты, работающие с соматическими заболеваниями, стали вычленять психологические факторы как вносящие свой вклад — иногда определяющий — в возникновение и развитие соматического заболевания. Чем очевиднее становилась роль психологических механизмов в возникновении и течении различных болезней, тем больше возрастала роль психологии и психотерапии в теории и практике современной медицины.

Первые видные психотерапевты, такие, как З. Фрейд, К. Г. Юнг, А. Адлер, были врачами. До Второй мировой войны клиническая психология была весьма молодой и относительно неразвитой дисциплиной, практические задачи которой преимущественно сводились к диагностике. И все же уже тогда психотерапия понималась гораздо шире, чем просто одна из областей медицины. Даже если она и трактовалась как *лечение*, то принципиальным при этом было признание, что лечение это по задачам и методам является *психологическим*. Не случайно, например, Юнг назвал созданную им теорию и практику психотерапии *аналитической психологией*, а Адлер — *индивидуальной психологией*. Связь

возникших позже других направлений психотерапии, например гештальт-терапии, поведенческой психотерапии или когнитивной психотерапии, с классическими направлениями академической психологии (гештальт-психологией, бихевиоризмом или когнитивной психологией) очевидна.

Весьма интересной по этому вопросу была позиция З. Фрейда, создателя первого психотерапевтического метода — психоанализа. В 1926 году Фрейд открыто выступил в защиту знаменитого венского психоаналитика Теодора Райка, психолога по образованию. В соответствии со старым австрийским законом, запрещающим неврачам лечить пациентов, против Теодора Райка было выдвинуто обвинение в «шарлатанстве». Будучи врачом, Фрейд написал работу «К вопросу о неврачебном анализе. Разговор с непредвзятым собеседником». В этой работе Фрейд не только отдал должное высочайшему профессионализму Теодора Райка, блестяще работавшему с самыми сложными случаями, но и впервые заговорил о независимом от медицины статусе психоанализа. Фрейд писал: «Позвольте мне слову "шарлатан" дать то определение, которое ему должно принадлежать, а не то, как оно трактуется в праве. В соответствии с законом шарлатаном является любой, кто не имеет государственного диплома, подтверждающего, что его владелец — врач. Я вынужден предпочесть другое определение: шарлатан — тот, кто предпринимает лечение, не обладая необходимыми для этого знаниями и умениями». Далее Фрейд высказывается еще определенной: «В медицинской школе врач получает образование, которое так или иначе находится в оппозиции тому, что ему нужно в качестве подготовки для психоанализа... Было бы еще терпимо, если бы медицинское образование не давало бы врачам ориентации в области неврозов. Дело еще хуже: оно дает им ложную и вредную установку». Он завершает свою мысль следующим образом: «Я настаиваю на требовании, что никто не должен проводить анализ, не получив такого права вместе со специальной подготовкой. Является ли такой человек врачом или не является, — кажется мне несущественным»*.

* Freud S. Die Frage der Laienanalyse // G. W. XIV. S. 285.

В послесловии к этой работе Фрейд дает ясную формулировку специфического статуса своего психотерапевтического метода, который, несмотря на наличие в нем медицинских или лечебных аспектов, «является не специализированной областью медицины... [но] частью психологии, конечно, не всей психологией, но ее подразделом...»

Нужно отметить, что психологическая «прописка» или «гражданство» психоанализа или психотерапии еще не означает автоматического признания любого психолога психотерапевтом. Академическое психологическое образование, хотя и является чрезвычайно полезным, все же остается явно недостаточным для практикующего психотерапевта.

В этом контексте вопрос: «Кто может практиковать психотерапию?», по-видимому, лучше всего переформулировать как вопрос: «Представители каких специальностей лучше всего подходят, чтобы получать дополнительную подготовку в области психотерапии?»

Фрейд, например, хорошо это понимал еще в 20-е годы. В частности, он писал Пфистеру: «Я хотел бы вручить его (психоанализ) профессии, которая пока еще не существует, профессии немедицинских целителей души, которые не обязаны быть ни врачами, ни священниками». В другом месте («К вопросу о неврачебном анализе», 1926) Фрейд высказывается об учебной программе, которая, на его взгляд, была бы оптимальной для этой новой профессии: «Если, что сегодня может показаться фантастичным, стоял бы вопрос об основании психоаналитического колледжа, то там необходимо было бы обучать многому из того, что преподается на медицинском факультете: вместе с глубинной психологией, которая всегда оставалась бы основным предметом, необходимы также введение в биологию, как можно больше из науки о сексуальной жизни и ознакомление с симптоматологией психиатрии. С другой стороны, аналитическое образование включало бы области знания, весьма далекие от медицины, с которыми врач не встречается в своей практике: историю цивилизации, мифологию, психологию религии и литературоведение. Пока он не овладеет этими предметами, аналитик ничего не сможет сделать с огромной частью имеющегося материала... Значительная часть того, что он усваивает в медицинской школе, малопригодна для его целей»*.

* Там же.

Сегодня во многих странах мира эта «фантазия» Фрейда о психоаналитическом и — шире — о психотерапевтическом институте, в котором *новую* профессию наряду с врачами-психиатрами получали бы психологи и даже представители других наук (антропологии, педагогики, социологии) стала реальностью. Например, в США, Германии, Великобритании, Франции психологи получили равное с

врачами право на постдипломное образование и последующую практику в области психотерапии и психоанализа. Прежде всего это специалисты в сфере клинической, консультативной, семейной и школьной психологии. В ряде стран психотерапевтическое образование доступно для социальных работников в сфере охраны психического здоровья, педагогов, священников и представителей некоторых других профессий. Такое постдипломное образование будущего психотерапевта (независимо от того, является ли он врачом, психологом или социальным работником), как правило, предполагает, помимо фундаментальной теоретической подготовки, длительную супервизию опытных коллег над терапевтической практикой и прохождение личной терапии. При этом обучение занимает несколько лет. Психотерапевтам в России предстоит еще многое сделать, чтобы пройти этот путь.

Итак, психотерапия первоначально зародилась как часть медицины, но позднее вышла за ее рамки и превратилась в самостоятельную область знания и практики, стоящую на стыке гуманитарных и естественных наук.

В наше время психотерапия стала неотъемлемой частью помощи населению во всех развитых странах мира и фактически давно вышла за пределы медицинских учреждений. При этом, однако, возникает опасность игнорирования клинических аспектов при оказании психотерапевтической помощи. Поэтому глубокая подготовка в области психиатрии является обязательным элементом образования психотерапевта. Даже если психотерапевт ограничивает свою работу проблемами психически здоровых людей, знания в области психиатрии ему необходимы, чтобы отличить психически здорового человека от больного и переадресовать последнего специалистам, имеющим соответствующую подготовку. Кроме того, невротический уровень расстройств присущ большей части людей, обращающихся за психотерапевтической помощью. Многие известные терапевты отмечают рост числа более глубоких личностных расстройств среди обращающихся за помощью клиентов, нередко они нуждаются в комбинированном лечении (имеется в виду сочетание психотерапии и психофармакологии), поэтому психотерапевту важно иметь постоянный контакт с квалифицированным психиатром. Нередко психофармакологическое лечение выступает на первый план (например, у многих больных шизофренией). В процессе постановки диагноза психотерапевт должен руководствоваться имеющимися классификациями психических болезней, что требует их глубокого изучения. Наличие общих классификационных ориентиров, таких, как МКБ-10, позволяет профессионалам более эффективно обмениваться опытом и координировать свою работу. От диагноза и глубины психического расстройства зависят мишени, тактика и стратегии психотерапии. Важно помнить, что нет универсальных психотерапевтических подходов и каждый из них имеет свою область применения и свои ограничения. Так, вряд ли гештальт-терапия может быть рекомендована для работы с больными шизофренией. Для больного с тяжелым нарциссическим расстройством наиболее адекватна динамически ориентированная долговременная психотерапия, а для больного в тревожном и депрессивном состоянии без личностного расстройства может быть рекомендован краткосрочный курс когнитивной психотерапии. Нередко эффективно подключение семейной психотерапии, групповых форм работы и т. д. Наконец, в зависимости от специфики проблем клиента необходимы существенные модификации одного и того же метода. Так, психодрама с больными шизофренией существенно отличается от психодрамы с пациентами, имеющими невротический уровень расстройств.

Выбор конкретной формы работы, с одной стороны, определяется особенностями состояния и проблемами клиента, а с другой — каждый психотерапевт выбирает для профессиональной специализации то направление, которое в наибольшей степени соответствует его личностным особенностям и взглядам. Поэтому нередко возникают случаи, когда имеет смысл переадресовать обратившегося за помощью клиента коллеге, использующему подход, более адекватный его проблемам. Это могут быть рекомендации получить семейную консультацию (если проблема и состояние клиента в значительной степени обусловлены семейными проблемами) или же рекомендации групповых форм работы (если одной из важнейших мишеней является дефицит социальных навыков) и т. д. Нередко, как уже отмечалось, необходимы подключение психофармакотерапии и назначение комбинированного лечения. Овладение каждым из подходов психотерапии требует много времени и сил, поэтому универсальных специалистов не существует.

Тенденция к интеграции является существенным фактором развития современной терапии, и мы надеемся, что она будет способствовать развитию психотерапии и в нашей стране. По сравнению с западными коллегами у нас есть одно существенное преимущество: из-за отсутствия у нас давно существующих школ и традиций нам присуща бóльшая свобода в интеграции подходов и не столь выраженная ангажированность. Важно лишь помнить, что интеграция не должна означать снижения

серьезности и глубины подготовки; наоборот, она требует больших усилий в овладении различными подходами и специальной дополнительной работы по их совмещению.

Занимаясь психотерапией, невозможно игнорировать социальные условия, такие, как культура общества, которые существенно влияют на то, какие именно факторы терапевтического процесса окажутся наиболее эффективными. Например, российская социокультурная среда придает определенное своеобразие психотерапевтической помощи.

Россиянин воспринимает социальную среду как враждебную, опасную и непредсказуемую. По словам Шустермана, «законодательство, государственная, финансовая и фискальная политика во все времена оценивались практически всеми слоями общества как нелогичные, грабительские, противоречащие интересам... людей, препятствующие им реализовывать свои цели. Особенностью последнего десятилетия оказывается к тому же высокая скорость изменения среды — законов, политики, — нестабильность существования. Постоянное изменение "правил игры", при неизменно сохраняющемся игнорировании государством интересов и целей... людей, требует ответного поиска защиты от воздействий среды, новых способов выживания»*.

* Шустерман Д. М. Придуманная власть// Политический маркетинг. 1998. № 1.С. 27.

Вездесущность доносчиков, поощрение предательства, последовательное разрушение семейных и родственных связей в годы советской власти привело к появлению определенного менталитета, который характеризуется прежде всего высокой тревожностью, подозрительностью, стремлением скрывать свои проблемы. Наличие психологических проблем считается признаком слабости, обращение за помощью к постороннему человеку - акт большого личного мужества. От психотерапевта ждут конфиденциальности и эффективности так же, как во всем мире, но представления о конфиденциальности и эффективности в России иные. Ощущение конфиденциальности возникает при очень близкой межличностной дистанции. Психотерапевт должен восприниматься «своим» — другом, единомышленником, верным соратником. Клиенты часто пытаются звать психотерапевта в гости, предлагают ему услуги, расспрашивают о его собственной жизни, пытаются «породниться» любыми возможными способами. Психотерапевт оказывается в сложной ситуации — он должен вызывать доверие и снимать фоновую тревогу и в то же время быть дистантным. Часто это противоречие снимается с помощью авторитарного стиля общения «сверхродителя» с клиентами. При такой профессиональной позиции сотрудничество с клиентом крайне затрудняется, и ответственность за эффект психотерапии целиком ложится на психотерапевта. Вероятность эффекта в этом случае снижается. При психотерапевтической работе независимо от школы и традиции этап построения партнерских отношений с клиентом, когда клиент также вносит свой немалый душевный труд в психотерапевтический эффект, становится отдельной задачей. В России решение этой задачи занимает значительно больше времени и требует специального контракта, который психотерапевт заключает с клиентом. Конкретные формы такого контракта могут быть разными в зависимости от школы, направления и личной манеры психотерапевта, но суть его заключается в установлении границ ответственности всех участников терапевтического процесса, а также в согласовании представлений о целях и возможных будущих результатах психотерапевтической работы. Понятно, что в процессе психотерапии такой контракт заключается несколько раз в связи с изменением первичного запроса, мотива обращения за помощью и представлений о результате.

Вторая особенность психотерапевтической практики в России состоит в том, что работать приходится в обществе, где личное здоровье не является главной ценностью. Терпеть и страдать привычнее и достойнее, чем искать помощи. За помощью обращаются в крайнем случае, когда ситуация и/или состояние становятся невыносимыми. Часто приходится иметь дело с запущенными случаями. Психотерапевты также несвободны от особенностей российского менталитета. Им также свойственно низко ценить человеческое здоровье и благополучие. Плохо подготовленные парапрофессионалы отличаются снисходительно-презрительным отношением к своим клиентам; обращение за помощью они расценивают как свидетельство личного банкротства клиентов, что в свою очередь используется этими «психотерапевтами» для самоутверждения, для снятия собственной фоновой тревоги. В наше время засилья дилетантов представляется крайне важным становление высокого профессионализма и ответственности психотерапевта. Мы надеемся, что это учебное пособие будет способствовать решению данной задачи.

По содержанию эта книга состоит из двух неравных частей: первая часть касается общих проблем психотерапии, таких, как вопросы профессиональной этики и оценки эффективности

психотерапевтического воздействия; вторая часть посвящена конкретным направлениям и школам психотерапии.

Мы начинали эту работу вместе с замечательным психотерапевтом, сделавшим очень много для возрождения психоанализа и возникновения профессионального сообщества психотерапевтов в России, — Сергеем Григорьевичем Аграчевым. Его всегда отличали незаурядный ум, широкая образованность, мягкий юмор, принципиальная и честная профессиональная позиция, и общение с ним превратило работу над этой монографией в важный экзистенциальный опыт. Его безвременный уход из жизни невосполним, последствия этой утраты не оценены до сих пор. Памяти его посвящаем эту книгу.

А. Я. Варга, И. М. Кадыров, А. Н. Холмогорова

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия как объект научного исследования. *Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле*

Постановка проблемы: кому и зачем нужны исследования по психотерапии?

Главная цель всякого психотерапевтического лечения заключается в том, чтобы помочь пациентам внести необходимые изменения в свою жизнь. Каким образом это можно сделать? Ответ на этот вопрос каждое направление психотерапии дает в терминах собственных понятий (см. другие главы данного труда). Успешность или эффективность психотерапии оценивается в зависимости от того, насколько стойкими и в широком смысле благотворными для пациента оказываются эти изменения. Оптимальными будут те психотерапевтические меры, которые обеспечивают стойкий, продолжительный позитивный эффект. Разумеется, каждая психотерапевтическая школа убеждена, что предлагаемый ею способ помощи пациентам и является оптимальным, предоставляя сомневающимся проверить это на собственном опыте.

В настоящее время осуществляется на практике около четырехсот разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и около двухсот — для детей и подростков (см. Kazdin, 1994); с другой стороны, описано около трехсот психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия (см., например, DSM-III-R, 1987). Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какой вид или виды, или какие сочетания видов психотерапии оптимальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество сочетаний, приблизительно равное двум в четырехсотой степени. Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на триста. Эти занятия комбинаторикой должны убедить читателя, что научно обоснованное исследование психотерапии — не пустая игра изощенного ума, а жизненная необходимость, обусловленная, с одной стороны, многообразием форм и проявлений расстройств и способов их лечения, а с другой стороны — стремлением к нахождению наилучшего решения в каждом конкретном случае.

Исследование проблем психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения, то есть выяснение того, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, то есть как психотерапия в целом и ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. Разумеется, обе эти задачи взаимосвязаны; осуществление первой из них зависит от достижений в решении второй, причем именно вторая задача является наиболее увлекательной*. Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения того, каким образом соотносятся терапевтические трансакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта. Стайлз с соавт. (Stiles, Shapiro, Elliott, 1986) описывают «парадокс эквивалентности» приблизительно равнозначной эффективности разных видов лечения, в которых складываются, по всей видимости, существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. До тех пор, пока этот парадокс не будет разрешен, понимание механизмов лечения останется весьма ограниченным.

* Это, разумеется, авторская позиция.

В данной статье мы намереваемся рассмотреть несколько вопросов. Прежде всего стоит задача обрисовать в общих чертах историю развития исследований по психотерапии; при этом акцент будет сделан на истории изучения психоаналитической или — более широко — психодинамической

индивидуальной психотерапии взрослых пациентов в амбулаторных условиях; будет показано, как на протяжении десятилетий происходило постепенное смещение фокуса исследовательского интереса с одной задачи на другую. Далее более детально будет рассмотрена проблема эффективности психотерапии и основные результаты ее изучения, представленные в литературе на сегодняшний день. И, наконец, в силу личных предпочтений авторов, последняя часть статьи будет посвящена методам и подходам изучения процесса психотерапевтического взаимодействия, в частности, методу структурного анализа социального поведения (SASB) Лорны Бенджамин (Benjamin, 1974) и возможностям, которые он открывает для построения модели психотерапевтического процесса. К сожалению, практически все работы, посвященные этим вопросам, проводятся за рубежом; в силу этого и наш труд является, по существу, обзором зарубежных исследований по психотерапии.

История исследований по проблемам психодинамической психотерапии

С самого начала исследования по психотерапии были направлены как на прикладные цели (в первую очередь на выяснение эффективности психотерапевтического воздействия), так и на фундаментальные — на научную валидизацию психотерапевтического процесса и его результатов. С течением времени фокус исследовательского интереса смещался от чисто прагматического вопроса «Приносит ли психотерапия какую-либо пользу?» к вопросам «Кому какая психотерапия помогает?» и «Как работает та или иная психотерапия?»

В соответствии с исследовательскими задачами можно выделить несколько этапов развертывания изучения психотерапии (см. Kachele, 1992; Kachele, Strauss, 1998). При этом необходимо иметь в виду, что, хотя выделяемые фазы хронологически следуют одна за другой, фактически их нельзя привязать к какому-то одному исследовательскому направлению или какой-то одной школе психотерапии. Их следует скорее понимать как эпохи в развитии исследований, причем на разных этапах то одно, то другое психотерапевтическое направление проявило наибольшую исследовательскую активность и достигло наиболее интересных результатов.

Самыми первыми исследованиями, относящимися к предварительному этапу, или «нулевому циклу», изучения проблем психотерапии, можно считать описания отдельных клинических случаев. В XIX веке это был излюбленный психиатрами методологический подход, и Фрейд естественным образом продолжил эту традицию. В то время детально описанный клинический материал являлся одним из самых надежных способов передачи и обсуждения опыта; однако в наши дни повального сциентизма этот метод подвергается весьма суровой критике. Д. Спенс (Spence, 1993) сформулировал основные черты психоаналитического исследования отдельных случаев, которые не соответствуют канонам научной объективности, как-то: описание случая представляет собой скорее «беллетризированное» захватывающее повествование, нежели научное сообщение; автор клинического описания ссылается исключительно на свой собственный опыт, который не поддается верификации, при этом, разумеется, чрезвычайно велика субъективность представлений и интерпретации материала; описываемый случай никоим образом не может рассматриваться как репрезентативный, поскольку для подобных целей авторы склонны выбирать чем-либо выделяющиеся из общего ряда примеры, и т. д. Тем не менее трудно представить себе историю психоанализа и психотерапии без клинических описаний Фрейда, которые служат своего рода прообразом современной методологии изучения отдельного случая (single case study). Фактически и по сей день имеется еще достаточно сторонников описаний отдельных случаев, которые видят в них источник нового знания о том, как талантливым клиницистам удается находить новые решения сложных проблем. Следует ли считать, что это тоже исследования? По крайней мере необходимо не упускать из виду ряд позитивных сторон, присущих изучению отдельных случаев, а именно:

- 1) тщательное изучение единичного случая может породить сомнения относительно всей теории в целом и тем самым привести к ее пересмотру, дополнению, усовершенствованию и т. п.;
- 2) в ходе анализа отдельного случая может родиться эвристически ценная методика, которая окажется применима и для изучения психотерапии в рамках более строгого эмпирического исследования;
- 3) изучение отдельного случая дает возможность досконально проанализировать ряд редко встречающихся, но важных феноменов;
- 4) изучение отдельного случая может быть организовано таким образом, что полученная информация окажется достаточно объективированной и достоверной;

5) анализ единичного случая — это одно из вспомогательных средств, благодаря которым теоретический «скелет» более успешно «обрастает плотью», а теоретические принципы обретают реальное прикладное значение.

Следующая фаза исследований, которую можно считать первой в действительно научном изучении проблем психотерапии, началась приблизительно в 1930-е годы в русле психоанализа и достигла максимальной интенсивности и, соответственно, максимального успеха в 1950—1970-е годы. Точкой отсчета служат здесь материалы Берлинского психоаналитического института (Fenichel, 1930), в которых приведены катамнестические данные за десятилетний период работы института; появляются затем и другие аналогичные отчеты — Лондонского (Jones, 1936) и Чикагского (за пятилетний период: Alexander, 1937) институтов. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще независимо от конкретной формы психотерапии, диагноза пациентов и т. п. В 1952 году была опубликована обзорная статья Г. Айзенка (Eysenck, 1952), в которой обосновывался в высшей степени критический тезис о том, что психотерапевтическое лечение ведет к успеху столь же часто, сколь часто пациенты поправляются безо всякой помощи психотерапевта. Айзенк на основании сравнения данных об излечении пациентов и статистических материалов о так называемой спонтанной ремиссии показал, что 67 % (то есть две трети) людей, страдающих эмоциональными нарушениями, практически избавляются от этих нарушений в течение двух лет, тогда как психотерапия требует иногда более длительного времени (например, психоанализ), не говоря уже о финансовых и прочих затратах. Эта статья вызвала огромный резонанс — по разным причинам — и в конечном итоге стимулировала и психотерапевтов, и исследователей к более тщательному, продуманному и спланированному изучению результатов психотерапии. Вскоре вышли из печати и другие работы; в некоторых из них также шла речь о магических двух третях «улучшившихся» пациентов, интересно отметить, что среди пациентов относящихся к одной трети, то есть «не улучшившихся», достаточно редко бывали упомянуты те, кто в результате психотерапии «ухудшился», то есть симптомы, с которыми пациент обратился за психотерапевтической помощью, в результате лечения не только не исчезли, а скорее усилились или же сменились другими, не менее мучительными. Систематическое исследование этой проблемы было впервые предпринято А. Бергином (Bergin, 1971).

На этот же период приходится исследование К. Роджерса (Rogers, 1957), которые, по сути, представляют собой промежуточное звено между исследованиями результатов и непосредственно процесса психотерапии. Он же явился пионером в области записи на магнитофон психотерапевтических сеансов. Роджерс искал и опробовал различные методы, которые позволили бы надежно зафиксировать позитивный результат психотерапии; одним из них стала широко известная методика Q-сортировки, при помощи которой Роджерсу удалось показать, например, позитивные изменения в представлении о себе у его пациентов.

Во второй фазе развития исследований центральной является проблема связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание сравнительным исследованиям результатов воздействия различных психотерапевтических подходов.

В американском городе Топека на базе Меннингеровской клиники в 1950-е годы было разработано, а затем и проведено самое трудоемкое из всех имеющихся на сегодня исследований по психотерапии; завершающий отчет по этому проекту представлен в работе Р. Валлерстейна (Wallerstein, 1986)*. В основу данного исследования был положен методологический принцип, вытекающий из предшествующего хода изучения психотерапии: «Исходя из теоретических соображений, мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответы на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, ориентированные на характер заболевания и процесс изменения» (Wallerstein et al., 1956).

* На протяжении последующих лет участники проекта продолжали публиковать все новые материалы, относящиеся к проекту; на русском языке вышла в свет одна из подобных работ, принадлежащая перу Валлерстейна (см. «Иностранная психология», 1997).

Еще одно методологически важное положение Меннингеровского проекта заключалось в том, что исследование проводилось в естественных условиях, то есть таким образом, чтобы оказывать минимальное воздействие на течение клинического процесса (а лучше всего вообще никакого), и согласно этому положению пациенты были направлены для прохождения той или иной терапии не в

случайном порядке, а в соответствии с клиническими показаниями. 22 пациента проходили клинический психоанализ, 20 пациентов — психоаналитическую психотерапию, причем 22 человека из всех обследованных в течение какого-то времени лечились стационарно, а остальные — только амбулаторно (из этого можно сделать вывод о тяжести заболеваний пациентов). Для обследования пациентов в начале и в конце терапии, а также по прошествии определенного времени после окончания лечения использовались различные методы, в том числе подробная клиническая оценка квалифицированными экспертами (психотерапевтами и психоаналитиками) каждого случая.

Основные результаты этого героического исследования сформулированы Кернбергом (Kernberg et al., 1972) и Валлерстейном (Wallerstein, 1986); Кернберг утверждает, что для всего спектра психоаналитически ориентированной психотерапии прогностически хорошим показателем является сила Эго пациента, независимо от компетентности терапевта; при меньшей силе Эго пациента исход лечения не зависит от того, делается ли акцент на интерпретативной или поддерживающей стороне психотерапии: в любом случае успех терапии незначительный. Клинически тщательная проработка результатов исследования позволяет Валлерстейну более дифференцированно проинтерпретировать результаты: в целом можно утверждать, что во всех сорока двух случаях психотерапия содержала больше поддерживающих компонентов, нежели предполагалось исходно, и что поддерживающие компоненты играют важную роль в обеспечении успеха терапии.

В методологическом отношении важным итогом Меннингеровского исследования является обнаружение того факта, что даже количественные результаты изучения психотерапии неоднозначны сами по себе: исследователи, как теоретики, так и клиницисты, стремясь найти подтверждение своей любимой идее, при анализе одних и тех же данных могут прийти к неодинаковым выводам.

Третья фаза изучения проблем психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, искусственно построенным экспериментальным условиям и обращается вновь к натуралистическим методам, сохраняя при этом стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению. Один из участников Меннингеровского проекта, Л. Люборски в 1968 году провел собственное исследование в рамках так называемого Пенсильванского проекта, подробный отчет о котором вышел спустя двадцать лет (Luborsky et al., 1988). В ходе этого исследования надлежало оценить эффективность прогностических показателей результатов психотерапии. Было обследовано 73 пациента, проходивших так называемую экспрессивно-поддерживающую психотерапию (длительностью от 8 до 264 сеансов), причем все сеансы были записаны на аудиокассеты.

Результаты изучения подтвердили ожидания относительно прогностических факторов: лучшими показателями являются а) показатель психологического здоровья (по шкале HSRS), б) эмоциональная свобода, в) сверхконтроль, г) сходство между пациентом и терапевтом. Тем самым еще раз подтверждается положение о том, что для психодинамической психотерапии исходная степень душевного здоровья пациента выступает в качестве наиболее надежного прогностического признака успешности психотерапии. Наиболее общие итоги Пенсильванского проекта выглядят следующим образом:

- 1) состояние большинства пациентов, прошедших хотя бы несколько сеансов психотерапии, улучшается;
- 2) базисные личностные паттерны изменяются в результате психотерапии, однако и после терапии центральный паттерн взаимодействия сохраняет свою конфигурацию в большей степени за счет незначительного изменения структуры, обозначаемой как «желание», при заметном изменении структур, называемых «реакция другого» и «реакция субъекта»;
- 3) лишь немногие заканчивают психотерапию в худшем психологическом состоянии, чем до лечения (см. таблицу 1).

Т а б л и ц а 1

Сравнительная оценка эффективности психотерапии по оценкам терапевтов и экспертов

	Оценка терапевта	Оценка эксперта
Высокая степень улучшения	22	5

Средняя степень улучшения	43	51
Некоторое улучшение	27	27
Никаких изменений	7	14
Ухудшение	1	3

В целом исследование вновь подтвердило вывод о том, что мера душевного здоровья пациентов, или, иначе говоря, степень их сохранности, является статистически значимым прогностическим показателем будущего успеха психотерапии, что, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии. Люборски, однако, не остановился на воспроизведении уже известных фактов; он также показал, что межличностное взаимодействие между пациентом и терапевтом в психоаналитической ситуации должно содержать факторы, благотворно воздействующие на процесс излечения. Еще в рамках Меннингеровского исследования он выделил восемь лечебных факторов психотерапии (Luborsky, Schimek, 1964):

- 1) опыт переживания отношений поддержки;
- 2) способность терапевта понимать и реагировать;
- 3) возрастающее самопонимание пациента;
- 4) уменьшение «навязчивости» межличностных конфликтов;
- 5) способность пациента интернализировать достигнутое в процессе психотерапии;
- 6) обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам;
- 7) мотивация к изменению себя;
- 8) способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику.

В Пенсильванском исследовании в числе прочих методов применялся разработанный Люборски метод выявления центральной конфликтной темы отношений*. Было показано, что в успешных случаях терапии конфликтные отношения пациента утрачивают свой непреходящий и центральный характер, особенно если интерпретационная работа направлена на эти отношения. Это в свою очередь влечет за собой снижение интенсивности симптоматики. Тем самым в исследовании Люборски получил подтверждение один из центральных пунктов теории психодинамической психотерапии относительно связи межличностных конфликтов и невротической симптоматики.

* CCRT - Central Core Conflictual Theme; на русском языке об этом методе см.: *Калмыкова Е. С.* Об одном методе исследования изменений индивидуального сознания в процессе психотерапии// Психологический журнал. 1994. № 2.

В общем и целом в 70-е годы интерес исследователей, как уже отмечалось, сосредоточивался на изучении конфигураций отношений пациента в терапии и вне ее; при этом делаются попытки выделения различных структурных единиц отношений - уже упомянутый центральный паттерн отношений (Luborsky, Schimek, 1964), конфигурации отношений (Hogowitz, 1979), структуры сознания (Dahl, 1988) и др. Наряду с ориентированным на структуру подходом разрабатывается подход, ориентированный на понимание процесса формирования отношений - Вайсе и Сэмпсон (Weiss, Sampson, 1986), Мертон Гилл и Ирвинг Хоффман (Gill, Hoffman, 1982). Кроме того, развиваются методы микроанализа невербальных аспектов психотерапевтического взаимодействия; так, например, работы Р. Краузе (Krause, 1988; Krause, Luetolf, 1988) по изучению тонких мимических взаимодействий между пациентом и терапевтом открывают путь к эмпирически обоснованному пониманию процессов переноса-контрпереноса. Сотрудничество психотерапевтов и лингвистов позволяет проводить дискурс-анализ протоколов психотерапевтических сеансов (Flader et al., 1982), благодаря чему понятийный аппарат лингвистики переносится в область терапевтического диалога, открывая тем самым возможность более осознанного использования вербальных и паравербальных средств взаимодействия в клинической работе.

Изучение эффективности психотерапии

Общий эффект психотерапии

Исследования результатов психотерапии — это одна из тех областей, где полученные данные допускают множественное толкование, во многом обусловленное методом сбора материала и понятиями, посредством которых данные интерпретируются. Наиболее объективными считаются

результаты, полученные путем так называемого метаанализа отдельных исследований. Первые метаисследования, направленные на подтверждение благоприятного воздействия психотерапии в самых общих чертах путем сравнения результатов применения различных психотерапевтических техник, показали, что у тех, кто проходил психотерапию, улучшение наступает значительно чаще, чем у тех, кто психотерапию не проходил (Bergin, Garfield, 1994). Тем не менее эти данные не находятся в противоречии с тем фактом, что у отдельных пациентов в результате психотерапии может наступить ухудшение. Таким образом, метаанализ, несмотря на претензии на объективность, в действительности приводит к противоречивым заключениям. Но все же он позволяет однозначно говорить о наличии психотерапевтического эффекта по сравнению с отсутствием лечения. К настоящему моменту почти не осталось сомнений в том, что психотерапия в общем и целом оказывает благотворное воздействие на пациентов, хотя признается также, что не всегда удается достичь позитивных изменений в желаемой степени.

Позитивные изменения при отсутствии лечения

Если психотерапия является эффективной, то изменения, вызываемые ею, должны быть более значительными, чем те, которые могут возникнуть сами по себе (так называемая спонтанная ремиссия). Это тот самый вопрос, который был поднят Айзенком (Eysenck, 1952) еще в 1952 году и который поставил под сомнение саму ценность психотерапии как способа лечения. Это послужило стимулом к развертыванию множества исследований, в ходе которых постепенно вырабатывалась современная методология изучения эффективности психотерапии. К сожалению, в большинстве ранних эмпирических работ не применялась, например, такая методология исследований, согласно которой пациенты в случайном порядке распределяются на тех, кто будет получать психотерапевтическое лечение, и тех, кто окажется в контрольной группе. В результате оказывается невозможным достоверно сравнить пациентов, проходивших и не проходивших лечение. Последовавшие после сенсационной работы Айзенка исследования, основанные на метаанализе той же литературы, которую использовал Айзенк, а также других источников, свидетельствует о том, что реальные показатели улучшения при отсутствии психотерапии были существенно ниже, чем указывает Айзенк. Исследования Бергина и Ламберта, например, показали, что спонтанная ремиссия возникала примерно у 40 % невротических пациентов (Bergin, Lambert, 1978). В другом исследовании, проведенном Ховардом с соавт. (Howard et al., 1986) на материале метаанализа отдельных работ, в которых в общей сложности приводились данные по 2431 пациенту, собранные за период около тридцати лет, была выявлена стабильная закономерность, отражающая взаимосвязь между количеством психотерапевтических сеансов, полученных пациентом, и степенью его улучшения.

В исследованиях с применением плацебо обнаружено, что состояние пациентов, получивших плацебо, улучшается в большей степени, чем состояние пациентов из контрольной группы, не получавших никакой терапии, но пациенты, прошедшие психотерапию, демонстрируют еще большее улучшение. В любой психотерапии присутствуют внимание, уважение, поддержка, которые оказываются важным лечебным фактором. Разумеется, имеются достаточно убедительные свидетельства того, что результаты даже краткосрочного психотерапевтического вмешательства могут быть стойкими и продолжительными. Так, Николсон и Берман (Nicholson, Berman, 1983) на материале метаанализа шестидесяти семи исследований эффективности психотерапии приходят к выводу, что на начальных этапах психотерапии возникает заметное улучшение, которое на последующих стадиях сохраняется и возрастает; оно сохраняется также спустя длительное время после окончания лечения.

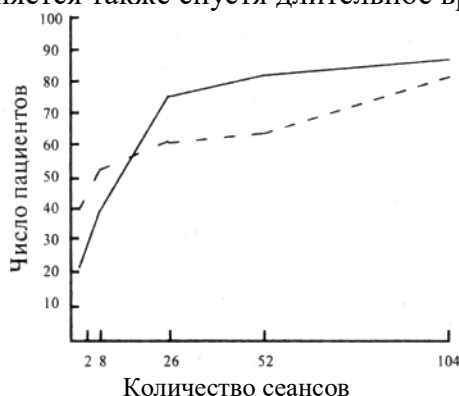


Рис. 1. Соотношение между количеством психотерапевтических сеансов и числом пациентов (в процентах), состояние которых улучшилось (сплошная линия показывает изменение объективных показателей улучшения в конце лечения; пунктирная линия — изменение субъективных показателей по ходу лечения).

Следующий вопрос, заслуживающий подробного рассмотрения, — это вопрос о том, какая психотерапевтическая техника оказывается наиболее эффективной. В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или к интеграции различных технических и теоретических подходов в единый обширный подход к лечению, для которого характерно избегание какого-либо строгого правила, выработанного той или иной школой. Тем не менее сохраняется тенденция различать в психотерапии два течения: с одной стороны, это школы и направления, связанные с психодинамическими и гуманистическими теориями, а с другой стороны — с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими теориями и подходами. Это разделение отражается не только на применяемых техниках, но и на программах обучения психотерапевтов (акцент на анализе клинических случаев, личном опыте, штудировании теоретических работ или же на научных принципах, экспериментальных данных, «технологиях» терапевтических воздействий). Что касается эффективности обоих этих течений, то недавние сравнительные исследования различных авторов показали, что психотерапевтическая действенность многочисленных разновидностей лечения приблизительно одинакова. Хотя эти исследования проводились традиционными методами, применение более современной методологии метаанализа данных принесло в целом те же результаты (Bergin, Lambert, 1978; Beutler, 1979; Goldstein, Stein, 1976; Kellner, 1975; Rachman, Wilson, 1980; Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Shapiro, Shapiro, 1982; Nicholson, Berman, 1983).

Например, в так называемом Шеффилдском проекте (Shapiro, Firth, 1987) когнитивно-бихевиоральная терапия (обозначенная авторами исследования как «предписывающая»), включающая техники релаксации и совладания с тревогой, рациональное переструктурирование и тренинг социальных навыков, сопоставлялась с терапией (обозначенной как «эксплоративная»), ориентированной на отношения. Клиентами были рабочие и служащие, страдавшие от невротической депрессии или тревоги. В исследовании использовался «перекрестный» экспериментальный дизайн, согласно которому каждая пара «терапевт—пациент» работала по восемь недель (один сеанс в неделю) в одном терапевтическом жанре, после чего ровно столько же времени в другом жанре терапии. Такой дизайн позволяет с высокой степенью надежности контролировать переменные, связанные с личностью пациента и терапевта, благодаря чему возникает возможность оценить эффект терапевтического воздействия. Результаты показали небольшое преимущество «предписывающей» психотерапии по опросникам, оценивающим выраженность симптомов, и по стандартизованному психиатрическому интервью, однако из 30 случаев лишь в 7 различия по эффективности оказались статистически значимыми.

В целом многочисленные отдельные исследования и результаты метаанализа приводят к заключению, что различные техники психосоциальной терапии оказываются приблизительно равными по эффективности. Незначительное преимущество когнитивно-бихевиоральных подходов, которое обнаруживается в большинстве подобных работ, можно объяснить, например, тем, что методы измерения эффективности фиксируют в первую очередь поведенческие изменения у пациентов, а не количество или качество инсайтов, пережитых ими в ходе терапии. Еще одно возможное объяснение: подавляющее большинство подобных исследований проводится психотерапевтами именно когнитивно-бихевиоральной ориентации, так что неудивительно, что результаты интерпретируются в пользу «своего» направления.

Однако более интригующим итогом исследований представляется как раз малая степень различий в эффективности столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям психотерапевтических школ; для объяснения этого факта предлагается три альтернативных гипотезы:

1. Различные психотерапии достигают сходных целей посредством различных процессов.
2. В действительности имеют место различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями.
3. Различные формы терапии включают в себя определенные общие для всех компоненты, которые оказывают лечебное воздействие, хотя и не занимают центрального места в присущем данной школе теоретическом обосновании психотерапевтического изменения.

В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно ни полностью доказать, ни полностью опровергнуть; пожалуй, наибольшее число сторонников собрала третья гипотеза, предполагающая

наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним в первую очередь относятся: теплота и поддержка, внимание к пациенту, надежность психотерапевта, некоторая доля суггестии, ожидание улучшения и запрос на улучшение. Среди общих факторов наиболее исследованы так называемые «необходимые и достаточные условия» личностного изменения пациента, выявленные в рамках центрированного на клиенте подхода (Rogers, 1957): эмпатия, позитивное отношение, ненавязчивая теплота и конгруэнтность психотерапевта. Практически все школы психотерапии признают, что данные характеристики отношения терапевта к пациенту важны для достижения улучшения в терапии и являются также фундаментальными в построении терапевтического альянса. Ламберт и Бергин (Lambert, Bergin, 1994) предлагают следующий перечень общих факторов, сгруппированных в три категории — поддержка, научение, действие, — связанные с успешным исходом психотерапии:

Поддержка	Научение	Действие
Катарсис	Информация	Поведенческая регуляция
Идентификация с психотерапевтом	Аффективные переживания	Когнитивное совладание
Уменьшение изолированности	Ассимиляция проблематичного опыта	Совладание со страхом
Позитивные отношения	Изменения ожиданий в области собственной эффективности	Принятие риска
Снятие напряжения	Когнитивное научение	Подражание
Терапевтический альянс	Корректирующий эмоциональный опыт	Упражнение
Активное участие во взаимодействии	Исследование внутренних фреймов	Проверка реальности
Компетентность психотерапевта	Обратная связь	Опыт переживания успеха
Теплота, уважение, принятие, эмпатия, конгруэнтность терапевта	Инсайт	Проработка
Доверие	Принципы	

В последнее время становится также все более очевидно, что определенные личностные качества пациента играют существенную роль в формировании терапевтических отношений и, соответственно, влияют на исход терапии. Страпп (Strupp, 1980a, 1980b, 1980c, 1980d) сообщает о четырех сериях исследований, в каждой из которых два пациента проходили краткосрочную терапию у одного и того же психотерапевта, причем один из пациентов демонстрировал значительный прогресс, а терапия второго пациента была оценена как неудачная. Эти сообщения являются частью обширного исследования с использованием различных методов оценки эффективности психотерапии и анализа взаимодействий между пациентом и терапевтом. Во всех упомянутых случаях пациентами были студенты колледжа (мужчины), страдавшие от тревожности, депрессии, социальной отстраненности. Все терапевты, принимавшие участие в исследовании, обладали достаточно хорошими профессиональными навыками, однако межличностные отношения с каждым из двух пациентов существенно различались. В восьми полученных отчетах (по два от каждого терапевта) пациент, достигший значительного успеха, характеризовался как более ориентированный на построение значимых отношений с терапевтом и действительно сумевший это сделать, тогда как «неуспешный» пациент не сформировал отношений с терапевтом и был склонен взаимодействовать на более поверхностном уровне.

Благодаря исследовательскому дизайну вклад психотерапевта в обоих случаях можно было считать более или менее константным, что позволяло приписать различия в результатах терапии переменным, привнесенным пациентами. Сюда можно отнести такие факторы, как организация Эго пациента, зрелось, мотивация, способность активно включиться в предлагаемый межличностный процесс. Страпп подчеркивает, что опыт прошлых межличностных отношений пациента играет важную роль для достижения им значимых изменений в ходе терапевтического взаимодействия. К сходным результатам приходят также Люборски (Luborsky et al., 1979), Кросс и Шихэн (Cross, Sheehan, 1982), Моррис и Сакермэн (Morris, Suckerman, 1974a, 1974b, 1975) и ряд других авторов. В последние годы проявляется тенденция к сопоставлению не столько эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на

конкретное психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления. В результате этих исследований, с одной стороны, подтверждается ведущая роль «неспецифических» компонентов психотерапии; с другой стороны, удается обнаружить некоторые специфические факторы; например, в случае лечения депрессии в контексте когнитивно-бихевиорального направления важным моментом является новый способ описания проблемы, предлагаемый терапевтом, а также постоянная «обратная связь» от терапевта к пациенту относительно продвижения последнего и т. п.

В целом изучение эффективности психотерапии позволяет прийти к ряду выводов, имеющих значение для теории и практики психотерапии, а также для дальнейшего развития исследований:

1. Многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на пациентов различного типа, причем это влияние является не только статистически значимым, но и клинически продуктивным. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями.

2. Результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными; хотя некоторые проблемы, как, например, наркотическая зависимость, имеют тенденцию возникать снова и снова; многие из новообразований, достигнутых в ходе психотерапии, сохраняются в течение долгого времени. Это объясняется отчасти тем, что многие виды психотерапии направлены на создание постоянно функционирующих изменений, а не исключительно на снятие симптомов.

3. Различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это отнюдь не является непреложной закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма невелика для определенного типа проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддаются краткосрочной психотерапии.

4. Несмотря на то, что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время придерживаются эклектического подхода. Это, с одной стороны, отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвержение существовавшей прежде установки на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой стороны, это позволяет максимально гибко приспосабливать технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии.

5. Межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся общими для всех видов психотерапии, по-видимому, выступают как важные детерминанты улучшения состояния пациентов. При этом со всей очевидностью обнаруживается тот факт, что помогать людям справляться с депрессией, тревогой, чувством неадекватности, внутренними конфликтами, помогать им строить более живые отношения с окружающими и открывать для себя новые перспективы можно лишь в контексте доверительных, теплых, принимающих отношений. Дальнейшие исследования должны фокусироваться не столько на детерминантах отношений, общих для всех видов психотерапии, сколько на специфическом значении отдельных конкретных интеракций между пациентом и терапевтом.

6. И, наконец, необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия; одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, другой — личность пациента. Совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты непременно достигают успеха с любым пациентом. Из этого следует, что есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающемся не только на клинических суждениях, но и на систематических эмпирических данных.

Методы изучения психотерапевтического взаимодействия

Методы исследования психотерапевтического процесса в целом и — более узко — психотерапевтического взаимодействия можно расклассифицировать в соответствии со следующими категориями измерений: методы прямого/непрямого измерения; фокус анализа; перспектива анализа; изучаемый аспект процесса, тип шкалирования, теоретическая ориентация (см. Lambert, Hill, 1994). Прямые методы подразумевают кодировку или оценку поведения в ходе реальных сеансов или их записей (транскриптов, аудио- или видеозаписей). Это обычно делают так называемые эксперты или судьи. Соответственно, не прямые методы — это опросники, заполняемые, как правило, сразу после

сеанса непосредственными участниками терапевтического процесса и характеризующие их состояние в ходе сеанса.

Фокусов анализа может быть три: пациент, терапевт, диадическое взаимодействие; под перспективой же анализа понимается точка зрения, с которой описывается психотерапевтический процесс, соответственно, терапевта, пациента или же «независимого» эксперта. В прошлые времена предполагалось, что эксперты могут судить о процессе терапии объективно, поскольку они не задействованы в нем лично. В настоящее время нет сомнений в том, что эксперты могут быть не менее пристрастны, чем непосредственные участники взаимодействия, однако их пристрастия не обусловлены включенностью в процесс.

Эллиот (Elliott, 1991) предлагает различать четыре аспекта процесса взаимодействия: содержание (что именно говорится); действия (какого рода действие осуществляется — вопрос, просьба и т. д., то есть характер речевого акта); стиль/состояние (как именно говорится, например, эмпатически, осуждающе и т. д.); качество (насколько хорошо нечто говорится или делается).

При шкалировании используются чаще всего шкалы типа ликертовских — пяти-, семи- или девятибалльные. Другой способ описания — категориальная кодировка, когда все данные квалифицируются в соответствии с некой системой категорий. Наконец, время от времени применяется так называемая Q-сортировка, при которой эксперты оценивают психотерапевтический процесс в категориях, распределенных по оценочной шкале. Теоретическая ориентация, в рамках которой создавался метод, может существенно ограничивать возможности его применения для каких-либо других видов психотерапии; здесь важно учитывать методологический принцип «конгруэнтности проблемы лечения и результата»: вразумительность исследования психотерапии определяется изоморфизмом или конгруэнтностью наших понятий относительно клинической проблемы, а также процессом терапевтического изменения и клиническим результатом (Strupp, Schacht, Henry, 1988, p. 7).

Наиболее полные описания имеющихся на сегодня методов исследования психотерапевтического процесса представлены в сборниках под редакцией Гринберга и Пинсофа (Greenberg, Pinsof, 1986), Кислера (Kiesler, 1973), Рассела (Russell, 1987). В нашей статье мы коснемся лишь одного из них, направленного на анализ взаимодействий между психотерапевтом и пациентом. Речь пойдет о разработанном Л. Бенджамин методе САСП — структурном анализе социального поведения (SASB — Structural Analysis of Social Behavior, 1974), который широко используется для изучения интеракций между пациентом и психотерапевтом в индивидуальной и семейной психотерапии.

САСП основывается на так называемой циркулярной модели социального поведения, предложенной Т. Лири и получившей дальнейшее развитие в трудах Дж. Кислера (Kiesler, 1983). Согласно этой модели, все межличностное поведение можно описать в одной плоскости, на которой задаются две оси — ось аффилиации (любовь-ненависть) и ось взаимозависимости (независимость-контроль). Л. Бенджамин в своей модели предлагает различать три плоскости вместо одной в соответствии с фокусом внимания интеракции: любая интеракция может быть либо направлена на партнера (транзитивный фокус), либо является ответной реакцией на предшествующую интеракцию партнера (интранзитивный фокус), либо может выражать состояние «я» субъекта (интроективный фокус).

Межличностная теория, на которой базируется САСП, восходит к Г. С. Салливану (Sullivan, 1953). Согласно его точке зрения, личностная концепция Я вытекает из тех оценок, которые индивидуум получает в течение своей жизни со стороны значимых для него людей. Тем самым личность понимается как постоянно заново формирующаяся результирующая субъективно интернализованных прошлых отношений. На этой базе Бенджамин разработала единую динамическую модель межличностного взаимодействия и интрапсихических функций, включающую в себя сенситивную и в то же время удобную технологию соответствующих измерений. Для прогнозирования индивидуального поведения она стремится в первую очередь понять мироощущение субъекта.

Структурный анализ социального поведения выходит за грань вышеупомянутых плоскостных круговых моделей, выделяя в каждом коммуникативном акте с помощью различных фокусировок (с точки зрения действующего лица) три плоскости межличностного взаимодействия: транзитивную (активную), нетранзитивную (реактивную) и плоскость интроекта. Благодаря различению трех плоскостей межличностного взаимодействия, в особенности благодаря различению активного (транзитивного) и реактивного (интранзитивного) фокуса, то есть в зависимости от направленности коммуникативных действий, методика САСП решает хроническую проблему простых круговых моделей: в них, например, стремление доминировать над другими людьми оказывается прямой противоположностью желания подчиняться, при этом оба качества — активность и реактивность —

оказываются на одном и том же полюсе контрольного измерения. Лишь различие коммуникативной направленности (фокуса), вводимое в САСП, позволяет избежать смешения активного и реактивного измерения человеческого общения, благодаря чему теперь можно сформулировать дифференцированные транзактные концепции комплементарности, антитезы и т. д.

САСП представляет собой не простой «тест», а систему, с помощью которой мы можем моделировать и анализировать межличностные транзакции, непосредственно увязывая их с Я-концепцией рассматриваемого человека. Поэтому она особенно подходит для поддержания и понимания текущих терапевтических процессов. С точки зрения теории общения принято различать аспекты содержания и отношения в отдельном коммуникативном акте; метод САСП в принципе подходит для анализа обоих аспектов, все же в основном его применяют при изучении аспекта построения отношения, отвечая на вопросы: кто, как и к кому относится и как тот в свою очередь на это реагирует?

Ориентация на процесс построения отношений означает, что методика должна выявлять и кодировать межличностные интеракции между участниками. Кодирование таких интеракций по САСП производится феноменологически по наблюдаемым проявлениям, не допуская спекулятивных теоретических заключений о неосознаваемой «сути происходящего», которая якобы проявляется в определенной сцене. Благодаря этому при правильном понимании и применении метод САСП оказывается нейтральным по отношению к отдельным психотерапевтическим школам и именно поэтому предлагает им универсальный язык общения. Психоаналитики и поведенческие терапевты могут, таким образом, обмениваться мнениями без необходимости делать скидку на неприемлемые теоретические предпосылки позиций оппонента. Это означает, что применение метода САСП позволяет осуществить методологический принцип конгруэнтности «проблемы лечения и результата», обеспечивающий релевантность, валидность и сопоставимость получаемых данных.

Особо продуктивным оказывается этот метод при изучении различных составляющих психотерапевтического процесса. Так, в исследовании Хенри, Шахта и Страппа (Henry, Schacht, Strupp, 1986) было показано, что один и тот же психотерапевт, выстраивая различные межличностные отношения с тем или иным пациентом, может достичь успеха или потерпеть неудачу в терапии. Факт, что межличностный процесс коррелирует с успешностью терапии, подтвердился для различных психотерапевтических направлений. В успешных случаях психотерапевт осуществляет по отношению к пациенту в большей степени аффилиативный контроль и в меньшей — враждебный контроль и предоставляет большую аффилиативную автономию; пациент, со своей стороны, демонстрирует в большей степени дружескую дифференциацию и в меньшей степени — враждебную сепарацию по отношению к психотерапевту. Далее, для успешных случаев характерна большая позитивная комплементарность взаимодействий психотерапевта и пациента, когда оба участника коммуникации действуют в дружеской манере, и значительно меньшая негативная комплементарность (один дружелюбен, другой враждебен), чем для неуспешных случаев.

Метод САСП благодаря наличию третьей плоскости (плоскости интроекта, то есть структуры, содержащей комплекс представлений о себе и средства саморегуляции) дает возможность также анализировать внутриличностную динамику пациента в связи с текущим интерперсональным процессом. С теоретической точки зрения именно изменение интроекта по направлению к большей адаптированности позволяет пациенту прийти к разрешению «проблемы» и, соответственно, определяет успех психотерапии. Исходя из этого, можно ожидать, что интернализация позитивного межличностного процесса обеспечит позитивное же изменение интроекта пациента, и наоборот; эта гипотеза была также подтверждена в другом исследовании (см. Henry et al., 1990).

Обобщенное представление о возможностях изучения психотерапевтического процесса, предоставляемых методом САСП, сформулировано в работе У. Хенри (Henry, 1996): САСП позволяет операционализировать психодинамические конструкты и понятия таким образом, что они становятся доступны для исследования в рамках принципа конгруэнтности «проблемы лечения и результата». Это открывает путь к сопоставлению различных видов психотерапии, к построению интегративной модели психотерапии и в конечном итоге — к пониманию механизмов изменений пациентов и к возрастанию эффективности и успешности психотерапевтического воздействия в целом.

Мы надеемся, наш краткий обзор исследований по психотерапии позволяет читателю прийти к заключению, что психотерапевтическая деятельность в целом становится предметом изучения фундаментальной науки — общей психологии, клинической психологии, психолингвистики. В то же время в среде психотерапевтов-клиницистов исследовательская работа часто воспринимается как нечто

чуждое самому искусству психотерапии, гармонию которого невозможно «поверить алгеброй». Подобное отношение к научному исследованию достойно сожаления, и остается только уповать, что большая информированность о проводимых исследованиях поможет изменить сложившийся стереотип.

Библиография

- Alexander F. (1937) Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937. — Chicago, Institute of Psychoanalysis.
- Benjamin L. S. (1974) Structural analysis of social behavior // *Psychological Review*. 81,392-425.
- Bergin A. (1971) The evaluation of therapeutic outcomes // *Garfield S. L., Bergin A. E. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change*. — N. Y.: Wiley, 217-270.
- Bergin A. E., Lambert M. I. (1978) The evaluation of therapeutic outcomes // *Garfield S. L., Bergin A. E. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change: An Empirical Analysis*. 2nd ed. — N. Y.: Wiley.
- Bergin A. E., Garfield S. L. (Eds.) (1994) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4th ed. — N. Y.: Wiley.
- Beutler L. E. (1979) Toward specific psychological therapies for specific conditions // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 47, 882-892.
- Cross D. G., Sheehan P. W. (1982) Secondary therapist variables operationing in short-term insight-oriented and behavior therapy // *British J. of Medical Psychology*. 55, 275-284.
- Dahl H. (1988) Frames of mind // *Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) Psychoanalytic process research strategies*. — N. Y., 51-66.
- Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) (1988) *Psychoanalytic process research strategies*. — N. Y.
- Elliott R. (1991) Five dimensions of therapy process // *Psychotherapy Research*. 1,92-103.
- Eysenk H. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation // *J. Consult. Psychology*. 16,319-324.
- Fenichel O. (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930 // *Rado S., Fenichel O., Muller-Braunschweig C. (Hg.) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, Poliklinik und Lehranstalt*. — Wien: Int. Psa. Verl., 13-19.
- Flader D., Grodzicki W. D., Schroter K. (1982) *Psychoanalyse als Gespräch: Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. — Frankfurt/M, Suhrkamp.
- Gill.M. M., Hoffman I. S. (1982) Analysis of transference. Vol. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. — N. Y.: Intern. Univ. Press.
- Goldstein A. P., Stein N. (1976) *Prescriptive psychotherapies*. — N. Y.: Pergamon.
- Greenberg L., Pinsof W. (Eds.) (1986) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. — N. Y: Guilford.
- Henry W. P. (1996) Structural Analysis of Social Behaviour as a Common Metric for Programmatic Psychopathology and Psychotherapy Research // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 64, 6, 1263-1275.
- Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1990) Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 768-774.
- Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1986) Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 54,27-31.
- Horowitz M. Z. (1979) *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. — New York/London.
- Howard H. I, Kopte S. M., Krause M. S., Orlinsky D. E. (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy // *American Psychologist*. 41, 159-164.
- Jones E. (1936) *Report of the Clinic Work*. London Clinic of Psychoanalysis.
- Kächele H. (1992) Psychoanalytische Psychotherapieforschung // *Psyche*. 46, 3, 259-285.
- Kächele H., Strauss B. M. (1998) *Approaches and Methods in Psychotherapy Research or Do we need Empirically Validated / Supported Treatments*. — Motevideo.
- Kazdin A. (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // *Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change*, 4th ed. — N. Y: Wiley, 19-71.
- Kellner R. (1975) Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // *Archives of General Psychiatry*. 35, 1021-1028.
- Kernberg O. E, Bursteine E. D., Coyne L., Appelbaum A., Horwitz L., Voth H. (1972) *Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation* // *Bull. Menninger Clin*. 36, 3-275.
- Kiesler D. (1973) *The process of psychotherapy*. — Chicago: Aldine.

- Kiesler D. (1983) The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions // *Psychol. Rev.* 90, 3, 185-214.
- Krause R. (1988) Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der «frühen» Störungen // *Psychotherapy and Medical Psychology.* 38, 77-86.
- Krause R., Luetolf P. (1988) Facial Indicators of transference processes within psychoanalytic treatment // *Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) Psychoanalytic process research strategies.* — N. Y, 241-256.
- Lambert M., Bergin A. (1994) The effectiveness of psychotherapy // *Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change.* 4th ed. — N. Y: Wiley, 143-189.
- Lambert M., Hill C. (1994) Assessing psychotherapy outcomes and processes // *Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change.* 4th ed. — N. Y: Wiley, 72-113.
- Luborsky L., Bachrach H., Graff H., Pulver S., Christoph P. (1979) Preconditions and consequences of transference interpretations: A clinical-quantitative investigation // *J. of Nervous and Mental Disease.* 167, 391-401.
- Luborsky L., Schimek J. (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment// *Worche P, Byrne T. (Eds.) Personality change.* — N. Y: Wiley.
- Luborsky L., Singer B., Luborsky L., (1975) Comparative studies of psychotherapy // *Archives of General Psychiatry.* 32, 995-1008.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. (1988) Who Will Benefit From Psychotherapy. — N. Y: Basic Books.
- Morris R. J., Suckerman K. R. (1975) Morris and Suckerman reply // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* 43, 585-586.
- Morris R. J., Suckerman K. R. (1974) The importance of therapeutic relationships in systematic desensitization // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* 42, 148.
- Morris R. J., Suckerman K. R. (1974) Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* 42, 244-250.
- Nicholson R. A., Berman J. S. (1983) Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // *Psychological Bulletin.* 93, 261-278.
- Rachman S., Wilson G. T. (1980) The effect of psychological therapy: Second enlarged edition. — N. Y.: Pergamon.
- Rogers C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change//*J. Of Consulting Psychology.* 21, 95-103.
- Russell R. (1987) Language in psychotherapy: Strategies of discovery. - N. Y.: Plenum.
- Shapiro D., Firth J. (1987) Prescriptive versus exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project // *British J. of Psychiatry.* 151, 790-799.
- Shapiro D. A., Shapiro D. (1982) Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement // *Psychological Bulletin.* 92, 581-604.
- Spence D. (1993) Traditional case studies and prescriptions for improving them// *Miller N. et al. (Eds.) Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice.* — N. Y: Wiley.
- Stiles W. B., Shapiro D. A., Elliott R. (1986) Are all psychotherapies equivalent? // *American Psychologist.* 41, 165-180.
- Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 1 // *Archives of General Psychiatry.* 37, 595-603.
- Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 2 // *Archives of General Psychiatry.* 37, 708-716.
- Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 4 // *Archives of General Psychiatry.* 37, 974-945.
- Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counsellor // *Archives of General Psychiatry.* 37, 831-841.
- Strupp H., Schacht T., Henry W. (1988) Problem-Treatment-Outcome congruence: A principle whose time has come // *Dahl H., Kächele H., Thoma H. (Eds.) Psychoanalytic process research strategies.* — N. Y, 1-14.
- Sullivan H. S. (1953) The interpersonal theory of psychiatry. — N. Y.: Norton.
- Wallerstein R. S. (1986) Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. — N. Y: Guilford.
- Wallerstein R. S., Robbins L., Sargent H., Luborsky L. (1956) The psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report // *Bull. Menninger Clin.* 20, 221-278.

Weiss J. B., Sampson H. (1986) *The psychoanalytic process: theory clinical observation and empirical research.* — N. Y: Guilford.

Этические основы психотерапии. Н. Д. Семенова

Этика (от греч. *ethika*, от *ethikos* — касающийся нравственности, выражающий нравственные убеждения, *ethos* — привычка, обыкновение, нрав) в узком смысле слова значит учение об основных принципах нравственности. Этика — нормативная наука о законах и нормах человеческого поведения.

Ф. А. Брокгауз, И. А. Эфрон. Энциклопедический словарь

Начнем с описания нескольких случаев из нашей психотерапевтической практики.

Марина, 24 года, замужняя, интеллигентная, очень ответственная, чрезвычайно привлекательная внешне женщина обратилась к нам, имея опыт предшествующей психотерапии у некоего специалиста, к которому обратилась с жалобами на депрессивное состояние, возникшее вскоре после рождения ребенка. С первых же встреч стала замечать, что нравится психотерапевту. На одной из встреч, попросив пациентку раздеться до пояса и объясняя свои действия терапевтической необходимостью, психотерапевт предпринял ряд носящих эротический оттенок прикосновений к телу пациентки. После этого пациентка вынуждена была прервать терапию у данного терапевта и искала другие возможности получения психотерапевтической помощи. На первой же встрече с нами пациентка призналась: «Я очень рада, что попала к женщине-психотерапевту...»

Людмила, 55 лет, жительница небольшого северного города, разведенная, мать двоих взрослых сыновей, один из которых прошел Афганистан и вернулся с посттравматическим стрессовым нарушением. Жалуется на депрессивное состояние с суицидальными тенденциями, отмечает также эпизоды алкоголизации. Все это связывает с состоянием сына, а также с собственной неустроенной жизнью. Приехала в Москву с целью получить психотерапевтическую помощь. Психотерапевт, занимавшийся с пациенткой телесно-ориентированной терапией, направил ее затем к нам. На одной из заключительных встреч пациентка, смущаясь, поведала нам, что однажды, после того, как ей был сделан общий массаж, они «согрешили» с терапевтом.

Александр, 28 лет, миловидный и добродушный молодой человек, женат, имеет грудного ребенка. Направлен лечащим врачом к психотерапевту по поводу психосоматического заболевания. Женщина-психотерапевт после сеанса попросила подвезти ее домой. Психотерапия продолжалась и в салоне автомобиля, когда машина была уже припаркована у дома терапевта. На протяжении курса психотерапии пациент, которому, как правило, назначалось время «под занавес» рабочего дня, отвозил терапевта домой. Однажды был приглашен в дом, где его угостили вином.

Что объединяет все эти случаи? Налицо нарушение этики профессиональных психотерапевтических отношений. Действительно, в последние годы в связи с широкой экспансией психотерапевтических практик, а также в связи с исследованиями в области психотерапии все более и более заявляют о себе проблемы этические. Многими профессиональными сообществами в этой связи разрабатываются этические основы психотерапии, в частности, так называемый «Этический кодекс психотерапевта» (*Code of Conduct... British Psychological Society, 1993; Committee on Ethics..., 1988*), предписывающий: не наносить пациенту вреда; не эксплуатировать отношений зависимости, возникающих в ходе терапии; действовать лишь в пределах профессиональной компетенции; опираться на согласие пациента, понимающего суть происходящего и осведомленного о возможных последствиях; соблюдать условия конфиденциальности. Общие этические предписания далее конкретизируются применительно, например, к условиям психотерапии, проводимой в групповом контексте (Gregory, McConnel, 1986; Moreno, 1991; Mullan, 1987; Lakin, 1991), к условиям комбинированной индивидуальной и групповой терапии (Lakin, 1986; Taylor, Gazda, 1991), к исследованиям в области психотерапии (Aubrey, 1987).

Конфиденциальность

Условие конфиденциальности — одно из важнейших в списке этических нормативов. Речь идет об охране частной жизни пациента, о конфиденциальности на предмет сообщаемой им информации. Полное имя, местожительство и другие позволяющие идентифицировать пациента детали обычно

зашифровываются и раскрываются лишь с согласия самого пациента. Конфиденциальность ускоряет столь необходимое в психотерапевтическом процессе самораскрытие пациента. Между тем существуют условия, при которых происходит разрушение конфиденциальности. Это те особые случаи, когда существует реальная угроза здоровью или жизни пациента или других людей. В этих случаях терапевтом без согласия пациента могут быть предприняты шаги, необходимые для информирования третьих лиц или организаций. Причем делать это рекомендуется после консультации с более опытными коллегами. В данных случаях, связанных с ограничением конфиденциальности, могут переплетаться этические и юридические аспекты, когда речь идет о психотерапии пациента, склонного к имеющим циклический характер правонарушениям сексуального или педофилического свойства (Aubrey, Dougher, 1990). Этическая дилемма состоит в том, что, с одной стороны, терапевт принимает условия конфиденциальности, а с другой — он может нарушить обет конфиденциальности, чувствуя себя обязанным что-то сделать, а именно — предупредить, предостеречь. В ситуации потенциальной угрозы конфиденциальность неизбежно разрывается. Для этого необходим закон, регулирующий психотерапевтическую практику. Установка терапевта на гуманизм, равно как и право пациента на конфиденциальность, — все это должно быть соотнесено с устремлениями терапевта как профессионала и как гражданина.

Перенос

Этический кодекс психотерапевта предписывает ему не эксплуатировать отношений влияния и доверия в общении с пациентом в целях удовлетворения собственных личных желаний; воздерживаться от практики, будучи в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, переживая личностный кризис и т. п. Между тем по данным исследований (Quadrio, 1992), не менее 10 % психотерапевтов признано профессионально непригодными по следующим показателям: физическое и психическое нездоровье (депрессия, «синдром сгорания», супружеский или семейный кризис), алкоголизм, наркомания, связанная с возрастом и процессом инволюции неспособность выполнять профессиональные обязанности, утрата моторных навыков, и, наконец, вступление в сексуальные отношения с пациентами.

В последнее время в особый раздел этического кодекса выделяют, во-первых, так называемые «границы» в отношениях терапевта с пациентом, а также этические аспекты их нарушения, и, во-вторых, этику двойственных отношений.

Нарушения «границ» в отношениях терапевта с пациентом могут принимать самые разные формы и систематизируются в соответствующей литературе (Gutheil, Gabbard, 1993) по следующим рубрикам: «время», «место и пространство», «деньги», «подарки», «одежда», «язык», «физический контакт». Череда нарушающих границу поступков, приводящих к этическим проблемам, может иметь такую последовательность (Gabbard, 1989): переход в общении с пациентом на «ты»; далее вторжение в терапевтический диалог бесед личного или житейского характера; потом небольшой телесный контакт (например, похлопывание по плечу, объятия, массаж); затем прогулки вдвоем за стенами кабинета; сеансы во время обеда, иногда с алкоголем; поход в кино и иные социальные мероприятия; и, наконец, контакт сексуальный. Примеры размытости границ весьма многообразны. Это разного рода «треугольники» отношений (когда, например, терапевт и пациент имеют общего друга); более сложные варианты, когда, например, психотерапевт-супервизор, проводя групповое терапевтическое занятие, объединяет в одну группу молодого терапевта вместе с пациентами последнего.

«Двойственными» (или множественными ролевыми) называются такие отношения, в которых психотерапевт, помимо профессиональной, выступает еще по крайней мере в одной роли по отношению к пациенту (например, состоит с ним в браке). Об опасности установления двойственных или множественных ролевых отношений с пациентами писали еще классики психоанализа, предостерегая от лечения родственников, друзей, знакомых. Печально известен в этой связи случай отнюдь не платонических отношений Юнга с Сабиной Шпильрейн (Carotenuto, 1982; Kerr, 1993).

Рассмотрим некоторые этические последствия смешения границ и множественности ролевых отношений между пациентом и психотерапевтом. Так ли уж катастрофичен их исход? Кроме несомненных этических издержек, психотерапия в данном случае ущербна и с клинической точки зрения, поскольку ущербен сам *перенос* (перенесение, трансфер) пациентом на терапевта чувств, испытываемых им к другим людям, как правило, к родителям, то есть проекция ранних детских установок и желаний в отношении родителей на другое лицо. Перенос, как известно, обнаруживает себя не только в психоаналитической ситуации, но и в любой психотерапии, а также в жизни повседневной.

Между тем чистота переноса есть необходимое условие реализации любой аналитической, и не только аналитической, техники; в противном случае последняя теряет свой смысл и свою силу.

Размытость, смешение границ психотерапии и установление множественных ролевых отношений между терапевтом и пациентом, по мнению Пеппера (Pepper, 1991), одновременно разрушает этические стандарты и само пространство терапевтических отношений. «Размывание» границ лечения приводит к сдвигу от терапевтических отношений «как если бы» в плоскость реальных отношений.

Сексуальный контакт есть «квинтэссенция грубейшей эксплуатации трансферентных отношений» (цит. по: Quadrio, 1992). Вообще говоря, речь идет о некоем «континууме отношений эксплуатации»: от длящихся многие годы и служащих скорее нуждам терапевта психотерапевтических отношений до собственно сексуальных контактов. Однако не всякое смешение границ ведет к сексуальному сближению и не всегда является пагубным для обеих сторон. Очевидное с точки зрения одной идеологической перспективы нарушение границ может и не явиться таковым, если на него посмотреть с позиций иной идеологической перспективы. Более того, с позиций последней это может быть стандартным проявлением профессиональной практики. Это прежде всего относится к «движению христианской психиатрии», когда психотерапевту отнюдь не возбраняется посещать церковные службы с пациентом или пациентами (Gutheil, Gabbard, 1993).

Эротизированный перенос

Каждый психотерапевт сталкивается с таким нарушающим душевное равновесие явлением, как эротизированный перенос, — доходящим до маниакальности желанием пациента установить физический контакт с терапевтом, озабоченностью тем, чтобы проникнуть в реальную жизнь терапевта. Существует несколько точек зрения на феномен эротизированного переноса. Кроме известной и достаточно хорошо представленной в литературе динамической точки зрения существуют и иные: экономическая, структурная, генетическая и адаптивная. Последняя, например, является фокусом статьи Петерсон с соавторами (Peterson et al., 1989). Речь в ней идет о пациентах, которые используют эротизированный перенос в качестве средства компенсации дефицита, что позволяет им, несколько смягчив боль одиночества, адаптироваться и выжить.

Примеры эротизированного переноса также разнообразны: пациент пишет стихи и посвящает их своему терапевту, называя его или ее каким-либо ласковым прозвищем; несколько раз в день звонит по телефону, может позвонить и среди ночи, желая в лучшем случае «услышать голос», в худшем — проявить интерес к подробностям интимной жизни и т. п.

Зависимость

Коль скоро человек обращается за помощью, он уже зависим. «Размывание» границ и появление множественных ролевых отношений неизбежно приводит к тому, что эта зависимость начинает нещадно эксплуатироваться, подпитывая нарциссизм и «грандиозное "я"» терапевта (Pepper, 1991). Такой терапевт, как мы уже говорили, может многие годы и даже десятилетия лечить пациента (есть случаи, когда продолжительность терапии доходила до двадцати пяти лет!). Отрицая собственную потребность в зависимости и не осознавая того, психотерапевт способствует развитию патологической зависимости у пациента, которая тем более усиливается, чем более ролевых отношений с ним установлено. Механизм здесь может быть таким: отрицаемые терапевтом аспекты собственного «я» (а именно потребность в зависимости) проецируются на пациентов, что приводит либо к обвинительным установкам по отношению к слишком «зависимым и беспомощным» пациентам, либо к скрытому удовлетворению от длительной по времени и способствующей регрессу терапии, либо к попыткам обрести утраченную часть Я в сексуальном единении с пациентом.

Проблему зависимости из психотерапии убрать невозможно. Возможно лишь установить необходимый баланс между интимностью и границами, между зависимостью и пассивностью, между зависимостью «хорошей» и «плохой» (Gagnier, Robertiello, 1991). Подобно тому, как разделяется «нарциссизм» на «хороший» и «плохой» («хороший» — это здоровая любовь к себе, тогда как «плохой» — центрированность на себе), разделяется и зависимость.

«Хорошая» зависимость — это присущая всем потребность «лелеять ребенка внутри нас», потребность в любви, тепле, восхищении, эмоциональной поддержке и эмпатии, исходящих от других людей. Потребность человека в зависимости проходит через все этапы его жизненного цикла. Эта зависимость способствует поддержанию самооценки на должном уровне, сохранению чувства благополучия и безопасности.

«Плохая» зависимость — это потребность в ком-либо или в чем-либо, что избавит нас от необходимости иметь дело с реальностью. При этом ответственность за собственную жизнь, бремя выбора человек перекладывает на другого. Эта зависимость сдерживает личностный рост, инфантилизирует пациента, снижает его самооценку. Описываемые нами психотерапевты как раз и способствуют развитию у пациентов такого рода зависимости. Жертвами такой зависимости могут стать и люди, связанные отношениями супружества с психотерапевтами. Последние, продолжая свою квазипрофессиональную роль в сфере супружеских отношений, неизбежно начинают смотреть на супруга как на «еще одного пациента». Этому посвящена статья Робертиелло (Robertiello, 1978) «Профзаболевание психотерапевтов».

Злоупотребления психотерапией: интимные отношения психотерапевта с пациентом

Исход психотерапии как события, как «врачующего диалога» между терапевтом и пациентом во многом зависит от качества терапевтического альянса, предполагающего эмпатию, принятие, тесный эмоциональный контакт. Между тем интенсификация этих эмоциональных отношений может активизировать разного рода эротические фантазии обоих. Об эротизированном переносе мы уже говорили. Хуже эротизированного переноса может быть только эротизированный контрперенос. О нем мы и поговорим.

За последние несколько десятилетий увеличилось количество сообщений об имеющих место злоупотреблениях в психотерапевтической практике, выражающихся в сексуального характера действиях, простирающихся от эротически окрашенных высказываний, прикосновений, объятий до интимной близости психотерапевта с пациентом (Gabbard, 1994; Gartrell et al., 1986; Herman et al., 1987; Quadrio, 1992). Ни клятва Гиппократа, ни предписания «Этического кодекса», по мнению некоторых авторов (Pope, 1990), пока еще не способны регулировать такого рода проявления. Хотя в США в ряде штатов (например, в штатах Мичиган, Миннесота и Калифорния) и предусмотрены юридические санкции за психотерапевтические злоупотребления, стоящие в одном ряду с изнасилованием и инцестом по своим психопатологическим последствиям для жертв (Stone, 1984). Имеющиеся в настоящее время исследования (Gabbard, 1989) рисуют такую картину: 13,7 % мужчин и 3,1 % женщин-психотерапевтов признают эротический контакт с пациентами, причем каждый третий из них сознается еще и в том, что имел подобный контакт более чем с одним пациентом (по Габбарду, так называемые «рецидивисты»). Женщины составляют большинство среди жертв таких злоупотреблений. Среди злоупотребляющих своим положением терапевтов *психиатров* несколько больше (33 %), чем *психологов* и *социальных работников* (соответственно 19 % и 13 %). Однако в общей медицинской популяции доля *психиатров* ниже, чем, например, хирургов, гинекологов и врачей общего профиля.

Установка на сексуальный контакт с пациентом варьирует и в зависимости от теоретической ориентации терапевта: наиболее «воздержанными» оказались терапевты *психоаналитической* ориентации, наименее — разного рода гипнологи и лица, характеризующиеся «размытой» теоретической ориентацией, не имеющие специальной квалификации, лицензии.

Итак, как видим, в психотерапевтической практике нередки случаи, когда терапевт вступает в сексуальные отношения с пациентом. Причины такого явления сложны и полидетерминированы. Здесь недопустим редуционистский, упрощенный подход, навязываемый нарастающим феминистским движением с вытекающей из этого тенденцией «политизировать» данную проблему (действительно, в подавляющем большинстве случаев речь идет о паре: мужчина-психотерапевт и женщина-пациентка); недопустим также взгляд на данную проблему лишь сквозь призму коренящихся в культуре стереотипов, предписывающих определенные роли мужчинам и женщинам. Многие исследователи данного вопроса предпринимают попытки так или иначе типологизировать таких психотерапевтов. Остановимся на некоторых из наиболее известных типологий.

Психиатр и юрист Стоун (Stone, 1984) сконструировал следующий каталог из шести типов:

- 1) депрессивный средних лет терапевт, имеющий семейные и/или супружеские проблемы, эксплуатирующий «позитивный перенос»;
- 2) «манипулятивный социопат» с «плохим» характером;
- 3) терапевт с «перверсной сексуальной фиксацией»;
- 4) «сексуально свободный» терапевт (ярким примером такого типа мог служить Отто Гросс, один из первых психоаналитиков, которого Фрейд называл «романтическим демоном». Гросс, выступавший против моногамии и тирании института брака и проповедовавший так называемый «оргастический» подход к психотерапии, имел множество сторонников и последователей (см. Rosenbaum, 1982));

5) терапевт, который, реализуя свое «грандиозное Я», «любит» своих пациенток и желает быть любимым ими; он желает также, чтобы терапевтическая интимность стала интимностью «настоящей» (Rosenbaum, 1982); он наделен шармом, экспансивен и «агрессивно соблазнителен»;

6) «отчужденный, интровертированный» терапевт, считающий, что его соблазнили; испытывает чувство вины и скорее всего исповедуется о случившемся.

Иногда эти шесть категорий карикатурно преподносятся как «печальный», «плохой», «сумасшедший», «незрелый», «грандиозный» и «шизоидный».

Глен Габбард (Gabbard, 1994), наиболее известный исследователь данной проблемы и автор широко цитируемой здесь книги о сексуальной эксплуатации в профессиональных отношениях (Gabbard, 1989), полагает, что тех психотерапевтов, которые в той или иной форме переходят сексуальные границы с пациентом, можно отнести к одной из следующих категорий:

- 1) психотические нарушения;
- 2) психопатии и парафилии;
- 3) «тоскующие по любви»;
- 4) мазохистски капитулирующие.

Данные категории представляют собой скорее рубрики, нежели определенные диагностические типы, а саму классификацию, равно как и психодинамические рассуждения, ее сопровождающие, следует рассматривать как предварительную гипотезу, требующую дальнейшего подтверждения.

Наименее многочисленной является первая группа, тогда как остальные три широко представлены в популяции практикующих психотерапевтов. Так, под рубрикой «психопатии и парафилии» скрываются антисоциальные личности, лица, страдающие тяжелой нарциссической личностной патологией также с яркими антисоциальными включениями. Эти люди, как правило, резистентны к реабилитации. Будучи уличенными в нарушении этических норм, они настаивают на том, что они с пациентом действительно «любят друг друга», тогда как пациент для них — всего лишь объект сексуального или иного удовлетворения, объект для упражнений в силе и власти. Они полностью лишены эмпатии, а посему не могут взять в толк, что «плохого» они делают, когда всем так хорошо. У них нет и тени вины из-за вреда, наносимого пациенту своими деяниями.

«Тоскующие по любви» — наиболее интересная для исследователя категория (Gabbard, 1989). Они также говорят, что влюблены. Они также характеризуются нарциссической патологией, однако не столь тяжелой, как в предшествующем случае (то есть без антисоциальных включений). Они одержимы потребностью утвердиться в глазах пациента, испытывают настоящий голод, желая быть любимыми и идеализируемыми. Пациенты используются ими в качестве регуляторов собственной самооценки. Многие из них с диагностической точки зрения абсолютно нормальны, лишь переживают так называемый «кризис середины жизни». Наиболее частым сценарием здесь является следующий: психотерапевт средних лет, переживающий или переживший развод и вообще утративший иллюзии на предмет своей супружеской жизни либо переживший утрату значимого в жизни человека, влюбляется в пациентку много моложе себя. При этом он может начать с того, что просто поделится с пациенткой своими проблемами, представ, таким образом, перед ней как нуждающийся, уязвимый. Эта ролевая инверсия и есть первая ступенька, приводящая к известному финалу. Находясь во власти эротизированного контрпереноса, при котором чувства по отношению к пациентке теряют свое качество «как если бы», терапевт настаивает на том, что его отношения с пациентом вообще выходят за рамки «переноса-контрпереноса». Психотерапевт убежден в том, что любовь сама по себе целительна, «любовь лечит», как сказал нам один из таких психотерапевтов.

Личностный профиль «жаждущего любви» терапевта, блестяще описанный Габбардом, дополнялся и развивался далее. Так, например, Бродски (см. Gabbard, 1989) добавляет: такой терапевт принимает преимущественно женщин, лечит женщин и мужчин по-разному; ему кажется, что он вполне компетентен, чтобы выходить за рамки стандартных практик, вводить «инновационные техники», включая установление выходящих за рамки психотерапии отношений; он не к месту раскрывает пациенту детали своих семейных и супружеских проблем, рассказывает о конфликтах на работе; пациенты и студенты расценивают его как «харизматического гуру»; он столь самодостаточен, что не считает нужным консультироваться с коллегами, искать психологической помощи в затруднительных ситуациях.

Весьма ярко данную категорию психотерапевтов описал также Ричард Чессик в статье под названием «Во власти дьявола» (Chessick, 1989). Своеобразное изложение материала статьи, служащее великолепной иллюстрацией феноменологического подхода, позволяет фактам, изложенным в статье,

говорить самим за себя, без каких бы то ни было искажающих классификаций и формулировок. «Психиатр», роль которого исполняет специально подготовленный актер, представляет случай, в основе которого — его взаимоотношения с пациенткой тридцати пяти лет, имеющей диагноз «пограничное личностное нарушение». Рассказ «психиатра», то и дело перемежающийся непрофессиональными пассажами, центрируется главным образом вокруг «эдипова конфликта середины жизни».

Поднимается вопрос и о проблемах, возникающих уже после завершения терапии (Gabbard, 1989). Продолжают ли в этом случае действовать этические нормы отношений терапевта с пациентом? Представляется, что это так. Ибо перенос никогда полностью не разрешается (не снимается), и соображение о том, что надо «немного подождать, а затем вести себя так, как ни в чем не бывало», по меньшей мере наивно, ибо табу не снимается никогда, подобно тому как не снимаются никогда табу, существующие между родителями и детьми, несмотря на то, что дети вырастают и удаляются от родителей (Herman et al., 1987).

В заключение, касаясь так называемых «посттерапевтических браков» (Quadrio, 1992), следует отметить, что, представляя собой известное разрешение этической дилеммы, они несут на себе печать давно существующих в обществе тенденций, когда институт брака используется в качестве прикрытия свершившегося злоупотребления и эксплуатации («Как честный человек я должен на ней жениться...»).

Как избежать двойственных отношений

Профессиональные кодексы работников сферы охраны психического здоровья (American Psychological Association [APA], 1990; National Association of Social Workers, 1979; American Psychiatric Association, 1986; American Association for Marriage and Family Therapy, 1985 и др.) содержат ряд предписаний против установления множественных, в частности двойственных, отношений с клиентом/пациентом. Напомним, что «множественные ролевые» (или «двойственные») отношения суть отношения, в которых психотерапевт, помимо профессиональной, выступает для пациента еще по крайней мере в одной роли (научного руководителя, супруга, делового партнера и т. п.). Вместе с тем в новой редакции этических принципов Американской психологической ассоциации отмечено, что в определенных ситуациях «психологу нецелесообразно избегать социальных или иных выходящих за рамки профессиональных контактов с людьми из числа их пациентов» (APA, 1992, p. 1601). Следует, однако, воздерживаться от вступления в такие отношения в тех случаях, когда повышается вероятность того, что объективности психолога будет нанесен ущерб, что это помешает эффективному функционированию психолога в его роли, приведет к отношениям эксплуатации или причинит вред пациенту» (там же).

Двойственные отношения — «зона высокого риска» нарушений норм профессиональной этики. Выше мы рассмотрели некоторые этические последствия установления множественных ролевых отношений между пациентом и терапевтом. Теперь мы коснемся вопроса о том, какие шаги необходимо предпринять психологу, сталкивающемуся с данной дилеммой, чтобы оставаться в рамках профессиональных этических норм.

В этой связи различными авторами предлагаются те или иные *модели принятия этических решений*. Вуди (Woody, 1990) предложена модель, разработанная с привлечением понятий теории этики, профессиональных кодексов этики, профессиональных теоретических постулатов, социально-юридического контекста, переменных личностной и профессиональной идентичности. В рамках других моделей профессионалу предлагают ответить на серию вопросов, подготавливающих к принятию того или иного этического решения. Хаас и Мэлоуф (Haas, Malouf, 1989) представили модель, состоящую из нескольких стадий. Вначале необходимо определить, в чем, собственно, заключается релевантный случаю профессиональный, юридический или социальный стандарт и есть ли веские причины отступить от стандарта.

Гонсьерик и Браун (Gonsiorek, Brown, 1989) предложили правила поведения психотерапевта с бывшим пациентом. Речь идет прежде всего об этической оценке отношений, носящих сексуальный характер. Все виды психотерапии разбиваются авторами на две категории: терапия категории А, где ведущую роль в процессе терапии играют отношения переноса; терапия категории В — кратковременная терапия с ограниченными возможностями для развития отношений переноса. Сексуальный контакт с бывшими пациентами терапии категории А безоговорочно непозволителен, сколько бы времени ни прошло с момента ее окончания. Вне зависимости от категории терапии сексуальный контакт с бывшими пациентами, имеющими серьезные личностные нарушения, всегда будет рассматриваться как неэтический и неприемлемый. После завершения терапии психотерапевту

непозволительно выступать инициатором романтических контактов с пациентом. Сексуальный контакт с пациентом, получавшим терапию категории В, будет рассматриваться как неэтический, если он имел место в течение первых двух лет после ее завершения. Сексуальный контакт с пациентом, получавшим терапию категории В, будет все еще считаться непозволительным по прошествии двух лет, если терапевт оставил за пациентом право обращаться к нему за профессиональной помощью в случае необходимости. Если же вид терапии трудно соотнести с какой-либо из категорий, она автоматически будет считаться принадлежащей к категории А со всеми вытекающими последствиями.

Позицию вышеназванных авторов подкрепляют положения новой редакции этических принципов Американской психологической ассоциации: подобного рода поведение психотерапевта строго воспрещается в течение двух лет по завершении терапии и также остается под запретом по прошествии двух лет «за исключением особых случаев» (АРА, 1992, р. 1605). При этом в фокусе внимания этических комиссий должны быть следующие моменты: время с момента завершения терапии, природа и продолжительность терапии, обстоятельства ее завершения, личная история пациента, текущий психический статус пациента, любые выдающиеся психотерапевта заявления, которые он делал в ходе терапии на предмет продолжения отношений по окончании терапии.

Предложенная недавно Готтлиб (Gottlieb, 1993) модель принятия решений основывается на положениях ролевой теории Китченер (Kitchener, 1988) и имеет ряд преимуществ перед представленными выше моделями: носит не столь общий характер, чтобы оставить профессионала без конкретной помощи, но и не столь прицельна, чтобы навязывать ему те или иные формы поведения; охватывает все потенциально существующие проблемы двойственных отношений независимо от того профессионального контекста, в котором они рождаются. Автор исходит из того, что в реальности повседневной жизни профессионалу трудно полностью избежать ситуаций, в которых он выступает по крайней мере в двух ролях. А посему цель данной модели — помочь коллегам быть более чувствительными к такого рода отношениям, более эффективно управлять ими, коль скоро их невозможно избежать.

Модель включает следующие параметры: *силу, продолжительность отношений, ясность завершения*. Первый параметр (сила) представляет собой меру той силы или власти, которой наделен психолог или психотерапевт в отношениях с потребителем психологических услуг. Сила может широко варьировать. Так, например, психолог, выступающий с популярной лекцией перед аудиторией красного уголка ЖЭКа обладает меньшей «силой» воздействия на людей, составляющих данную аудиторию, по сравнению с «силой» его влияния на пациента, проходящего у него долговременную инсайт-ориентированную терапию. Продолжительность отношений имеет такие градации: кратковременные отношения, отношения средней длительности и продолжительные. Пропорционально времени усиливается и власть. Ясность завершения включает следующие градации: четкий момент завершения терапии, момент завершения неясен, момент завершения весьма неопределен (в случае, например, семейного психолога, полагающего, что его обязанности перед семьей никогда не закончатся).

Как только психотерапевт задумывается о том, что находится на пороге возникновения двойственных отношений с пациентом, тогда-то ему и следует воспользоваться данной моделью — оценить текущие отношения по трем вышеназванным параметрам. Если оценки попадут преимущественно в правую часть условной шкалы, то есть отношения психолога или психотерапевта с потребителем психологических услуг окажутся отношениями, сильными по своему воздействию, продолжительными, с весьма неопределенным моментом завершения, то данные отношения следует прекратить. Если же оценки попадут в среднюю или левую часть условных шкал, то следует двигаться дальше согласно сформулированному автором алгоритму, оценивая отношения в терминах ролевой совместимости/несовместимости и т. д. Так, согласно Китченер (Kitchener, 1988), чем более несовместимы ожидания, связываемые с ролями, и чем выше «дифференциал власти» между ролями профессионала и потребителя, тем более вероятность того, что отношения приведут к негативным последствиям (эксплуатации, злоупотреблениям и т. п.). В иных случаях отношения могут и не повлечь за собой каких бы то ни было негативных последствий. Так, психолог, оказавший помощь ребенку, подвергнутому единичной болезненной медицинской процедуре, может затем подружиться с родителями этого ребенка. В этом случае, несомненно, большая власть психолога проявлялась лишь в течение краткого и четко очерченного периода времени. Новые отношения могут продолжаться длительное время, имея относительно малый дифференциал власти. Новые отношения могут быть приемлемыми и в том случае, когда оценки предшествующих отношений попадают в левую часть условной шкалы, а предполагаемые — в правую. Например, психолог после выступления с сообщением

на родительском собрании может рассмотреть возможность психотерапии ребенка кого-либо из присутствующих. Приемлемы и такие ситуации, когда те и другие отношения попадают на середину или на левую сторону измерений, а ролевая совместимость достаточно высока.

Приведем два показательных случая, заимствованных нами из работы Готтлиб (Gottlieb, 1993).

Случай 1. X — частнопрактикующий клинический психолог, в течение шести месяцев консультировавший незамужнюю молодую женщину по проблемам, связанным с ее отношениями на работе. Терапия была прекращена по просьбе пациентки, считавшей свои проблемы в основном решенными. Спустя два года на некоем социальном мероприятии X случайно встретил пациентку. Завязалась оживленная беседа, в ходе которой пациентка предложила X стать ее другом. Последний с радостью согласился, заметив, однако, что их новые отношения отныне исключат возможность профессиональной консультации у него. Пациентка, казалось, поняла, в чем состоит проблема, и согласилась на предложение направить ее в случае необходимости к кому-либо из коллег X. Дружба их продолжалась недолго и в конце концов сошла на нет. Спустя год пациентка позвонила X, прося о помощи. Ссылаясь на их прежнюю договоренность, X отказал ей, предложив взамен помощь коллеги-специалиста. Пациентка с негодованием отвергла это предложение. Контакты между X и пациенткой более не возобновлялись.

Расценивая поступок данного психолога в целом как этически правильный, следует, однако, отметить, что им не были учтены такие существенные моменты, как «сила» отношений предшествующей терапии, огромная ролевая несовместимость установившихся двойственных отношений; не была также достаточно учтена потребность пациентки в отношениях с ним.

Случай 2. Преподаватель факультета психологии Y имела неформальную беседу со студенткой старшего курса одного с нею возраста. В ходе беседы Y упомянула о том, что овдовела и теперь у нее «никого нет». Месяц спустя студентка позвонила Y домой, напомнила об их беседе и предложила познакомить Y с мужчиной, который ей непременно понравится. Y согласилась с предложением, однако решила все же проконсультироваться у коллеги, которой доверяла. После консультации Y перезвонила студентке и отказалась от встречи.

Решение Y может показаться излишне консервативным. Студентка отлично училась, была одного с Y возраста, выполняла курсовую работу под руководством другого преподавателя. Дифференциал власти в данном случае средний с неопределенным завершением и долгой протяженностью. Y понимала, что до тех пор, пока присутствует дифференциал власти, ролевое несоответствие будет оставаться большим. Далее, если предположить, что отношения с предполагаемым мужчиной приведут к удовлетворительному результату, то Y неминуемо будет чувствовать себя обязанной студентке, что откроет в ней некую уязвимость для возможной манипуляции. Если же встреча с мужчиной ничем не закончится или приведет к разочаровывающей развязке, Y поневоле может перенести свои враждебные чувства на ни в чем не повинную студентку.

Прикосновения в психотерапии: этические аспекты

Рассматривая такой раздел этического кодекса, как установление границ в отношениях терапевта с пациентом, а также так называемый «эротизированный» перенос и контрперенос, мы лишь слегка коснулись проблемы прикосновения в психотерапии. Остановимся на ней более подробно.

Известно, что, помимо физиологических, кожа человека выполняет важные психологические и социальные функции, что показано в ставших классическими экспериментах Харлоу над приматами, в работах Шпица о депривации прикосновений у младенцев. Во взрослой жизни прикосновения продолжают играть существенную роль, включаясь в широкий социокультурный контекст. Несмотря на весьма широкую распространенность прикосновений в нашей жизни, споры вокруг приемлемого их использования в психотерапии до сих пор не утихают. Прикосновением может быть и легкое касание руки или плеча пациента, и полновесное объятие, и более обширное физическое действие (например, массаж); прикосновение может быть эротическим или неэротическим.

Если сделать небольшой исторический экскурс в проблему использования прикосновений в психотерапии, то можно обнаружить совершенно полярные суждения по типу «все или ничего»: от табу на прикосновения к пациенту (в рамках раннего психоанализа) до полной допустимости и свободы в выражении чувств путем прикосновений (здесь можно упомянуть структурную интеграцию, более известную под названием «рольфинг», и телесно-ориентированные виды терапии). Как уже отмечалось

нами выше, очевидное с точки зрения одной идеологической или теоретической перспективы нарушение границ при использовании прикосновений может и не явиться таковым, если на него посмотреть с позиций иной идеологической перспективы.

До возникновения психоанализа в психотерапии допускались прикосновения (существовал, например, прием «наложения рук»). На начальном этапе развития психоанализа прикосновения все еще допускались с целью облегчить выражение чувств пациентом. Фрейд делал пациентам массаж шеи и головы, вместе с тем позволяя им прикасаться к себе. Однако постепенно аналитически ориентированный терапевт все более и более ограничивался в «действиях». Считалось, что прикосновения мешают развитию переноса, служат удовлетворению желаний пациента, снижая его энергетический потенциал и приводя к стагнации процесса терапии. Те же аналитики, что придерживались иных взглядов на данную проблему (а среди них были Ференци и Райх), подвергались резкой критике или изгонялись из психоаналитического сообщества.

Делая отступление, скажем несколько слов о психоанализе и этике. Этические аспекты косвенно затрагивались в работах Фрейда и Фромма, касающихся природы характера, а именно этического измерения в понимании характера, Супер-Эго как вместилища моральных и этических ценностей. Традиционная точка зрения на взаимоотношения психоанализа и этики как системы норм нравственного поведения такова: психоанализ находится вне этики и морали. Так, Гартманн (Hartmann, 1960) в своем известном изречении о психоанализе и моральных ценностях подчеркнул, что единственные ценности, признаваемые психоаналитической ситуацией, — это так называемые «ценности здоровья». Вместе с тем, как замечает Мейснер (Meissner, 1994), автор посвященного данному вопросу эссе, в психоаналитической позиции моральной нейтральности внеэтическое отнюдь не является синонимом антиэтического, так же как и неморальное не является синонимом антиморального. Аналитик не дает никаких оценок, а лишь старается понять мотивы и причины того или иного поведения анализируемого. То есть традиционная аналитическая позиция четко разделяла проблемы морали и проблемы мотивов.

Реальный аналитический процесс, однако, не может обойти этических моментов, подобно тому как нельзя обойти данные моменты в жизни. Практикующий аналитик не может адекватно функционировать в отрыве от этических проблем, так же как аналитик-теоретик не вправе рассуждать о сложности психических феноменов, полностью опуская этические и моральные их измерения. В самой психоаналитической ситуации заключен определенный кодекс ценностей, которые направляют и оформляют психоаналитический поиск и не могут быть просто сведены к уже упомянутым «ценностям здоровья».

Возвращаясь к проблеме прикосновений в терапии, отметим, что с некоторых пор данный вопрос стали увязывать с проблемой власти и статуса, особенно в тех ситуациях, когда психотерапевт-мужчина имел дело с пациенткой-женщиной. Как известно, для лиц с высоким статусом характерно прикасаться к тем, у кого статус ниже, тогда как последним отнюдь не позволительно отвечать прикосновением на прикосновение. К этому же времени относятся споры о том, какое прикосновение считать эротическим, а какое не считать таковым. С этим тесно связан и такой важный момент, как половые различия в восприятии прикосновений, активно изучавшийся Эбби и Мелби (Abbey, Melby, 1986). Даже если между терапевтом и пациентом не происходит никакого сексуального контакта, прикосновение, как полагал Эйлин (Alyn, 1988), увеличивая дифференциал власти между терапевтом и пациентом, наносит пациенту определенный вред.

В последние десятилетия использование прикосновений в психотерапии получает все больше и больше поддержки не только в рамках движения гуманистической психотерапии, традиционно использовавшей прикосновения, но и у терапевтов современной психоаналитической ориентации. Однако вопросам этики прикосновений уделяется все еще недостаточно внимания. Та или иная теоретическая установка на предмет использования прикосновений в психотерапии может быть, а может и не быть этически выдержанной.

Какова же этика прикосновений в психотерапии? В психотерапии применение прикосновений должно оформляться следующими этическими принципами (APA, 1990): защита благополучия потребителя (принцип 6), ответственность терапевта (принцип 1), необходимость жить в соответствии с моральными и юридическими нормами общества (принцип 3), наконец, компетентность терапевта (принцип 2).

Согласно Минтцу (Mintz, 1969), прикосновение может быть этически приемлемым, когда оно символизирует материнскую позицию, если пациент в силу тех или иных причин не способен к

вербальной коммуникации; когда необходимо передать переполняющему чувствами пациенту принятие; когда необходимо усилить или восстановить контакт тревожного пациента с реальностью; когда прикосновение является естественным и искренним выражением чувств терапевта по отношению к пациенту, если известно, что такое выражение чувств полезно для целей психотерапии.

Особо оговариваются случаи специфических пациентов и специфических ситуаций. С пациентами, подвергшимися тем или иным злоупотреблениям в детстве, прикосновения используются с большой долей осторожности лишь после установления прочных терапевтических отношений. В ситуации кризиса прикосновение используется с целью подавить тревогу. Прикосновение используется с целью выделить сказанное, сфокусировать внимание пациента; с целью «перезарядить» блокированного пациента.

Никогда не следует использовать прикосновение лишь в качестве «техники». От прикосновений следует воздержаться, когда пациент, принимая позицию беспомощности, манипулирует терапевтом; когда терапевту не хочется, а пациент не готов к тому, чтобы к нему прикасались; когда есть хоть малая вероятность того, что прикосновение будет неверно истолковано пациентом (параноидным или враждебно настроенным); когда терапевт осознает, что испытывает враждебные либо сексуально окрашенные чувства к пациенту.

Согласно Виллисон и Мэссону (Willison, Masson, 1986), прикосновение нельзя использовать «слепо», оно должно быть соотнесено с нуждами клиента в данный момент. Ригидный, основанный на правилах подход в данном вопросе неприемлем. Допустимость прикосновения зависит от индивидуальности пациента, индивидуальности терапевта, уникальной динамики их отношений.

Керти и Ривьер (Kertay, Reviere, 1993) предлагают подход, касающийся приемлемого использования прикосновений в психотерапии. Рассматриваются следующие три уровня: этический, терапевтический, а также уровень, связанный с теоретическими основаниями терапевтического подхода. Последнее принимается во внимание в том случае, когда терапевт убедился, что прикосновение не противоречит законам этики (первый уровень) и соблюдены необходимые параметры отношений с пациентом (второй уровень).

Использование прикосновений должно быть «конгруэнтно» терапевту, должно быть истинным выражением его убеждений, ценностей и установок в настоящем контексте отношений. Прикосновение должно быть также «конгруэнтным» уровню интимности терапевтических отношений: терапевту должно быть ясно, что уровень физической интимности не превышает уровня эмоциональной интимности. Необходимость всякий раз спрашивать у пациента разрешения на прикосновения способствует тому, что прикосновения осознаются терапевтом, а у пациента возникает чувство контроля над ситуацией.

Этические аспекты оплаты психотерапевтических услуг

Касаясь проблемы нарушения границ в отношениях терапевта с пациентом, мы приводили ряд относящихся к данному разделу рубрик, в том числе и такие, как «деньги», «подарки». Попытаемся раскрыть эти рубрики, остановившись на этических аспектах оплаты психологических услуг.

Данная составляющая психологической практики, а именно ее финансовая сторона, приобретающая особую актуальность в связи с расширяющимся кругом частнопрактикующих психотерапевтов, подробно рассматривалась такими авторами, как Кнапп и Вандекрик (Knapp, Vandecreek, 1993). Авторы широко используют положения нового этического кодекса Американской психологической ассоциации (АРА, 1992). Рассматриваются права и обязанности обеих сторон (психолога и пациента). Психолог берет на себя профессиональные обязанности по отношению к пациентам, а пациенты — финансовые обязанности по отношению к психологу. Проблемы возникают тогда, когда какая-либо из сторон не соблюдает взятых на себя обязательств. Этические принципы представляют собою попытку сбалансировать законное право психолога взимать деньги с пациентов или клиентов с правом последних быть свободными от отношений эксплуатации в такой момент своей жизни, когда они находятся в состоянии максимальной психологической уязвимости.

Частнопрактикующий психолог может отказаться принять пациента по той или иной причине, в том числе и потому, что пациент не способен или не желает оплачивать услуги. Принцип отбора пациентов на основании их платежеспособности, к сожалению, весьма распространен.

Во время первой встречи психолог может попытаться предсказать продолжительность психотерапии и способность пациента оплачивать услуги. Некоторые западные частнопрактикующие психотерапевты пользуются пациентом до тех пор, пока последний способен платить, а затем переправляют его в обычные

клиники. Подобная практика получила название «снятие сливок» или «демпинг». Все это отнюдь не в интересах пациента.

Как же надлежит вести себя психологу в случае возникновения финансовых коллизий? Финансовые условия необходимо оговорить заранее. Новый этический кодекс Американской психологической ассоциации гласит: «Как можно раньше в рамках установившихся профессиональных отношений психолог и пациент приходят к соглашению об оплате за услуги, а также о том, как это будет происходить» (АРА, 1992, р. 1602). Психолог выносит на обсуждение следующие вопросы: какова цена сеанса; как оплачивать сеанс в том случае, если пациент не является на прием; каков покрываемый при этом спектр услуг (тестирование, телефонные звонки и т. п.); каково время оплаты (назначается ли определенный день или плата вносится по прошествии каждого месяца) и т. п.

Психологу необходимо задокументировать факт оповещения пациентов об их финансовой ответственности. Вуди (Woody, 1989) предлагает психологам распространять специальную брошюру, содержащую информацию о плате за услуги. Все это должно происходить на самой первой встрече с пациентом в кабинете психолога.

Сколько надо платить психологу за услуги? Часто психологи обращаются за советом и рекомендациями на сей счет в соответствующие профессиональные ассоциации. Однако ни одна профессиональная организация не вправе давать такие рекомендации. Психологи сами определяют плату, основываясь на показателях уровня жизни в регионе, экономических условиях региона, степени собственной компетентности, наличия специальных навыков или специальной подготовки, возможных расходов, связанных с пациентом (Woody, 1989). Психологи, практикующие в больших городах, как правило, взимают более высокую плату, нежели их сельские коллеги и психологи, работающие в маленьких городах; кроме того, психологи, имеющие специальные тренинговые сертификаты, взимают большую плату, чем те, кто получил лишь базовую общепсихотерапевтическую подготовку.

Согласно новому этическому кодексу АРА, «психолог обычно воздерживается от принятия подарков, услуг или иных не выраженных в денежном эквиваленте вознаграждений от пациентов или клиентов в качестве платы за оказанные услуги, поскольку все это неизбежно создает условия для возникновения конфликтов, отношений эксплуатации, иных нарушений профессиональных отношений» (АРА, 1992, р. 1602). Тем не менее нередки случаи, когда «отношения бартера» принимаются.

Этически неверными могут быть и отношения некоторых западных психологов со страховыми компаниями. Движимый частично неосознаваемым желанием как можно дольше «задержать» пациента в психотерапии, такой психолог может поднять цену на услуги, получить от страховой компании большую часть суммы и «забыть» о небольшой доплате, которую должен вносить пациент. Такую практику, идущую, казалось бы, в русле интересов пациента, следует расценивать как неэтичную. Психологи, искусственно завышающие плату, нарушают этические нормы, неверно информируя соответствующие инстанции о реальной плате за услуги. Отказ от доплаты, однако, можно считать приемлемым в тех случаях, когда пациент испытывает финансовые затруднения. В этих случаях плата обычно не поднимается и страховые компании не обкрадываются.

Должны ли психологи требовать оплаты пропущенных пациентом сеансов? Вправе ли психолог требовать оплатить некоторое временное превышение сеанса? Нужно ли платить за контакты пациента с психологом по телефону? Ответ на каждый вопрос положительный, если все эти моменты оговаривались с пациентом заблаговременно. В противном случае ответ отрицательный. Первый раз пациента обычно прощают, но предупреждают. Превышение времени прощается тем пациентам, которые находятся в ситуации кризиса.

Психологи должны предвидеть возможное повышение платы за услуги как отражение объективных законов жизни и экономики. Особую осторожность следует проявлять при этом к тем пациентам, которые в настоящий момент уже проходят терапию, чтобы не ставить их в неловкое положение фактом повышения платы за услуги. Следует заранее уведомить их о возможном повышении платы.

В новом этическом кодексе психологам предлагается распределить свое рабочее время так, чтобы оставить определенную его часть на дела, приносящие малую или вовсе не приносящие личную выгоду (АРА, 1992, р. 1600). Речь идет о бесплатной помощи пациентам либо о пониженной оплате, о работе в качестве консультантов в приютах для подвергающихся насилию в семье, в кризисных стационарах для жертв изнасилования, приютах для бездомных или о психологической помощи семьям и лицам, вернувшимся из зон боевых действий.

У пациента, проходящего психотерапию, могут возникнуть реальные финансовые проблемы. И нет ничего неэтичного в ситуации, когда психолог приостанавливает профессиональное взаимодействие с

пациентом, вдруг переставшим платить. В тех же случаях, когда пациент находится в данный момент в весьма уязвимом с точки зрения психолога состоянии, последний может рассмотреть возможность снижения стоимости услуг, увеличения временного отрезка между сеансами, обеспечения бесплатных сеансов или направления пациента в иные инстанции. При этом рекомендуется проследить дальнейшую судьбу пациента.

Библиография

Abbey A., Melby C. (1986) The effects of nonverbal cues on gender differences in perceptions of sexual intent // *Sex Roles*. 15, 283-298.

Alyn J. H. (1988) The politics of touch in therapy: A response to Willison and Masson // *J. of Counseling and Development*. 66, 432-433.

American Association for Marriage and Family Therapy. (1985) Code of ethical principles for marriage and family therapists. — Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1986) Principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. — Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1990) Ethical principles of psychologists//*American Psychologist*. 45, 390-395.

American Psychological Association. (1992) Ethical principles of psychologists and code of conduct//*American Psychologist*. 47, 1597—1611.

Aubrey R. (1987) Ethical Issues in Psychotherapy Research//*Counselling and Values*. 31(2), 139-140.

Aubrey M., Dougher M. (1990) Ethical Issues in Outpatient Group Therapy With Sex Offenders // *J. for Specialists in Group Work*. 15 (2), 75-82.

Carotenuto A. (1982) A Secret Symmetry: Sabina Spielrein Between Jung and Freud. The Untold Story of the Woman Who Changed the Early History of Psychoanalysis. — N. Y: Pantheon.

Chessick R. (1989) In the Clutches of the Devil // *Psychoanalysis and Psychotherapy*. 7, 2, 142-151.

Code of Conduct, Ethical Principles, Guidelines. Published by The British Psychological Society, 1993.

Committee on Ethics (1988) Ethical Issues: I. Therapy Experience For Students// *Canadian Psychology*. 29 (3), 298-300.

Gabbard G. (Ed.) (1989) Sexual Exploitation in Professional Relationships. — Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard G. (1994) Psychotherapists Who Transgress Sexual Boundaries With Patients// *Bulletin of the Menninger Clinic*. 58, 1, 124-135.

Gagnier T, Robertiello R. (1991) The Clinical Usefulness of Distinguishing Between Two Types of Dependency // *J. of Contemporary Psychotherapy*. 21,4, 247-255.

Gartrell N., Herman J., Olarte S., Feldstein M., Localio R. (1986) Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey, I: Prevalence//*American J. of Psychiatry*. 143, 1126—1131.

Gonsiorek J. C., Brown L. S. (1989) Post therapy sexual relationship with clients // *Schoener G. R., Milgrom J. H., Gonsiorek J. C., Luepker E. T., Conroe R. M.* (Eds.) *Psychotherapists sexual involvement with clients*. — Minneapolis: Walk-in Counselling Center.

Gottlieb M. C. (1993) Avoiding Exploitive Dual Relationships: A Decision-Making Model // *Psychotherapy*. 30 (1), 41-48.

Gregory J., McConnell S. (1986) Ethical Issues With Psychotherapy In Group Contexts // *Psychotherapy in Private Practice*. 4(1), 51-62.

Gutheil Th., Gabbard G. (1993) The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions//*Am. J. Psychiatry*. 150; 2, 188-196.

Haas L. J., Malouf J. L. (1989) Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics. — Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Hartmann H. (1960) Moral Values in Psychoanalysis. — N. Y.: International Universities Press.

Herman J., Gartrell N., Olarte S., Feldstein M., Localio R. (1987) Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey, II: Psychiatrist's Attitudes//*Am. J. of Psychiatry*. 144, 164-169.

Kerr J. (1993) Most Dangerous Method: The Story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein. — N. Y: Knopf.

Kertay L., Reviere S. L (1993) The Use of Touch in Psychotherapy: Theoretical and Ethical Considerations // *Psychotherapy* 30 (1), 32—40.

Kitchener K. S. (1988) Dual role relationships: What makes them so problematic?//*J. of Counselling and Development*. 67, 217-221.

- Knapp S., Vandecreek L. (1993) Legal and Ethical Issues in Billing Patients and Collecting Fees // *Psychotherapy*. 30 (1), 25-31.
- Lakin M. (1991) Some Ethical Issues in Feminist-Orientated Therapeutic Groups For Women // *Int. J. of Group Psychotherapy*. 41 (2), 199-215.
- Lakin M. (1986) Ethical Challenges of Group and Dyadic Psychotherapies: A Comparative Approach // *Professional Psychology Research and Practice*. 17 (5), 454-461.
- Meissner W. W. (1994) Psychoanalysis and Ethics: Beyond the Pleasure Principle // *Contemporary Psychoanalysis*. 30 (3), 453-472.
- Mintz E. E. (1969) On the rationale of touch in psychotherapy // *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 6 (4), 232-234.
- Moreno J. (1991) Group Psychotherapy in Bioethical Perspective // *J. of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*. 44 (2), 60-70.
- Mullan H. (1987) The Ethical Foundations of Group Psychotherapy // *International J. of Group Psychotherapy*. 37 (3), 403-416.
- National Association of Social Workers. (1979) Code of ethics. — Washington, DC: Author.
- Pepper R. (1991) The Senior Therapist's Grandiosity: Clinical and Ethical Consequences of Merging Multiple Roles // *J. of Contemporary Psychotherapy*. 21, 1, 63-70.
- Peterson СН., Levin R., Zweig R. (1989) The Erotized Transference: An Adaptive Point of View // *Psychoanal. and Psychother.* 7, 2, 129-141.
- Pope G. (1990) Abuse of Psychotherapy: Psychotherapist-Patient Intimacy // *Psychother. and Psychosom.* 53, 191-198. Guadrio C. (1992) Sex and Gender and the Impaired Therapist // *Australian and New Zealand J. of Psychiatry*. 26, 346-363.
- Robertiello R. (1978) The Occupational Disease of Therapists // *J. Of Contemporary Psychotherapy*. 9, 123-129.
- Rosenbaum M. (1982) Intimacy and Group Psychotherapy // *Fisher M., Strieker G. (Eds.) Intimacy*. — N. Y.: Plenum, 231-246.
- Stone A. (1984) *Law, Psychiatry, and Morality*. — Washington: Am. Psychiatry Press.
- Taylor E., Gazda G. (1991) Concurrent Individual and Group Therapy: The Ethical Issues // *J. of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*. 44 (2), 51-59.
- Willison B. G., Masson R. L. (1986) The role of touch in therapy: An adjunct to communication // *J. of Counseling and Development*. 64, 497-500.
- Woody J. D. (1990) Resolving ethical concerns in clinical practice: Toward a pragmatic model // *J. of Marital and Family Therapy*. 16, 133-150.
- Woody R. (1989) *Business success in mental health practice*. — San Francisco: Jossey-Bass.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Психоанализ и психоаналитическая терапия. С. Г. Агрчев, И. М. Кадыров

Введение. Основные понятия, термины и определения

История психотерапии как научно-практической дисциплины начинается с появления в 1895 году книги австрийских врачей И. Брейера и З. Фрейда «Очерки об истерии» (Breuer, Freud, 1895), в которой был предложен новый взгляд на невроз как на бессознательный интрапсихический конфликт и заложены основы первого психотерапевтического метода — психоанализа. За прошедший с тех пор век этот метод, усложняясь и видоизменяясь, не только сохранил свое значение одного из главных теоретических и практических инструментов психотерапевтов, но и повлиял прямо или косвенно на создание и развитие большинства других психотерапевтических школ, в частности, группового анализа, гештальт-терапии и системной семейной терапии. Очевидно влияние психоаналитического мировоззрения на диагностическое и терапевтическое мышление клиницистов, на их представления о природе, протекании и лечении разнообразных психических и психосоматических расстройств.

С момента своего возникновения понятие «психоанализ» является очень широким и употребляется в нескольких смыслах: как теоретическое направление в психологии, как методология исследования психики и как психотерапевтический метод. В рамках настоящей монографии мы рассмотрим в первую очередь клинические аспекты психоанализа.

Ядром разработанной Фрейдом классической психоаналитической техники является метод свободных ассоциаций. Он заключается в том, что пациенту предлагается сообщать психоаналитику обо всех без исключения появляющихся у него на сеансе мыслях, чувствах, воспоминаниях и фантазиях (так называемое *основное правило* психоанализа). Со своей стороны психоаналитик *интерпретирует* психические продукты пациента, препятствия на пути ассоциативного потока и те чувства, которые возникают у пациента по отношению к нему. *Интерпретация* представляет собой основной инструмент психоаналитической техники. Это сообщение пациенту предположений психоаналитика относительно связи доступных сознанию психических и поведенческих проявлений пациента с их возможными *бессознательными* детерминантами. Особое значение придается при этом анализу сновидений пациента (Фрейд, 1913).

Понятие бессознательного Фрейд применял по отношению к тем психическим структурам и процессам, которые недоступны осознанию в силу работы *вытеснения (цензуры)*. Кроме областей сознания и бессознательного, он выделял еще третью, промежуточную, сферу психики — *предсознательное*. Она содержит те психические продукты, которые, хотя и являются неосознанными в тот или иной момент, но не вытеснены и могут быть осознаны без помощи аналитических процедур.

В ходе психоаналитического лечения вытеснение проявляет себя как *сопротивление*, создающее препятствия на пути ассоциирования и психоаналитического процесса в целом. Термином «сопротивление» обозначается возникающее во время психоаналитического лечения противодействие превращению бессознательных процессов в сознательные (Райкрофт, 1995). Чувства пациента по отношению к психоаналитику во многом определяются *переносом (трансфером)*. Под этим понимают процесс и результат перемещения на психоаналитика переживаний, представлений, отношений и форм поведения, бессознательно адресованных значимым фигурам из прошлого опыта пациента (Фрейд, 1989; Greenson, 1967; Райкрофт, 1995). Перенос пациента вызывает ответные чувства и реакции у психоаналитика, которые Фрейд назвал *контрпереносом (контртрансфером)*. Он полагал, что контрперенос отражает неразрешенные бессознательные конфликты не только пациента, но и самого психоаналитика и в силу этого является одним из главных тормозящих факторов психоаналитического процесса (Freud, 1910).

Наличие бессознательного внутреннего конфликта моральных, этических и интеллектуальных норм индивида и неприемлемых для него влечений ведет к возникновению тревоги и чувства вины, а также к формированию разнообразных невротических симптомов и патологических черт характера, составляющих суть невроза (см. Moore, Fine, 1968). Созданный Фрейдом клинический метод направлен на осознание и разрешение этого конфликта при помощи свободных ассоциаций, что должно привести к ликвидации невротических проявлений у пациента.

Важнейшей чертой психоаналитического процесса является спонтанное возникновение и развитие у пациента так называемого *невроза переноса*, при котором психоаналитик становится центральной фигурой в структуре внутреннего конфликта пациента (Moore, Fine, 1968). Пациент попеременно наделяет его свойствами и качествами противоположных сторон этого конфликта, превращая его то в носителя запретных импульсов, то в выразителя моральных требований и запретов. Невроз переноса перемещает невротическую проблематику пациента в «здесь и теперь» терапевтического сеанса, что делает ее очевидной для обоих участников психоаналитического процесса и позволяет интерпретациям аналитика достичь своей цели. Интерпретируя перенос, психоаналитик анализирует «прошлое в настоящем» (Malcolm, 1986), поэтому эти интерпретации составляют основу психоаналитической техники. Они позволяют пациенту осознать искаженность его восприятия аналитической ситуации и терапевтических отношений, ведут к успешному разрешению невроза переноса и невротического конфликта в целом.

В ходе сеанса психоаналитик слушает пациента, стараясь равномерно распределить свое внимание, не направляя его специально на тот или иной материал. Это позволяет ему непредвзято оценивать поступающую от пациента информацию, соотносить ее со своими собственными ассоциациями и теоретическими соображениями (Freud, 1912; Greenson, 1967). Он старается придерживаться позиции «технической нейтральности», то есть находиться на равном расстоянии от психических сил, участвующих во внутреннем конфликте пациента (Kernberg et al., 1989). Техническая нейтральность аналитика имеет огромное значение для успеха работы, так как в ее отсутствие интерпретации переноса утрачивают свою эффективность. Нейтральность ни в коем случае не означает безразличия к пациенту, это равномерная заинтересованность всеми аспектами его личности.

Резюмируя, можно сказать, что классическая психоаналитическая техника имеет три основополагающие черты: позиция технической нейтральности, использование в терапевтических целях спонтанно возникающего невроза переноса и применение интерпретаций в качестве основного терапевтического инструмента (Gill, 1954).

Психоаналитическое лечение требует особой организации терапевтической среды — времени, пространства, а также взаимоотношений пациента, аналитика и других заинтересованных лиц. Совокупность правил подобной организации называется в психоанализе *сеттингом*.

В настоящем разделе мы попытались кратко обозначить основные теоретические и технические понятия классического психоанализа. За длительное время развития психоаналитической теории и практики многие из них были существенно переосмыслены, изменены и наполнены новым содержанием. По многим теоретическим и практическим вопросам среди психоаналитиков и сейчас существуют различные мнения. Ниже мы рассмотрим различные направления, существующие в современном психоанализе, и подробнее остановимся на практических вопросах психоаналитической техники.

Технические приемы классического психоанализа

Возникновение психоанализа как особой системы теоретических воззрений было неразрывно связано с появлением и особой терапевтической техники, пришедшей на смену гипнозу, который Фрейд практиковал до того, как начал создавать свое учение. Анализируемый пациент располагался лежа на кушетке, а аналитик сидел у изголовья вне его поля зрения. Можно сказать, что кушетка досталась Фрейду в наследство от его экспериментов с гипнозом, однако в соответствии с созданной им теорией положение обоих участников приобрело особый смысл: на кушетке пациенту легче ассоциировать, так как ослабевает влияние внешних стимулов, главным из которых служит сам аналитик.

Значительно проще в такой ситуации приходится и терапевту, который может свободно отдаваться потоку своих собственных ассоциаций, не заботясь о выражении своего лица и о том, какое влияние оно окажет на пациента. В результате ему легче играть роль своеобразного «нейтрального» экрана, на который пациент может проецировать свои чувства, мысли и стремления, большинство из которых в действительности адресовано значимым фигурам из его настоящего и, в особенности, прошлого. Как уже отмечалось выше, аналитик интерпретирует ассоциации пациента, пытаясь выявить их бессознательные источники. При этом он стремится сохранять нейтральность, не критикуя пациента, но помогая ему осознать его вытесненные импульсы (Фрейд, 1923).

Для сохранения терапевтической нейтральности и чистоты «экрана», которым должен являться для пациентов психоаналитик, Фрейд не рекомендовал им иметь на протяжении терапевтического процесса какие-либо иные контакты, кроме аналитических, и предупреждал о трудностях, возникающих, когда аналитик берется анализировать пациента, с которым у него есть личные отношения. В тех же целях аналитик должен соблюдать так называемое психоаналитическое инкогнито, то есть стараться сообщать пациенту как можно меньше информации о себе и своей жизни. Он пользуется правом не отвечать даже на прямые вопросы пациента, что не означает запрета для пациента их задавать (подобный запрет противоречил бы основному правилу психоанализа).

В классической психоаналитической технике основное правило дополнялось так называемым правилом *абстиненции*, которое устанавливало строгие ограничения на удовлетворение потребностей, возникающих у пациента на сеансе и в какой-то степени в ходе психоаналитического процесса в целом. В соответствии с этим Фрейд рекомендовал своим пациентам воздерживаться во время психоаналитического лечения от принятия решений, могущих серьезно изменить их жизнь (заклучение и расторжение брака, смена профессии и т. д.). Одно из основных положений психоанализа состояло и состоит в том, что бессознательные тенденции пациента, которые реализуются в действиях («отыгрываются вовне»), тем самым дезактуализируются, остаются вне поля зрения анализа и сохраняют свое патогенное воздействие.

Фрейд отмечал (1923), что работа с бессознательным требует непрерывности, регулярности и стабильности. Из этого положения вытекают его рекомендации относительно пространственной и временной организации терапевтической среды. Сеансы должны по возможности проводиться в одном и том же помещении, и желательно, чтобы каждый пациент всегда приходил в одно и то же время. Обеим сторонам следует строго соблюдать расписание сеансов, а опоздания и пропуски являются примером бессознательно мотивированного отыгрывания вовне и в силу этого должны становиться предметом анализа. Фрейд полагал, что для успешной работы с бессознательным необходим

постоянный контакт, и поэтому сеансы психоанализа должны проводиться каждый день, то есть пять-шесть раз в неделю. Длительность сеанса — 45-50 минут. Со времени своего создания психоанализ был и остается длительной терапией, которая может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет.

Классический психоанализ в своей зрелой форме основывался на модели невроза как конфликта между различными структурами психики — Я, Оно и Сверх-Я (Эго, Ид и Супер-Эго) (Фрейд, 1989). В этой схеме Ид представляет собой бессознательную структуру, содержащую как врожденные инстинкты, так и вытесненные импульсы и влечения. Эго понимается как часть психического аппарата, которая развилась из Ид и приобрело относительную самостоятельность от него. Эго характеризуется осознанием себя и служит адаптации личности к импульсам, поступающим из Ид, а также требованиям Супер-Эго и внешней реальности. Супер-Эго — это обособившаяся в ходе дальнейшего психического развития часть Эго, которая, содержит моральные образцы и запреты и осуществляет функции контроля над Эго.

Структурный интрапсихический конфликт влияет на динамику влечений, приводя к их подавлению и вследствие этого к формированию невротических симптомов. В соответствии с подобным взглядом были разработаны технические процедуры, направленные на разрешение этого конфликта. Фрейдовская модель была создана на материале работы с невротиками, и ее практическое применение ограничивалось кругом соответствующих пациентов: их личность в достаточной степени устойчива, чтобы выдержать аналитические процедуры и связанные с ними фрустрации. Фрейд тщательно следил за тем, чтобы психоаналитические процедуры не применялись к лицам, страдающими тяжелыми расстройствами, в особенности психозами, так как им они могли принести не пользу, а только вред. Пациент классического психоанализа должен быть «достаточно больным, чтобы нуждаться в лечении, и достаточно здоровым, чтобы его выдержать» (Thomä, Kächele, 1987).

Общая характеристика современного состояния психоаналитической техники

В своих исследованиях и практической работе Фрейд уделял основное внимание сфере бессознательного и динамике влечений. Но логика развития психоанализа привела к тому, что еще при жизни основателя этого учения многие его последователи вышли за рамки первоначальной традиции или существенно изменили точку зрения на многие теоретические и практические проблемы. Это привело к значительному расширению круга психоаналитических пациентов и спектра используемых диагностических и терапевтических процедур.

Постепенно психоаналитики стали уделять все большее внимание такой структуре, как Эго. Развитие теории влечений - психологии Ид — само по себе создало необходимость разработки психологии Эго. Если Ид не способно к обучению и в бессознательном время не движется, то какая же личностная структура обеспечивает успех психоанализа и адаптацию пациента к требованиям жизни? Этой структурой, очевидно, является Эго (Pine, 1985).

Фрейд сам положил начало процессу смены акцентов во взглядах психоанализа на структуру личности — в его поздних работах (см., например, Freud, 1926) делается все больший упор на Эго и необходимость его укрепления. В результате этой линии развития психоаналитической мысли появилась так называемая Эго-психология (А. Фрейд, Х. Гартманн, Э. Якобсон), которая в первую очередь стремится к усилению Эго, противостоящего импульсам Ид, и адаптации пациента к внешней реальности. Своим возникновением Эго-психология во многом обязана работам первых детских психоаналитиков (в особенности А. Фрейд), поскольку для детского возраста характерно быстрое развитие функций Эго и проблематика этой личностной структуры выходит на первый план.

Эго-психология дала импульс развитию концепции защитных механизмов, с помощью которых Эго защищается от неприемлемых бессознательных стремлений. Сигналами для запуска этих механизмов служит возникновение тревоги и чувства вины. К числу невротических защит относятся вытеснение, изоляция, отрицание (в фантазии, а также в слове и действии), невротическая проекция и т. д. (Фрейд А., 1993). Хотя почти все защитные механизмы являются бессознательными и в той или иной мере препятствуют здоровому функционированию личности, по своей интенсивности, объему и конкретным проявлениям они неравноценны с точки зрения их патогенности. Поэтому в контексте Эго-психологии процесс психоанализа есть не что иное, как переход пациента от более ригидных, менее адаптивных защит к более зрелым и гибким. Полностью отказаться от бессознательных защит для пациента вряд ли возможно, но можно добиться исчезновения симптомов и успешной адаптации.

В рамках Эго-психологии получила развитие теория и терапия так называемых *неврозов характера*. Эти личностные расстройства характеризуются устойчивой ригидностью поведенческих паттернов, которые, хотя и ведут к дезадаптации, не вызывают выраженного субъективного дискомфорта, то есть являются *Эго-синтонными*. Неврозы характера отличаются от *симптоматических* неврозов или *психоневрозов*, которые главным образом изучал Фрейд. К числу последних обычно относят обсессивные неврозы (неврозы навязчивых состояний), истерические и фобические неврозы. Они характеризуются *Эго-дистонной* симптоматикой, которая субъективно переживается пациентом как чуждая его «я».

Неврозы характера являются более тяжелыми расстройствами личности, чем симптоматические неврозы. Если невротический симптом затрагивает только часть личности, оставляя в ней области, свободные от конфликтов, то при неврозе характера страдает личность в целом, особенно функции Эго — устойчивость к фрустрациям, регуляция влечений и межличностные отношения. Эго слабеет и начинает прибегать ко все более ригидным и неадаптивным защитным механизмам.

Очевидно, что работа с расстройствами подобного рода требует от психоаналитиков расширения понимания их терапевтических задач и обогащения арсенала технических методов. Поскольку при неврозах характера первостепенной задачей терапии является укрепление Эго пациентов, интерпретации аналитиков в этих случаях не только раскрывают природу патогенных защитных механизмов, но и создают условия для усиления более адаптивных защит. Например, аналитик может предупреждать пациента о предстоящей работе с трудным материалом, тем самым заблаговременно включая сигнальную функцию тревоги и создавая условия для более мягкого и адаптивного проявления защит.

В терапии неврозов характера придается большее значение эмпатической поддержке и просвещающим интерпретациям аналитика, чем при работе с симптоматическими неврозами. Это, конечно, не означает, что интерпретация аналитического материала в классическом ключе в таких случаях теряет свое значение. Напротив, именно в русле Эго-психологии психоаналитическая техника получила дополнительное теоретическое обоснование, была детализирована и обогащена. Как уже отмечалось выше, интерпретация во всех случаях представляет собой основную психоаналитическую процедуру. Она представляет собой сложный процесс, в котором можно вычленить ряд этапов (Greenson, 1967; Kernberg, 1984).

Кернберг выделяет в процессе интерпретации *прояснение*, *конфронтацию* и собственно *интерпретацию*. Первый шаг в интерпретации — это прояснение. Это есть приглашение пациента к исследованию материала, который представляется туманным, загадочным или противоречивым. Прояснение преследует две цели — уточнить те или иные данные и оценить, до какой степени пациент способен их осознать. На этом этапе аналитик обращается к сознательному и предсознательному уровню психики.

Технически процедура прояснения выглядит примерно так: психоаналитик выбирает один из аспектов вербального или невербального поведения пациента на сеансе, фокусирует на нем его внимание и предлагает в качестве материала для ассоциирования. В результате в поле зрения анализа попадают новые, не проясненные до того феномены. Объектом прояснения может быть перенос, внешняя реальность, прошлый опыт пациента и его защитные механизмы. Кернберг (Kernberg et al., 1989) приводит ряд примеров техники прояснения:

а) «Я заметил, что всякий раз, когда ядвигаю свой стул, вы с тревогой поглядываете на часы. Если ли у вас какие-либо соображения по этому поводу?» (прояснение переноса);

б) «Я не вполне понимаю, что заставляет вас отказываться от продолжения любовной игры с вашим партнером, лишь стоит ему улыбнуться. Что вы имеете в виду, когда говорите, что это вас останавливает? Что вы при этом чувствуете?» (прояснение внешней реальности);

в) «Правильно ли я понимаю, что все эти яростные стычки с отцом возникали только тогда, когда вы шли куда-нибудь вдвоем?» (прояснение прошлого опыта пациента);

г) «Вы все время повторяете, что любая женщина поступила бы на вашем месте так же, как и вы, и что вы не видите ничего особенного в вашем чувстве отвращения к мужчинам. Не могли бы вы объяснить свою точку зрения?» (прояснение предполагаемого защитного механизма).

Вторым шагом в процессе интерпретации является *конфронтация*. Она подводит пациента к осознанию противоречивых и несогласованных друг с другом аспектов ассоциативного материала, привлекает его внимание к фактам, которые раньше им не осознавались или считались самоочевидными, но при этом противоречат другим его идеям, взглядам или поступкам.

В процессе конфронтации аналитик может соотносить материал текущего сеанса с внешними событиями в жизни пациента, тем самым выявляя возможную связь терапевтических отношений «здесь и теперь» с другими его межличностными отношениями. Объектом конфронтации, как и прояснения, может быть перенос, внешняя реальность, прошлый опыт пациента и его защиты. Вот примеры конфронтации:

а) «Вы без колебаний отвергли все соображения, высказанные мной во время сегодняшнего сеанса, и при этом несколько раз повторили, что ничего сегодня от меня не получили. Что вы думаете об этом?» (конфронтация, относящаяся к переносу);

б) «На меня произвел сильное впечатление ваш рассказ о том, что вы поделились материалами своей научной работы с тем самым человеком, которого подозревали в плагиате» (конфронтация, относящаяся к внешней реальности);

в) «Вы говорите, что испытывали злость по отношению к матери как раз в те моменты, когда она посвящала вас в свои секреты, тем самым оказывая вам предпочтение. Как вы это объясняете?» (конфронтация, относящаяся к прошлому опыту пациента);

г) «Возникает ощущение, что желание найти другую женщину появляется у вас каждый раз, когда вы неожиданно обнаруживаете в характере вашей партнерши приятные для вас черты» (конфронтация, относящаяся к защитами).

Как и этап прояснения, конфронтация адресуется к сознательному и предсознательному уровням психики пациента, готовя почву для интерпретации.

Интерпретация завершает собой единичный интерпретационный цикл, связывая сознательный и предсознательный материал пациента с предполагаемыми бессознательными детерминантами. Ее цель — достичь терапевтического эффекта, доведя до сознания пациента его бессознательные мотивы и защиты и тем самым сняв противоречивость сообщенного им материала. Интерпретация представляет собой психоаналитический прием, наиболее глубокий по своему воздействию на пациента. Аналитик может интерпретировать перенос, внешнюю реальность, прошлый опыт пациента и его защиты, а также связать все эти наблюдения с предполагаемыми бессознательными переживаниями пациента в прошлом (такие интерпретации называют *генетическими*). Рассмотрим некоторые примеры:

1) «Мне кажется, что вы стараетесь спровоцировать меня на спор с вами, чтобы отогнать сексуальные фантазии на мой счет. Что вы думаете об этом?» (интерпретация переноса);

2) «Ощущение усталости от вашего партнера именно тогда, когда он так счастлив с вами, отражает вашу попытку обесценить его, чтобы защититься от зависти к его способности любить» (интерпретация внешней реальности);

3) «Страх, который возникал у вас в детстве, когда из спальни родителей доносился шум, вероятно, связан с тем, что вы приписывали их сексуальным отношениям ту же агрессивность, которая была присуща вашим эротическим фантазиям» (интерпретация прошлого опыта пациента);

4) «Возможно, ваши попытки отрицать наличие скрытых нападок на вас в выступлении вашего политического противника говорят о том, как сильно вы боитесь накала собственной ненависти к нему» (интерпретация защиты);

5) «Свойственное вам грубое обращение с женщинами и жесткий стиль поведения по отношению ко мне, судя по всему, имеют один и тот же смысл: следовать нарочито мужественным манерам отца в попытке устоять перед желанием ввериться моей заботе и оказаться в моей сексуальной власти. Это воспроизводит ваше детское желание заменить мать для отца, подчинившись ему сексуально» (генетическая интерпретация).

К основным принципам психоаналитической интерпретации относятся следующие.

- В первую очередь следует интерпретировать материал, преобладающий на данном сеансе. При этом аналитик должен давать интерпретацию только тогда, когда, по его мнению, пациент не в состоянии сделать этого самостоятельно.
- Сначала интерпретируется материал, находящийся ближе к сознанию, а потом — более глубокий, менее осознаваемый. В соответствии с этим принципом психоаналитик вначале интерпретирует защиты и лишь затем скрытое за ними содержание.
- Интерпретируя тот факт, что пациент не осознает что-либо, аналитик должен включать в свою интерпретацию указание на возможные мотивы этого защитного «неосознавания». Предлагая пациенту объяснение того, почему он прибегает к подобной защите, аналитик тем самым помогает ему принять это отвергнутое им содержание.

- Интерпретация должна включать в себя описание конфликтной природы психической динамики пациента.

- Психоаналитик должен давать интерпретацию только при следующих условиях:

а) он в состоянии более или менее четко сформулировать предположение о том, что стоит за высказыванием пациента;

б) он в достаточной степени уверен, что в случае согласия пациента с этим предположением уровень самосознания последнего повысится; если же интерпретация окажется неверной, она все же послужит прояснению ситуации;

в) представляется маловероятным, что пациент окажется в состоянии прийти к данному заключению самостоятельно, без помощи интерпретаций аналитика.

Пока все эти три условия не будут выполнены, психоаналитик или сохраняет молчание, или ограничивается применением техники прояснения и конфронтации. Когда же они возникают, интерпретировать следует как можно скорее.

Интерпретация не только представляет собой средство достижения терапевтического эффекта, но и позволяет оценить реакцию пациента, а именно: готов ли он выслушать аналитика, способен ли извлечь из его слов пользу и как он их бессознательно воспринимает — как наказание или поощрение, соблазнение или отвержение, свидетельство магической власти терапевта, его подарок или нечто малоценное.

Однако процесс интерпретации, как правило, не оканчивается тем, что пациент достигает единичного инсайта — эмоционально переживаемого осознания бессознательного патогенного материала. За осознанием, которое вызвано интерпретацией, следует *проработка* — «аналитическая работа, открывающая путь от инсайта к изменению» (Greenson, 1967). Часто, чтобы проделать этот путь, необходимо преодолеть значительное сопротивление личностному и поведенческому изменению. Технически проработка представляет собой ряд повторных циклов интерпретации этого сопротивления (Freud, 1914).

Успешная психоаналитическая работа требует, чтобы наряду с реакциями переноса в отношении пациента к терапевту присутствовал и относительно здоровый, рациональный компонент, позволяющий ему продуктивно работать в аналитической ситуации. В русле Эго-психологии этот компонент понимается как отношение между Эго аналитика и сотрудничающей с ним частью Эго пациента. Р. Гринсон дает этому компоненту название «*рабочий альянс*» (Greenson, 1967).

Рабочий альянс проявляется в готовности пациента следовать правилам психоаналитической процедуры и сотрудничать с аналитиком. Это не означает отсутствия реакций переноса: в ходе аналитического процесса пациент все время, так сказать, колеблется между состоянием рабочего альянса и переноса. Перенос дает материал для анализа, а рабочий альянс позволяет его проанализировать.

Другая линия развития психоанализа, помимо Эго-психологии, так называемая теория объектных отношений, также следовала общей логике развития этого учения, но в несколько ином ключе. Если сторонники Эго-психологии (как явствует из названия этого направления) перенесли фокус своего интереса от Ид к Эго, то представители теории объектных отношений (М. Кляйн, В. Бион, В. Фэрберн, Д. Винникотт, М. Балинт и др.) в каком-то смысле сделали еще более радикальный шаг.

Не ограничившись исследованием динамики влечений и связанных с ней бессознательных конфликтов, они задались вопросом: а что же происходит, когда влечения в реальности или фантазии все же находят для себя объекты (которыми в первую очередь являются фигуры из самого раннего детства индивида), какие отношения с этими «объектами» устанавливаются, как они развиваются и структурируют интра- и интерперсональный мир человека?

Эмпирической базой для развития этой теории послужили наблюдения над взаимодействиями матери и ребенка в течение первых двух лет его жизни, а также клиническая работа с пациентами, страдающими более серьезными расстройствами, чем пациенты аналитиков классической эпохи и Эго-психологов. Основатели этого направления предположили, что психопатология подобных пациентов связана именно с различными формами нарушений ранних объектных отношений. В разных классификациях эти расстройства определяются как нарциссические и/или пограничные (между неврозом и психозом). В отдельные периоды у таких пациентов возможны и психотические декомпенсации.

Кляйн (Klein, 1957) и Фэрберн (Fairbairn, 1952) рассматривали Эго ребенка как стремящееся к отношениям с «первичным объектом» — матерью. Сталкиваясь с нарушениями этих отношений

вследствие различных причин (таких, как ранняя сепарация с матерью, те или иные заболевания матери и ребенка и т. д.), он переживает невыносимое чувство разорванности первичных связей. Эта фрустрация влечет за собой появление агрессии, которая в фантазиях переживается ребенком как угрожающая его собственной жизни и жизни матери.

С целью защиты от этой угрозы ребенок отщепляет те аспекты своего Эго, которые аккумулируют эту агрессию и поэтому воспринимаются им как неприемлемые. Подобным же образом расщепляется и первичный объект. В нем выделяется негативная часть, существенно усиленная собственными агрессивными фантазиями ребенка, спроецированными на объект, либо же целиком представляющая собой продукт этих фантазий. Подобная проекция является попыткой избавиться от своих агрессивных тенденций, аккумулированных в отщепленной части Эго. Наряду с этим ребенок вычленяет в первичном объекте позитивную часть, которая очищается им от всех негативных проявлений и, таким образом, грубо идеализируется.

В результате «позитивные», любящие аспекты Эго ребенка продолжают оставаться в контакте с любящими, заботящимися аспектами первичного объекта, а его «негативные», враждебные стороны — с теми частями этого объекта, которые в фантазиях переживаются ребенком как ненавидящие и преследующие.

Таким образом, собственное Эго ребенка, его первичный объект и отношения между ними оказываются фрагментированными, и в целях защиты ребенок попеременно переходит от одного типа отношений к другому

Такой тип функционирования обеспечивается целым рядом защитных механизмов (некоторые из них мы уже упомянули) - расщеплением, примитивной проекцией и интроекцией, проективной идентификацией, примитивной идеализацией, отрицанием, фантазией всемогущества и обесцениванием (см., например: Райкрофт, 1995). Ранние объектные отношения с матерью представляют собой матрицу для структурирования внутри- и межличностного мира ребенка.

Подобная двойственность восприятия себя, окружающих индивидов и своих отношений с ними представляет собой нормальный механизм психического развития ребенка и продиктована потребностью «безопасно любить и безопасно ненавидеть» (Ogden, 1990), то есть разделить позитивные и негативные чувства, смешение которых создало бы для ребенка ситуацию, невыносимую в силу ее слишком большой когнитивной и эмоциональной сложности. При условии устойчивых и благоприятных объектных отношений, а также нормального когнитивного и эмоционального развития приблизительно к трехлетнему возрасту ребенок преодолевает описанное расщепление и приобретает способность переживать амбивалентные чувства, адресованные к целостному объекту.

В случае же неблагоприятного хода развития примитивные защитные механизмы продолжают активно функционировать в психике взрослого индивида и становятся психологической почвой для нарушений нарциссического, пограничного, а также психотического уровня. Надо отметить, что именно теория объектных отношений сделала возможной психоаналитическую терапию подобных психических расстройств. Предпринятый в ее рамках углубленный анализ динамики отношений индивида с ключевыми объектами обеспечил и более полное понимание динамики и фундаментальной роли отношений переноса и контрпереноса в психоаналитической практике. Это новое понимание стало результатом того, что, расширив круг своих пациентов, психоаналитики обнаружили факт, имеющий колоссальное значение: чем глубже нарушена психика пациента, тем более сильное эмоциональное влияние он способен оказать на своего психотерапевта.

Работая с пациентами, страдающими нарциссическими и пограничными расстройствами, психоаналитики столкнулись с тем, что одним из преобладающих в этих случаях защитных механизмов является проективная идентификация. Можно даже сказать, что для этих пациентов проективная идентификация становится основным способом их коммуникации с ключевыми фигурами. Несколько упрощая, этот механизм можно представить в виде двух последовательных этапов: 1) у пациента возникает бессознательная фантазия о проецировании на другого человека аспектов своего «я», угрожающих его целостности, и о том, что эти импульсы овладевают личностью этого человека; 2) при помощи целого арсенала коммуникативных средств пациент бессознательно вынуждает аналитика думать, чувствовать и вести себя в соответствии с этой проекцией, то есть отчасти идентифицироваться с ней (см., например: Ogden, 1982).

Эта идентификация психотерапевта с проецируемыми на него аспектами личности пациента отличает проективную идентификацию от невротической проекции в теоретическом плане и является

основным источником трудностей контрпереноса при работе с пациентами подобного рода. Но именно она представляет собой важнейший источник аналитической информации.

Открытие этих феноменов заставило психоаналитиков по-новому взглянуть на роль и значение контрпереноса в психоаналитическом процессе (Heimann, 1950; Money-Kyrle, 1956; Joseph, 1987). В-первых, этот термин стал использоваться более широко — для обозначения всей совокупности эмоциональных переживаний и бессознательно детерминированных реакций, возникающих у психоаналитика в терапевтической ситуации, а не только тех, которые отражают его собственную психопатологию. Во-вторых, контрперенос перестал считаться «Золушкой психоанализа» (Thomä, Kachele, 1987) и получил признание в качестве незаменимого аналитического инструмента.

Наблюдая за своими чувствами и фантазиями, возникающими как во время сеанса, так и между сеансами, аналитик может непосредственно ощутить, какие аспекты своего внутреннего мира пытается спроецировать на него пациент, какие защиты он актуализирует в тот или иной момент и в какие отношения бессознательно пытается его вовлечь. Таким образом, анализ контрпереноса органически дополнил традиционный анализ переноса, составив с ним единое целое (Joseph, 1985).

Например, пациент с садомазохистскими чертами личности может давать информацию о себе таким образом, что у психотерапевта возникает желание давать интерпретации обвинительного характера, бессознательно идентифицируясь с садистскими чертами пациента и подкрепляя его мазохистские ожидания. В подобной ситуации анализ контрпереноса приобретает огромное значение как для избежания возможной терапевтической ошибки, так и для понимания глубинной структуры интра- и интерперсонального мира пациента, в который в силу динамики переноса и контрпереноса вовлекается и сам терапевт.

Способность аналитика понимать своего пациента опирается не только на теоретические знания, но и на способность идентифицироваться с теми или иными аспектами его личности, в том числе и инфантильными (Money-Kyrle, 1956). При этом он должен постоянно осознавать динамику взаимодействия между собой и пациентом, выявлять вклад каждого из партнеров в динамику терапевтических отношений.

Необходимо подчеркнуть, что «реабилитация» контрпереноса в психоанализе отнюдь не означает снижения требований к личности психоаналитика, его способности справляться с собственными трудноконтролируемыми эмоциональными и поведенческими реакциями, сохраняя при этом доброжелательность и эмпатию к своему пациенту. Напротив, включение в психоаналитическую практику анализа контрпереноса привело к тому, что больше внимания стало уделяться такому обязательному компоненту обучения психоаналитиков, как их собственный психоанализ.

Возникновение и развитие теории объектных отношений привело к пересмотру основной метафоры психоаналитического взаимодействия. Роль психоаналитика уже не сводится к роли экрана или зеркала для бессознательных проекций пациента. Скорее он служит своеобразным «контейнером» (Bion, 1967), который вмещает и удерживает те переживания пациента, которые сознание последнего вместить не может и поэтому вынуждено отщеплять.

Формы психопатологии и виды психоаналитической терапии

Как уже упоминалось, развитие психоаналитической теории и техники шло рука об руку с расширением круга аналитических пациентов. Работа с более сложными случаями ставила перед аналитиками новые задачи, а созданные ими в результате теоретические модели давали возможность выработать новые диагностические схемы и терапевтические подходы.

Одной из широко признанных в современном психоанализе диагностических классификаций является структурная диагностическая модель О. Кернберга (Kernberg, 1984). В соответствии с ней весь диагностический диапазон, потенциально доступный для тех или иных форм психоаналитической психотерапии, подразделяется на три типа личностной организации - невротическую, пограничную и психотическую. В основу классификации положены три структурных критерия: степень личностной интеграции, уровень зрелости преобладающих защитных механизмов и адекватность оценки реальности.

Невротическая личность, в отличие от пограничной и психотической, характеризуется относительно высокой степенью личностной интеграции, то есть иерархизированного и дифференцированного восприятия себя и других. Невротические защитные механизмы, главным из которых является вытеснение, оцениваются как относительно зрелые, то есть позволяющие личности сохранить приемлемый уровень целостности личности и адекватности оценки реальности. Оценку реальности

Кернберг определяет как способность дифференцировать «я» от «не-я», а внутренние стимулы от внешних, а также способность оценивать собственные мысли, аффекты и поведение с точки зрения общепринятых социальных норм. Диагностические границы невротической личностной организации, по Кернбергу, включают в себя симптоматические неврозы и неврозы характера, о которых говорилось выше.

Пограничная организация личности, так же как и невротическая, характеризуется достаточно адекватной оценкой реальности (дифференциацией «я» и «не-я»), но наряду с этим преобладанием примитивных (то есть базирующихся на расщеплении и проективной идентификации) защитных механизмов. Соответственно, пограничная личностная структура отличается меньшей степенью интегрированности. Клинически это выражается в хроническом переживании чувства пустоты, взаимоисключающих представлений о самом себе и окружающих, а также противоречивых поведенческих импульсах, которые пациенту трудно осмыслить и иерархизировать. Структурное понятие пограничной личностной организации соответствует таким диагностическим категориям, как различные виды психопатии, и ряду личностных расстройств, которые по DSM и ICD классифицируются как шизоидная, параноидная, нарциссическая, антисоциальная личность и пр.

Психотической личностной организации, подобно пограничной, свойственна слабая степень личностной интегрированности и преобладание примитивных защитных механизмов. Однако ее отличительной чертой является утрата адекватной оценки реальности, клиническими проявлениями чего служит продуктивная психопатологическая симптоматика.

Психоаналитическое лечение может проводиться в различных формах, которые отличаются друг от друга по терапевтическим целям (глубине проработки личностных проблем) и организации терапевтического процесса (частота сеансов, использование кушетки, характер и глубина интерпретаций и т. д.). Выбор конкретной формы лечения определяется как требованиями реальности (например, наличием времени и достаточных средств у пациента), так и типом психопатологии пациента.

В спектре психоаналитических методов можно прежде всего выделить собственно психоанализ и психоаналитическую психотерапию. Современный психоанализ представляет собой форму лечения, которая из всего спектра аналитических методов максимально близка к технике, разработанной и применявшейся Фрейдом. Психоанализ применяется в основном для лечения пациентов с невротической личностной организацией. Как мы уже говорили, этот метод предусматривает техническую нейтральность аналитика, использование невроза переноса в терапевтических целях и применение интерпретаций в качестве основного инструмента. Проведение психоанализа требует строгого соблюдения сессинга, главными формальными характеристиками которого является использование кушетки и высокая частота сеансов (не менее четырех раз в неделю).

Понятие психоаналитической терапии включает в себя континуум аналитических методов, которые также базируются на психоаналитической теории, но видоизменены в тех или иных отношениях по сравнению с психоанализом в собственном смысле слова. Изменения могут выражаться в уменьшении глубины интерпретации (вплоть до полного исключения генетических интерпретаций), смягчении требования технической нейтральности (применение приемов эмоциональной поддержки, советы, а иногда и непосредственное влияние терапевта на изменение жизненной ситуации пациента), сокращение числа сеансов, отказ от использования кушетки и т. д. Вместе с тем необходимо отметить, что провести четкую границу между психоанализом и психоаналитической терапией иногда бывает довольно сложно. В настоящее время психоаналитическая психотерапия получила широкое распространение, прежде всего потому, что в организационном отношении она значительно проще психоанализа, однако она уступает ему по глубине проработки личностных проблем пациента.

Показаниями к психоаналитической психотерапии служат не только внешние по отношению к самому лечебному процессу обстоятельства, но и степень тяжести психического состояния пациента. Кернберг (Kernbergetal., 1989) выделяет три формы терапии в зависимости от глубины расстройства: психоанализ, экспрессивную психотерапию и поддерживающую психотерапию. Психоанализ признается наиболее эффективным для пациентов с невротической личностной организацией, в то время как экспрессивная психотерапия показана при пограничной, а поддерживающая — при психотической организации личности.

Экспрессивная психотерапия в случаях наличия у пациента пограничной личностной структуры, как и психоанализ, предусматривает использование интерпретаций, анализ переноса и соблюдение технической нейтральности. Однако она проводится не на кушетке, а в сидячем положении лицом к

лицу два-три раза в неделю. Правило свободного ассоциирования несколько видоизменяется: пациенту предлагается высказываться в первую очередь об актуальных проблемах и трудностях, которые он ощущает во время сеанса. В отличие от психоанализа при экспрессивной психотерапии работа терапевта фокусируется в первую очередь на ситуации «здесь и теперь», и лишь на продвинутых этапах работы он может перейти к генетическим интерпретациям.

Еще одно важное отличие экспрессивной психотерапии от психоанализа заключается в том, что иногда, в силу патологических поведенческих реакций пациента, психотерапевт бывает вынужден на время отказаться от нейтральной позиции и вводить разные правила и условия, ограничивающие диапазон проявления этих реакций. Например, работая с пациентом с алкогольной или наркотической зависимостью, он может ввести правило отмены сеанса в случае прихода пациента в состоянии опьянения. Однако при уменьшении остроты состояния пациента терапевт должен восстанавливать позицию нейтральности, используя технику интерпретации.

При поддерживающей психотерапии с психотическими пациентами сеттинг приблизительно такой же, как и при экспрессивной. Однако в этом случае психотерапевт не только не стремится сохранять техническую нейтральность, но, напротив, активно оказывает пациенту эмоциональную поддержку, дает рекомендации и советы, участвует в организации его жизненной среды. Используя приемы прояснения и конфронтации, психотерапевт избегает при этом глубоких интерпретаций. Анализ переноса при поддерживающей психотерапии не проводится. Вместо этого терапевт стремится подчеркнуть реалистические компоненты терапевтических взаимоотношений.

В заключение хотелось бы отметить, что проведение психоанализа и психоаналитической терапии требует от психотерапевта разнообразных и сложных навыков. Чтобы овладеть ими, необходимо не только базовое психологическое или медицинское образование, но и длительное специальное обучение, включающее подготовку в области психоаналитической теории, прохождение психоанализа или психоаналитической терапии в качестве клиента и достаточный опыт работы под наблюдением квалифицированных коллег.

Библиография

Райкрофт Ч. (1995) Критический словарь психоанализа. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа.

Фрейд А. (1993) Психология Я и защитные механизмы. — М.: Педагогика-Пресс.

Фрейд З. (1913) Толкование сновидений. — М.: Современные проблемы.

Фрейд З. (1923) Методика и техника психоанализа. — М.: Госиздат.

Фрейд З. (1989) Психология бессознательного. — М.: Просвещение.

Bion W. (1967) *Second thoughts*. — N. Y.: Jason Aronson.

Breuer J., Freud S. (1895) *Studies on hysteria*. — N. Y.: Nervous and Mental Disease Publishing Co, 1936.

Fairbairn W. (1952) *Psychoanalytic studies of the personality*. — London, N. Y: Routledge, 1994.

Fenichel O. (1941) *Problems of psychoanalytic technique* // *Psychoanalytic Quarterly*.

Freud S. (1910) *The future prospects of psycho-analytic therapy* // *Freud S. SE. Vol. XI*, 139-151.

Freud S. (1912) *Recommendations to physicians practising psychoanalysis* // *Freud S. SE. Vol. XII*, 109-120.

Freud S. (1914) *Recollecting, repeating and working through (further recommendations on the technique of psychoanalysis)* // *Freud S. SE. Vol. XII*, 145-146.

Freud S. (1926) *Inhibitions, symptoms and anxiety* // *Freud S. SE. Vol. XX*, 75-174.

Gill M. (1954) *Psychoanalysis and explorative psychotherapy* // *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 2, 771-797.

Greenson R. R. (1967) *The technique and practice of psychoanalysis*. — N. Y: Intern. Univ. Press. Vol. 1.

Heimann P. (1950) *On counter-transference* // *Int. J. of Psycho-An.* 31, 81-84.

Joseph B. (1985) *Transference: the total situation* // *IJPA.* 66, 447-454.

Joseph B. (1987) *Projective identification: some clinical aspects* // *Sandier J (Ed.) Projection, Identification, Projective Identification*. — Madison CT; Int. Univ. Press, 65-76.

Kernberg O. (1984) *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. — New Haven: Yale Univ. Press.

Kernberg O. et al. (1989) *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. — N. Y.: Basic Books.

Klein M. (1957) *Envy and gratitude. A study of unconscious sources*. - N. Y: Basic Books.

Malcolm R. R. (1986) *Interpretation: the past in the present* // *Int. Rev. Psycho-Anal.* 13, 433-443.

Money-Kyrle R. (1956) *Normal countertransference and some of its deviations* // *IJPA.* 37, 360-366.

Moore B. E., Fine B. D. (Eds.) (1968) A Glossary of psychoanalytic terms and concepts. — N. Y: The American Psychoanalytic Association.

Ogden T. (1982) Projective identification and psychotherapeutic technique. — N. Y.: Jason Aronson.

Ogden T. (1990) The matrix of the mind. Object relations and psychoanalytic dialogue. — Northvale: Jason Aronson Inc.

Pine F. (1985) Developmental theory and clinical process. — New Haven, London: Yale Univ. Press.

Reich W. (1945) Character analysis: Principles and technique for psychoanalysts in practice and training.— N. Y: Orgone Institute Press.

Thomä H., Kächele H. (1987) Psychoanalytic practice. — Berlin: Springer-Verlag. Vol. 1, Principles.

Методы аналитической психологии К. Г. Юнга. С. О. Раевский, Л. А. Хезай

Введение

Мифы, сложившиеся в широком сознании о психоанализе и аналитической психологии Юнга, сами могут быть предметом специального анализа. Так, существует миф о научности психоанализа и мистичности юнгианской психологии. Действительно, Фрейд сознательно ориентировался в своих работах на научно-медицинскую парадигму, а Юнг всю свою жизнь интересовался явлениями, лежащими в тени научной рациональности. Однако, положив в основу своей теории миф об Эдипе, Фрейд предопределил развитие психоанализа и психологии в целом как науки гуманитарной, а не естественной. Поэтому Юнга с его постоянным интересом к мифологическому можно рассматривать как продолжателя базовых идей Фрейда, выразившего культурную эволюцию западного сознания. Взаимное отвержение психоаналитических школ, с одной стороны, способствовало развитию исследований в определенных направлениях, таких, как архетипические исследования Юнга и постъюнгианцев, психолингвистические исследования Лакана и постструктуралистов, исследования раннего развития в школе объектных отношений; с другой стороны, это препятствовало взаимобмену между этими школами и внедрению результатов их работы в практику психоанализа. Выстраивая психотерапевтическую деятельность и научные исследования, мы стоим перед дилеммой: черпать идеи, метафоры и феноменологические обобщения из этого неразделимого постпсихоаналитического пространства или отстаивать собственную профессиональную идентичность.

Наша собственная позиция состоит в принятии идей широкого поля современной психоаналитической практики. Современный образованный психоаналитик любой школы значительно больше отличается по стилю своей работы и корпусу разделяемых идей от основателя этой школы, чем от своего коллеги из другой школы. Однако для психолога-практика или психотерапевта значительно важнее узнать больше о методах аналитической психологии, включив их в контекст собственной работы. Поэтому в данном разделе мы постараемся осветить практические аспекты юнгианского анализа, затрагивая теоретические вопросы лишь по мере необходимости.

Надо заметить, что сам Юнг возражал против превращения лечения в сугубо техническую или научную процедуру, утверждая, что практическая медицина есть и всегда была искусством, и то же самое относится к анализу. Поэтому нельзя говорить о методах аналитической психологии в строгом смысле. Юнг настаивал на необходимости оставлять все теории на пороге консультационной комнаты и работать с каждым новым клиентом спонтанно, не имея каких-либо установок или планов. Однако это не означало отсутствия теоретической подготовки аналитиков; напротив, Юнг советовал приобретать как можно больше знаний и непрерывно работать над собой. «Пустота» юнгианского терапевта относится скорее к его моральному долгу перед клиентом. Если мы способны видеть в каждом клиенте красоту, силу и величие его индивидуальности и понимаем, что мы призваны помочь ему в самореализации, то все время нужно быть внимательными, чтобы в центре процесса находились именно эти внутренние потенциалы клиента, а не наши эгоистические потребности или собственные теории, подтверждения которых так хочется порой найти. Единственной теорией для аналитика является его искренняя, идущая от сердца жертвенная любовь *-agape* в библейском смысле — и активное действенное сострадание людям. А его единственным инструментом является вся его личность, потому что любая терапия осуществляется не методами, а всей личностью терапевта. Это — всегда встреча двух неисчерпаемых и до конца непознаваемых бессмертных человеческих душ, двух необъятных вселенных. Признать этот факт означает — не пускаться в примитивные мистификации, но, напротив, больше осознавать реальность происходящего и быть более честным перед собой и перед жизнью вообще. Юнг считал, что психотерапевт в каждом конкретном случае должен решать, хочет ли он

вступать на рискованный путь, вооружившись советом и помощью. У него не должно быть никаких фиксированных понятий о правильном и он не должен делать вид, что знает истину. Если нечто, представляющееся терапевту ошибочным, оказывается чем-то более эффективным, чем правда, то он должен вначале следовать ошибке, ибо в ней сила и жизнь, которые он теряет, придерживаясь того, что ему кажется верным.

Хотя в абсолютном смысле лучшая теория — не иметь теорий, а лучший метод — не иметь методов, эту установку не следует использовать защитным образом для оправдания собственного непрофессионализма. И она не является поводом для наивного и «дикого», по словам Фрейда, анализа или работы «вслепую».

Если, следуя за Юнгом, видеть в бессознательном саму психику, саму душу, то излишний акцент на сознании и рациональности в терапии предполагает обесценивание самого себя и непринятие жизни как таковой в целом. Поэтому настоящая искренность, аутентичность и спонтанность юнгианского терапевта может родиться только из связи с глубинами собственного бытия, из контакта с его невидимым центром — Самостью, которая направляет весь процесс исцеления и является истинным главным героем происходящего.

Юнгианский анализ

Анализ был и остается основным методом практики аналитической психологии. Понятно, что исходной методологической моделью для юнгианского анализа послужил психоанализ З. Фрейда. Однако в аналитической психологии этот метод получил несколько иное теоретическое обоснование и практическое выражение. Суммарно все эти отличия выходят далеко за рамки простого смещения акцента, так что можно говорить о юнгианском анализе как о совершенно другом типе работы.

Очевидно, что большинство людей, обращающихся за психологической помощью, ищут в анализе прежде всего облегчения своих страданий. Если люди предпочитают анализ другим методам психотерапии, то они, как правило, уже знакомы хотя бы в общих чертах с идеями Фрейда или Юнга. Должно быть, они понимают, что если им не удастся справиться со своими проблемами волевыми сознательными усилиями, то существуют глубинные бессознательные факторы, препятствующие этому. Обычно они также осознают, что если их проблема существует уже несколько лет и имеет долгую историю формирования, то не так-то легко решить ее за несколько сеансов и требуется долгая кропотливая работа с опытным специалистом. Можно предположить, что типичный «аналитический клиент» с самого начала имеет установку на долгосрочное сотрудничество. У него есть достаточно самоуважения и самостоятельности, чтобы не полагаться на чудо или магическую силу извне, но верить, что с помощью аналитика ему удастся самому постепенно разобраться в своих проблемах и рано или поздно изменить свою жизнь.

Очень часто клиенты юнгианских аналитиков — это люди, имеющие за плечами неудачный опыт психотерапии. Такие люди уже умеют относиться к себе психологически и владеют психологическим языком и способны к рефлексии. Многих привлекает в анализе возможность свободно выражать себя. В отличие от краткосрочной терапии клиенту, проходящему анализ, нет необходимости выполнять директивные указания терапевта и перенимать прямо или косвенно его систему верований. Элемент насильственного, принудительного и болезненного, столь характерный для любых наших фантазий об обращении за медицинской помощью, здесь существенно меньше. Анализ начинается как обычные человеческие отношения и больше напоминает теплую дружескую беседу. В сущности, клиенту не нужно как-то специально «подстраиваться» под аналитика.

В значительной степени он сам дирижирует процессом. Аналитик — это не тот человек, который научит жить, спасет или вылечит. Прежде всего это близкий друг, с которым у клиента есть личные отношения, в участии, внимании и доброте которого он стопроцентно уверен. Клиент знает: «Аналитик всегда рядом, он думает обо мне, старается мне помочь, он всегда на моей стороне». В то же время условия соглашения с аналитиком позволяют клиенту в этих отношениях не зависеть от него так, чтобы это могло бы принести какой-либо вред или причинить неудобство. Власть и инициатива в руках клиента. Таким образом, анализ становится опытом нетравматических и целительных близких взаимоотношений. Можно предположить, что аналитической терапии ищут люди, испытывающие в жизни дефицит таких отношений.

Анализ есть сознательное и добровольное вовлечение в символическую игру. Его задачей является создание нового intersубъективного пространства — своего рода виртуальной реальности — в результате смещения субъективностей участников. Оно возникает на границе между «я» и «ты»,

внешним и внутренним и служит ареной экспериментирования по синтезированию сознания и бессознательного, воображаемого и реального да и всех мыслимых полярностей. По существу, это пространство является пространством творческой жизни. Любое творчество основано на умении временно расставаться с рациональными, рассудочными, структурированными элементами себя, допускать хаос, путаницу и смешение, с тем чтобы через некоторое время возник, оформился новый порядок. Анализ помогает жить творчески не только в отношении какого-то конкретного увлечения, но и по отношению к любым своим переживаниям и в особенности человеческим отношениям. В конце концов, творчество и свобода определяют меру нашего счастья в жизни.

Поэтому в анализе клиент делегирует аналитику те части своей личности, которые отвечают за сравнение, оценивание, контроль, организацию. Но он должен делать это временно, не утрачивая, не теряя эти важнейшие функции, чтобы при необходимости уметь взять их обратно. Для этого ему нужно довольно четко осознавать границы и понимать условность всей ситуации в целом. Например, клиент может относиться к аналитику как хорошему специалисту в психологии, возможно, как к тому самому человеку, который единственно ему нужен, понимая в то же время, что он не Бог и не гуру, а простой человек, такой же, как все, со своими недостатками и проблемами. Но он приходит к нему на сеансы как к специалисту, а не как к случайному человеку с улицы. Только тогда анализ будет работать. Таким образом, успех анализа определяется тем, насколько пациент умеет быть пациентом. Только тогда он позволит и аналитику быть аналитиком. В этом состоит важнейшее условие анализа. Аналитик использует правила и устанавливает рамки, чтобы создать наиболее благоприятную ситуацию для лечения. Но последнее слово все-таки за самим клиентом, за его доброй волей и желанием сотрудничать. Поэтому очевидно, что анализ как метод психотерапии предназначен не для всех. Требуется определенная готовность со стороны пациента и сохранность функций его Эго. Можно добавить, что необходима также подходящая конфигурация бессознательного, так как аналитик и клиент должны соответствовать друг другу, как ключ замку.

Задача аналитической психологии — раскрыть творческий потенциал любого переживания, помочь клиенту ассимилировать его полезным для себя образом, индивидуировать его. Для этого нужно уметь рефлексировать другим способом, более похожим на древние практики медитации — углубленного созерцания-размышления, оставляющего объект изучения таким, какой он есть, позволяя ему играть всеми гранями, всеми оттенками значений. Конечно, для современного человека это очень не легко сделать. Мы привыкли относиться потребительски ко всему, в том числе и к своему внутреннему миру. Нам хочется быстро извлечь какой-нибудь простой утилитарный смысл: «Ага, это мой эдипов комплекс, теперь все ясно!» Но именно этот отрыв от собственной внутренней жизни, игнорирование внутреннего мира и является с точки зрения Юнга причиной дисгармоничности современного человека, его неврозов и многих других проблем. Та рефлексия, которая действительно нужна как хлеб, должна возвращать человека в дом его души, давать ощущение контакта с внутренней сакральной вселенной психической жизни. Именно такой практикой и является юнгианский анализ. С одной стороны, он является продолжением многих древних медитативных практик, веками поддерживавших психический баланс, а с другой стороны, он по форме прост и доступен современному человеку, склонному к размышлениям, анализу и использованию понятий.

Если вернуться к более простым примерам, давайте представим, что на прием к психологу приходит человек, испытывающий трудности в семейной жизни. Очевидно, дело не в том, чтобы принять решение «мириться» или «разводиться». Он ищет другой психологической перспективы в своей жизни и надеется измениться. Его решимость сознательно или бессознательно связана с нежеланием воспринимать свои проблемы буквально и по крайней мере с потенциальной готовностью мыслить символически. Отталкиваясь от своей проблемы, он с помощью аналитика входит в новое метафорическое пространство, вступает в игру смыслов, в процессе которой рождается нечто новое и значимое для него лично. Таким образом, анализ трансформирует низшее в высшее, материальное в духовное, коллективное в индивидуальное, бессознательное в сознательное. Конечно, для готовности к анализу нужен определенный уровень культурного развития и интеллигентности, но еще более важна эта способность воспринимать события символически, «как если бы». Однако ошибочно считать анализ некой чисто интеллектуальной процедурой вроде философских дискуссий. Объектом трансформации в анализе является наша психическая жизнь — эмоции, чувства и аффекты. Возможно, начиная анализ, многие клиенты ищут стабильности и определенности в своей жизни. Но этот соблазн никогда не оправдывается. На деле им предстоит встреча с целым океаном переживаний, насыщенным волнами

радости и боли, счастья и страданий. Психическая реальность есть иллюзорная реальность, в ней нет ничего конкретного, плотного, раз и навсегда данного.

На практическом уровне главными характерными чертами анализа являются рамки, отношения переноса и контрпереноса и сама техника аналитической интерпретации. Именно эти три элемента, необходимые для реального исцеления бессознательных конфликтов, отличают анализ от любой краткосрочной терапии.

Аналитический ритуал

Введение формализованных правил для внешних элементов анализа, касающихся обстановки приемной, частоты встреч, оплаты, связано не только с рациональными причинами. Аналитическая приемная должна стать для клиента тем местом, где произойдет встреча с глубинами собственной души и психическая трансформация. Юнг сравнивал пространство анализа с теменосом — местом в древних храмах, где происходила встреча с богами. Встреча со священным, нуминозным, бессмертным, с тайной жизни требует закрытого, защищенного и специально организованного пространства. Аналитическое пространство должно быть совершенно особым, чтобы конstellировать энергию бессознательного. Другой метафорой для него, использованной Юнгом, был герметически закрытый сосуд, необходимый в алхимии для превращения веществ. Конечно, принципиально в анализе не может произойти чего-то, что не случилось бы в жизни естественным образом. Процессы исцеления и духовного развития протекают в человеке сами собой и безо всякой психотерапии. Было бы весьма самонадеянно заслугу исцеления клиентов целиком приписывать терапевту, игнорируя их собственную роль, а также роль природы, судьбы или Бога. Но анализ можно уподобить машине времени, он концентрирует энергию участников и резко ускоряет события, интенсифицирует жизнь. Анализ - стимулятор и катализатор психической жизни. Есть надежда, что в определенном смысле благодаря ему мы успеем прожить в этой жизни то, что должны прожить. Поэтому анализ работает на службе у природы и судьбы, хотя по форме внесение сознания в бессознательное есть процесс на первый взгляд противоречащий силам природы. Природа слепа и программирует индивидуумов на автоматические и механические сценарии, но сама же человеческая природа стремится к расширению сознания, к индивидуации. Этот базовый конфликт, который Юнг обозначал как непримиримый конфликт между инстинктом и духом, и составляет главный объект юнгианского анализа.

С древних времен религиозные церемонии, да и любые ритуалы, предшествующие охоте или земледелию, создавались так, чтобы не только мобилизовать внутреннюю энергию, но и защитить участника во время контакта с могущественными психическими силами. Непосредственное переживание этих сил может быть разрушительным. Когда Зевс по настоянию Семелы явился ей в своем истинном облике, она умерла от потрясения. Поэтому требуется некоторая хитрость, уловка, подобная приему арабского мальчика, которому удалось загнать джина назад в бутылку. Можно также вспомнить, что не случайно Господь воззвал к Моисею из горящего куста, а Персею, чтобы победить Медузу Горгону, пришлось смотреть на нее через свой зеркальный щит. В научных терминах можно сказать, что рамки анализа должны задавать дистанцию между Эго и бессознательным. В противном случае слабое, неподготовленное Эго, открываясь силам архаической природы и первичному архетипическому опыту, может не выдержать и разрушиться, может оказаться затопленным бессознательным. Именно для защиты клиента от подобной опасности, а не просто из-за наследия медицинской традиции или из-за «принципа реальности» в анализ вводятся четкие правила. Необходимо понимать, что рекомендации типа обращаться к аналитику «на вы», не встречаться с ним в свободное от сеансов время и даже стремиться не касаться клиентов физически, вводятся вовсе не из желания аналитиков «отгородиться», а ради самого процесса исцеления. Диалектический процесс только тогда возможен, когда между сторонами будет создана дистанция. Между двумя объектами, занимающими одно и то же место, нет дистанции. Ток возникает только тогда, когда полюса цепи находятся друг от друга на расстоянии. Физическая дистанция между клиентом и аналитиком является символическим выражением психической дистанции. В это образовавшееся пространство теменоса (см. выше) могут приходить боги, в нем могут происходить глубинные психические процессы. На первый взгляд нейтральность аналитика и все эти правила кажутся чем-то искусственным. Но такая искусственность и искусность продиктованы силой тех аффектов, с которыми реально приходится обращаться в анализе. В алхимической лаборатории, чтобы процесс прошел успешно, должна была присутствовать так называемая «мистическая сестра». Она нравилась мастеру, вдохновляла и соблазняла его. Но алхимик ни в коем случае не должен был ее касаться. Только при соблюдении этого

табу природа, символизируемая химическими веществами, обнаружила бы скрытый в ней свет и могло бы произойти рождение истинного золота, трансформация материального в духовное. Юнг говорил, что «только то, что разделено, можно затем соединить правильным образом».

Для аналитического ритуала важно, чтобы он не столько задавался «извне» — аналитиком, сколько был придуман самим клиентом. Ведь приемная, прежде всего, — это храм его души, его теменос. Психоаналитик Вулкан описывал случай, когда клиент каждый раз, прежде чем лечь на кушетку, снимал свои контактные линзы. Он проинтерпретировал это поведение как своего рода кастрацию себя перед началом сеанса. На что клиент не продемонстрировал особого инсайта, заметив вскользь, что в положении лежа линзы доставляют ему физическое неудобство. Что бы ни означали для клиентов подобные символические ритуалы, в любом случае важно, чтобы он сумел сделать из приемной то место, где ему комфортно и уютно, где он может раскрыться и доверить другому значимые для себя вещи. Немаловажную роль здесь имеют и внешние условия. Обычно аналитики принимают в тихой комнате с неярким освещением и закрытыми дверями. Хотя абсолютная изоляция от внешнего мира не играет большой роли. Винникотт, напротив, приводит пример, когда во время сеанса в его доме чинили замок на входной двери, и этот шум способствовал появлению ценного для клиента материала. Очень часто смена приемной, например при переезде в другое помещение, сильно отражается на ощущениях клиентов. Возникает феномен «потерянного теменоса». Обживая помещение, клиенту нужно что-то сделать, чтобы нагрузить все вещи в приемной своими собственными смыслами, проекциями, переживаниями. Ему всегда важно помнить, что это его анализ, что аналитик и приемная — это тот самый человек и то самое место, которые предназначены, чтобы помочь ему позаботиться о себе, чтобы он смог в этой комнате сделать что-то из истинной любви к себе.

В принципе есть несколько общих формальных договоренностей, необходимых в начале анализа. И хотя большинство юнгианских аналитиков предпочитают «открытое» начало в стиле обычных консультаций, которые постепенно могут вырасти в настоящий анализ, их стоит здесь кратко упомянуть. Они не предлагаются клиенту сразу с первых минут встречи «полным списком». И совершенно очевидно, что нарушение правил анализа не повлечет за собой суровых преследований. Скорее, аналитические соглашения являются жестом доброй воли и взаимного уважения. Они должны быть внутренне приняты клиентом и стать символом его ответственности за свою жизнь и развитие.

Продолжительность сеансов

Обычно выбирается длина сеансов от сорока до шестидесяти минут. Поэтому часто сеанс называют часом. Особых рациональных причин для такого выбора, вероятно, нет. Скорее, это дань традиции, так как современным людям свойственно все отмерять часами. Может быть, наши внутренние ритмы уже синхронизованы с таким временным промежутком. По часам кормят младенцев, почасовая оплата существует для многих видов работ, уроки в школе и лекции также делятся академический час. Эти и другие ассоциации неизбежно окружают аналитический сеанс.

Главный критерий при выборе продолжительности сеанса — должно успеть произойти что-то реальное. Поэтому нет смысла тянуть оставшуюся пару минут, если есть ощущение, что сеанс фактически закончен, только из тех соображений, что клиентом оплачено все время. И нет смысла заканчивать его точно, прерывая клиента на полуслове. Но, конечно, необходимо предупредить его, если незадолго перед окончанием он начинает новую важную для себя тему. Обычно не рекомендуется намного продлевать сеансы или делать так называемые сдвоенные сеансы даже из желания помочь клиенту эффективно использовать время. Опять же на практике такие «поблажки» и отступления от аналитических рамок чаще всего связаны либо с эмоциональными проблемами терапевта, либо играют на руку сопротивлению пациента. Если, например, из-за сильного заикания клиент успевает сказать всего несколько слов за сеанс, то продление сеанса могло бы означать его «инфантилизирование» или подчеркнуть его несостоятельность в попытках справиться с симптомом. Надо помнить, что любой ритуал должен занимать строго определенное время, что время для сакрального и время для обыденного всегда должно иметь четкие границы. Ритуал переводит иницируемого из пространства линейного, «конечного» времени в мир вечности, соединяет его с циклическими ритмами вселенной. Только в линейном времени есть рождение, развитие, зрелость и смерть. В сакральном времени этот порядок релятивизируется в бесконечных повторениях в каждом цикле, становясь частью другого высшего порядка. Проходя ритуал, участник учится на личном опыте совмещать эти разные модальности бытия, разные порядки мироздания. Поэтому для аналитика выдерживать рамки сеанса вовсе не означает воплощать собой строгого, запрещающего отца, символизировать «порядок разума

против хаоса бессознательного». Соблюдение такой принципиальной точности может основываться только на понимании архетипического контекста происходящего. Только учитывая этот более широкий метафорический контекст, можно создать оптимальные условия для того, чтобы клиент мог интегрировать опыт, получаемый в анализе. Поэтому важно, чтобы, принимая предложенные аналитиком четкие договоренности по поводу продолжительности сеансов и определенных дней приема, клиент понял (может быть, не сразу), что делается это не из уважения к «рабочему времени» специалиста и не из принципа, что «все удовольствия в жизни всегда ограничены», а ради него самого, ради его психического исцеления, так как в психическом мире действуют свои особые законы.

Кушетка или кресло ?

Одно из важных изменений в технике анализа, введенное Юнгом, относилось к отказу от использования традиционной психоаналитической кушетки. Он предпочитал ситуацию «лицом к лицу», подчеркивая тем самым равенство позиций клиента и аналитика. Оба они являются двумя сторонами одного диалектического процесса, эпицентр которого находится ни в одном из них, а где-то между, в чем-то третьем — в Самости, в трансцендентном или в диалектическом синтезе противоположностей. Когда оба участника процесса сидят друг против друга, они открыты друг другу, видят реакции партнера. Это естественная и в каком-то смысле более уважительная ситуация, приближенная к реальной жизни. Безусловно, она позволяет и аналитику и клиенту проявлять те же паттерны межличностных отношений, которые проявляются и с другими людьми, что очень важно для понимания трудностей клиента за пределами приемной. В ситуации «лицом к лицу» хорошо заметны невербальные сигналы и пространство коммуникаций становится более плотным и многоуровневым. Предпочтение Фрейдом кушетки имело свои причины. Как отмечал психоаналитик Фэрберн, этот анахронизм связан с тем, что Фрейд начинал свою практику как гипнотизер, да и вообще не любил, чтобы ему смотрели в глаза. Кроме того, Фэрберн считал, что многие аналитики прибегают к кушетке ради своего комфорта и безопасности, чтобы уйти из-под пристального внимания клиента и защититься от его требований.

Нельзя сказать однозначно, какое положение является идеальным для анализа. Большинство юнгианских аналитиков предпочитают иметь в своей приемной и кушетку, и кресло или такой диван, чтобы клиент при желании мог прилечь. Лучше, если выбор останется за самим клиентом и будет зависеть от сложившейся ситуации в анализе.

Метод свободных ассоциаций

Общей инструкцией в начале анализа является предложение расслабиться, войти в полусонное состояние со свободно плавающим вниманием и говорить абсолютно все, что приходит в голову. При этом акцент делается на том, чтобы проговаривать все возникающие мысли и чувства, даже если они кажутся несущественными, неприятными или глупыми, в том числе относящиеся к анализу и личности аналитика. Именно так в идеале применяется основной метод — метод свободных ассоциаций. Фактически Фрейд и Юнг были первыми психологами, исследовавшими этот феномен. Фрейд чисто эмпирически, исходя из своих клинических наблюдений, Юнг строго научно, изобретая тест словесных ассоциаций.

Метод основан на идее, что по-настоящему свободные ассоциации человека, сумевшего оставить рациональное мышление, вовсе не являются случайными и подчинены четкой логике — логике аффекта. Однако во фрейдистской интерпретации такая цепочка ассоциаций, если удастся преодолеть сопротивление, обязательно приводит к ядру психического конфликта — комплексу и раннему травматическому опыту, лежащему в основе его формирования. Таким образом, предполагается, что все звенья этой цепи связаны и чем дальше мы продвигаемся, тем ближе мы к выяснению сути. Поэтому Фрейд постулировал возможность прямых интерпретаций (если при любом начале ассоциирования все равно приходишь к одному и тому же результату) и принципиальную допустимость самоанализа. Парадоксальность применения фрейдистского варианта этого метода состоит в том, что, поскольку теоретически выведен единственный источник всех психических конфликтов — эдипов комплекс, — то в свободном ассоциировании в общем-то нет большой необходимости, во всяком случае его конкретное содержание не имеет значения. Именно против этой догматической умозрительной схемы возражал Юнг. Он говорил, что с таким же успехом вместо того, чтобы слушать клиента, можно было бы прочесть какое-нибудь объявление да и любую строчку из газеты. Он обнаружил, что ассоциации подобны паутине или кругам, расходящимся на воде от брошенного камня. Они всегда вращаются вокруг аффективно заряженных образов и образуют психическую ткань, в которую этот образ плотно

вплетен. Ассоциации — это не средство вытащить на поверхность давно вытесненное. Будучи неразрывно связанными с центральными образами посредством своих аффективных коннотативных аспектов значений, они образуют саму материю психического, сам способ жизни и функционирования нашей души. В сущности, каждый из ключевых образов, стягивающий на себя пучок ассоциаций, имеет нечто универсальное, присущее всем людям, то есть архетипическое.

Поэтому иногда юнгианское применение этого метода называют циркулярным, или круговым, ассоциированием в отличие от линейного ассоциирования в классическом психоанализе. В юнгианской практике важно кружить возле образа, все время возвращаться к нему и предлагать новые ассоциации, пока не станет ясен его психологический смысл. Причем дело не в том, чтобы извлечь некую идею по поводу этого образа, а в самом непосредственном переживании образа со всеми прикрепленными к нему ассоциациями. Только тогда может родиться не умственное, сугубо рациональное понимание, а понимание психологическое, при котором объект познания не вытаскивается на поверхность и вырождается до чего-то более плоского, а исследуется *in vivo* в присущей ему среде, оставаясь живым. Линейное ассоциирование представляет собой познание психической жизни в виде работы или соревнования, в которых важен результат. И мы думаем, что каждый следующий шаг приближает нас к заветной цели. Если же происходят задержки в пути, то обязательно кто-то в этом повинен. Классическое определение сопротивления связано именно с сопротивлением свободному ассоциированию. При циркулярном же ассоциировании мы можем охватить взглядом всю перспективу и увидеть, что в некоторых точках мирового океана бушует шторм, а в других местах штиль и хорошая погода. Мы можем видеть колебания температуры и солености воды, не оценивая воду как правильную или неправильную. В зависимости от желания клиента можно погрузиться в выбранном месте, почувствовать себя там, ощутить глубинные течения. Возможно, сегодня он еще не готов к плаванию в непогоду. Ему нужны время и некоторая тренировка. Важно лишь не терять из виду эти бурные воды. Но необходимости попасть именно туда нет, потому что океан един, можно достичь дна с любой точки. Таким образом, хотя метод свободных ассоциаций одинаково используется в психоанализе и юнгианском анализе, в него вкладывается разный смысл, и если первый делает акцент на слове «ассоциация», то второй, скорее, на слове «свободная». Надо помнить, что задача этого метода — не в том, чтобы «вывести клиента на чистую воду», а в организации свободного доступа к бессознательному содержанию. Такой подход требует от аналитика отказа от собственных моноидей, которые могут вести процесс ассоциирования и в результате обеднять образ. Существует соблазн привести клиента к тем же ассоциациям, которые возникли у аналитика.

Суть этого метода — контакт с бессознательным — должна воплощаться в самой свободной, метафорической, исполненной фантазиями атмосфере анализа. Если такая атмосфера не образовалась, то любые четкие инструкции не дадут нужного эффекта. Приведем пример. В одном из сновидений клиентка рождает почерневшую от времени доску в виде рыбы, на которой стоит знак, что это девочка. Ассоциации клиентки в основном касались неприятных ощущений, связанных с ее женственностью. Ассоциации у аналитика — с почерневшими досками как иконами и с рыбой как символом Христа. Однако высказывание этих идей аналитиком или его попытка привести ассоциации клиентки к духовному измерению могли быть вызваны неосознанным желанием отстраниться от ее болезненных переживаний, связанных с принятием своей женственности. Позднее аналитик вспомнил образ, объединяющий оба направления ассоциаций, — образ черной богоматери. Желание аналитика направить ассоциации в свое русло имеет смысл рассматривать с точки зрения контрпереноса. В данном случае аналитик возвышает, идеализирует клиентку, что подтвердилось дальнейшим ходом анализа, но это идеализирующее отражение может быть необходимым для принятия ею собственной женственности. Конечно, циркулярное ассоциирование не останавливается на двух доминирующих направлениях ассоциаций. Здесь оно может привлечь наше внимание к отношениям клиентки с дочерью, ее внутренним ребенком, и тем, что рождается в анализе, к тому, насколько она чувствует себя черной рыбой в темных водах бессознательного, к ее рисункам в черном цвете (почерневшим от времени) и т. д. Но такая работа не может быть выполнена за один аналитический сеанс. Весь длительный аналитический процесс можно рассматривать как циркулярное ассоциирование, когда вновь возникающие образы постоянно играют с предыдущими, порождая новые значения. Так, в инициальном сновидении, которое мы будем обсуждать ниже, рождение рыбы-доски «оживляет» море и одновременно придает другие значения следующему за этим сну о рыбе в чистой колодезной воде.

Частота сеансов

Исторически для анализа требовались как можно более частые регулярные встречи. Однако Юнг отступил от этого принципа, решив, что на продвинутых этапах, когда наиболее тяжелые невротические моменты уже проработаны и клиент в большей степени ориентируется непосредственно на задачи индивидуации, число сеансов можно сократить. Тем самым уменьшается зависимость клиента от терапевта, и ему предоставляется больше самостоятельности. Юнг и большинство его первых соратников предпочитали один-два сеанса в неделю. Нормальными считались большие перерывы в анализе. С некоторыми же пациентами, у которых не было возможности регулярно приезжать в Цюрих, Юнг даже вел нечто вроде анализа по переписке. При редких встречах с аналитиком акцент обсуждения неизбежно смещается на наиболее значимые для клиента переживания, что отвечает юнгианскому интересу к символам и процессу индивидуации. Такая работа не так сильно вовлекает участников в отношения переноса и контрпереноса, освобождая их энергию для исследования бессознательных содержаний. В некотором смысле редкие встречи задавали значительную дистанцию, которая уравновешивала очень спонтанное, активное и максимально открытое поведение первых юнгианских аналитиков.

Делая встречи более редкими, мы придаем им больше символического веса. Праздники, ритуалы и церемонии не должны происходить часто. Значимые события не случаются каждый день. Поэтому вопрос частоты сеансов выходит за рамки дилеммы: анализ или поддерживающая терапия. Скорее, важно то место, которое анализ занимает в эмоциональной жизни клиента. Если именно туда клиент помещает тайную глубинную жизнь своей души, подобно тому, как драгоценности кладутся в сейф, то, безусловно, налицо необходимая для возникновения аналитической ситуации символическая установка. Вероятно, в поддерживающей терапии ему нужно лишь временно ослабить психическое напряжение, центр же его жизни по-прежнему остается за пределами приемной. Разумеется, это не означает, что если у клиента есть желание и возможность очень частых встреч, то ему надо отказываться. На практике получается наоборот. Современным людям не просто выделить много времени, а порой и значительные денежные средства для собственного психологического и духовного развития.

Особые договоренности

Дополнительные договоренности в анализе касаются процедуры завершения анализа, пропусков, периодов каникул и принятия важных решений в жизни. В отношении последнего клиенту рекомендуют не принимать радикальных решений (жениться, разводиться, сменить работу, уехать в другой город и т. п.), не обсудив их предварительно с аналитиком. Разумеется, аналитик не может запретить клиенту поступать так, как тот находит нужным. Но бывают случаи, интерпретируемые как «отыгрывание». Например, перенос позитивных чувств на терапевта может усилить негативные проекции на партнера по браку в конфликтной семье, и клиент поспешно займется разводом. Точно так же потребность в заботе о внутреннем ребенке может побудить побыстрее завести ребенка. Конечно, такие поступки не следует оценивать как неправильные. Принятие решений — это личное дело клиента. Многие клиенты обращаются за помощью к психологу, пребывая в сомнениях и надеясь принять какое-то решение, изменяющее их жизнь к лучшему. Но задачи анализа не сводятся к определению конкретных шагов, которые клиенту необходимо предпринять. Аналитик может высказывать свое мнение, но не должен учить жить или советовать. Такая установка слишком инфантилизировала бы клиента и мешала бы процессу его индивидуации, поддерживая защитную, избегающую жизни позицию. Целью анализа является помочь пациенту разобраться в себе и взять ответственность за свою жизнь и развитие. Если в результате клиент примет решение, например разорвать обременительную патологическую связь, и разведется с партнером по браку, то этот поступок можно расценивать как прогресс в терапии. Важно лишь, чтобы анализ стал местом, куда пациент мог принести все свои тревоги, страхи, сомнения, надежды, сопровождающие важные изменения в жизни, и разделить их с терапевтом. Если, не сказав аналитику ни слова, он необдуманно принимает решения, то налицо или недостаточное доверие к нему, или непонимание целей анализа, или отыгрывание. Конечно, рекомендация относительно такого предварительного обсуждения не должна выглядеть так, будто всякий раз от аналитика нужно получить «добро», как от отца или начальника. Аналитику нужно достаточно ясно доносить цели и задачи анализа и воплощать «дух» анализа во всех своих действиях.

Интерпретация

Любой психологический анализ предполагает умение строить умозаключения, интерпретировать. Это всегда вербальный и сознательный акт, нацеленный на осознание ранее бессознательного материала. Можно предположить, что аналитику нужно быть весьма наблюдательным, иметь развитую речь и достаточные интеллектуальные способности. Однако интерпретация не является чисто интеллектуальной процедурой. Даже блестяще сформулированная и точная интерпретация, если она высказана несвоевременно и не принята клиентом, является совершенно бесполезной. Поэтому юнгианские аналитики в целом редко обращались к методологии интерпретации, делая акцент на спонтанности и больше полагаясь на интуицию. Все же можно выделить несколько характерных моментов юнгианского взгляда на этот вопрос.

Прежде всего, история показала, что бессмысленно верить в целительную силу инсайта, на которую уповал Фрейд. Он считал, что инсайт расчищает дорогу здоровью от завалов бессознательного. Опыт поведенческой терапии показал, что возможны позитивные поведенческие изменения без всяких инсайтов. И часто инсайты не ведут к необходимым поведенческим изменениям. Простого вербального акта аналитика, даже весьма искушенного в психоаналитической теории, недостаточно, чтобы помочь клиенту интегрировать чувства и разум. Непринятая интерпретация скорее будет усиливать их расщепление и работать на руку сопротивлению. Поэтому прежде всего она должна быть «эмоциональной» — неразрывно связанной с общей атмосферой анализа. Интерпретация свидетельствует о том, что аналитик присутствует, слушает, старается помочь. Она дает поддержку клиенту, показывая, что в его переживаниях нет ничего неразумного, глупого или плохого, что они в принципе понятны и интересны другим людям. Психоаналитик Кохут считал, что она является инструментом интернализации эмпатического понимания аналитика. Именно эмоциональное содержание, а не само слово приводит ее в действие. Ведь интерпретация воспринимается как мнение аналитика о клиенте лично. Поскольку аналитик — особенный человек, чье мнение небезразлично, значимый другой, то каждому его слову придается большой вес. Здесь не должно быть спешки и навязывания. Интерпретация не должна казаться чем-то чужеродным и лишним. Ее задача — установить стабильное позитивное отношение и породить надежду на исцеление. Так что рациональный, «солярный» элемент следует уравновесить «лунным», чтобы Эрос и Логос работали в паре.

Винникотт уподоблял интерпретацию переходному объекту. Переходный объект функционирует в качестве посредника между внешней и внутренней реальностью. Он необходим для психического развития любого человека не только в качестве временного заместителя первичного объекта, но как основной инструмент творческого освоения мира. Его главное свойство состоит в том, что он одновременно дан ребенку извне и как бы придуман, изобретен им самим. Ребенок находит его как раз в тот момент, когда готов перенести на него свои фантазии, чувства и потребности. Успешная интерпретация обладает тем же качеством синхронности. Она появляется в тот момент, когда уже почти осознана клиентом, близка к порогу его сознания. И она произносится так, чтобы клиент пережил ее как свое собственное открытие, как свое откровение. Опасно, когда к ней относятся как к своего рода герменевтическому упражнению, и пациент только убеждается, насколько проницателен аналитик или насколько он всезнающ и мудр. Интерпретация должна оставлять место для творческой активности самого клиента и внушать ему уверенность в своих силах. Лишь тогда она будет стимулировать, а не блокировать его фантазию и способствовать развитию символического отношения к миру. Поэтому обязательными знаками успешной интерпретации является оживление клиента и появление нового значимого материала.

Очень ценным является совет Юнга избегать чрезмерной концептуализации и оставаться как можно ближе к самому интерпретируемому образу. Образы сами просят понимания и истолкования. Каждый образ окружен сетью значений и смыслов. Искусная интерпретация раскрывала бы этот психологический контекст каждого образа, каждого переживания, не подменяя его концепциями и абстрактными понятиями. Только при этом условии будет происходить продуктивный диалог сознания и бессознательного и удастся избежать подавления связанной с фантазией активности души. Ведь именно подавление образов, с юнгианской точки зрения, — главная причина многих психических расстройств. Конечно, в психологии, как и в других науках, мы не можем обойтись без абстрактного мышления и структурной четкости изложения идей, но в реальном лечении гораздо большую роль играет эмоциональный, образный контекст происходящего. Так что всегда лучше действовать осторожно и придерживать свои гипотезы до того момента, когда клиент будет готов их воспринять или когда его переживания сами не обнаружат скрытый в них смысл и не объяснятся сами собой, например

благодаря тому, что клиент скажет позже. Кроме того, аналитику нужно пытаться разговаривать с клиентом на его языке и формулировать интерпретации, совместимые с его мировоззрением. В анализе нет задачи «переделать» другого человека или дать ему образец «правильного» способа жизни и мышления. Психологическая мифология ни чуть не лучше любой другой, поэтому не за чем навязывать ее клиенту. Юнгианский подход к интерпретации состоит том, что она должна помочь клиенту уловить свои образы, чувства и фантазии, в некотором смысле помочь ему довериться им и позволить им расширяться, чтобы они обогатили его сознательную жизнь.

В некоторых случаях необходимо осознанно «жертвовать» интерпретацией. Причина в том, что для ее «переваривания» требуются достаточно стабильные и сохраненные функции Эго. Но для достижения этого условия нужен значительный прогресс в лечении и иногда много времени. До той поры аналитику приходится действовать осмотрительно и просто «воплощать» образ, в проекции которого на другого человека клиент нуждается. Сами отношения с аналитиком тогда возьмут на себя функции интерпретации. Конечно, не следует думать, что аналитик только интерпретирует. Его задача не сводится только к выдаче разъясняющих заключений. Кроме того, есть много других видов его вербальной активности. Несколько сеансов, на которых он задал всего пару вопросов, могут быть продуктивнее сеанса с неудачной, несвоевременной интерпретацией. Большинство его вмешательств направлено на поддержание диалога и создание фона, на котором могут раскрываться переживания клиента. А в аффективно заряженные моменты сеанса перед аналитиком стоит задача сохранения и удерживания, требующая специальных навыков. Но в каком-то смысле даже обычные вопросы, реплики и «гм» или «ага» содержат элемент интерпретации. Поэтому иногда аналитики делят интерпретации на *поверхностные* и *мутационные*. В первом случае мы фактически имеем дело с акцентированным переформулированием слов клиента или с комментарием, констатирующим очевидное, но упущенное им смысловое содержание. Такие действия аналитика носят не глубокий характер и больше служат поддержанию направления и темпа процесса лечения в целом. Во втором случае в результате интерпретации происходят важные сдвиги. Иногда достаточно легкого, но приложенного в правильном месте усилия, чтобы наконец сдвинуть с места тяжелый груз. Мутационные интерпретации отмечают поворотные точки анализа.

Содержанием полной интерпретации является описание доминирующего комплекса, сопротивления и системы защит, удерживающих этот комплекс в бессознательном. Она должна охватывать три времени: прошлое, настоящее и будущее. Прошрое — это генетический аспект, позволяющий установить, в силу каких причин у клиента сформировался этот комплекс, какие факторы внесли в него вклад и почему возникла необходимость вытеснять и подавлять эти содержания, чувства и аффекты. Уровень настоящего — это проявления этого комплекса в теперешней жизни, трудности в межличностных отношениях и конкретные эмоциональные проблемы. Сюда также относятся проявления комплекса «здесь и теперь» в ситуации переноса-контрпереноса. Аспект будущего связан с прогнозами и перспективными элементами внутри комплекса - содержащимися в нем возможностями и потенциалами развития, которые предстоит привнести в сознание. Сопротивление и систему защит также следует раскрывать на этих трех уровнях. При этом нет задачи преодолеть или уничтожить эти защиты. Они являются частью нашего здорового психического функционирования. Никто не может без них обойтись. Поэтому желательно их интерпретировать только тогда, когда клиент не останется в результате слишком уязвимым. Наконец, комплекс и система защит имеют как личное содержание, так и архетипическое ядро.

В силу этого комплекс должен затрагивать и аналитика. Поэтому в качестве критериев успешной интерпретации в юнгианской литературе называется ее аффективный характер. Корни аффекта должны лежать в бессознательном аналитика. Именно из-за бессознательного эмоционального вовлечения рождается то качество глубины, которое и создает действенность интерпретации. Толкование не может идти только от ума. Высказанное нейтральным, безучастным тоном, оно вряд ли затронет клиента. Переживания клиента должны стать лично значимыми для аналитика, резонировать с чем-то внутри него. Глубокая интерпретация — это всегда такое же важное событие для аналитика, как и для клиента; поэтому его слова сопровождается тот эмоциональный заряд, который как раз нужен для «энергетического усиления» поля анализа. И универсальный, архетипический характер материала, безусловно, вносит вклад в это усиление.

К завершённой интерпретации можно прийти лишь постепенно — потребуется долгий период анализа. И очень часто аналитик способен на нее, лишь выйдя из-под огня переноса и контрпереноса, размышляя о клиенте ретроспективно во время перерыва в анализе. Понятно, что полное описание

только какого-нибудь одного комплекса заняло бы целую монографию и потребовало бы значительных усилий. Можно понять, почему аналитику нужно так много лет подготовки и почему существует такое обилие юнгианской литературы. Но на практике такая окончательная интерпретация в полном объеме, конечно, является идеализацией и не нужна ни клиенту, ни терапевту. Скорее, цель подготовки аналитика — развить чувствительность к метафорическим пространствам, окружающим разные комплексы. При этом в силу типологии и личной истории каждый аналитик неизбежно будет лучше замечать в клиентах то, что близко ему самому. Одни терапевты питают особую любовь к объяснениям в терминах «инцеста и эдипова комплекса», другие — в терминах «героического сценария и материнского комплекса», третьи предпочитают исследовать полярность архетипов пуэра (вечного юноши) и сенекса (старика). Такие различия совершенно естественны и в юнгианской психологии даже приветствуются как отражение плюралистического взгляда на мир. Важно только, чтобы эти объяснения были близки языку самого клиента и обладали способностью действительно что-то менять в его душе. Пациент не должен принимать их только из-за тенденции к уступчивости или исключительно внешним образом, выращивая что-то вроде аналитической персоны. В анализе нет задачи сделать из пациента психолога и загрузить его всякими психологическими теориями. Знание и понимание — разные вещи. Обилие познаний и всяких сведений не делает человека счастливым и не избавляет его от симптомов. Наши реальные проблемы носят эмоциональный характер. И наше самопознание есть живой процесс психической трансформации. Поэтому на практике гораздо полезнее передавать образные и символические контексты комплекса и избегать употребления специальных терминов. Работу интерпретации можно сравнить с майевтикой, сократовским искусством духовного родовспоможения. Она является средством поддерживать диалектическое напряжение, чтобы родилось что-то новое. Ее можно сравнить также с шаманскими практиками. Шаман отправлялся в путешествие в верхний или нижний мир, чтобы найти и освободить плененную духами болезни часть души пациента. Эффективная интерпретация также предполагает проникновение в тонкий мир, населенный комплексами и архетипическими персонажами, чтобы вернуть назад отколовшиеся части души. Поэтому интерпретация переживается как магический ритуал, как психическое событие, привносящее нечто ценное в нашу жизнь, оживляющее, обогащающее ее, а также компенсирующее что-то старое и мешающее.

Для мастерского владения этим инструментом необходимо различать виды интерпретаций и знать их возможности и ограничения. Можно выделить по крайней мере три пары противоположных видов:

- 1) интерпретация на объективном и субъективном уровне;
- 2) редуktивные и проспективные интерпретации;
- 3) интерпретации переноса и контрпереноса.

В отношении первого пункта начинающим аналитикам рекомендуется использовать субъективные интерпретации только после объективных. Последние относятся больше к внешним и очевидным аспектам в жизни клиента. Субъективный же уровень адресуется к интрапсихической реальности клиента, особенностям его внутреннего мира. То есть в первом случае мы рассматриваем проблему как нечто интроецируемое, а во втором — как проецируемое изнутри на внешний мир. Часто в психоанализе и психотерапии признают только интерпретации на объективном уровне. Мы привыкли считать проблемы клиента, например, последствиями травматических эпизодов его жизни, результатом воспитания в детстве или отношений с близкими людьми. И мы пытаемся помочь ему разобраться в сложившейся ситуации, предполагая ее реальность и актуальность для клиента в том виде, в каком он ее излагает. Огромной заслугой юнгианской психологии является демонстрация того, что эти описания, в сущности, относятся к тому воображаемому миру внутри клиента, в котором и протекает его психическая жизнь. Психика не только формируется факторами окружающей среды, но и развивается из своих собственных источников, обладая определенной автономией и способностью к саморегуляции. Поэтому, например, недоброжелатели клиента отражают его собственные теневые проекции, а партнеры по браку — проекции Анимы или Анимуса. Выбор последовательности интерпретаций продиктован тем, что клиенту в начале необходимо увидеть ситуацию более объективно, такой, какова она есть на самом деле, ослабив свои аффективные искажения. Иначе может возникнуть опасность «затуманивания», ухода от реальной ситуации в мир фантазий, которые имеют только слабую связь с конкретными жизненными задачами и не способствуют облегчению страданий. В практике Юнга, однако, было много примеров субъективных интерпретаций, даваемых с ходу. Для некоторых людей, погруженных в насыщенную внутреннюю жизнь, они могут быть полезнее рассуждений о возможных объективных обстоятельствах их внешней ситуации. С другой стороны, если принимать в расчет

принцип компенсации, то интерпретация на объективном уровне дополняла бы и корректировала доминирующую установку таких людей. Очевидно, в этом вопросе полезна гибкость и ориентация на то, в каком направлении идут ассоциации самого клиента.

Говоря об интерпретациях второго типа, можно использовать сравнение с деревом. Редуктивные интерпретации подобны его корням в земле, а перспективные тем плодам, которые оно должно принести, или его предназначению в целом. Опять же в начале лучше давать редуктивные интерпретации. Например, работая с семейными проблемами клиента, можно выяснить его стремление к власти, страх зависимости и даже проследить его теперешнюю ситуацию и найти ее истоки в нарушенных детско-родительских отношениях в его личном прошлом. После ясного и исчерпывающего разбора всех этих редуктивных моментов можно обратить его внимание на то, что, возможно, он учится устанавливать отношения с противоположным полом, ищет для себя адекватную модель мужественности и стремится к подлинной близости. Игнорирование этой второй перспективной части делало бы картину слишком мрачной и могло бы превратиться в одностороннее и примитивное патологизирование клиента. Наше восприятие других людей часто имеет это профессиональное искажение. Психологу и особенно психиатру очень легко поставить диагноз и увидеть в поведении пациента всевозможные психические отклонения. Мы можем стать пленниками архетипической ситуации лечения. Частично эти образы индуцированы бессознательным пациента, чтобы пробудить эмпатию и сострадание терапевта, но частично они приходят из собственного бессознательного аналитика, являясь компонентами его персоны или тени. Они могут мешать лечению, вызывая искусственную инфантилизацию и патологизацию клиента, препятствуя выходу на сцену образов его здоровья и целостности. Исторически именно этот отказ смотреть на человеческую душу через призму болезни привело к расхождению Юнга и Фрейда, а впоследствии к рождению всего гуманистического крыла психологии. Вопрос перспективной интерпретации не сводится к техническому трюку. Она зависит от нашей способности видеть лучшее в клиенте и вообще верить в людей. Кроме того, с юнгианской точки зрения это еще и вопрос понимания двоякой природы бессознательного — оно и злой демон, доставляющий хлопоты, и ангел, приносящий спасение. Все же с перспективной интерпретацией не следует торопиться, так как есть риск поощрять тем самым избегание темных и неприятных сторон. Возрождения не может произойти без смерти. Важно просто никогда не терять из виду этот другой, направленный на будущее аспект анализа.

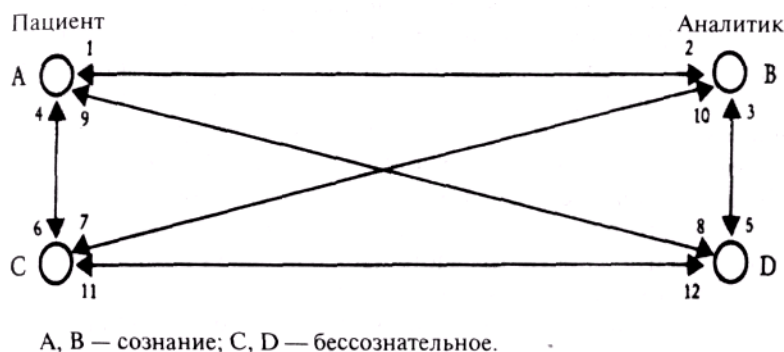
По поводу третьего типа интерпретаций нужно вспомнить идею Мелани Кляйн, что отношения переноса присутствуют уже с первых минут анализа. Психоаналитики школы объектных отношений фокусируются именно на интерпретациях переноса и считают уместным делать их чуть ли не с первых минут терапии. Не отрицая важности проекций при переносе, юнгианские аналитики, как правило, стремятся быть ближе к самому содержанию бессознательного материала. Иначе есть опасность сводить все происходящее в анализе исключительно к взаимоотношениям с аналитиком. Навязчивая интерпретация переноса может провоцировать тревогу и только мешать процессу исцеления. Конечно, все, что произносится в присутствии аналитика, имеет к нему некоторое отношение. Но сновидения и фантазии сами по себе могут представлять ценность для клиента. Символическое богатство их значений не сводится только к бессознательной картине отношений переноса. И, разумеется, было бы странным во всем разнообразии реакций, связанных с переносом, видеть только отражение отношений матери и младенца в первые месяцы жизни. В такой редукции нет принципиальной ошибки. Но надо осознавать, что это всего лишь одна из метафор, описывающих аналитические отношения. Как и в любых человеческих отношениях, в них потенциально проявляются все паттерны межличностного общения. Фактически все сказки, мифы и литературные произведения посвящены человеческим взаимоотношениям. Интерпретация переноса должна устанавливать смысловые связи между ситуацией в анализе и этим более широким метафорическим контекстом, незримо включенным в происходящее, и исследовать его влияние. Более четкие указания на перенос связаны с образом аналитика в снах клиента или с прямыми высказываниями об аналитике. Но и в этом случае полезны осторожность и гибкость, потому что эти сигналы могут относиться не только к проекциям личного содержания, но и к активизировавшимся архетипическим персонажам или к образу внутреннего целителя клиента.

Что касается интерпретаций аналитиком своих вызванных контрпереносом чувств, фантазий и сновидений, то они делаются им в самоанализе или на встречах с супервизором, чтобы в первую очередь лучше понять клиента и извлечь ценную информацию о неосознаваемых процессах в анализе. У Юнга был случай, когда он непосредственно рассказал клиентке свой сон про нее и истолковал его так, что она поняла про себя нечто ценное. Конечно, такое поведение — скорее исключение, чем

правило для аналитика. Он не должен занимать время клиентов рассказами о своих переживаниях, так сказать, «перетягивая одеяло на себя». Но сигналы контрпереноса, как будет показано в следующем разделе, играют важную роль в юнгианской психотерапии.

Перенос и контрперенос

В широком смысле перенос и контрперенос обозначают не просто невротическую тенденцию разыгрывать старые стереотипы, но неизбежную и необходимую степень эмоционального вовлечения обоих участников в общий процесс. Можно назвать их частью диалектики взаимодействия. Еще в 1946 году в своей работе «Психология переноса» Юнг представил очень современный взгляд на эту проблему, опередив на несколько десятилетий теоретическое развитие психоанализа. Его идея «четвертичного брака» и алхимические метафоры удивительно точно передают всю сложность аналитических отношений.



Ось 1-2 относится к внешней части аналитического взаимодействия. Пациент, страдая от симптома, обращается за психологической помощью к профессионалу. Как и в любом лечении, их позиции с формальной точки зрения не равны, и работа регламентирована рамками и соглашениями, обеспечивающими рабочий альянс. Их общение по этой оси вербальное и сознательное. Все остальные подводные процессы, протекающие между ними, должны быть вынесены на поверхность, осознаны и обсуждены, чтобы возникла возможность их проработки и интеграции.

Ось 4-6 можно назвать осью терапии. Она обозначает диалог сознания и бессознательного, обмен энергией между ними, в результате чего симптомы постепенно ослабевают и устраняются препятствия для психического развития и духовной жизни.

Ось 3-5 отображает связь аналитика со своим собственным бессознательным. Верно, что аналитик принимает решения своим Эго, и его действия сознательны. Но он только тогда сможет помочь клиенту, когда граница между его сознанием и бессознательным не будет ни слишком слабой, ни слишком жесткой и ригидной. Тогда материал клиента будет резонировать с его собственными процессами. Он должен суметь увидеть, интегрировать и использовать их для лучшего понимания клиента. Таким образом, чтобы быть хорошим аналитиком, нужно оставаться очень «впечатлительным» и чутко реагирующим человеком, живо, лично и глубоко откликающимся на все происходящее. Юнг считал, что терапевту сложно оказать влияние, если он сам невосприимчив к влиянию пациента. Сны и другие сигналы, идущие из бессознательного аналитика, могут быть ценным источником информации для понимания сложных процессов, протекающих в интерактивном поле. Юнг утверждал, что аналитик настолько же сильно вовлечен в процесс, как и пациент. Существующая серьезная опасность, вызванная образом архетипического терапевта, — это не только хроническая усталость и раздражительность, так часто наблюдаемые у врачей, но и обострение их собственных симптомов, вызванных комплексами и проблемами, долго подавляемыми защитной идентификацией с силой Эго, с так называемой нормальностью, адекватностью, проработанностью или социализацией. Нужно помнить правило компенсации, действующее в психическом мире. Чем ярче свет сознания, тем гуще тьма бессознательного. Усиливая сознательность, взрослость и «нормальность», мы одновременно все больше склонны не осознавать свои поступки, проявлять инфантилизм и разного рода патологии. Реальные же успехи терапевта в собственном развитии всегда будут приближать его к большей человечности во всей полноте ее характеристик, а значит потенциально делать его еще более открытым влиянию пациента и уязвимым. Кроме того, ему нужно позволить и другим своим ранам, не связанным прямо с влиянием пациента, до некоторой степени вскрыться и заболеть по-настоящему. Только тогда он сможет увидеть и осознать их искажающее влияние на восприятие пациента. Поэтому аналитику

нужна непрерывная профессиональная подготовка, чтобы поддерживать баланс между Эго и бессознательным. Так что эту ось можно считать осью самоанализа, учебного анализа и консультаций с супервизором.

Ось 7-10 образуется совокупностью реакций пациента, связанных с переносом. Отношение Юнга к переносу было противоречивым. Признавая в целом его важность для терапии, он говорил, что иногда перенос вреден и лечение во многом протекает не благодаря, а вопреки ему. Он также считал, что иногда перенос не возникает или его вклад незначителен и что для развития сильного переноса требуется долгое время. В свете современных представлений о переносе эти высказывания могли бы показаться ошибочными. Однако причина такой позиции заключается в том, что Юнг главным образом имел в виду фатальное «застревание на отношениях» с терапевтом, мешающее исследованию бессознательных процессов. Сегодня принято рассматривать перенос не только с точки зрения регрессии и его инфантильной природы, то есть как «искусственный невроз» по Фрейдю. Перенос является «творческой иллюзией», неотъемлемой частью процесса развития и освоения мира, процесса психической дифференциации. Перефразируя клянианскую формулу «регрессия на службе Эго», юнгианцы предпочитают говорить о переносе как о «регрессии на службе Самости». Юнг говорил о регрессии при анализе в положительном смысле, считая ее необходимой для адаптации к внутреннему миру, формой интроверсии.

Проработка бессознательных фантазий, лежащих в основе переноса, помогает отвести назад проекции, искажающие восприятие людей. Поэтому она является частью обуздания и гуманизации архетипических сил и способствует индивидуации. С другой стороны, перенос и контрперенос можно рассматривать как своего рода активное воображение по поводу друг друга, как опыт проникновения в особую образную реальность, стоящую за близкими личными отношениями двух людей. В этом ракурсе перенос предстает как уникальная арена экспериментирования с другими режимами функционирования Эго, как творческий поиск более глубоких уровней существования. Поэтому перенос является и опытом обогащения от контакта с архетипическими силами, полезным для развития личности. Однако нельзя исключать возможность того, что сильный перенос указывает на недостаток реальных отношений в терапии и связан с нереализованной потребностью пациента в близости. Тогда его причиной часто является закрытость и дистанцированность аналитика вследствие невротических проблем последнего. В любом случае сильный перенос должен побудить аналитика задуматься о своих эмпатических промахах, о том, что он «недодает клиенту». Также возможно, что бессознательные реакции пациента будут содержать намеки на объективные ошибки аналитика и указывать на способы их исправления. Как будто внутри клиента есть что-то, что «знает», как надо строить процесс исцеления, и дает подсказки. Как будто невидимая Самость клиента дирижирует взаимодействием в процессе анализа, порождая перенос для блага клиента. Это не значит, что дилемма «перенос или настоящие чувства» всякий раз должна решаться в пользу «реальности». Грань между ними очень тонкая и целиком определяется задачами анализа. Признание даже большой доли реально обоснованных чувств, присутствующих в реакциях пациента (эротической любви, идеализации, критики и т. п.) не должно вести к буквальным истолкованиям, нанося ущерб его способности к символическому восприятию. Например, именно символическое отношение к любви в переносе как к знаку психического оживления, намечающейся интеграции противоположностей или активизации темы инцеста позволяет развернуть работу в сторону психологизации и личностного роста, а не скатиться к «всего-навсего обыкновенной влюбленности» и поиску «нехитрых житейских выходов из сложившейся ситуации». Конечно, нельзя отрицать, что любые близкие отношения предполагают некоторую взаимную влюбленность и сопровождаются романтическими и сексуальными чувствами. Несмотря на реальность всех этих переживаний в ходе анализа, его целью является все-таки не удачный роман, а психическое исцеление. Условия анализа позволяют выдержать ту необходимую дистанцию, когда при всей истинности, силе и реальности вспыхивающих чувств, они не повлекут простого отыгрывания, а будут работать в интересах индивидуации обоих участников.

На аналитика переносятся не только неинтегрированные аффекты, но и потенциалы развития, те позитивные качества, которые пациенту предстоит открыть в себе самом. В ядре переноса — всегда здоровье и целостность, которые пациенту нужно сначала увидеть в аналитике, чтобы затем суметь привнести в свою жизнь. Аналитика можно считать временным носителем Самости клиента при переносе — явлении, необходимом для восстановления баланса и развития по оси Эго-Самость. Так что ось 7-10 можно назвать осью надежды на исцеление. Если же рассматривать ее как направленную от сознания аналитика к бессознательному пациента, то она будет отражать эмпатию. Получается, что чем

сильнее эта связь, чем больше эмпатия аналитика и его желание понять клиента, тем сильнее перенос и тем больше вера в исцеление.

Ось 8-9 показывает, что не бывает переноса без контрпереноса. Всегда, когда существует сильный перенос, есть и эквивалентная предрасположенность к нему в виде контрпереноса. Между двумя психическими целостностями в анализе возникает синхронность. Аналитик не может целиком контролировать и осознавать свои реакции. Но некоторая бессознательность даже полезна для терапии. Она позволяет клиенту вызывать у аналитика именно те отклики, которые создают оптимальную для его развития конфигурацию отношений. Это подобно тому, как ребенок обладает способностью не только подстраиваться к матери, но и каким-то образом подстраивать мать к себе, «делая» из нее как раз ту мать, которая ему нужна для психического развития.

Полезную форму контрпереноса следует отличать от невротического контрпереноса. Однако на практике они всегда появляются вместе в смешанном виде. Как необходимая для лечения пластичность аналитика, так и его иллюзии одинаково обеспечиваются его собственными ранами. Обсуждая эту доступность аналитика влиянию пациента, Юнг говорил даже о психических инфекциях и о заразном бессознательном материале. Выходит, «заразиться» болезнями клиента аналитику нужно не только для того, чтобы лучше их понять (понять что-то можно, только испытав на себе), но и для того, чтобы, желая вылечить себя и себя в пациенте, актуализировать образ внутреннего целителя — привести в действие свои целительские силы. Не секрет, что истинным мотивом многих людей, избирающих профессии целителей, является желание помочь самим себе. Пока оно остается неосознаваемым, эти люди имеют тенденцию проецировать свои раны на пациентов, таким образом «лечить» только себя. С другой стороны, эта собственная рана терапевта должна быть слегка приоткрыта клиенту, чтобы это стимулировало его бессознательное желание исцелить другого, которое на самом деле является усиленным отражением собственного стремления к здоровью и свидетельствует об активности образа внутреннего целителя теперь уже внутри клиента. В этом желании исцелить своего терапевта проявляется на первый взгляд недопустимая смена ролей. Но за ней стоит возвращение себе ранее спроецированного на терапевта внутреннего целителя. Этот необходимый этап отведения проекции дает в результате уверенный доступ к своей здоровой части. Возрастание желания помогать другим, щедрость и сострадание всегда являются знаками позитивного развития. Они показывают, что задействованы душевные ресурсы клиента. Довольно часто на определенных этапах анализа клиентам сняты сны с образом больного аналитика, которому они помогают вылечиться. Можно считать их хорошими сигналами, не интерпретируя, например, как проявление зависти или защитной идентификации. Психика — это большой зеркальный дворец. Образы многократно отражаются и путаются, так что порой невозможно ответить на вопросы: чей комплекс констеллировался в терапии, чью же проблему мы решаем на самом деле? Парадоксален вывод, вытекающий из этих размышлений: хороший терапевт — это очень «больной» терапевт, человек, способный обнаружить в себе все проблемы, с которыми приходят к нему клиенты, причем все эти раны «не долечены» и достаточно остры, чтобы каждый раз желать исцелить себя и вместе с собой клиента.

Поэтому подлинной осью исцеления следует считать все же линию 11-12. Именно здесь между бессознательными частями происходит обмен энергией и наступает психическая трансформация. На этом более сущностном уровне мы вступаем в контакт с такими глубинными уровнями связанности, которые невозможно описать всеми имеющимися теориями, где нет разницы между здоровьем и раной. Здесь одни лишь загадки и тайны. Может быть, мы сталкиваемся в этой подводной части с опытом более глубоких слоев реальности, с чем-то вроде имплицитного порядка вселенной по Дэвиду Бому.

Этапы анализа

Юнг предлагал линейную модель психотерапевтического процесса. В качестве первой стадии он выделял исповедание, признание, или катарсис. Эта процедура более или менее аналогична известным религиозным практикам. Любое душевное движение начинается с попытки избавиться от ложного и открыться истинному. Вторую стадию — прояснение причин — он связывал с фрейдовским психоанализом. На этом этапе человек должен освободиться от «неадекватных детских притязаний», «инфантильного потакания себе» и «ретрогрессивной тоски по раю». Третья стадия — обучение и воспитание — близка к адлерианской терапии. Она направлена на лучшую адаптацию к повседневной реальности. Наконец, четвертый этап — психическую трансформацию, объект своего главного интереса — Юнг противопоставлял трем предыдущим. Однако очевидно, что совершенно невозможно

представить реальную терапию как последовательную смену стадий. Поэтому многие аналитики предлагали свои структурные метафоры для лучшего понимания динамики аналитических отношений.

Один из самых простых образов — это спиральный процесс, имеющий тенденцию то к расширению, то к сужению. Партнеры находятся на противоположных концах и периодически меняются местами подобно тому, как по неумолимому закону энантиодромии, о котором много писал Юнг, психические противоположности имеют тенденцию переходить одна в другую. Так происходит диалог двух личностей, воплощающий диалог сознания и бессознательного, их обмен энергией. Аналитик поддерживает скорость и баланс движения так, чтобы пациент получал позитивный опыт совмещения дистанции и близости в межличностных отношениях, совмещения эмоциональных реакций и интеллектуального понимания.

Хендерсон разработал свою модель анализа, рассматривая его как воспроизведение древнего ритуала инициации. Инициация переключает психическую энергию, позволяет символически прожить смерть прежней идентичности и возрождение в новом облике. Иницируемый освобождается от прежней бессознательной целостности и власти родительских архетипов и обретает независимость и новую, более сознательную, зрелую целостность. Кроме того, это ритуальное действие соединяет внешние и внутренние изменения, обычно приводя к изменению социального статуса и вхождению в жизнь группы или общества. Она имеет цивилизующую или одухотворяющую направленность, несмотря на порой насильственный характер ритуалов, необходимых для того, чтобы запустить процесс в действие.

Хендерсон опирался на идеи Юнга, который считал, что трансформация бессознательного, возникающая в анализе, делает естественной аналогией с религиозными церемониями инициации. Тем не менее эти церемонии в принципе отличаются от природного процесса тем, что ускоряют естественный ход развития и заменяют спонтанное возникновение символов сознательно подобранным набором символов, предписанных традицией. Единственным «процессом инициации», который живет и практикуется сейчас на Западе, является анализ бессознательного, используемый врачом в терапевтических целях.

Ориентация на проживание паттерна инициации вносит изменения в позицию терапевта и модель анализа. Аналитик выступает в роли священнослужителя, мистагога, гида в ритуале посвящения. Он отвечает за успешное прохождение каждой стадии и проталкивает ведомого на следующий этап. Он должен быть готов взять на себя проецируемые образы как того состояния, к которому стремится иницируемый, так и тех качеств, от которых он хотел бы избавиться. Используя в качестве метафоры верования американских индейцев, Хендерсон предлагал *четырёхчастную схему аналитического процесса*.

Первая ступень связана с образом трикстера, обманщика или плута. Этот архетип хорошо исследован Юнгом в работе «Психология образа трикстера». Этот персонаж подобен беззаботному шаловливому ребенку, живущему своими инстинктивными импульсами. Он не обременен ответственностью и легко нарушает все законы и правила. Поэтому он всегда несет, по крайней мере потенциальную, возможность выхода за прежние рамки, рекомбинации психических противоположностей и преобразования бессмысленного в осмысленное. Солнце сознания должно временно уступить место тьме бессознательного. Этот этап означает недифференцированное психическое состояние, необходимое для начала анализа. Пациент испытывает к аналитику смешанные чувства, так что последний сам играет для него роль своего рода трикстера, соблазняя и мистифицируя его продолжать анализ. Терапевт должен понравиться клиенту, помимо или даже вопреки сознательным соображениям. Это является первым условием образования в будущем дееспособного рабочего альянса.

На второй ступени, связанной с образом культурного преобразователя, цивилизатора, а иногда покровителя и спасителя, появляется идеальная родительская фигура, воплощающая источник благосостояния в жизни. Здесь происходит обращение к природному и материальному аспекту жизни, символический возврат к матери, отмечающий необходимую регрессию Эго в переходном состоянии. Воплощая это материнское начало, терапевт должен демонстрировать эмпатию, эмоциональную поддержку и безусловное принятие клиента.

Третий этап поднимает образ героя, утверждающего себя в сражениях и испытаниях. Иницируемый вновь поворачивается к мужским качествам и идеалам, пробует силы. У пациента могут появиться темы соперничества и конкуренции. Говоря о психотерапии юношей, в которой особенно сильно проявляется мотив инициации, Хендерсон отмечал, что нельзя полагаться на их способность увидеть и понять свои проблемы. Бессмысленно обсуждать с ними перенос и сопротивление или добиваться инсайтов, вытекающих из терапевтических вмешательств. В начале нужно «баюкать и

лелеять» пациента и только значительно позже — интерпретировать и критиковать. Терапевту нужно дать ему почувствовать свою заботу достаточно долго, чтобы потом тот сумел принять критику — личную и болезненную — как необходимое иницирующее испытание. Наконец, после этого терапевт может убедить пациента в его скрытой способности реализовать себя как личность. Эти взгляды оспаривались другими юнгианскими аналитиками, которые считали, что Хендерсон недооценивает степень независимости и индивидуации, а также силу Эго, достигаемые уже в младенчестве и раннем детстве. Они утверждали на основании своего клинического опыта, что юноша готов не только увидеть свои нездоровые моменты, но также использовать интерпретацию переноса и сопротивления и вполне способен успешно завершить терапию без подталкиваний. Они расценивали элемент инициации при анализе как значительно более спонтанный и непредсказуемый и отрицали необходимость управлять им. Тем не менее терапевтические отношения, как и любые реальные человеческие отношения, имеют так много вариантов развития и всевозможных нюансов, что наблюдения Хендерсона продолжают оставаться актуальными для многих случаев. Может быть, их главная ценность заключается как раз в возможности взглянуть на происходящее в культурно-исторической и символической перспективе. Его работы следуют традиционалистской направленности, присущей трудам Юнга и Мирче Илиаде, его близкого друга и сподвижника, внесшего большой вклад в сравнительное религиоведение и понимание символов. Древние символы, хранимые традициями сквозь столетия, являются почвой или корнями, питающими коллективную душу человечества. Чувство принадлежности духовной истории человечества, чувство связи с домом своей души выражает важнейшую потребность, во многом фрустрированную в наше время, когда человек переживает себя одиноким и выброшенным в мир. Только воссоединение с этой духовной сердцевиной способно принести подлинное исцеление — обретение целостности, соединение в человеке уникального и универсального.

Четвертый этап связан с ритуалом виденья, в процессе которого человек, прошедший через смирение и жертву, прямо переживает опыт нуминозного, откровения духовной реальности, оставляющее глубокий след в душе. В этот загадочный миг между умиранием прежней идентичности и рождением в новом качестве человек непосредственно соприкасается с вечностью. Это ключевое переживание знаменует завершение внутренней трансформации. «...В терапевтическом переносе... пациенты стремились последовательно воспроизвести стадии развития в важных направлениях, как будто они пересматривали и восстанавливали вред, нанесенный неправильным воспитанием или обучением на ранних стадиях... Они регрессировали, — пишет Хендерсон, — на более ранний уровень, когда первичный образ Самости, по-видимому, предшествовал всем воспоминаниям прошлого и выражал внутреннее ощущение единства...» (Хендерсон, 1997, с. 116).

Активное воображение

Термин «активное воображение» был введен Юнгом, чтобы отличить его от обычных грез и фантазий, являющихся примерами пассивного воображения, в котором образы переживаются нами без участия Эго и поэтому не запоминаются и ничего не меняют в реальной жизненной ситуации. Юнг предложил несколько особых причин для введения активного воображения в терапию:

1. бессознательное переполнено фантазиями, и есть необходимость внести в них какой-то порядок, их структурировать;
2. очень много снов, и есть опасность в них утонуть;
3. слишком мало снов или они не запоминаются;
4. человек чувствует на себе непонятное влияние извне (что-то вроде «сглаза» или рока);
5. человек «зацикливается», попадает в одну и ту же ситуацию снова и снова;
6. нарушена адаптация к жизни, и воображение для него может стать вспомогательным пространством для подготовки к тем трудностям, с которыми он пока не справляется.

Саму процедуру активного воображения следует отличать от многочисленных техник имажинативной терапии. Юнг говорил об активном воображении как о погружении, проводимом в одиночестве и требующем концентрации всей душевной энергии на внутренней жизни. Поэтому этот метод он предлагал пациентам как «домашнее задание». Некоторые юнгианские аналитики вводят элементы этой техники в свою работу с детьми или с группами. Применение же их в индивидуальном анализе не так распространено. Большинство терапевтов понимают, что предлагать директивные инструкции по активному воображению на самих сеансах противоречит духу анализа и может восприниматься как навязывание и уход от обсуждения более актуального материала. Однако иногда активное воображение получается как бы само собой, когда пациент спонтанно развивает свои фантазии. И если они несут

важную смысловую нагрузку для него и не являются выражением защит или сопротивлений, то имеются все основания их поддержать и помочь ему быть в контакте со всплывающим бессознательным материалом. Но в любом случае аналитик не предлагает исходного образа и не направляет процесс по своему усмотрению. Ведь активное воображение сродни художественному творчеству, а подлинное творчество — дело очень индивидуальное и самоценное и не может осуществляться «на заказ» или под принуждением.

Ученица Юнга Мария-Луиза фон Франц выделила четыре стадии активного воображения:

1. пустой Эго-разум, или очищение поля сознания;
2. позволение бессознательному заполнить вакуум;
3. добавление элемента этического отношения;
4. интеграция воображения в повседневную жизнь.

Самое трудное при овладении этим методом — избавиться от критического мышления и предотвратить сползание к рациональному отбору образов. Только тогда нечто может совершенно спонтанно прийти из бессознательного. Надо позволить образам жить собственной жизнью и развиваться по своей логике. В отношении второго пункта есть подробные советы самого Юнга:

- 1) созерцайте и внимательно наблюдайте, как картина меняется, и не спешите;
- 2) не пытайтесь вмешиваться;
- 3) избегайте перескакивать с темы на тему;
- 4) анализируйте таким образом ваше бессознательное, но также дайте возможность бессознательному анализироваться самому и создавайте этим единство сознательного и бессознательного.

Как правило, возникает драматическое развитие сюжета. Образы становятся ярче и переживаются нами почти как реальная жизнь (конечно, при сохранении контроля и осознания). Возникает новый опыт позитивного, обогащающего сотрудничества Эго и бессознательного. Сеансы активного воображения можно зарисовывать, записывать и при желании обсуждать позже с аналитиком. Но нужно помнить, что это делается исключительно для себя, а не для аналитика. Это не то же самое, что необходимость вынести произведение искусства на суд публики, чтобы получить признание. Некоторые образы требуют того, чтобы их держали в секрете как самое сокровенное. И если ими делятся, то, скорее, в качестве знака глубокого доверия. Поэтому особой необходимости интерпретировать эти образы нет, если только толкование не является логическим продолжением и завершением сюжета. И ни в коем случае к ним нельзя относиться как к психодиагностическим проективным методикам. Для клиента важен сам непосредственный опыт сотрудничества с образами, потому что образы — это психика, это истинная жизнь души.

Амплификация

Амплификация означает расширение, увеличение или умножение. Иногда для прояснения бессознательного содержания недостаточно обычных методов. Такие случаи бывают, например, когда образы кажутся явно странными или необычными и пациент может дать очень мало личных ассоциаций на них. Образы могут быть очень емкими, намекающими на что-то не поддающееся описанию в простых формулировках. Часто такие образы имеют богатый спектр символических значений; чтобы их увидеть, полезно обратиться к материалу мифов, легенд, сказок и исторических параллелей. Восстановление этой целостной картины связей, существующих в мире воображения, в определенном смысле оставляет образ в бессознательном, не прикрепляя его к конкретному истолкованию в терминах текущих проблем клиента. Благодаря этому он остается истинным символом для нас, позволяя войти в контакт с творческой силой бессознательного. Говоря об амплификации, Юнг утверждал, что необходимо давать таким фантастическим образам, которые возникают перед глазами сознания в столь странном и угрожающем виде, некоторый контекст, чтобы они стали более понятны. Опыт показал, что лучший способ сделать это — использовать сравнительный мифологический материал. Как только эти параллели начинают разрабатываться, они занимают очень много места, из-за чего представление случая становится трудоемкой задачей. Здесь-то и необходим богатый сравнительный материал. Знание субъективного содержания сознания дает очень мало, но оно сообщает все-таки что-то о реальной скрытой жизни души. В психологии, как и в любой науке, довольно обширные познания в других предметах являются необходимым материалом для исследовательской работы (Юнг, 1991).

Амплификация приводит туда, где личное соприкасается с коллективным, и дает возможность увидеть сокровищницу архетипических форм и почувствовать энергии архетипического мира. Она

размывает наше жесткое отождествление с привычным мировосприятием, позволяя ощутить себя частью чего-то большего и более сущностного. Парадокс амплификации связан с окольными путями самопознания. Подобно тому, как когда мы хотим увидеть себя целиком в зеркале, то не подходим к нему, а наоборот, удаляемся, так и это растворение в мифах и в чем-то на первый взгляд не имеющем к нам непосредственного отношения на самом деле позволяет приблизиться к себе настоящему.

В психическом мире все организовано по принципу аналогий, и его познание требует метафорического мышления. Поэтому амплификация дает опыт научения такому мышлению. Конечно, в анализе не стоит задача учить клиентов чему-то специально. И нет смысла перегружать их познаниями, которые им совсем не нужны в повседневной жизни или даже опасны из-за угрозы психической инфляции. Принцип анализа тесно связан с пониманием проспективной природы бессознательных процессов. Усиление их с помощью амплификации способствует появлению чего-то нового и ценного, реализации той цели, на которую они направлены. Фактически это опыт доверия бессознательному, когда мы просто следуем за ним, позволяя ему совершить полезную для развития работу. Но не следует думать, что амплификация предполагает активное вмешательство терапевта, забивающего время сеанса своими аналогиями. Сам Юнг, работая с интересными сновидениями, действительно частенько пускался в длинные рассуждения. Его энциклопедические познания и поразительная интуиция позволяли ему, начав издали, медленно кружа вокруг архетипических элементов сна, неожиданно предложить такое истолкование, которое, по свидетельствам очевидцев, рождало ощущение чуда, какого-то магического, волшебного события. Безусловно, уникальный талант Юнга давал ему право работать очень спонтанно, не по правилам анализа в их сегодняшнем понимании. Например, он мог давать прямые советы, отправлять клиентов на время к своим ученикам, кричать на них, когда считал нужным растормошить их и вывести из состояния ступора (он сравнивал этот прием с электрошоком и с приемами дзенских мастеров). Однако в современной повседневной практике не стоит задача придумывать и разыгрывать для клиента какие-то фокусы. Даже таким основным юнгианским методом, как амплификация, большинство аналитиков предпочитают пользоваться крайне осторожно, учитывая наличие у самого пациента интереса к этим параллелям и следя за обратной связью. Знание мифологических аналогий нужно прежде всего самому терапевту, и достаточно, если он будет амплифицировать про себя.

Анализ сновидений

В традиции лечения души сновидениям всегда уделялось большое внимание. Классическим примером являются храмы Асклепия, в которых больной мог увидеть исцеляющие сны. В основе психотерапии Юнга лежит его вера в исцеляющие возможности психики, поэтому в сновидении мы можем увидеть скрытые движения души, следуя которым удастся помочь клиенту как в разрешении его текущих проблем, так и в индивидуации. Начиная работать со сновидениями, Юнг предлагал забыть все наши теории, чтобы избежать редуccionизма, не только фрейдистского, но и любого другого. Он считал, что даже если кто-либо обладает большим опытом в данной области, то ему все же необходимо — всегда и неизменно — перед каждым сновидением признаться самому себе в своем полном неведении и настроиваться на нечто совершенно неожиданное, отвергнув все предвзятые мнения. Каждое сновидение, каждый его образ является самостоятельным символом, нуждающимся в глубокой рефлексии. В этом отличие от подхода Фрейда. Юнг считал, что Фрейд использует символы сновидения как знаки уже известного, то есть зашифрованные знаки желаний, вытесненных в бессознательное. (Э. Самуэльс, отмечая, что современный психоанализ далеко отошел от идей Фрейда об обманном характере сновидений, ссылается на Райкрофта, который в своей книге «Невинность сновидений» утверждает, что символизация — это естественная общая способность сознания, а не метод сокрытия неприемлемых желаний.) В сложной символике сновидения или серии сновидений Юнг предлагал увидеть собственную лечебную линию психики.

Рассмотрим первое сновидение в анализе клиентки К., 40 лет, жаловавшейся на депрессивные состояния.

Я стою в комнате. К самому подоконнику подступает море, но это непрозрачная вода. Она мутная и белая, как состоящая из белка. Пол в комнате наклонный, и меня начинает тянуть к окну, за которым море. Я хватаюсь за железную кровать, чтобы удержаться, но это не помогает. Заходит женщина и закрывает окно. Опасность пропадает. Потом я оказываюсь на улице с человеком в черном. Я захожу в магазин и вижу духи. Они из того же белка, что и море. В сопроводительной бумаге объясняется, что это очень целебные духи, так как изготовлены из костей, которые долго гнили в болоте. Я хочу их купить, но все мои

деньги у человека в черном. Я выхожу на улицу и вижу его. Он уже купил мне два флакона по цене одного. Я засыпаю довольная, что у меня на тумбочке стоит флакон с этими духами.

Если рассматривать это сновидение с телеологической позиции, то есть отвечать на вопрос, для чего приснилось это сновидение (вместо почему), то можно увидеть метафору исцеления, лежащую на поверхности этого сновидения: как превратить опасный контакт с морем в гомеопатический контакт с духами. Само сновидение подчеркивает значение четких рамок сеанса как возможности для глубокого, но безопасного контакта с энергиями моря. Первое появившееся в анализе сновидение может быть ключом к дальнейшей работе аналитика, показывая то, что хочет бессознательное клиента от аналитика, возможно, даже указывая на цель и стиль индивидуального анализа.

Обобщая свой эмпирический материал, Юнг предположил, что сновидение служит процессу компенсации установки Эго. «Компенсация есть сличение и сравнение различных точек зрения, благодаря чему возникает выравнивание и исправление». Разглядеть эту компенсаторную установку бессознательного в сновидении очень важно для психотерапевта, так как эта компенсация проявляется и в невротических, и в психосоматических симптомах. Так, в Тэвистокских лекциях Юнг приводит случай сорокалетнего директора школы, жившего на равнине и обратившегося за помощью из-за невротических симптомов горной болезни. Его сновидения, как и симптомы, компенсировали его отрыв от корней и тщеславные устремления. Именно благодаря этому компенсаторному поведению анализ сновидений позволяет сделать доступным и уяснить новые точки зрения, он открывает новые пути, которые помогают преодолеть устрашающий застой и вывести из него. Юнг выделяет *два типа компенсации*. Первый наблюдается в отдельных сновидениях и компенсирует текущие односторонние установки Эго, направляя его к всеобъемлющему пониманию. Второй тип можно заметить только в большой серии сновидений, в которой одноразовые компенсации организуются в целенаправленный процесс индивидуации. Для понимания компенсации необходимо иметь представление о сознательной установке сновидца, личном контексте каждого образа сновидения. Для понимания процесса индивидуации, лежащего в основе компенсации, по мнению Юнга, необходимо также обладать познанием в области мифологии и фольклора, знанием психологии примитивных народов и сравнительной истории религий. Отсюда следует два основных метода: циркулярное ассоциирование и амплификация, подробно рассматривавшиеся в предыдущих разделах. Очевидно, что в обсуждаемом сновидении мы не можем ограничиться только ассоциациями. Древность костей и океана за окном адресует нас к двухмиллионнолетнему человеку, о котором говорил Юнг (Jung, 1980, p. 100):

«Мы вместе с пациентом обращаемся к двухмиллионнолетнему человеку, который есть в каждом из нас. В современном анализе наши трудности по большей части возникают в результате потери контакта с нашими инстинктами, с древней незабытой мудростью, хранящейся в нас. А когда мы устанавливаем контакт с этим старым человеком в нас? В наших сновидениях».

Примером классической амплификации образа духов во флаконе будет обращение к сюжету о духе в бутылке. Согласно алхимическому варианту сюжета, к которому обращается Юнг, в сосуде находится дух Меркурий. Загнав духа назад в бутылку хитростью, герой договаривается с духом, и тот за свое освобождение дарит волшебный платок, превращающий все в серебро. Превратив свой топор в серебряный, юноша продает его и на вырученные деньги заканчивает свое образование, став впоследствии известным доктором-фармацевтом. В своем неукротенном обличий Меркурий предстает духом кровожадной страсти, ядом. Но водворенный назад в бутылку, в своей просветленной форме, облагороженный рефлексией, он способен превращать простое железо в драгоценный металл, он становится лекарством. Амплификация позволяет сновидцу изменить исключительно личное и индивидуалистическое отношение к образам сновидения. Она придает особое значение скорее метафорическому, нежели буквальному толкованию содержания сна и подготавливает сновидца к акту выбора.

В обсуждаемом сновидении можно обратиться к удержанию (контейнированию) и материнской поддержке — метафоре, детально разработанной в психоанализе. Эта метафора через современный язык психоаналитической культуры адресует к вечным образам материнской заботы. Тогда методически на первом этапе анализ будет строиться как удерживание сильных подавляющих содержания бессознательного в рамках сеанса и превращение их в человечески приемлемые с помощью мягких проясняющих интерпретаций. В работе со снами происходит, по мнению Боснака (Боснак, 1992, с. 17), нечто подобное сюжету сказки о Меркурии.

«В сновидениях выплывают страстные желания и смертоносные импульсы. Мы даем этим образам развиваться, словно потворствуя этим страстям, но в последний момент мы сковываем теневые стороны Меркурия рефлексией. Таким образом, мы целиком переживаем образ, но не даем ему реализоваться».

В современной аналитической психологии существуют два других подхода (отличных как от теории исполнения желаний Фрейда, так и от теории компенсации Юнга) к пониманию сновидений и методов работы с ними. В основе обоих подходов лежит отношение к роли Эго-комплекса в сновидении.

Первый подход предложен Гансом Дикманом, основателем института К. Г. Юнга в Берлине. По его мнению, Эго сна пытается сохранить непрерывность Эго-комплекса в сновидении, большинство процессов изменения в аналитической работе впервые происходят через Эго сна, через которое они позже более легко переходят в область сознательных изменений. Так, способность Эго К. удерживать контакт с морем на уровне духов вначале проявляется в сновидении и лишь затем на аналитических сеансах и в жизни.

Дикман по-новому обосновывает правило Юнга о необходимости интерпретаций вначале на объективном и лишь затем на субъективном уровне (Дикман, 1997, с. 48).

«Если в начале аналитической терапии фигуры (кроме Эго сна) и символы из сновидений рассматривать как объекты и если концентрироваться на Эго сна и подчеркивать непрерывность Эго-комплекса, то тем самым обеспечивается большая степень безопасности для путешествий пациента в своем внутреннем мире, который до настоящего времени был для него таким непонятным и неизвестным. Это тем более важно, что, насколько известно, практически каждый пациент, консультирующийся у нас, страдает от какой-либо слабости Эго».

В рамках аналитического процесса под защитой переноса и контрпереноса произойдет прямое ослабление структуры Эго. Эго-комплекс сможет оставить защитные механизмы и шире развить те функции, которые были повреждены и блокированы в неврозе, сможет направлять контролирующие и организационные структуры, сможет смягчить границы Эго и допустить новые экспериментальные содержания.

Дикман считает, что при интерпретации и проработке сновидений больший акцент следует делать на Эго сна и что Эго сна следует поместить в центр процесса развития и созревания индивидуальности. То, что Эго не может делать в сновидении, оно не может делать в состоянии бодрствования, и до тех пор, пока оно во снах избегает определенного содержания, для него будет слишком трудно интегрировать эти переживания.

Конечно, необходимым условием для проработки такого типа изменений в Эго-комплексе с методической точки зрения является наблюдение серии сновидений. Существуют конкретные сигналы, говорящие аналитику, чтобы он не упустил из виду те сновидения, которые свидетельствуют о явных переменах в способах восприятия и поведении Эго сна. Во-первых, сновидец часто замечает их и придает им особое значение, считая их важными, живыми, яркими и т. д., даже если они не содержат архетипического материала. Во-вторых, аналитики должны быть натренированы замечать эти процессы. Так, в серии сновидений клиентки Д. ключевым было сновидение о сражении с карликом. В процессе этой борьбы, в которой ей помогало то, что рядом находится ее муж, она смогла справиться с нападавшим карликом и связать его, после чего он трансформировался в безопасную фигуру. До этого на первом этапе анализа доминировали сновидения с огромной преследующей мужской фигурой, наводившей такой сильный страх, что она застывала, не могла бежать и в ужасе просыпалась. После этого ключевого сновидения изменилась позиция Эго во сне и наяву. Клиентка Д. стала проявлять свою агрессию, прямо нападая на аналитика, что дало возможность постепенно рефлексировать сильные деструктивные и эротические энергии и постепенно справляться с ними, одновременно расширяя представления о себе. Этот пример подкрепляет идею Ламберта (предлагавшего рассматривать проявления защитных механизмов в сновидении) о том, что угрожающие фигуры могут быть проявлениями проецируемого гнева сновидца.

Однако, обосновывая значимость объективного уровня интерпретаций, Дикман одновременно возражает против ригидного использования правила: не обращаться к субъективному уровню до тех пор, пока не исчерпаны объективные ассоциации (там же).

«Акцент на субъективном уровне интерпретации в терапевтическом процессе, как мне кажется, всегда важен, когда речь идет о периоде воссоединения с Самостью и о достижении изначальной целостности... это приводит к усилению функций Эго, что делает возможным отказаться от механизмов защиты, сделать границы проницаемыми и испытать связь с Самостью».

Второй подход, обогащающий методологию работы со сновидениями, предложен Джеймсом Хиллманом, автором архетипической психологии. В отличие от Дикмана, предлагающего поставить в центр анализа Эго сна, Хиллман считает, что Эго также является образом, не единственным, не наиболее важным, а просто одним из множества других, равных по важности. Когда Эго появляется как образ в сновидениях или при активном воображении, оно откровенно, даже самонадеянно, полагает, что именно оно есть целая психика (или как минимум ее центр), тогда как на самом деле оно является только ее частью. Продемонстрировать относительность всех образов в результате анализа означает усмирить (но не унизить) Эго. Это служит цели разоблачения самомнения и предубеждения Эго. С данной точки зрения задачей анализа является не интеграция психики (через компенсацию сознания с помощью бессознательного и индивидуацию Эго в отношении Самости), а релятивизация Эго (через дифференциацию воображения). Субъект наивно предполагает, что все образы принадлежат ему, потому что они на первый взгляд в нем и возникают. По Хиллману, однако, эти образы приходят в субъект и проходят через него из воображения — из того, что он называет «*mundus imaginalis*» («мир образов» — *лат.*), транссубъективного измерения воображения. На уровне методологии работы со сновидениями он предлагает отказаться от любых интерпретаций, то есть отказаться от герменевтического подхода. Согласно Хиллману (Hillman, 1983), герменевтика неизбежно приводит к редуционизму. Он определяет интерпретацию как концептуализацию воображения. То есть интерпретация влечет за собой редуцию частных образов к общим концептам (например, редуцию конкретного образа женщины в сновидении к абстрактной концепции Анимы). Например, в отличие от Юнга, который говорит: «Вода является наиболее общим символом бессознательного», Хиллман выступает против интерпретации «скоплений воды в сновидениях, например в виде ванн, плавательных бассейнов, океанов, как "бессознательного"» (Hillman, 1983, p. 54). Он побуждает индивидов заняться феноменологически «сортом воды в сновидении», то есть спецификой конкретных образов. Герменевтическая психология редуцирует многие воды, различные конкретные образы (ванны, плавательные бассейны, океаны) к единой «воде», а затем к абстрактному концепту — «бессознательному». Образная психология ценит частность всех образов выше обобщенности любого концепта. Воды в сновидениях или активном воображении могут быть столь же различными, как реки по сравнению с лужами. Эти воды могут быть глубокими или мелкими, прозрачными или темными, чистыми или грязными, они могут течь или стоять на месте, они могут испаряться, конденсироваться, выпадать в виде осадков, они могут быть жидкими, твердыми или газообразными. Описательные качества, которые им присущи, столь невероятно разнообразны, что потенциально бесконечны так же, как и метафорические подтексты. В соответствии с таким подходом аналитик предлагает сконцентрироваться на каждом образе сновидения, постепенно формируя в анализируемом образную, метафорическую чувствительность. Так, в обсуждаемом сновидении концентрация на образе белкового моря может привести нас к метафоре соляриса.

Индивидуальность подхода и целебность анализа будут определяться тем, насколько аналитик сможет выдержать напряжение индивидуальной метафоры, насколько сможет быть носителем одновременно нескольких необходимых для клиента проекций образов сновидения (женской, материнской фигуры, вовремя закрывающей окно, мужской фигуры, приносящей флакон), тем, насколько кости изученных им теорий стали белковым морем, в котором могут рождаться необходимые для души образы. В этом солярисе могут всплывать любые фигуры и объекты, бессознательно значимые сейчас для анализируемого. Но этот процесс, безусловно, двусторонний, поэтому анализируемый — это солярис для аналитика. В солярисе души анализируемого всплывают значимые для аналитика образы. Разговор аналитика с этими образами, их персонализация оживляют застывшую поверхность привычной односторонней саморефлексии, анимизирует анализируемого. То, что казалось застывшим объективированным и безгласным, становится текучим и живым, как море. Однако в этом поэтическом интерактивном поле важно не потерять связь с реальностью. Способность к воображению и метафоризация тесно связаны с силой Эго. По мнению Плаута, когерентное центральное Эго должно установиться для того, чтобы пропускать, ассимилируя, поток содержаний из внутреннего во внешний мир. Тогда истинное воображение расцветет в противовес относительно пассивному фантазированию,

при котором ментальное содержание не принадлежит человеку, но просто приходит к нему. Эта пассивность — форма умопомешательства, которое возникает вследствие дефекта Эго-сознания, вызванного отсутствием ощущения содержания в материнском окружении. Содействуя развитию Эго-сознания, аналитик, по мнению того же Плаута, играет роль, аналогичную роли матери. Он обеспечивает окружение (сеттинг), которое может содержать возбуждающие переживания и дать им возможность быть ощутимыми и разделенными, а также помогает найти и развить образную систему, которая, будучи выражена словами, становится связанной с сознательной частью Эго. Эту последнюю функцию можно рассматривать как передачу пациенту части Эго.

Модель Плаута согласуется с моделью, предложенной Дикманом, и моделью Боснака, ученика Д. Хиллмана. По Боснаку, аналитик, концентрируясь на образах, предложенных воображением клиента, заражается и заболевает этими образами, опираясь на силу своей Самости.

Вместо заключения

Десятилетия после смерти Юнга его фигура продолжает оказывать влияния на умы и сердца огромного числа людей по всему миру, называющих себя психологами юнгианской ориентации. Гений Юнга уникален для двадцатого столетия, масштаб его личности близок титанам Возрождения, и бесспорно влияние его идей на все гуманитарные науки, на сам дух современного постмодернистского мышления. Но вряд ли можно говорить, что сегодняшних юнгианцев связывает культ его личности и они занимаются пропагандой его наследия. Психология Юнга — это его личная психология, история его поисков, заблуждений и открытий. Ее дух глубоко индивидуален и чужд любой попытке превращения в фетиш или образец для подражания. Его многотомное наследие содержит очень большой корпус идей, не простых для понимания и не предназначенных для какого-либо утилитарного использования. Тексты Юнга приглашают нас заглянуть в иную реальность, в которой такие слова, как *суть*, *истина*, *смысл*, облекаются в плоть переживаний. Они побуждают нас непрестанно искать этой правды — своей собственной правды — с честностью и открытостью, не прячась за научными теориями, не создавая себе кумиров. Мы идем навстречу Реальности, готовые найти в себе высокое и низкое, банальное и пророческое, «адские пропасти и сияющие города», готовые приблизиться к непостижимому, ощутить вкус тайны мироздания и... когда-нибудь примириться с собой.

Работы Юнга фрустрируют наше рационально-логическое мышление, погружают его в пучину хаоса, путаницы бесконечно сложных построений, во вселенную разбегающихся значений. Они непрерывно феминизируют наше сознание, делая его более гибким, полным, многогранным, и помогают выйти за пределы самого себя. Их сила в духе свободы, позволяющем избавиться от догм и буквалистского толкования, сохранять критическую сбалансированную позицию, из которой возможно углублять и одновременно релятивизировать все, с чем соприкасаешься. Это плавание в ночной темноте психики, в тени Бога, без компаса и руля, полагаясь на чутье, на запах отраженных звезд и отголоски генетической памяти. *Юнгианская психология — единственная психология, которая, по существу, ничего не утверждает, а только «вопросует»*, поддерживая активный интерес к жизни, которая не гарантирует никаких спасительных соломинок тому, кто согласен идти по лезвию бритвы без страха и надежды. Может быть, скромность и смирение — наш посох на этом пути, а все возрастающее сомнение — единственный смутный ориентир. У этого пути нет начала и нет конца, но в каждый момент мы чувствуем, что если делаем правильный шаг, то вся вселенная радуется за нас и освобождается вместе с нами.

Несмотря на обилие последователей, аналитическая психология — не секта, не научная академическая школа и не отвлеченная философия жизни. Вся жизнь Юнга, которую он называл «историей самореализации бессознательного» (не его личной самореализацией), вся его работа над собой и духовные поиски делались ради других людей, ради оказания им конкретной помощи. Нет психологии вне практики психотерапии и психологической помощи. Все наши знания, таланты и способности, все лучшее, что накоплено человечеством за его долгую историю, служат тому, чтобы реально помочь другому человеку. Наш моральный долг — уметь синтезировать все это в своей практике, непрестанно совершенствуясь и творчески видоизменяя для каждого конкретного случая и в соответствии с требованиями времени.

Библиография

Боснак Р. (1992) Мир сновидений. — М.: ЭСИ.

Гринсон Р. (1994) Техника и практика психоанализа. — Воронеж.

- Гуггенбюль-Крейг А. (1997) Власть архетипа в психотерапии и медицине. — СПб.: БСК.
- Дикман Х. (1997) О методологии интерпретации сновидений. Хрестоматия по глубинной психологии. — М.: Добросвет.
- Самуэльс Э. (1997) Юнг и постъюнгианцы. — М.: ЧеРо.
- Самуэльс Э., Шортер Б. (1994) Критический словарь аналитической психологии К. Юнга. — М.: ЭСИ.
- Хендерсон Д. (1997) Психологический анализ культурных установок. — М.: Добросвет.
- Хиллман Д. (1997) Исцеляющий вымысел. — СПб.
- Холл Д. А. (1996) Юнгианское толкование сновидений. — СПб.: БСК.
- Юнг К. Г. (1991) Архетип и символ. — М.: Ренессанс.
- Юнг К. Г. (1996) Структура психики и процесс индивидуации. — М.: Наука.
- Asper K. (1993) *The Abandoned Child Within*. — N. Y: International Publ. Corporation.
- Fairbairn W. R. D. (1952) *Psychoanalytic Studies of the Personality*. — London: Tavistock Publ.
- Henderson J. (1967) *Thresholds of Initiation*. — N. Y.
- Hillman J. (1964) *Suicide and the Soul*. — London.
- Hillman J. (1974) *The Myth of Analysis*. — N. Y.
- Hillman J. (1983) *Inter Views*. — Woodstock: Spring Publ.
- Jung C. G. (1980) *C. G. Jung Speaking* / Ed. W. McGuire. - London: Thames & Hudson.
- Kohum H. (1984) *How does analysis cure?* — Chicago: University Press.
- Lambert K. (1981) *Analysis, Repair and Individuation*. - London: Academic Press.
- Neumann E. (1990) *The Child*. — Boston: Shambhala.
- Winnicott D. W. (1958) *Collected Papers*. — London: Tavistock Publ.

Нейролингвистическое программирование (НЛП). Ю. Б. Гиппенрейтер

Что такое НЛП?

Первоначально НЛП возникло как новое направление в психотерапии. Однако оно быстро переросло рамки психотерапевтических задач и превратилось в психотехническую концепцию. Сейчас, спустя два с половиной десятилетия развития НЛП, можно сказать, что это — совокупность принципов, представлений и техник, направленных на улучшение функционирования психики. При этом не важно, идет ли речь о переходе (переводе) человека из «проблемного» в «нормальное» состояние или из «нормального» — в состояние более эффективного функционирования и даже «мастерства».

Авторы НЛП в одной из ранних публикаций определили свое новое направление как «исследование структуры субъективного опыта» (Bandler, Grinder, Dilts, De Lozier, 1980). Это определение, хотя и продолжает цитироваться, представляется одновременно и слишком широким, и слишком узким. Широким потому, что далеко не вся «структура внутреннего опыта» доступна методам НЛП, узким потому, что не указывается еще одна область разработок НЛП — область межличностной коммуникации.

Немного истории

НЛП зародилось в 1972 году в США в местечке Санта-Круз, недалеко от Сан-Франциско, штат Калифорния. Ее создателями были Ричард Бандлер и Джон Гриндер. Р. Бандлер, в то время студент четвертого курса по специальности прикладная математика и компьютерная техника, заинтересовался психотерапией. Он посещал гештальт-группы и даже был привлечен издателем к редактированию стенограмм сеансов Ф. Перлса. По воспоминаниям друзей того времени, Р. Бандлер имел довольно экзотическую внешность — длинные волосы, козлиную бородку и неизменный нож на поясе — обычай, который у него сохранился со времен его бурного отрочества, прошедшего в его родном городе Сан-Диего; навсегда сохранился и след от ножевого ранения в живот. Было впечатление, продолжает очевидец, что он принес в тихую заводь университетского городка убеждение, что в любой момент с тобой может случиться все что угодно (McClendon, 1989).

Считается, что темперамент и личный девиз Р. Бандлера «Если нужно — действуй!» наложили отпечаток на дух НЛП. Рассказывают, что однажды на лекции по психологии Бандлер встал и громко заявил, что в университете надо преподавать гораздо более практичные и нужные людям знания, например гештальт-терапию. Между прочим, профессор вполне согласился с ним, заметив однако, что в университете нет никого, кто бы мог это делать (там же).

Дж. Гриндер был молодым преподавателем лингвистики на курсе, где учился Р. Бандлер. К тому времени он был уже доктором философии и специалистом в области структурной лингвистики, в частности теории Н. Хомского. Он знал несколько языков и в годы службы в американской армии участвовал в качестве переводчика в секретных операциях. Он обладал особым даром имитации, который использовал для овладения языками, выполнения спецзаданий в армии, а впоследствии для создания техник НЛП.

Р. Бандлер и Дж. Гриндер, объединив свои интересы и способности, переключились на занятия психотерапией. Они задались целью открыть секреты успехов выдающихся психотерапевтов того времени — К. Роджерса, Ф. Перлса, В. Сатир, М. Эриксона. По их убеждению, теории этих «магов» и даже их личные свидетельства мало сообщали о том, как они в действительности работали. Будущие создатели НЛП обратились к видео- и аудиозаписям, непосредственному наблюдению за работой этих мастеров, анализу стенограмм их сеансов и т. д. Просматривая километры видеопленок, они останавливали кадр за кадром, анализируя каждый жест, слово, тональность голоса, используемые лингвистические структуры, а также реакции терапевта на изменения поведения, мимики, состояния клиента и т. д. Результат был впечатляющим: при всем различии теоретических ориентации, темпераментов, индивидуальных стилей этих высоких профессионалов оказалось возможным выделить некоторые общие для них приемы и принципы психотерапевтического процесса.

Далее встала задача отработки на основе этих приемов точных процедур, алгоритмов или техник. В настоящее время существуют многие десятки техник НЛП, предназначенных для работы с самыми разнообразными проблемами. Число техник непрерывно растет, как и число их создателей. За последнее десятилетие на порядок выросло количество опубликованных книг по НЛП. Методы и техники НЛП успешно применяются не только в психотерапии и консультировании, но и в образовании, бизнесе, медицине, торговле, спорте. Освоение НЛП стало одним из направлений личного образования для тех, кто стремится развить свои коммуникативные способности, лучше понять себя, раскрыть собственный потенциал (см. О'Коннор, Сеймон, 1997).

Ключевым словом для НЛП теперь стало не *психотерапия*, а *моделирование*. Под последним понимается изучение, а затем и освоение опыта выдающихся мастеров в той или иной области человеческой деятельности. Несколько лет назад вышел в свет трехтомник Р. Дилтса «Стратегии гениев», где анализируются «секреты творчества» Леонардо да Винчи, Моцарта, Эйнштейна и многих других (Dilts, 1994-1996; Dilts, 1998). В США, России, Австралии, Японии, Бразилии и во многих странах Западной и Восточной Европы открыты институты НЛП, проводятся курсы и тренинги НЛП. Созданы национальные ассоциации и Международная ассоциация НЛП, проводятся международные и национальные конференции и конгрессы. НЛП стало проникать в общую культуру, напоминая в этом смысле судьбу раннего психоанализа.

Теоретическая ориентация*

* В дальнейшем изложении мы ограничимся анализом только тех аспектов НЛП, которые относятся к психотерапевтической практике.

Из краткого исторического экскурса видно, что НЛП возникло как эклектический синтез различных психотерапевтических подходов. В него вошли элементы гештальт-терапии Ф. Перлса, эриксоновского гипноза, семейной терапии В. Сатир, гуманистической психологии К. Роджерса. К этому списку можно смело добавить бихевиоральную терапию, когнитивную психологию, элементы теории высшей нервной деятельности и структурной лингвистики. Можно говорить и о влиянии психоанализа, которое выражается в признании авторами НЛП важной роли бессознательного. Однако они одновременно категорически отказываются от обращения к анализу прошлого как метода психотерапевтической помощи. Наконец, можно отметить пересечение НЛП с теорией деятельности и прежде всего с представлениями о структуре внутренней деятельности, процессах интериоризации и автоматизации.

Несмотря на перечисленные заимствования и пересечения с другими подходами, НЛП сложилось как своеобразное самостоятельное направление. Его своеобразие определяется уникальным сочетанием следующих черт.

Во-первых, НЛП отличается от любой психологической теории сознательным отказом его авторов от изучения «реальности», чем бы она ни была: психикой, поведением, когнитивными механизмами, бессознательным. Главный вопрос для них - не как *это устроено*, а *что с этим делать*, чтобы получить желаемый результат. Иными словами, НЛП — это не психология, а психотехника.

Во-вторых, в приемах и техниках НЛП заключено требование к *особенной точности* — точности восприятия реакций клиента или партнера по общению, точности психотерапевтического воздействия, точности языка. В результате необходимым элементом образования и самообразования «энэписта» является тренировка сенсорной чувствительности и наблюдательности, а также овладение широким набором средств вербального и невербального воздействия со способностью быстрого переключения в зависимости от реакции клиента. Мастера НЛП отслеживают динамику состояния клиента в микроинтервалах времени (секундах, долях секунды).

В-третьих, существенным отличием НЛП от большинства психотерапевтических подходов является его ориентация на работу с процессом, а не содержанием. Эту важную особенность мы постараемся раскрыть и проиллюстрировать ниже.

Четвертая особенность техник НЛП состоит в исключительном акценте на работе с внутренними образами. Концентрация внимания на внутренних содержаниях сознания и оперирование с ними вызывают измененные состояния сознания, или транс. По-видимому, именно благодаря трансовым состояниям техники НЛП приводят к быстрым позитивным изменениям по типу импринтинга. Примером тому может служить быстрое излечение фобий, длившихся у клиентов годами, всего за один сеанс.

Базисные принципы

Как уже говорилось, в НЛП нет теории психики или личности. Однако в нем есть своя «философия», которая представлена набором аксиом, или базисных принципов. Принятие этих принципов, вера в них, составляет необходимое условие успешной работы с человеком или его проблемой методами НЛП. Приведем некоторые из них вместе с краткими комментариями.

- Люди функционируют совершенно, никто не ушиблен и не испорчен.

Очевидно, что это утверждение выражает общий позитивный оптимистический взгляд на человека, характерный для гуманистической традиции. Он противостоит постулату изначальной греховности христианской религии, а также тенденции к патологизации личности в некоторых психологических теориях и практиках. Явно гуманистическую направленность имеют и следующие принципы.

- За каждым поведением скрывается позитивное намерение.
- Люди всегда делают наилучший выбор, доступный им в данный момент.

В следующих двух принципах отражена вера создателей НЛП в неограниченные возможности человека.

- Люди уже располагают всеми необходимыми ресурсами. Им нужно лишь найти доступ к этим ресурсам в соответствующем месте и времени.
- Любой человек может сделать все. Если кто-то один делает что-либо, то возможно смоделировать его действия и научить другого.

Руководствуясь последним принципом в собственном профессиональном развитии, авторы НЛП стали мастерами психотерапии. Они также реализовали его во многих техниках.

- Человек реагирует на свою карту реальности, а не на саму реальность.
- Карта не есть территория.

В последних двух тезисах-метафорах заключен известный гносеологический постулат об относительной истинности наших знаний, моделей, теорий. Человек имеет дело не с реальностью («территорией»), но лишь с образом ее («картой»). Избавление от иллюзии совпадения образа и реальности, а также работа с ограниченностью и искаженностью карт клиента - одна из важных составляющих техник НЛП.

- Нет ошибок, есть только обратные связи.

Принятие этой установки фасилитатором, педагогом, терапевтом поднимает самочувствие и самооценку клиента, обучающегося, собеседника. Так называемые ошибки — неизбежное следствия научения, движения к результату. Будучи определены как «обратные связи», они обретают смысл полезной информации для учета и последующих коррекций.

Стоит еще раз подчеркнуть, что все приведенные выше утверждения (базисные принципы) отражают с точки зрения НЛП не «реальность», то есть не природу, свойства, способности человека, а веру в человека и его возможности. Характер этой веры чисто прагматический, она — залог успешной работы с клиентом. Здесь мы встречаемся с известным феноменом «самореализующегося пророчества» в его позитивном варианте: говори человеку: «Ты можешь!» — и он сможет.

Итак, первое необходимое условие психотерапевтической помощи для приверженца НЛП — его собственный позитивный настрой по отношению к клиенту, своего рода «философия прагматического оптимизма», которая выражается в базисных принципах. Однако этого еще не достаточно. Нужно передать эти позитивный настрой и веру самому клиенту, так сказать, воодушевить его. Последнее достигается по крайней мере двумя путями. С одной стороны, непосредственным эмоциональным заражением: психотерапевт должен всегда быть в «ресурсном состоянии». С другой — тонко разработанными методами и техническими приемами, к характеристике которых мы и переходим.

Основные понятия и технические приемы

В НЛП сложился свой язык, отражающий специфику подхода и его технологий. Остановимся на некоторых наиболее важных понятиях и представлениях, снабжая их комментариями. Выделим при этом три темы:

- 1) «субъективный опыт» клиента;
- 2) личные качества и способности психотерапевта;
- 3) процесс психотерапевтического взаимодействия.

Клиент и его субъективный опыт

Когнитивные аспекты процессов, происходящих в клиенте, описываются прежде всего через понятие *репрезентативные системы* (РС). Репрезентативные системы — это перцептивные системы, в которых кодируется и хранится информация о внутренних или внешних событиях. В НЛП выделяются преимущественно три РС: зрительная, слуховая и кинестетическая. К последней относятся все телесные ощущения — температурные, тактильные, собственно кинестетические, а также вкусовые и обонятельные.

Согласно представлениям НЛП, способ кодирования и хранения информации индивидуально специфичен. Одно и то же событие может быть представлено у одного человека в виде картины, у другого — в виде звуков речи, у третьего — преимущественно в виде телесного чувства. Могут быть и смешанные репрезентации. Особенное значение придается определению *ведущей репрезентативной системы*. Замечено, что в речи человека, как правило, преобладают слова (глаголы, наречия, прилагательные), относящиеся к какой-либо одной из перечисленных модальностей. Этот факт служит основанием для отнесения человека к одному из трех типов: «зрительному», «слуховому» или «кинестетическому». Иногда говорят о четвертом, «дигитальном» (то есть логическом) типе. К нему относят лиц с преобладанием в речи амодальных глаголов, таких, как *сознаю, понимаю, считаю, думаю* и т. п.

Пример высказываний «зрительного» клиента: «Вся картина мне представляется неясной, я не вижу выхода из положения». «Кинестетический» клиент выразился бы в подобном случае примерно так: «Все запуталось. Такое чувство, что зашел в тупик». «Слуховой» клиент может сказать: «Зря я не прислушался к внутреннему голосу. Говорил же себе: "Не надо!"» Определение ведущей репрезентативной системы клиента необходимо для установления полноценного контакта с ним. Говорить с клиентом необходимо на языке его ведущей модальности, иначе не будет достигнуто взаимопонимание. При работе с парой можно видеть, как различие ведущих репрезентативных систем (и соответственно языка) у супругов оказывается источником взаимных недовольств и конфликтов. В этом случае психотерапевт выступает в качестве переводчика на язык, понятный каждому из партнеров (Satir, Handler, Grinder, 1976).

Наличие ведущей репрезентативной системы не означает незадействованности систем других модальностей. Всякий живой процесс представляет собой цепь, или последовательность, сменяющихся внутренних образов, действий и состояний. В эту цепь, помимо ведущей, как правило, включены и другие РС. Все в целом, то есть последовательность образов, действий, состояний, составляет *стратегию* деятельности. Стратегии могут быть эффективными и неэффективными. Здесь открывается широкое поле исследований НЛП в области моделирования. Различными методами (опроса, наблюдения, подражания) выявляется стратегия «успешного деятеля», или «мастера», и на ее основе создается алгоритм для обучения. Так, одними из первых были разработаны стратегии успешной мотивации, принятия решений, грамотного письма и др. В частности, было выявлено и проверено на опыте блиц-обучения, что эффективная грамотность обязательно включает звено зрительного образа слова, написанного или напечатанного. В отсутствие же этого звена, то есть при стратегии «слуховое

восприятие — слово — его написание», возникают значительные затруднения или сбои в орфографии (Andreas, Andreas, 1989).

Одним из специальных методов определения стратегии или «хода» внутреннего процесса в НЛП стали движения глаз. Именно в этом контексте они получили название *ключей доступа* (accessing cues). В результате многочисленных наблюдений была установлена корреляция между перцептивной системой, через которую в данный момент проходит внутренний процесс, и движением взора. У большинства субъектов движение глаз вверх связано с обращением к внутренним зрительным образам; положение и движение взора в горизонтальной плоскости - с обращением к слуховым образам; опускание глаз вниз и вправо — с погружением в образы кинестетической модальности, в то время как поворот глаз вниз и влево свидетельствует о внутреннем диалоге. Левое направление взора в случае «зрительной» и «слуховой» позиций глаз связывается с обращением к образам памяти, а движение взора вправо — с образами воображения. Указанные корреляции имеют усредненный, вероятностный характер. В каждом индивидуальном случае необходимо проверить, не являются ли они исключениями из правил, которые наблюдаются не так уж редко.

Как сам внутренний процесс, так и соответствующие ему движения глаз крайне динамичны, и в течение нескольких секунд психотерапевт может увидеть по глазам сложную эволюцию внутреннего процесса (Cameron-Bandler, 1985). Другим предметом интереса НЛП является состояние клиента. Большое внимание уделяется состоянию транса. Говорят также о состояниях: проблемном или тупиковом, ресурсном или превосходном (state of excellence), состояниях диссоциации/ассоциации, конгруэнтности/неконгруэнтности и др. Каждое из этих состояний может быть связано с любым содержанием, поэтому все они относятся именно к «процессу», с которым только и работает «энэлпист». Чтобы оценивать состояние клиента и тем более влиять на него, психотерапевт должен быть максимально чувствительным к их внешним проявлениям (см. ниже о сенсорной чувствительности). Все внешние проявления состояний в НЛП называются одним словом — *физиология*. К физиологии относятся все невербальные компоненты общения, вегетативные реакции: поза, жесты, мимика, пантомимика, интонации и громкость голоса, темп речи, цвет кожи, частота дыхания, пульса и т. п.

Под *трансом*, или состоянием транса, в НЛП понимается широкий спектр измененных состояний сознания. Это представление взято у Милтона Эриксона, который считал транс нормальным повседневным явлением. Человек находится в транс, когда он глубоко задумался, погружен в работу или поражен неожиданным явлением. Общая черта всех состояний транса — концентрация внимания на узком содержании сознания. Предполагается, что чем младше ребенок, тем большую часть времени он находится в состоянии транса. Это - моменты глубокого погружения в происходящее и осмысление его, можно сказать, моменты зачарованности или очарованности миром. Трансовые состояния особенно плодотворны для запечатления информации, а также восприятия психотерапевтического воздействия.

Проблемные состояния клиента — это состояния дискомфорта, фрустрации, страдания. Они возникают как реакция на то или иное событие, ситуацию или действие. Практически во всех техниках НЛП клиента просят подумать о проблемной ситуации и «войти» в нее. Терапевт «калибрует» отрицательное состояние и прерывает его. В конце работы проверяется, может ли клиент снова вспомнить проблемную ситуацию и пережить трудное состояние. Как правило, последнее не воспроизводится, вместо этого клиент находит себя в более «ресурсном» состоянии. В таком случае проделанная работа считается успешной.

«Ресурсное» состояние — это состояние подъема, бодрости, уверенности в своих силах. Предполагается, что каждый человек знает свои ресурсные состояния, однако не всегда имеет к ним доступ. Терапевт в ходе работы помогает найти эти состояния и войти в них. Ресурсное состояние также калибруется, специальными приемами связывается с проблемной ситуацией и закрепляется в ней.

Состояния ассоциации и диссоциации. С помощью этих понятий описывается известная способность человека менять внутреннюю позицию наблюдения. Мы можем, образно говоря, находиться в собственном теле и смотреть на окружение через собственные глаза (состояние ассоциации), либо наблюдать себя со стороны, видеть себя в какой-то ситуации (состояние диссоциации). В жизни выход в диссоциированное состояние иногда случается автоматически. Особенно это бывает в случаях неожиданного тяжелого происшествия или известия. Возникает странное переживание: «Это не со мной!» В НЛП состояние диссоциации рассматривается как само по себе ресурсное, то есть помогающее пережить и преодолеть стресс, отрицательную эмоцию. В свою очередь ассоциированная позиция позволяет особенно полно испытывать положительные переживания. Таким образом, в ходе

работы с клиентом обращается внимание на «перцептивную позицию», в которой находится клиент: ассоциирован он или диссоциирован. В процессе общения человек может войти в позицию другого, то есть партнера по общению, и постараться увидеть ситуацию его глазами. Способность занять позицию другого чрезвычайно важна для гармонизации общения и установления раппора*. В целом в НЛП отрабатываются и в нужные моменты используются переключения с одной позиции на другую: первая позиция — ассоциированная, вторая — другой, третья — сторонний наблюдатель (две последние позиции являются диссоциированными).

* Здесь мы даем правильную фонетическую транскрипцию французского слова *rapport*. К сожалению, в подавляющем большинстве текстов на русском языке неправильно «озвучивается» непронизносимое на конце этого слова «t».

Сопоставление высказываний клиента с невербальными реакциями дает богатый материал для определения степени его конгруэнтности. *Конгруэнтность* означает согласованность всех систем выражения мыслей, эмоций, намерений, отношений. Соответственно, *неконгруэнтное состояние* обнаруживает себя в противоречивых сигналах. Неконгруэнтность может означать внутренний конфликт, в том числе неосознаваемый. Например, клиент говорит: «Я люблю свою жену!» — резким голосом, энергично стуча кулаком по колену.

Внутренний конфликт иногда описывается как конфликт «частей». Метафорический образ частей заимствован из гештальт-психологии и используется для ссылки на различные функциональные системы личности. Говорят о «творческой» части, о «критической» части, о части, ответственной за проблемное поведение (например, курение, переедание и т. п.).

Психотерапевт и его мастерство («три кита» искусного коммуникатора)

Для успешной работы с клиентом психотерапевт должен обладать тремя базисными способностями:

- 1) устанавливать и поддерживать раппор;
- 2) иметь высокую сенсорную чувствительность,
- 3) быть гибким.

Раппор — особый психотерапевтический контакт, который предполагает полное эмоциональное принятие клиента и эмоциональный сонастрой с ним. Это понятие, как и сам термин, не является оригинальным для НЛП и используется во многих психотерапевтических подходах. Однако в НЛП установлению и поддержанию раппора придается особенно большое значение. Он рассматривается как наиболее надежный способ создания атмосферы психотерапевтического трансa. Специальное внимание уделяется внешней, технической, стороне раппора. Она не только не исключает, а напротив, способствует внутреннему эмоциональному и содержательному сонастрою с клиентом. В «технический» аспект раппора входит повторение или отражение (иногда используется слово «отзеркаливание») всех компонентов внешнего поведения клиента: его позы, мимики, громкости и интонаций голоса, ритма речи и дыхания, используемого словаря и, конечно, содержания высказывания. Последнее составляет суть так называемого активного, или эмпатического, слушания по К. Роджерсу.

Как уже упоминалось, неизбежным следствием точного и тонкого раппора становится измененное состояние сознания клиента (как, впрочем, и самого терапевта). Оно характеризуется открытостью к контакту и особенной податливостью психотерапевтическому воздействию.

Сенсорная чувствительность — второй «кит», или базисная способность, «энэлиста». Ее развитию и упражнению уделяется специальное внимание. Сенсорная чувствительность непосредственно связана с раппором. «Уподобляться» клиенту возможно только при очень пристальном внимании ко всем внешним проявлениям его состояний.

Особенное значение чувствительности к сенсорным данным связано также и с тем, что техники НЛП ориентированы на работу с процессом, а не с содержанием. Под *процессом* понимается поток событий во внутреннем опыте клиента, куда входят стратегии переработки и использования информации, эмоциональные реакции и способы совладания с ними (успешные или неуспешные), индивидуальные манеры коммуникации и ауто-коммуникации и т. п.

Особенно информативными оказываются произвольные и неосознаваемые реакции. Находясь вне сознательного контроля клиента, они сообщают более достоверную информацию о его состоянии, чем его речевые высказывания. Чувствительность психотерапевта к тонким проявлениям «физиологии» позволяет ему работать в режиме непрерывной обратной связи и делает его работу особенно точной и элегантной.

Гибкость. Это понятие отражает требование и, соответственно, умение психотерапевта приспосабливать свое поведение к текущему состоянию клиента и развитию психотерапевтического процесса в целом. В случае необходимости он по ходу дела меняет приемы и техники. Рабочее правило «энэлписта»: «Если что-то не работает, делай другое» — хорошо выражает суть этой способности.

Процесс психотерапии

Как уже говорилось, техники НЛП предполагают работу не с содержанием, а с процессом. Эти понятия раскрываются скорее на обыденном, чем на научном языке: содержание — это то, *что* происходит; процесс — то, *как* это происходит. Слово «как» нуждается, конечно, в дальнейшем пояснении. И здесь приходится смотреть, с чем и как фактически работают «энэлписты». Прежде всего, они выделяют два базисных компонента психотерапевтического процесса: «следование» за клиентом (*pacing*) и его «ведение» (*leading*).

Следование включает в себя невербальную подстройку к клиенту по всем перцептивным каналам (зрительному, слуховому, кинестетическому), а также вербальное отслеживание произносимого текста (в стиле активного слушания). На этом этапе терапевт устанавливает раппор, а также собирает необходимую информацию: определяет ведущую репрезентативную систему клиента, его внутренние стратегии, калибрует наличное и желаемое состояния и т. п.

Этап *ведения* означает переход к психотерапевтической интервенции. Здесь используются разнообразные приемы, начиная с невербального воздействия на состояние клиента и кончая прямыми речевыми инструкциями, которые представляют собой шаги той или иной техники. Остановимся на некоторых наиболее универсальных техниках НЛП, направленных на изменение субъективного опыта и поведения клиента.

Один из простых, но эффективных технических приемов получил название *заякоривания*. Этим термином в НЛП обозначается традиционная процедура обусловливания, то есть образования условной связи в ее классическом варианте. Терапевт организует связь между каким-либо состоянием клиента (например, ресурсным) и дополнительным стимулом, называемым «якорем». Этот стимул может использоваться позже в ходе работы с клиентом для приведения его в желаемое состояние. Якорем может быть прикосновение к определенному месту руки клиента, специальный жест или изменение тона голоса терапевта. Якорь может быть создан или организован самим клиентом. В таком случае он может использоваться клиентом в качестве «психологического орудия» (в буквальном смысле, по Выготскому) для управления собственным состоянием или поведением в проблемной ситуации.

Описанная в общем виде процедура «заякоривания» оставляет загадочной чрезвычайно действенную силу этого приема. Секрет этой силы, на наш взгляд, в особом состоянии клиента, на фоне которого проводится большинство техник НЛП, а именно: в состоянии транса. Если оператору удастся вызвать и поддержать это состояние, то обусловливание совершается «с места». Последующее действие якоря приобретает черты автоматического непроизвольного акта.

Следующая группа приемов НЛП относится к работе с *внутренними образами*. В той или иной форме она присутствует практически во всех техниках НЛП. Сами формы оперирования с образами чрезвычайно разнообразны. Среди них:

- актуализация образа прошлого события и погружение в соответствующее состояние (как правило, это первый шаг в цепи предлагаемых действий);
- видение себя со стороны, часто просьба представить себя на воображаемом экране (состояние диссоциации);
- проигрывание в воображении желаемого действия или поведения;
- обогащение образа дополнительными модальностями (например, присоединение к внутренней картине звуков, кинестетических ощущений и т. п.);
- изменение субмодальностей образа (восприятие его в черно-белых или цветовых тонах, изменение его удаленности, размера, локализации, формы);
- создание образов-метафор или образов-символов, представляющих тот или иной субъективный опыт;
- трансформация и интеграция образов и др.

В целом использование образов с их исключительными свойствами — полимодальностью, метафоричностью, способностью к «магическим» трансформациям, — а также увязывание их с эмоциональными состояниями и работа с этими состояниями через образы составляют, по нашему мнению, специфику НЛП и определяют секрет успеха его техник.

Следующая группа приемов относится к работе с языком. Имеется в виду язык как клиента, так и терапевта. Внимание к языку клиента определяется тем, что в нем отражаются индивидуальные особенности его когнитивной и эмоциональной сфер. Чувствительность терапевта к этим особенностям необходима для установления раппора, а также для выявления источников проблем клиента. О проявлениях в языке ведущей репрезентативной системы клиента мы говорили выше. Терапевт воспроизводит модальные слова клиента, обеспечивая тем самым «попадание» в его переживания и образы.

Другая крупная лингвистическая разработка НЛП опирается на идеи структурной лингвистики и заключена в понятии *метамо-дели*. Метамоделю определяется как набор лингвистических средств, позволяющих восстановить связь языка клиента с его опытом. В основе этой идеи лежит один из базисных принципов НЛП, согласно которому человек в своей жизни руководствуется картой, моделью или образом реальности, а не самой реальностью. В создании этой карты первоочередную роль играет язык. Язык — мощное орудие познания, мышления и оформления субъективного опыта. Однако он неизбежно приносит ограничения и искажения в наши карты. Неполнота и несовершенство карт определяется теми же основными процессами, которые обеспечивают познание и осмысление действительности. В НЛП

выделяются три таких универсальных процесса: *обобщение* (генерализация), *избирательность* (стирание), *трансформация* (искажение). Например, в высказываниях клиента: «Никто никогда меня не понимал», «Все отказываются войти в мое положение!» — звучат преувеличенные обобщения: *никто, никогда, все*. Реакцией терапевта может быть еще большее подчеркивание этих излишне эмоциональных обобщений для придания им гротескного или парадоксального звучания: «Никто-никто! Никогда! Все-все!», на что обычно клиент возражает и приводит противоположные случаи. Таким образом восстанавливается более точная картина его опыта. Приведем еще несколько примеров типичных высказываний клиента и ответных реплик терапевта с использованием структур метамоделей:

К. (клиент): *Это я не смогу!* (Употребляется глагол невозможности.)

Т. (терапевт): Как это будет выглядеть, если вы сможете?

К.: *Я обязательно должен...* (Глагол долженствования.)

Т.: Что случится, если вы не...

К.: *Это нехорошо...* (Неопределенность, неполнота высказывания.)

Т.: Что «это»? С чьей точки зрения нехорошо?

К.: *Она раздражает меня своим поведением.* (Причинно-следственное отношение.)

Т.: Что вы делаете, чтобы раздражаться на ее поведение? (В этой реплике содержится косвенное утверждение о том, что клиент сам выбирает свои эмоциональные реакции и ответствен за них.)

Из приведенных примеров можно увидеть, что метамоделю служит не только целям сбора, прояснения и уточнения информации о клиенте, но и помогает ему преодолеть ограничения в восприятии действительности и самого себя*.

* Полное описание метамоделей см. в приложении к книге Кэмерон-Бандлер (Cameron- Bandler, 1985).

Наряду с метамоделю видное место в НЛП занимает *модель Милтона*. Она представляет собой систематизированное описание структур и правил языка внушения, или гипнотического языка, которые использовал в своей работе Милтон Эриксон (модель названа его именем). Анализ и описание этих структур были сделаны Р. Бандлером и Дж. Гриндером в 1984 году (Grinder, Bandler, 1984).

Модель Милтона часто называют «обращенной метамоделю», или метамоделю наоборот. Дело в том, что характер языка, предполагаемого каждой из этих моделей, прямо противоположен. Если в метамоделе, цель которой собрать по возможности полную и детальную информацию о клиенте, а также прояснить собственную «карту» последнего, используются конкретные, специфические слова и фразы, то модель Милтона помогает составить как можно более туманные и неопределенные высказывания. Когда терапевт произносит общие, неопределенные слова и расплывчатые фразы, за клиентом остается возможность по-своему их интерпретировать. Он заполняет пробелы в произносимом тексте терапевта своим, близким ему содержанием и, таким образом, продолжает находиться в контакте и согласии с терапевтом. Иными словами, в результате поддерживается непрерывный раппор, столь необходимый для получения гипнотических эффектов. Другой результат применения неопределенного языка — «расфокусировка» и ослабление сознания клиента, что также

открывает доступ к более эффективным гипнотическим внушениям. Конкретные языковые структуры модели Милтона очень разнообразны. Среди них:

- использование неспецифических существительных, местоимений, глаголов («это», «определенные ощущения», «можете заметить»);
- глаголов долженствования и необходимости («Это заставляет вас еще больше расслабиться»);
- замаскированные утверждения («Вам, наверное, интересно знать, как скоро вы найдете ответ на мучивший вас вопрос?»);
- встроенные команды («Вы удивитесь, почувствовав прилив новой энергии»);
- негативные команды («Не думайте о белой обезьяне») и многое другое.

Подробно об этом можно прочесть в упомянутой книге (Grinder, Bandler, 1984). Здесь же мы ограничимся примером из приводимого авторами текста М. Эриксона и краткими комментариями к нему.

Я знаю, у вас в жизни есть трудность, которую вы хотели бы успешно разрешить... и я не знаю, какие точно собственные ресурсы вы найдете наиболее подходящими для разрешения этой трудности, но я знаю точно, что ваше подсознание может лучше, чем вы сами, поискать и найти в вашем опыте нужный ресурс.

Легко увидеть, что текст насыщен неопределенными словами и словосочетаниями: *трудность, успешное разрешение, подсознание, ресурс, наиболее подходящий*; он содержит неопределенное местоимение *это*, глагол возможности: *знаю точно, что ваше подсознание может...*, скрытую команду: *...какие точно собственные ресурсы вы найдете* и т. п. В результате клиент наделяет речь терапевта своими смыслами и поддается позитивному внушению.

К универсальным и очень эффективным средствам НЛП относится *рефрейминг*. *Словорефрейминг* можно перевести как «переформулирование». Имеется в виду позитивное переформулирование проблемы клиента. Различают два вида рефрейминга: контекстный и смысловой (Bandler, Grinder, 1982).

В *контекстном рефрейминге* к «проблемному» поведению или свойству, на которое жалуется клиент, подбирается такая ситуация, в которой это поведение или свойство оказывается полезным. Например, отец жалуется на строптивость и непокорность дочери-подростка. Терапевт предлагает отцу вообразить сцену нападения уличного хулигана на его дочь, в которой она оказывается способной энергично защитить себя. Он также поздравляет отца с успешным воспитанием в дочери таких необходимых в жизни качеств характера, как энергичность, настойчивость (Bandler, Grinder, 1979).

При *смысловом рефрейминге* контекст или ситуация заявленной проблемы сохраняется, однако предлагается другой взгляд на «проблему». В качестве примера можно привести слова В. Сатир, с которыми она обычно обращалась к семье при первой встрече с нею. Она поздравляла членов семьи с обращением за помощью, говоря, что их приход — это первый шаг на пути тех позитивных изменений, к которым они стремятся. В. Сатир поясняла, что любая семья воспринимает обращение к терапевту как свидетельство своей несостоятельности или ущербности. Описанный же рефрейминг позволяет ей увидеть ту же ситуацию в совершенно другом, позитивном, свете.

Оба вида рефрейминга служат целям избавления клиента от черно-белого восприятия действительности, преодоления ограниченного взгляда на вещи. Они помогают расширить его сознание, увидеть другие возможности, наконец, повысить его самооценку.

Существенно дополняют и расширяют языковые средства НЛП *метафоры, притчи, истории*. Их создатели продолжают традиции М. Эриксона, выдающегося рассказчика и сочинителя психотерапевтических историй (Haley, 1973).

Использование *метафор* в терапевтических целях основано на двух посылах. Во-первых, между любыми явлениями имеется сходство. Во-вторых, образы непосредственно действуют на подсознание клиента, минуя контроль и сопротивление сознания. Как уже говорилось, во многих техниках НЛП используются образы, которые возникают в воображении клиента спонтанно. В случае же использования метафор или историй образы создаются терапевтом. Рассказ-метафора должен удовлетворять нескольким условиям. Во-первых, сохранять основные черты или структуру проблемной ситуации. Во-вторых, быть достаточно иносказательным, чтобы не провоцировать сознательное сравнение и сопротивление. Наконец, содержать решение проблемы: открывать клиенту новые пути, выборы, ресурсы (Gordon, 1978). Обычно удачная метафора продолжает действовать за пределами психотерапевтической ситуации и даже может стать для клиента сценарием его жизни в течение некоторого времени.

В заключение напомним известную метафору о самом НЛП, которую любят рассказывать ее авторы (Bandler, Grinder, 1979).

Один мастер был приглашен владельцем завода устранить неисправность в его оборудовании. Оборудование это состояло из множества труб разной величины, образующих сложный запутанный лабиринт. Мастер походил среди этих труб, внимательно все осматривал, что-то потрогал, где-то послушал, наконец постучал молоточком в одном месте — и машина заработала. Получив счет на \$1000 за проделанную работу, владелец возмутился: «Вы же затратили всего несколько минут, постучав в одном месте» — и потребовал более подробного отчета. Во втором счете, который он получил в ответ, значилось: постучать молоточком — \$5, знать, где постучать, — \$995.

Пример одной из техник НЛП (работа с внутренним конфликтом)

В качестве конкретной иллюстрации изложенного приведем развернутое описание одной из типичных техник НЛП, снабдив ее комментариями. В комментариях мы попытаемся указать на те характерные для этого психотерапевтического подхода принципы, приемы и процедуры, которые нашли отражение в данном методе. Техника, о которой пойдет речь, называется *зрительным слиянием* (Bandler, Grinder, 1979). Она применяется в тех случаях, когда человек систематически делает что-то, чего он не хочет делать, или не делает того, что хочет (например, хочет и не может бросить курить, переедает, ленится делать зарядку и т. д.). Сразу заметим ряд характерных особенностей методов НЛП, которые проявились в этой конкретной технике. Во-первых, она представляет собой пошаговый алгоритм, то есть последовательность операций, которые должен проделать терапевт вместе с клиентом. Во-вторых, она оставляет возможность работы с закрытым содержанием: клиент не обязан сообщать о характере своего конфликта. В-третьих, в этой технике используется метафорический образ частей личности: клиенту поясняется, что одна его часть хочет делать одно, другая — прямо противоположное. Наконец, в-четвертых, работа строится на одном из базисных принципов НЛП, согласно которому за любым действием, поведением или реакцией, какими бы странными или нежелательными они ни были, стоит позитивное намерение.

Шаг 1. Первая часть и ее положительное намерение

Клиенту предлагается следующая инструкция:

Поместите ту вашу часть, которая... (следует указание на то, что она делает или не делает) в подходящую для нее руку. Смотрите, как она выглядит, как звучит... и т. д. Спросите ее, какую полезную функцию она для вас выполняет. Продолжайте держать эту часть в этой руке, когда повернетесь к другой руке.

Вся инструкция произносится гипнотическим голосом с подстройкой к ритму дыхания клиента и другим его невербальным проявлениям. Можно увидеть, что в ней используются элементы языка внушения (модели Милтона), в частности неопределенные местоимения (*эти, то, эту*), замаскированные утверждения (например, когда говорят *смотрите, как она выглядит*, не подвергается сомнению, что соответствующая «часть» будет как-то выглядеть, а также может звучать и т. п.). В предложении *спросите «часть», какую полезную функцию она для вас выполняет* косвенно утверждается, что, во-первых, сознательное «я» может вступать в диалог с обсуждаемой частью и, во-вторых, что эта часть выполняет полезную функцию.

По нашим наблюдениям, уже на первом этапе использования этой техники клиент оказывается в состоянии транса. Этому способствует наблюдение возникшего образа, а также поиск позитивного намерения часто осуждаемой части. Такое намерение, как правило, обнаруживается в результате серьезной внутренней работы, поддерживаемой эмпатическим слушанием со стороны терапевта. Как правило, нахождение позитивной функции прежде отвергаемой или осуждаемой части приводит клиента в приподнятое состояние духа.

Шаг 2. Вторая часть и ее положительное намерение

То же самое проделывается относительно второй части (ее образ помещается в другую руку). Трансовое состояние клиента углубляется в то время, как он «держит» перед собой на ладонях и созерцает образы своих частей. Конкретный вид этих образов очень индивидуален и очень разнообразен. Это может быть, например, светящийся оранжевый шар в одной руке и серый и холодный

ка-мень — в другой. (Примеры других образов, встречавшихся в нашей практике: колючий зеленый каштан, что-то вроде медузы, спираль улитки, черная дыра, костер, твердый кристалл и др.)

Шаг 3. Взаимное одобрение намерений частей

Инструкция:

Теперь смотрите прямо перед собой так, чтобы вы видели обе руки. Наблюдайте за обеими частями, и пусть они повернутся друг к другу. Попросите каждую часть понять и одобрить ценность другой. Пусть каждая часть поблагодарит другую за ее полезное намерение.

В этой инструкции продолжает действовать замаскированное утверждение, согласно которому части с их образным воплощением — относительно самостоятельные инстанции, которые не совпадают с сознательным «я». Они существуют где-то, скорее всего, в подсознании. Они могут поворачиваться друг к другу, понимать, одобрять, благодарить друг друга. Все выглядит забавно, фантастично и в то же время серьезно. Приподнято-трансное состояние клиента продолжается. Очень важно отслеживать и поддерживать его.

Шаг 4. Интеграция частей

Инструкция:

Теперь наблюдайте за обеими ценными частями себя, слушайте их, и пусть ваши руки начнут сближаться друг с другом, только с той скоростью, которая позволит слиться и интегрироваться вашим частям наиболее удобным и полезным для вас образом... так, чтобы ни одна из них ничего не потеряла, обе они сохранили свою полезность и чтобы каждая часть обогатилась теми свойствами и способностями, которых нет у одной и которые присутствуют у другой.

Процесс сближения рук может сопровождаться дополнительным текстом. Например:

Вы можете очень удивиться, наблюдая изменения, которые начнут происходить в обоих образах при их соединении... только с той скоростью, с которой они будут естественно сливаться. Вы также можете быть поражены видом того образа, который возникнет при окончательном слиянии обеих частей, когда они растворятся друг в друге и обретут свойства друг друга. И наблюдайте, как выглядит этот новый образ, потому что эта новая часть обладает способностями, которых вы никогда не имели... умениями и возможностями, о которых вы никогда не догадывались, которые будут доставлять вам удовольствие... и указывать новые пути достижения всех тех важных целей одновременно...

Весь текст терапевта насыщен структурами гипнотического языка. Снова из процесса исключено сознательное «я». Действуют руки (сближаются), части (сливаются, интегрируются, растворяются друг в друге), образы (меняются, трансформируются). Клиенту остается наблюдать, удивляться и переживать. Терапевт следит, когда клиент закончит интеграцию, наблюдая сближение его рук, изменения в выражении лица, позы, дыхании и т. д.

Шаг 5. Ассоциация с новой интегрированной частью

Инструкция:

Когда вы будете готовы, приблизьте руки к груди и введите эту новую часть внутрь себя так, чтобы она стала легко доступной частью вас, вашего поведения. Делая это, вы можете почувствовать прилив энергии в своем теле, когда эта часть соединится с вами... Дайте себе возможность в течение некоторого времени прочувствовать уникальные возможности этой новой части в себе.

Снова язык внушения, насыщенный скрытыми командами и замаскированными утверждениями: *новая часть станет легко доступной частью вас, почувствуете прилив энергии, часть будет обладать уникальными свойствами* и т. д.

Клиент находится в глубоком трансе, о котором свидетельствуют явно выраженные физиологические реакции (особенно с момента слияния образов): задержка дыхания, покраснение лица, ощущение жара или теплой волны при соприкосновении с новой частью и введении ее внутрь.

Шаг 6. Проба будущего

Инструкция:

Теперь представьте себе какую-нибудь конкретную ситуацию в будущем, где бы вы хотели в полной мере использовать эти интегрированные качества и способности.

Это — стандартное окончание практически всех техник НЛП. Клиент в воображении воспроизводит «проблемную» ситуацию, однако с ощущением новой энергии, уверенности и состояния приподнятости. Ситуация больше не кажется проблемной: клиент эффективно справляется с ней. Происходит «запечатление» положительного эффекта на будущее, что обычно подтверждается в реальной жизни.

«Секреты» успеха НЛП

В качестве итога перечислим характерные особенности НЛП, которые, на наш взгляд, обеспечивают его успех в психотерапии, а также в других психотехнических практиках. При этом мы отчетливо сознаем, что данный перечень можно продолжать, дополнять и уточнять.

- Общий позитивно-гуманистический подход, как на уровне идей (вера в позитивную природу человека, его неограниченные возможности), так и на уровне отдельных техник: практически любая работа с клиентом начинается с вопроса: «Что вы хотите изменить к лучшему?»
- Заданный уровень высокой точности работы с клиентом как в отношении восприятия его состояний, внутренних процессов, так и в отношении точного реагирования терапевта.
- Сознательный выбор ориентации на процесс, что позволяет не «застрывать» на содержании проблемы, а помогать клиенту продвигаться к более эффективным способам совладания с любыми проблемами.
- Многоканальность, или полифоничность, терапевтического воздействия: одновременное использование речи, образов, невербальных средств взаимодействия.
- Опора на неосознаваемые механизмы фиксации положительного опыта: использование состояние транса, метафор, механизма импринтинга, гипнотического языка.

В заключение хотелось бы выразить свое отношение к некоторым критическим высказываниям в адрес НЛП. Наиболее часто говорится о якобы манипулятивном его характере. Автор настоящих строк никоим образом не разделяет это мнение. Манипуляцию можно определить как воздействие на человека со скрытыми (часто корыстными) мотивами. Однако, как уже говорилось, каждая техника НЛП начинается с вопроса клиенту о его цели, и никогда не делается что-либо противоречащее его желанию. Вместе с тем указанное негативное мнение, по-видимому, имеет свои основания. Это — неаккуратное, некорректное, а подчас и просто негуманное обращение с теми мощными средствами, которыми располагает НЛП.

Один из современных американских авторов и ведущих тренеров НЛП Роберт Макдональд так рассказал на тренинге об эволюции своего отношения к НЛП:

«Довольно быстро я понял, что НЛП — это острая шпага, которой можно наносить очень точные удары, и я был готов оставить эту деятельность. Но спустя некоторое время я понял, что со шпагой в одной руке можно держать в другой руке сердце, и тогда я остался в НЛП».

Возможно, некоторые видят или, еще хуже, ищут в НЛП только «шпагу». Это очень искаженное представление. Только чистые руки могут принять наследие гуманистов, которые стояли у истоков этой области человеческого знания и практики. Истинное НЛП — только то, которое по праву может быть названо гуманистическим.

Библиография

- О'Коннор Дж., сеймом Дж. (1997) Введение в НЛП. — Челябинск: Версия. Andreas S., Andreas C. (1987) *Change Your Mind. — And Keep the Change.* — Moab: Real People Press.
Andreas C., Andreas S. (1989) *Heart of the Mind.* — Moab: Real People Press.
Andreas S. (1991) *Virginia Satir - The Patterns of Her Magic.* — Palo Alto: Science & Behavior Books.
Bandler R., Grinder J. (1979) *Frogs into Princes.* — Moab: Real People Press.
Bandler R. (1987) *Using Your Brain for a Change.* — Moab: Real People Press.
Bandler R., Grinder J. (1975, 1976) *The Structure of Magic.* — Palo Alto: Science & Behavior Books. Vol. I, II.
Bandler R., Grinder J. (1982) *Re-Framing.* — Moab: Real People Press.

Bandler R., Grinder J., Dilts R., Del-Ozier J. (1980) *The Structure of Subjective Experience*. — Cupertino: Meta Publications.

Bandler R., Grinder J. (1975, 1977) *Patterns of Hypnotic Techniques of Milton Erickson*. — Cupertino: Meta Publications. Vol. I, II.

Cameron-Bandler L. (1985) *Solutions*. — San Rafael: Future Pace.

Dilts R. (1998) *Modeling With NLP*. — Capitola: Meta Publications.

Dilts R. (1994-1996) *Strategies of Genius*. —Capitola: Meta Publications. Vol. I, II, III.

Gordon D. (1978) *Therapeutic Metaphors*. —Cupertino: Meta Publications.

Grinder J., Bandler R. (1984) *Trans-Formation*. — Moab: Real People Press.

Haley J. (1973) *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erikson*. — N. Y, London: Norton & Co.

Mocclendon T. (1989) *The Wild Days. NLP 1972 to 1981*. — Cupertino: Meta Publications.

Satir V, Bandler R., Grinder J. (1976) *Changing With Families*. — Palo Alto: Science & Behavior Books.

Системная семейная психотерапия. А. Я. Варга

История развития системной семейной психотерапии показывает, что эта область практики развивалась не так, как большинство психотерапевтических школ, и имеет ряд особенностей. Случаи работы с супружескими парами или с детско-родительскими конфликтами описываются в рамках многих психотерапевтических подходов. В «Руководстве по семейному консультированию и психотерапии» (Horne, Ohlsen, 1982) рассматривается работа с семьями психотерапевтов различных направлений: трансактного анализа, гештальт-терапии, клиентоцентрированного подхода, адлеровской и рационально-эмотивной психотерапии, бихевиоральной психотерапии и НЛП.

Вместе с тем становление системной семейной психотерапии не связано с развитием индивидуальной психотерапии. Исследование семьи как системы не имеет ни истории, ни общепринятых понятий, ни установленных открытий (Spiegel, Bell, 1959). В своей монографии Эриксон и Хоган (Erickson, Hogan, 1972) утверждают, что их анализ литературы не выявил никаких данных о том, что системная семейная психотерапия «выросла» из каких бы то ни было ранее существующих теоретических положений в психотерапии.

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила кибернетика, точнее, общая теория систем. Один из основоположников общей теории систем Л. фон Берталан и показал, что понятие системы вытекает из так называемого «организмического взгляда на мир». Для этого взгляда характерны два положения: а) целое больше, чем сумма его частей; б) все части и процессы целого влияют друг на друга и друг друга обуславливают. Таким образом, базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. Семья - это «живой организм, напоминающий скорее пламя, чем кристалл» (Черников, 1997, с. 27).

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой. Семейная система это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно и источник преобразований системы лежит внутри ее самой (Черников, 1997). Исходя из этого понятно, что люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов. Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Ясно, что объектом психотерапевтического воздействия является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы. Рассмотрим общие принципы функционирования семейных систем.

Законы функционирования семейных систем

Жизнь семейной системы подчиняется двум законам: закону гомеостаза и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить *status quo*. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи, несмотря на то, что события могут быть и радостными, и долгожданными, например, рождение ребенка, распад мучительного брака и т. п. Закон постоянства обладает огромной силой. Как показали исследования Джея Хейли (Haley, 1980), благодаря стремлению не допустить ухода повзрослевшего ребенка из семьи и тем самым сохранить семейную структуру родители способны терпеть любое психопатологическое поведение подростка к полному изумлению всех посторонних. Одновременно действует закон развития: всякая семейная

система стремится пройти полный жизненный цикл. Было замечено, что семья в своем развитии проходит определенные стадии, связанные с некоторыми неизбежными объективными обстоятельствами. Одним из таких обстоятельств является физическое время. Возраст членов семьи все время меняется и обязательно меняет семейную ситуацию. Как было показано Эриком Эриксоном, каждому возрастному периоду в жизни человека соответствуют определенные психологические потребности, которые человек стремится реализовать. Вместе с возрастом меняются и запросы к жизни вообще и к близким людям в частности. Это определяет стиль общения и, соответственно, саму семью. Рождение ребенка, смерть старого человека — все это существенно меняет структуру семьи и качество взаимодействия членов семьи друг с другом. Семья, как река, в которую никогда нельзя войти дважды.

Был предложен вариант типичного американского жизненного цикла семьи (Carter, McGoldrick, 1980).

1. Первая стадия — жизнь одинокого молодого человека, финансово практически самостоятельного, живущего отдельно от своих родителей. Эта стадия была названа «временем монады». Она очень важна для формирования самостоятельных, независимых от родителей взглядов на жизнь.

2. Вторая стадия начинается в момент встречи с будущим брачным партнером. Влюбленность, роман, возникновение идеи брачного союза, то есть длительных, стабильных отношений, — все это относится к ней. Если данная стадия жизненного цикла протекает удачно, то партнерам удастся обменяться ожиданиями относительно будущей совместной жизни, а иногда даже и согласовать их.

3. Третья стадия — заключение брака, объединение влюбленных под одной крышей, начало ведения совместного хозяйства, общая жизнь. Эта стадия была названа «временем диады». Это время первого кризиса семьи. Молодые люди должны заключить договор о том, как жить вместе. Вольно или невольно для организации жизни необходимо решить, как распределяются функции в семье, кто придумывает и организует развлечения, кто принимает решения, на что тратить деньги, кто из супругов работает, а кто нет, когда заводить ребенка, какое поведение и какой внешний вид являются сексуально привлекательным, и много подобных равно важных вещей. Некоторые вопросы легко обсудить и договориться, а некоторые обсудить открыто трудно, потому что предпочтения часто не ясны и не проговорены. Особенно это относится к сексуальному поведению. Молодая жена росла в семье, где не приветствовалась внешняя расслабленность. Мама не ходила в халате, она носила дома туфли и красилась к папиному приходу. Папа это ценил. Молодой муж терпеть не мог жену на высоких каблуках. В его воспоминаниях высокие каблуки носила учительница, которую он ненавидел. Он любил свою маму, которая не работала и дома ходила в халате и тапках. Жена, желая порадовать мужа и мечтая провести дома вечер любви, встречает его на пороге накрашенная и на высоких каблуках. Он, видя ее, думает, что она готова на выход. Он, может, и думал провести тихий вечер дома, но, любя жену и понимая ее без слов, немедленно отправляется с ней в ресторан, например, или к друзьям. Она недоумевает. Страшная мысль у жены: «Не хочет быть со мной». А вот она заболела и полная отвращения к себе ходит дома в халате и тапках. Муж сгорает от страсти в это время. Жена не готова соответствовать: и чувствует себя плохо, и сама себе противна. У мужа страшная мысль: «Не хочет быть со мной». Это может стать началом сексуальной дисгармонии.

4. Четвертая стадия возникает в том случае, если преодолен кризис третьей стадии, брак сохранился и, главное, появился первый ребенок. Возникающий на этой стадии кризис еще более серьезный. Появился третий член семьи, изменилась семейная структура. Она стала, с одной стороны, более устойчивой, а с другой — члены этой новой системы стали более дистантными по отношению друг к другу. Необходим новый договор, так как возникла потребность в перераспределении ролей, времени, денег и т. п. Кто будет вставать к ребенку по ночам? Будут ли родители сидеть дома вместе или ходить в гости по очереди, или жена будет с ребенком, а муж будет жить, как холостой? Если младенец не принес отчуждения в супружеские отношения, более того, сплотил родителей, данная стадия пройдена удачно. Может быть и так, что ребенок приносит чувство рутины и монотонности жизни; супругам кажется, что молодость и праздник кончились и начались бесконечные будни, муж чувствует себя заброшенным и подозревает, что жена изменяет ему с младенцем. Жена точно знает, что она брошена с ребенком на руках, и понимает вдруг, что замужем за легкомысленным подростком и что тяготы семейной жизни вот-вот сломают ей хребет. Все это признаки неудачного прохождения четвертой стадии. Это не обязательно приводит к разводу, но обычно закон гомеостаза обеспечивает семейную систему сложными и вычурными стабилизаторами. Годятся, например, регулярные измены, которые небрежно скрываются для того, чтобы скандалы и следующие за ними примирения создавали иллюзию близости и сохраняли семью. Подходит также хроническое заболевание у одного из супругов или

любые другие формы личной дезадаптации — алкоголизм, неспособность к профессиональному успеху и т. п.

5. Пятая стадия жизненного цикла семьи характеризуется появлением второго ребенка. Она проходит достаточно просто, так как не нужно заключать новый договор о том, как жить с детьми и кто за что отвечает, как это было на предыдущей стадии. Разумеется, детей может быть гораздо больше чем двое, но на модели двух детей можно показать все необходимые закономерности развития семейной системы. Существуют данные о зависимости семейной роли от порядка рождения ребенка. Например, нередко старшая девочка в семье становится для следующих детей эрзац-мамой, няней; она отвечает за младших и часто лишается возможности жить собственной жизнью, да впрочем, она и не умеет отвечать за саму себя. Средний ребенок нередко бывает самым благополучным в семье, свободным от семейных сценариев и долгов. Считается, что соперничество между детьми происходит неизбежно. Родители сталкиваются с проблемами детской ревности и должны как-то их решать. В этом пункте происходит связь времен, потому что именно при решении этой проблемы родители нередко проецируют в сегодняшний день свой детский опыт. Сверхконтроль за детскими отношениями, постоянная позиция третейского судьи выдает потребность в подтверждении собственной значимости и, следовательно, опыт унижения в детстве. С появлением детей возникает новая подсистема в семейной системе. В случае функциональной семьи в ее структуре будут выделяться супружеская подсистема и детская подсистема. В дисфункциональной семье могут быть «неправильные» подсистемы: коалиции мамы с одним ребенком против папы с другим или мамы с детьми с одной стороны и папы — с другой. Границы между подсистемами семьи — это важный момент организации жизни и психического здоровья членов системы. Если границы подсистем очень жесткие (например, после того как ребенок уложен спать, к нему не подходят до утра, что бы ни было), то могут возникать психосоматические заболевания у детей, так как только очень сильными раздражителями (болезнями с эффектными проявлениями) они могут перейти границу своей подсистемы и приблизиться к родителям. Если же границы подсистем очень проницаемые, то все члены системы лишены возможности жить своей частной жизнью, того, что по-английски называется *privacy*, возникает слитность, *enmeshment*, спутанность ролей, «обродителенные» дети и инфантильные родители. Не ясно, кто принимает решения, кто отвечает за кого, и многое другое.

6. Шестая стадия — это школьные годы детей. В это время семья вплотную сталкивается с правилами и нормами внешнего мира, отличными от правил внутрисемейной жизни. Здесь решаются вопросы о том, что считать успехом, а что неудачей, как стать успешным, какую цену семья готова заплатить за внешний успех и соответствие общественным нормам и стандартам. Например, гиперсоциализирующая семья никакую цену не считает слишком высокой за успех, а неудачник, конечно же, плачет и лишается семейной поддержки. Гиперсоциализирующая семья — это семья с очень проницаемыми внешними границами. Чем более проницаемы внешние границы, тем менее проницаемы границы семейных подсистем. Взаимоотношения между членами семьи аспонтанны и регулируются в основном нормами, правилами, традициями, которые очень трудно изменить. Диссидентская семья, то есть семья, стоящая в оппозиции к внешним нормам и правилам, имеет закрытые внешние границы и часто очень проницаемые внутренние границы. В таких семьях может возникать проблема верности, причем не супружеской, а верности семейным нормам и ценностям, своего рода цеховое или аристократическое братство, нарушение правил которого грозит остракизмом.

Итак, на этой стадии жизненного цикла семьи проверяются границы семейной системы, экспортируемость норм, мифов, правил и игр.

7. Седьмая стадия жизненного цикла семьи связана с временем полового созревания детей. Она начинается с периода пубертата у первого ребенка. Ведущая потребность ребенка в это время — построить свою идентичность, ответить на вопрос: кто я и куда иду? Ответ «Я ребенок своих родителей» недостаточен для построения идентичности. Примеры ищутся вне семьи, среди сверстников, неродственных взрослых. Семья в это время должна решить важнейшую задачу: подготовить ребенка к сепарации, к самостоятельной жизни. Вот здесь именно та точка, где проверяется жизнеспособность и эффективность функционирования семейной системы. Если семья успешно справляется с этой задачей, то она проходит между Сциллой и Харибдой и выплывает на широкий жизненный простор.

Рассмотрим этот период жизни семьи подробнее. Обычно период полового созревания ребенка совпадает с кризисом среднего возраста у родителей. Это означает, что в то время, когда ребенок стремится вырваться из-под семейного влияния, хочет перемен своей судьбы или хотя бы течения

жизни, его родители очень нуждаются в сохранении привычной стабильности. Кризис середины жизни наступает тогда, когда человек понимает, что определенные события и факты его жизни необратимы: профессия выбрана и на профессиональном поприще достигнуты или не достигнуты некие результаты, семья создана, дети в значительной степени выращены, пора подводить пусть предварительные, но итоги. Делать это страшно, потому что они могут быть неутешительными. Одновременно становится ясно, что отпущенного на жизнь времени осталось не так уж много, силы убывают, признание себя неудачником кажется фатальным и неисправимым. Неудачные дети — хорошее извинение: «Я не сделал значительной карьеры, потому что у меня были очень трудные (больные) дети и много времени уходило на них». Для сохранения родительской самооценки детям лучше быть нежизнеспособными. Как видно, на этом этапе жизненного цикла интересы детей и родителей прямо противоположны.

Очень часто стабильность семейной системы прямо зависит от того, продолжают ли дети жить в родительской семье. Нередко за время совместной жизни дети научаются выполнять определенные психологические функции в семье, например, становятся медиаторами между родителями. Если дети уходят из семьи и, что еще хуже, становятся самостоятельными и успешными, то есть не нуждаются во внимании и помощи родителей, то родители сталкиваются с необходимостью общаться непосредственно друг с другом, лицом к лицу. Чтобы можно было жить, необходимо решить массу проблем, которые накопились, пока в семье были дети.

Многие скандалы откладывались и превращались в памятники самим себе, годами не решались сексуальные проблемы и многое другое. Если не будет оправдания в виде детей, то все эти проблемы придется решать, что больно и неприятно и, кроме того, возможно, приведет к разводу. Гораздо проще не допускать сепарации или допускать ее формально. Например, ребенок формально живет отдельно, учится в колледже где-то в другом городе, даже женится, но по критериям родительской семьи он еще не встал на ноги, не достиг требуемого уровня доходов или не работает там, где, как считает семья, он должен был бы работать. Его неудачи — прекрасный стабилизатор для семьи. Они также отвлекают время и силы остальных членов семьи и позволяют не решать других семейных проблем. Если же ребенок тем не менее упорно движется к успеху, то есть масса способов заставить свернуть его с этого пути. Этому посвящена книжка Джея Хейли «Уход из дома» (Haley, 1980). Главный тезис ее заключается в том, что дезадаптивность и эксцентричность поведения молодого человека имеют защитный характер. Как только родительская семья сталкивается с тем, что ребенок готов к сепарации, она становится нестабильной и дезорганизованной. Учащаются конфликты, ухудшается самочувствие членов семьи. Это является сигналом молодому человеку, сообщающим ему, что его семье грозит опасность развала или в лучшем случае изменения структуры и привычных способов взаимодействия. Для того чтобы сохранить все в прежнем виде, он развивает эксцентричное и дезадаптивное поведение. Джей Хейли считает, что любой член любой организации в аналогичном случае готов взять на себя роль стабилизатора с помощью нарушенного поведения. Помимо специфических нарушений поведения могут развиваться хронические заболевания, иногда психические. Если учесть, что в норме дети переживают своих родителей, то проблема стабилизации семьи, по крайней мере до тех пор, пока живы родители, может быть решена.

Итак, эта стадия жизненного цикла семьи самая трудная для всех членов семьи, самая проблемная и мучительная. Здесь семья должна перестроить свои внешние и внутренние границы, заключить новый договор между всеми членами, научиться жить в измененном составе.

8. Восьмая стадия — это повторение третьей стадии, только члены диады находятся в другом возрасте. Дети выросли и живут самостоятельной жизнью, родители остались вдвоем. Эта стадия часто называется «стадией опустевшего гнезда». Хорошо, если до этой стадии жизненного цикла семья дошла без больших потерь и люди с удовольствием проводят время друг с другом, сохранив радость от взаимного общения.

9. Девятая стадия жизненного цикла — это жизнь монады, одиночество; супруг умер, человек доживает свою жизнь один, так же, как он жил в молодости, еще не создав своей семьи, только теперь это старый человек, у которого за плечами прожитая жизнь.

Жизненный цикл российской городской семьи значительно отличается от американской. Эти отличия связаны прежде всего с экономическими причинами, однако существенны и культурные особенности сознания российских жителей. Главное отличие состоит в том, что в России практически не было отдельно живущих нуклеарных семей: во-первых, потому, что у большинства населения нет денег, чтобы купить себе отдельную квартиру или выстроить дом; во-вторых, жизнь большой семьей не считается тяжелой и неприятной. Ценность родственных отношений очень высока, и к любой пожилой

женщине можно обратиться «бабуля», это будет и уместно, и вежливо. Слова «Сынок, помоги» или «Доченька, спасибо тебе», которые мы слышим от незнакомых людей, просто вызывают непрошенную слезу. Знаменитое сталинское «Братья и сестры!», пришедшее на смену идеологии классово-борьбы, породило взрыв патриотизма во время Великой Отечественной войны.

Рассмотрим жизненный цикл российской семьи.

1. Первая стадия жизненного цикла — это родительская семья со взрослыми детьми. Молодые люди не имеют возможности пережить опыт самостоятельной, независимой жизни. Всю свою жизнь молодой человек — элемент своей семейной системы, носитель ее норм и правил, ребенок своих родителей. Обычно у него нет ясного представления о том, что было достигнуто в его жизни лично им самим, ему трудно выработать чувство личной ответственности за свою судьбу. Он не может проверить на практике те правила жизни, стандарты и нормы, которые получил от родителей, и часто не может выработать свои правила. Self-made-man, то есть человек, сделавший себя сам, — явление редкое.

2. На второй стадии жизненного цикла семьи кто-то из молодых людей знакомится с будущим брачным партнером, женится и приводит его в дом своих родителей. Это существенная ломка правил родительской семьи. Задача очень сложная — создать маленькую семью внутри большой. Молодые люди должны договориться не только друг с другом о том, как они будут жить вместе, по каким правилам (ср. вторую и третью стадии нуклеарной семьи). Они еще должны договориться с родителями, вернее, передоговориться о том, как они будут ладить друг с другом. Патриархальные правила предлагают вариант такого договора: молодой супруг или супруга входит в большую семью на правах еще одного ребенка — сына или дочери. Родителей мужа или жены предлагается называть «мама» и «папа». Тогда молодые супруги как бы и не супруги, а вновь обретенные брат с сестрой. Не всякая молодая семья готова к такому сценарию отношений. Хорошо, если супруги не готовы к этому вместе, гораздо хуже, когда к этому не готов кто-то один. Тогда один член пары хочет быть мужем или женой во-первых, а сыном или дочерью во-вторых, у другого же супруга приоритеты обратные. Конфликт, возникающий в этом случае, всем известен и часто выглядит как ссора между свекровью и невесткой или между зятем и родителями жены. На самом же деле в основе его лежит конфликт ролевых приоритетов у супругов.

Новая подсистема прежде всего нуждается в сепарации, старая система, подчиняясь закону гомеостаза, хочет сохранить все, как было. Таким образом, создается парадоксальная ситуация: брак как бы есть и в то же время его как бы и нет. Ситуация мучительная для всех. Например, в одной семье мать мужа держала свои вещи в стенном шкафу той комнаты, где жил молодой человек еще с той поры, когда он был ребенком. Когда он женился, она не изменила своих привычек, да и новый шкаф некуда было ставить, да и денег на него не было. Мать заходила в комнату к молодоженам в любое время за своими вещами. Неудивительно, что молодые люди не смогли сохранить свой брак. Вторжение в жизнь молодых супругов совсем необязательно сопровождается конфликтными, плохими отношениями в семье. Одна нежная мать была очень рада женитьбе своего сына и ночью приходила в комнату к молодым, разумеется, без стука, «чтобы полюбоваться на этих голубков».

3. Третья стадия семейного цикла связана с рождением ребенка. Это также кризисный период для всей системы. Опять необходимо договариваться о том, кто что делает и кто за что отвечает. В семьях с размытыми границами подсистем и невнятной организацией нередко плохо определены семейные роли. Например, не ясно кто функциональная бабушка, а кто функциональная мама, то есть кто фактически осуществляет заботу, уход, выращивание ребенка. Часто эти роли спутанны, и ребенок — скорее сын или дочь бабушки, а не матери. Собственные родители ребенку — скорее старшие брат и сестра. Мать и отец работают, а бабушка на пенсии. Она много времени проводит с ребенком, а при этом отношения матери и бабушки могут быть совсем не хорошими. Это обстоятельство не может не отражаться на ребенке. Нередко он включается в борьбу. Моя коллега М. Арутюнян рассказывала случай из своей практики, прекрасно иллюстрирующий это положение.

Семья обратилась по поводу плохого поведения девочки одиннадцати лет, которая вела себя агрессивно по отношению к своей бабушке. Семья состояла из трех женщин: бабушки, матери и девочки — идентифицированного пациента. У бабушки и матери были тяжелые конфликтные отношения. Однажды зимой девочка заперла бабушку на балконе и долго не пускала ее в комнату. После этого эпизода семья решила обратиться к психотерапевту. Когда мама рассказывала, как дочка обижает бабушку, глаза ее горели торжеством. Дочь совершила в жизни то, чего мать не могла себе позволить.

4. На четвертой стадии появляется второй ребенок в семье. Как и в западном аналоге, эта стадия достаточно мягкая, так как она повторяет во многом предыдущую стадию и ничего кардинально нового, кроме детской ревности, в семью не вносит.

5. На пятой стадии начинают стареть и болеть прародители. Семья опять переживает кризис. Старики становятся беспомощными и зависимыми от среднего поколения. Фактически они занимают позицию маленьких детей в семье, сталкиваясь, однако, чаще с досадой и раздражением, чем с любовью. Из стариков получаются нежеланные и нелюбимые дети, в то время как по ходу предыдущей жизни они привыкли быть главными, принимать решения за всех, быть в курсе всех событий. Это стадия очередного пересмотра договора, мучительная для всех. В культуре существует стереотип «хорошей дочери (сына)»: это тот, кто на старости лет поднесет своим родителям стакан воды. Старики, у которых нет близких, достойны сожаления, так как «некому подать им стакан воды». Упрек плохим детям: «Некого попросить подать стакан воды». То есть в общественном сознании нет модели одинокой и самостоятельной жизни стариков. Считается недостойным позволить умереть своим старикам вне дома, поместить в дом для престарелых, во время болезни особой доблестью считается лечить старого человека дома, не отдавать в больницу.

Нередко этот период в жизни старших членов семьи совпадает с периодом полового созревания детей. В такой семье он проходит иначе, чем в нуклеарной. Могут возникать коалиции стариков с подростками против среднего поколения; например, старики покрывают поздние отлучки и школьные неуспехи подростков.

В то же время у среднего поколения есть хорошая управа на подростков. Больные старики в доме требуют ухода и присмотра. Эту обязанность вполне можно передать подросткам, привязав их к дому, лишив вредной уличной компании, замедлив процесс построения их идентичности.

6. Шестая стадия повторяет первую. Старики умерли, и перед нами семья со взрослыми детьми. Нередко это минимально возможный размер российской семьи.

Многие стадии жизненного цикла американской семьи присутствуют в жизненном цикле российской городской семьи, например, стадия ухаживания, заключения негласного (или отчасти гласного) брачного договора между двумя партнерами, рождения детей, этапы их психологического развития и пр. Но они присутствуют в измененном виде, в контексте большой трехпоколенной семьи. Основные особенности российской семьи заключаются в том, что

- семья, как правило, является не нуклеарной, а трехпоколенной;
- материальная и моральная зависимость членов семьи друг от друга очень велика;
- границы семейной системы имеют некоторые особенности; как правило, они не адекватны требованиям оптимальной организации;
- часто все вышеуказанное приводит к явлению слитности, спутанности семейных ролей, невнятного разделению функций, необходимости все время договариваться и невозможности договориться надолго, замещению, когда каждый в семье может функционально быть каждым и одновременно никем. Например, в семье, где бабушка воспитывает ребенка, она фактически является функциональной матерью своему внуку; муж и жена делят постель, связаны интимными отношениями, но могут быть при этом не связаны отношениями заботы и близости, потому что муж духовно и эмоционально ближе к своей матери. Он прежде всего заботится о ее интересах. Функционально этот мужчина — муж своей матери и любовник своей жены. Семья живет в основном на деньги мужа, но семейный бюджет распределяет та же бабушка, так что функционально она — глава семьи;
- индивидуальность и суверенность практически отсутствуют. Молодое поколение гораздо теснее и жестче связано с предыдущим поколением, чем на Западе; традиционность, преемственность и одновременно конфликтность выражены очень явно. Каждый член семьи находится в ежедневном контакте с большим количеством близких людей. Он включен в разные непростые отношения, одновременно выполняет много социальных ролей, часто плохо стыкующихся друг с другом. Социальная грамотность, в определенном смысле изворотливость и одновременно диалогичность — это то, что ребенок усваивает очень рано. При такой семейной организации основным часто является вопрос о власти. Он решается в контексте любого общения: папа запрещает, а мама разрешает что-то ребенку; все это делается в присутствии ребенка, и сообщение при этом такое: «Ребенок слушается меня, а не тебя, значит, я главнее».

Таким образом, любая семейная система стремится пройти свой жизненный цикл в соответствии с законом развития систем. В то же время каждая стадия жизненного цикла семьи стремится остановиться навсегда, никогда не меняться, согласно закону гомеостаза.

Свойства семейной системы

Семейная система может быть описана по нескольким параметрам. Можно выделить шесть информативных параметров:

- особенности взаимоотношений членов семьи;
- гласные и негласные правила жизни в семье;
- семейные мифы;
- семейные границы;
- стабилизаторы семейной системы;
- история семьи.

Рассмотрим первый параметр. Особенности взаимоотношений членов семьи проявляются в общении; под общением здесь понимается абсолютно любое событие, происходящее в семье. Опоздание и умолчание, откровенные разговоры и общее веселье, покупки и приготовление еды — все это информативное, особенное, уникальное для данной системы общение. Даже, казалось бы, отсутствие общения, молчание, есть мощное информативное сообщение. Можно перестать разговаривать с человеком (ребенком, супругом, супругой), и всем будет ясно, что это — выражение неодобрения, недовольства и стремление подвергнуть виновного остракизму.

Общение может быть вербальным и невербальным; чаще всего оно бывает и тем и другим одновременно. Порывистые, резкие движения, хлопанье дверью, грохот кастрюль выражают без слов и душевное состояние человека, и то, что он хочет, чтобы члены его семьи знали об этом состоянии. Возможно, это призыв к помощи, жалоба или упрек: «Посмотрите, до чего вы меня довели» и т. п. Если это будет сопровождаться соответствующим текстом, то картина станет полной и завершенной. Вербальная и невербальная части сообщения дополняют друг друга, находятся в гармонии.

Нередко бывает так, что эти части сообщения вовсе не находятся в гармонии, более того, противоречат друг другу. Такие ситуации встречаются на каждом шагу. Например, флирт. Люди вроде бы разговаривают на серьезные и вполне пристойные темы, даже деловые. При этом невербально, взглядами, позами, жестами, межличностной дистанцией они ведут совсем другой «разговор». Ситуация является увлекательной и безопасной именно потому, что можно невербальный текст проигнорировать или не обратить внимания на словесные сообщения. Этот случай безобидный. Как только противоречия вербального и невербального планов попадают в семейный контекст и становятся там правилом общения, возникают серьезные нарушения поведения и самочувствия членов семьи, особенно детей. В своей знаменитой работе «О коммуникативной теории шизофрении» Г. Бейтсон с соавторами показал, как развивается аутизм у ребенка в ситуациях, когда он систематически сталкивается с противоречивыми сообщениями в своей семье. В ситуации такого общения ребенок не может вести себя адекватно, так как реакция на какую-то одну часть сообщения автоматически приводит к тому, что вторая часть сообщения не учитывается и за это ребенок порицается. Как бы он себя ни повел, он неадекватен и не может приспособиться к реальности, не может вести себя правильно. Бейтсон приводит яркий пример: мальчик, страдающий от шизофрении, лежит в больнице. Мама приходит его навестить. Мальчик выходит к ней в холл и садится рядом с ней. Мама отодвигается. Мальчик подавленно замирает и молчит. Мама спрашивает недовольно: «Ты что же, не рад меня видеть?» Эта ситуация общения была названа «двойной ловушкой»: что бы ребенок ни сделал, он будет подвергнут порицанию. К реальности приспособиться невозможно лучше уйти в себя, авизироваться, ведь ребенок не может выйти из ситуации общения в реальности, например, произвольно сменить семью.

Итак, все происходящее в семье является сообщением. Болезни, например, — это сильное и очень информативное сообщение, эффективно регулирующее семейную ситуацию. Допустим, папа хочет, чтобы сын был сильным, смелым, то есть настоящим мужчиной. Он полагает, что настоящий мужчина — это тот, кто рискует, самостоятелен и т. п. Мама совсем не хочет, чтобы ее сын рисковал своим здоровьем и был самостоятельным. Ей приятнее, когда он дома, на виду. Открыто она не может противоречить своему мужу. Мальчик, разумеется, также хочет свободы. В то же время ему немного страшно пускаться в свободный полет. Как же быть? Мальчик собирается с молодежной компанией в горы. Папа рад и поддерживает намерения сына. Мальчик и хочет, и не хочет. Мама категорически

против. Если она будет открыто протестовать, неизбежен скандал. Совершенно случайно накануне отъезда сына она довольно тяжело заболевает. Мальчик вынужден остаться. Все довольны. Болезни, таким образом, становятся способом — причем достойным — решения многих проблем. Этого бы не могло быть, если бы они не являлись способами коммуникации. Все игры, прекрасно описанные Э. Берном, — это некоторые стереотипы поведения, представляющие собой формы коммуникации; они несут некие сообщения, которые не произносятся, но ясно всеми понимаются.

Второй параметр — это правила жизни семейной системы. Правила бывают заданными социумом и культурой, и тогда они разделяются многими семьями, а бывают уникальными для каждой отдельной семьи. Культурные правила семейной жизни известны всем: например, все знают, что родители не должны заниматься любовью на глазах у детей. Уникальные правила известны только членам семьи.

Правила — это решение семьи о том, как отдыхать и вести домашнее хозяйство, как тратить деньги и кто именно в семье может это делать, а кто — нет, кто покупает, кто стирает, кто готовит, кто хвалит, а кто по большей части ругает, кто запрещает, а кто разрешает. Словом, это — распределение семейных ролей и функций, распределение мест в семейной иерархии, решение о том, что позволено, а что нет, что хорошо, а что плохо.

В большой семье, состоящей из одних взрослых, растет поздний и горячо любимый ребенок. Наиболее часто исполняемое правило этой семьи: ни в коем случае не ругать ребенка ни за что, а хвалить при каждом удобном случае, восхищаться и умиляться про себя и вслух, индивидуально и в группах. Такое поведение, по правилу этой семьи, есть выражение любви к ребенку. Если кто-то, гость или дальний родственник, нарушит это правило — не похвалит, не восхитится или, хуже того, сделает замечание ребенку, то он нарушит существенное правило жизни этой семьи, поставит всех в неловкое положение и не будет в дальнейшем желанным гостем. Закон гомеостаза требует сохранения семейных правил в постоянном виде. Изменение семейных правил — болезненный процесс для членов семьи.

«Село Степанчиково и его обитатели» — прекрасный, художественный пример того, что происходит, когда нарушаются семейные правила. Правило было очень простое: все в доме должно идти так, как хочет Фома Фомич Опискин. Это правило построения семейной иерархии, расстановки статусов. Что произошло, когда это простое правило было нарушено, описывается в повести Ф. М. Достоевского на многих и многих страницах. На самом деле в семьях много сложных, витиеватых правил, гласных (как-то: «Если задерживаешься — предупреди»), негласных, пронизывающих нашу жизнь. Семейный психотерапевт обязательно должен уметь быстро вычислять некоторые важные правила функционирования семейной системы. Конечно, все параметры семейной системы взаимосвязаны. В частности, правила непосредственно связаны и часто продиктованы семейным мифом.

Итак, третий параметр семейной системы — миф. Семейный миф — это некая формообразующая и объединяющая всех членов семьи идея или образ, или история, если хотите, идеология. Это знание, разделяемое всеми членами семейной системы и отвечающее на вопрос: «Кто мы?» Например, частый ответ такой: «Мы дружная семья». Это значит, что в этой семье не может быть открытых конфликтов и уж тем более при детях. Сор из избы не выносятся никогда. Отношения не выясняются открыто, все противоречия замазываются. Принято всюду бывать вместе, так как миф требует распространения в обществе, своего рода издания. Любое поведение членов семьи по отношению друг к другу, каким бы оно ни было, понимается как проявление добрых чувств. «Я же тебе добра желаю», или «Это я люблю», или классическое: «Бьет — значит любит». Миф задает норму чувствования. В «дружной семье» принято любить, жалеть и чувствовать благодарность. Остальные чувства — обида, гнев, разочарование и пр. — игнорируются или вытесняются. Проблемы начинаются в тех случаях, когда кто-то из семьи оказывается неспособным игнорировать свои нормальные и неизбежные отрицательные чувства к родственникам. Он и становится идентифицированным пациентом. Тревожно-депрессивные расстройства, агрессивное поведение, анорексия — типичные проблемы «дружной семьи».

Миф порождает правила и ритуалы. Нарушение правил, особенно систематическое, может разрушить миф. Миф — это знамя, под которое собирается семья, это девиз, это вера. Если кто-то в семье не разделяет семейного мифа, он не может быть членом этой системы; система его изгоняет. Единственный случай, когда это возможно, если у семьи есть миф о бунтаре. Тогда несогласие с основным мифом подтверждает другой миф, и система остается без изменений.

Еще пример семейного мифа — миф о спасителе: «Что бы мы делали без...» В семье обязательно должен быть некий человек, который держит всю семью на вытянутых руках. Понятно, что для того чтобы всем помогать, необходимо, чтобы эти все были слегка инвалидами, а то получится, что никто не нуждается в спасителе. Спаситель может быть в моральной ипостаси, а может быть и в физической,

впрочем, может быть и то, и другое вместе. Моральный спаситель нуждается в грешниках. Его семья должна состоять из людей, которые часто делают что-то плохое: пьют, воруют, гуляют, попадают в скверные истории. Спаситель выручает, и только в этом случае он может чувствовать себя спасителем. Грешники благодарят, обещают исправиться и... снова грешат. Физический спаситель выхаживает, лечит, кормит, приносит продукты и т. п. Поэтому его семья состоит из больных, беспомощных, калек, иначе как бы он смог их спасти? Приведу в качестве примера один случай.

Мужчина среднего возраста обратился по поводу непростых отношений с женой. Они находились в первом браке, который был заключен по большой любви. После трех лет супружеской жизни у них родился ребенок, к несчастью, с тяжелой родовой травмой. Жена бросила работу и всю себя посвятила ребенку. Муж всего себя посвятил заработку. Вместе они создали семью, обожали своего мальчика и в целом жили дружно. Мальчик рос, постоянно наблюдался врачами, в детский сад не ходил, в школу тоже. К моменту обращения ему было двенадцать лет, он не ходил в школу, мама не работала. Одни врачи говорили, что мальчик может ходить в школу, а другие советовали оставить его на домашнем обучении, если это возможно. Словом, мама и сын всегда были вместе, папа много работал. Пока папа спасал только своего сына, ситуация была выносимой. За год до обращения овдовела бабушка, мама нашего героя.

Она осталась совсем одна, и сын старался обеспечить ей спокойную старость. Однажды зимой бабушка чуть не упала по дороге в булочную, после чего было решено, что все продукты ей будет приносить ее сын. Она совсем перестала выходить из дому. Они жили отдельно, и моему клиенту приходилось ездить довольно далеко к своей маме. На лето теперь никуда нельзя было поехать. Связь по телефону осуществлялась два раза в день утром и вечером, совершенно неукоснительно. Примерно после полугода такой жизни мой клиент стал замечать, что у него почему-то мало сил, а жена все время раздражена.

Он был прекрасным мужем и отцом, теперь стал самоотверженным сыном. Его жена также была прекрасной матерью и хранительницей домашнего очага. Ради своих близких они отказывали себе во всем, жили на износ и... сохраняли, а в чем-то даже порождали «инвалидное самосознание» ребенка и бабушки. Чтобы быть самоотверженной матерью, надо, чтобы ребенок был неблагополучным. Если ребенок будет здоровым, придется быть обычной матерью, спасать и жертвовать не придется. Совершенно так же, чтобы быть хорошим сыном, необходимо, чтобы мама была беспомощной. Чем более беспомощен старый человек, тем ближе он по своему статусу и образу жизни к мертвецу: нет активности — нет жизни. Парадоксальная логика спасителя: я настолько хороший сын, что помогаю умереть своей матери.

Еще один часто встречающийся миф — миф о героях. «Мы - семья героев». Как правило, в семейной истории хранятся рассказы о героических поступках предков. Там встречаются старые большевики, партизаны, люди, пережившие голод, подвергавшиеся репрессиям, вырастившие детей в тяжелых условиях, и т. п. Иначе говоря, люди, преодолевшие серьезные препятствия и добившиеся результатов.

Миф о героях задает определенный стандарт чувствования и миропонимания. Где герой, там все с размахом: нет радости - есть счастье, нет любви — есть неземная страсть, нет жизни — есть судьба, нет грусти — есть трагедия. Именно поэтому в семье героев люди могут поссориться на всю жизнь, не разговаривать друг с другом годами, предпринимать попытки самоубийства. В семье героев часто встречаются хронические нелеченные заболевания — герои не ходят по врачам, это так понятно. В их жизни много трудностей и проблем. У героев всегда высокий стандарт достижений, они принципиальные и непримиримые люди.

Итак, мы видим, что все три вышеописанных параметра семейной системы тесно взаимосвязаны. Семейный миф диктует правила, а правила в свою очередь во многом определяют особенности общения членов системы друг с другом.

Семейные границы — четвертый параметр описания семейной системы. У каждого человека, живущего в семье, есть представление о том, кто еще входит в состав его семьи. Это представление и задает границы семьи. У людей, живущих в одной семье, представление о ее границах может быть разным. Например, мужчина женился на женщине с взрослым ребенком; они живут вместе. Мужчина считает, что его семья состоит из двух человек — его самого и его жены. Жена считает, что ее семья состоит из трех человек — ее самой, сына и мужа. Несовпадение представлений о границах семьи может быть источником серьезных разногласий.

Границы семьи могут быть очень проницаемыми или более закрытыми. Проницаемость границ задает стиль жизни в семье. Открытая семья полна народу, гостей, приходящих без предупреждения, иногородней родни. Для гостей не готовится специального угощения, дети жестко отделены от взрослых, например, они, как правило, сами ложатся спать, сами делают уроки и вообще живут своей жизнью. Это понятно: взрослым не до них. При более закрытых границах семьи гости приходят только

по приглашению, существует специальный ритуал приема гостей, например, угощение, праздничная посуда, уборка накануне. В такой семье дети обычно менее самостоятельны, взрослые больше включены в их жизнь. Как видно, существует определенная закономерность: чем более закрыты внешние границы семейной системы, тем более открыты границы внутрисемейных подсистем. Расстановка границ семейных подсистем определяет коалиции, существующие в семье.

Функциональные коалиции — это супружеская подсистема и детская подсистема. Остальные варианты коалиций, как правило, дисфункциональны. Дисфункциональные коалиции, указывающие на наличие проблем в семье, — это, например, подсистема мамы и детей, с одной стороны, и папы — с другой. Или мама с одним ребенком против папы с другим ребенком. Или жена со своими родителями в коалиции против мужа со своими родителями. Примеров множество. Семейные коалиции указывают на структуру и иерархию в семье, а также на семейную проблему. Коалиции — центральное понятие структурного подхода в системной семейной психотерапии (Минухин, Фишман, 1998). Пример:

Мама обратилась по поводу своего десятилетнего сына. Мальчик отказывался ходить в школу и оставаться один дома. Маме пришлось уйти с работы, чтобы с ним сидеть. Более того, через некоторое время мальчик переместился ночевать в супружескую спальню своих родителей. В семье всегда существовала коалиция мама-сын. Папа был на периферии семейной системы, много работал, отправлял жену с сыном отдыхать за границу, но сам с ними не ездил — не хватало денег на троих. Папа ходил за продуктами после работы и готовил дома по выходным дням. Его вес и положение в семье были очень незначительными. Маленький тиран — его сын — справедливо рассудил, что легко займет место своего отца рядом с мамой. Требуемое воздействие в данном случае — это изменение семейных коалиций и отведение ребенку подходящего места. Позиция папы должна быть усилена, коалиция мамы с сыном разрушена. Это необходимо, поскольку перед мальчиком вскоре встанет задача преодоления кризиса идентичности, что очень трудно сделать, не пройдя через сепарацию от своей семьи.

Пятый параметр семейной системы — это стабилизатор, то есть то, что скрепляет систему, что помогает людям держаться вместе. Вообще говоря, все вышеописанное является стабилизаторами, особенно семейный миф. В определенном смысле семья — это группа людей, разделяющая общий миф. Общий миф или общие мифы — условие, необходимое для существования семьи, но недостаточное. В разные периоды жизни семьи существуют разные стабилизаторы. Общие дела: хозяйство, распределение функций, общий бюджет, общие дети, страх одиночества — это обычные стабилизаторы, которые естественно присутствуют в каждой семье. Внешняя макросистема — также неплохой стабилизатор, особенно в тех обществах, где общепризнана ценность брака, где одинокие женщины или одинокие мужчины воспринимаются как неудачники. Там негативен сам факт развода и общественное мнение является стабилизатором семьи.

В практике работы с семьей приходится иметь дело со своеобразными стабилизаторами. Например, нередко отклонения в поведении и развитии ребенка становятся мощнейшим стабилизатором семейной системы. «Мы не можем развестись, потому что у нас трудный и/или больной ребенок». Предложу схему того, как работает стабилизатор, на примере ночного энуреза у ребенка.

В дисфункциональной семье, где супруги с трудом уживаются вместе, появляется ребенок. Известно, что трудный брак — это всегда трудный секс. В нашей культуре непроизвольное ночное мочеиспускание считается возрастной нормой примерно до двух с половиной — трех лет. Случилось так, что в течение первых двух лет жизни ребенка отношения супругов портились; особенно негармоничными становились сексуальные отношения. Итак, сексуальные отношения складывались непросто, но в остальном брак представлял ценность для супругов. Возникла непростая задача — сохранить добрые отношения, но избежать интимной близости. Беспокойство за ребенка: как он там, не мокрый ли, не раскрылся ли — хороший повод, чтобы отлучаться к детской кроватке и ссылаться на свое беспокойство как на причину неготовности к сексу. Ты не плохой любовник или плохая любовница, а просто тревожное родительское сердце отвлекает. А тут как раз ребенку и по возрасту пора начать проситься, а он не просится, и это неслучайно.

Родители (или один из них) начинают высаживать ребенка ночью, а также явно реагировать на мокрую постель. Для ребенка такое поведение родителей является положительной обратной связью, подкреплением мокрой постели, потому что для него значимым сигналом является любое, пусть даже эмоционально негативное внимание к нему. Мокрая постель для ребенка становится путем к сердцу родителей. Идет время, ребенок растет. Теперь ночное недержание мочи квалифицируется как энурез. В семейной системе он занимает достойное место.

Я вспоминаю одну семью, где энурезом страдал одиннадцатилетний мальчик. Семья жила в трехкомнатной квартире. Были детская с книжками, письменным столом и игрушками, гостиная с диваном и телевизором и спальня с двуспальной кроватью и трюмо. В спальне спали мама и сын. Папа спал на диване в гостиной. Мама объясняла, что ей проще высаживать ребенка ночью, если он спит под боком. Интимные отношения супруги не поддерживали больше семи лет. Энурез сына стал использоваться ими как достойный способ без конфликтов и тягостного выяснения отношений избегать половой близости друг с другом и при этом не разрушать семью.

Рассматривая все вышеперечисленные параметры семейной системы, мы невольно подразумевали некую историю становления семьи. Иначе говоря, для успешной работы с семьей необходимо знать не только положение сегодняшнего дня, которое описывается предыдущими параметрами, но и то, каким образом семья дошла до этого положения. Семейное прошлое складывается из прошлого опыта жизни членов семьи, из того, что они пережили в своей родительской семье и в прошлых браках или во внебрачных отношениях. Из прошлого человек привносит в свою семью, во-первых, правила и мифы своей родительской семьи в неизменном виде или в негативном отображении; во-вторых, ожидания и потребности, которые сформировались под влиянием прошлого опыта. Правила и мифы родительской семьи присутствуют в виде привычек и ритуалов, в виде чувства комфорта, которое возникает, когда осуществляется привычный стиль жизни, разумеется, в тех случаях, когда в родительской семье человеку было хорошо и он хочет повторить приятный опыт. Впрочем, не обязательно даже, чтобы было хорошо, так как многое происходит без осознания. Например, режим сна. Привычка ложиться спать рано или поздно зависит от режима жизни в родительской семье. Если партнер имел другой режим, то могут быть проблемы. В любом случае этот вопрос придется решать, находить компромисс или одному партнеру менять свой привычный режим. То же самое относится к привычкам питания или привычным способам выяснять отношения: в одной семье кричат во время разногласий, в другой — перестают разговаривать и т. п. Чем сложнее паттерны поведения, тем труднее договариваться. Например, сексуально привлекательный вид и поведение, знаки любви и внимания, способы выражать вину и сожаление — это сложные и плохо осознаваемые поведенческие последовательности, которые очень трудно поддаются изменениям.

Помимо привычек и моделей человек привносит в брачный союз ожидания и массу нереализованных потребностей. Собственно говоря, удачный брак — это такой брак, в котором могут реализовываться потребности и фантазии. Если существенные потребности не могут реализовываться в браке, то обычно он переживает серьезный кризис или разваливается. Любовь — самое корыстное чувство. Уже на этапе выбора партнера происходит вычисление вероятности удовлетворения психологических потребностей в отношениях с этим человеком. Ловушка заключается лишь в том, что потребности меняются. Существует естественная смена потребностей, если удовлетворены одни потребности, то им на смену выступают другие. Скажем, если человеку важно быть спасателем и благодетелем, если, именно спасая, он чувствует свою значимость и повышает свою самооценку, то он влюбляется в такого человека, в отношениях с которым можно реализовать эти потребности.

Одна моя клиентка всякий раз влюблялась в несчастных, страдающих мужчин, причем страдавших в детстве: одного оставила мать, у другого мать умерла, когда он был маленьким. Она старалась быть им хорошей мамой — забота и жалость «запускали» ее сексуальное поведение. Мужчины также видели в ней маму и в начале отношений с удовольствием пользовались ее жалостью. Однако с течением времени они удовлетворяли свою потребность иметь хорошую маму и уже готовы были видеть в ней либо равную партнершу, либо даже дочку; она же все продолжала видеть в них детей. Рассогласование этих важных психологических потребностей разрушало отношения супругов. Эта ситуация с точностью до мелочей повторялась дважды в жизни моей клиентки. Откуда возникла эта потребность? В данном случае она возникла из-за ее своеобразных отношений с матерью и вообще от внутрисемейного статуса мамы в родительской семье клиентки. Там мать была эмоциональным центром семьи, она всегда была права, она принимала решения, она была благодетельницей как для домашних, так и для посторонних людей. При этом в семье было известно, что дети должны знать свое место, не мешаться, вот вырастут — поймут. Моя клиентка усвоила, что взрослость начинается с материнства, по крайней мере у женщины. Став матерью, женщина в значительной мере обретает смысл своей жизни, а также множество прав и возможностей. Отношения с матерью в дальнейшем складывались непросто. К моменту выхода замуж первый раз она была девушкой с острой потребностью самоутвердиться. Как это

сделать, было известно. Сразу родить не получалось, а вот найти «сынка» в мужья было проще, это и произошло.

Часто собственная семейная жизнь устраивается для того, чтобы решить нерешенные проблемы семьи своего детства. Партнер для этого находится снайперски. Принц из «Золушки» — видимо, часто унижаемый молодой человек, очень стремился доказать своим родителям, что он уже взрослый. Понимая свою невысокую ценность на рынке женихов (из-за своей низкой самооценки), он выбирает себе в невесты простую девушку, никак не рискуя быть отвергнутым, и женится, получая тем самым путевку в настоящую взрослую жизнь. Золушка выходит за него замуж прежде всего для того, чтобы покинуть семью своей мачехи. Угадывание возможности реализовать в этих отношениях заветные потребности и вызывает у молодых людей любовь друг к другу. К сожалению, эти потребности пытаются реализовать просто через акт бракосочетания, что никак не гарантирует долговечности союза.

Нередко в браке человек старается осуществить то, что требуется для его нормального психического развития, но что, однако, не было осуществлено в родительской семье. В каждой семье необходимый этап — сепарация детей от родителей. Каждый ребенок должен пройти процесс сепарации для того, чтобы стать взрослым, самостоятельным, ответственным, для того, чтобы быть способным создать собственную семью. Известно, что прохождение стадии сепарации есть одна из самых сложных задач развития семьи. Нередко, не имея возможности найти другой такой же стабилизатор, как дети, семья не позволяет детям или ребенку отделиться. Однако для нормального психического развития ребенку необходимо пережить процесс сепарации. Если это не удастся с мамой и с папой, то должно осуществиться с мужем или женой. В этих случаях брак заключается для развода.

Все мы получаем в детстве некие предписания и рецепты о том, как жить. Это называется воспитанием. Для того чтобы понять законы жизни семейной системы, необходимо знать предписания, которые люди получили «на дорожку» в своих родительских семьях. Семейную историю удобно и эффективно проследить с помощью техники генограммы (McGoldrick, Gerson, 1985). Эта техника позволяет проследить стереотипы взаимодействия всех ветвей семьи в трех поколениях, вычислить сценарии и подводные камни семейной жизни. Психотерапевт расспрашивает семью о родственниках и строит генеалогическое дерево семьи в трех поколениях. Затем необходимо выяснить особенности взаимоотношений членов семьи друг с другом, семейные предания, истории, которые переходят из поколения в поколение. Психотерапевт расспрашивает о характерах людей, истории их знакомства, истории рождения детей, переездах и других изменениях в судьбах. Из всего этого складывается история семьи, которую затем психотерапевт интерпретирует семье, показывает связь той проблемы, с которой семья обратилась, с прошлым этой семьи. Приведу пример.

Обратилась семья с трехлетним мальчиком. Он страдал страхами, не любил гулять, боялся темноты, не спал один в комнате. Родители были преподавателями, то есть у них был достаточно свободный режим, поэтому они держали мальчика дома, не отдавали в детские учреждения, сидели с ним сами по очереди. Обратились они по поводу страхов сына. В ходе беседы выяснилось, что супружеские отношения у них сейчас также не в лучшем виде. Исчезло доверие и взаимопонимание, они все время были недовольны друг другом, вместо разговоров происходило высказывание претензий и упреков. Разумеется, ребенок бывал неперенным свидетелем этих ссор. До рождения ребенка супруги прожили вместе тринадцать лет и были довольны своим браком.

Обращает на себя внимание то, как много усилий тратит семья, чтобы постоянно находится в родительских ролях. Она, Нина, выросла в неполной семье. Ее бабушка и дедушка развелись перед войной, когда у них было четверо детей: два мальчика и две последние девочки-двойняшки. Старшие дети умерли от болезни до развода. Затем умирает одна девочка из пары, и бабушка остается с единственной дочерью. Отец погибает на фронте. Дочка выросла и влюбилась в женатого мужчину. От этого романа родилась девочка Нина. Брачного союза не получилось, зато дочка осталась. При анализе ее генограммы Нина сказала, что ей теперь кажется, что мама родила ее для бабушки, чтобы смягчить боль утраты детей. Возможно, и мама сама хотела воссоздать себе сестру. Так или иначе девочкой и домом занималась бабушка, она была функциональной мамой своей внучке, а мама работала. В своей семье Нина получила предписание: «Замужем можно не быть, но иметь ребенка необходимо». Кроме того, она выросла в ситуации спутанности и замещения семейных ролей. Она сама замещала дочь бабушке и сестру маме. Она не имела модели супружеской жизни и не умела быть женой, так как не видела, как это делается, в своей семье.

Он, Петя, напротив, вырос в полной, традиционной, патриархальной семье в старинном русском городке. Он — младший ребенок, у него есть еще старшая сестра. Папа зарабатывал деньги, все чинил и таскал тяжести. Мама стирала, убирала и готовила, а кроме того, ворчала на мужа. Семья жила без бабушек

и дедушек, Петя был достаточно избалован. Он имел ясные модели материнского и отцовского поведения, хорошо усвоил, что значит быть мужем и что должна делать жена. Петя вырос и поступил в Москве в университет. Нина к этому моменту уже училась в университете три года, но на другом факультете. Петя скучал по своей семье и чувствовал себя достаточно одиноким в общежитии. Они познакомились случайно, разница в возрасте в четыре года их не смутила, и после непродолжительного романа они поженились. Тринадцать лет супруги прожили в браке, не заводили детей, а занимались своей карьерой. За это время они защитили кандидатские диссертации, получили московскую прописку и выменяли свою комнату в коммунальной квартире на маленькую двухкомнатную квартиру. Они были довольны друг другом. Какие потребности они удовлетворяли в этом браке?

Нина вышла замуж и вместо мужа получила сына. Она выполнила тем самым свое предписание. Она старше и решительнее, она устраивала Петину карьеру и свою заодно, она принимала решения и, по словам Пети, «была духовным лидером в семье». Петя в этом браке самоутверждался. В своей родительской семье он был младшим, с одной стороны, любимым, а с другой — он должен был подчиняться всем, кто был старше, в том числе и своей сестре. Характер у него властный и самолюбивый. По отношению к своим родителям он оставался почтительным сыном, зато был придирчивым и требовательным к жене.

Итак, роли в этой семье распределились не случайно, но удачно. Проблемы начались, когда родился долгожданный ребенок. Нина стала мамой своему биологическому сыну и перестала быть мамой своему мужу Пете. Петя при этом стал папой сыну и готов был стать наконец мужем своей жене, но она не была готова к этому, у нее не было модели поведения жены. Когда они заботились о своем сыне, осуществляли родительские функции, отношения оставались бесконфликтными. Как только супруги оставались наедине, возникало ощущение пустоты и бессмысленности, начинались взаимные претензии и упреки.

Методологические принципы системной семейной психотерапии

Наиболее известные и широко используемые эвристики - это циркулярность, нейтральность и гипотетичность (Palazzoli et al., 1980).

- **Циркулярность.** Этот принцип гласит: все, что происходит в семье, подчиняется не линейной, а циркулярной логике. Проследим процесс перехода от рассмотрения случая в линейной логике к рассмотрению случая в циркулярной логике.

Обращается мама с жалобой на то, что ее девятилетний сын плохо учится в школе. В линейной логике причина детского нарушения видится в ребенке. Ребенок плохо учится, потому что у него наблюдаются нарушения развития высших психических функций, и он просто не справляется со школьными требованиями в силу нарушений памяти, внимания, мышления и т. п. Или ребенок плохо учится, потому что у него школьный невроз. Возможно и то, и другое.

Психологическая диагностика позволяет проверить и ту, и другую линейную гипотезу. Заметьте, что линейная логика направляется вопросом «Почему?» и предполагает ответ «...потому что». В очень многих случаях мы видим, что неуспеваемость не связана или целиком не объясняется вышеназванными возможными причинами. Сделаем первый шаг к круговой причинности. Расспросив обратившихся, выясняем, что мама все время делает уроки с ребенком. Следовательно, у ребенка не выработано навыков самостоятельной работы, которые он мог использовать при работе в классе. Редкая мать этого не понимает, но тем не менее часами делает уроки с ребенком. На этом этапе вопрос «почему» оказывается бессмысленным. Разумнее задать себе вопрос: «Зачем?» Зачем мама делает своего ребенка беспомощным в классе? Зачем ей нужно проводить так много времени за уроками? Затем, что в это время она чувствует себя нужной и необходимой. Зачем маме нужно это чувствовать? Затем, что у мамы и папы не слишком хорошо складываются отношения, мама часто чувствует себя ненужной мужу, у нее возникает эмоциональный вакуум, она восполняет его в общении с сыном. Если у сына будет все в порядке, интенсивность скандалов между мамой и папой увеличится просто в силу того, что у мамы будет больше времени задуматься о проблемах своей семьи. Скандалы — угроза стабильности семьи. Их не хочет никто.

Итак, круг замкнулся. Чем хуже мальчик учится в школе, тем больше времени мама и сын проводят вместе за уроками, тем меньше мама и папа выясняют отношения, тем стабильнее семья. Понятно, что эту круговую зависимость видит в начале терапии только психолог. Постепенно с помощью специально разработанного метода циркулярного интервью эту зависимость начинают видеть все. Как только это произошло, в семье становятся возможными перемены, семья становится доступной для психотерапевтического воздействия. Если психолог остается в линейной логике, то либо он может наладить учебу ребенка в школе на короткое время, либо у ребенка возникнет другое нарушение

поведения, которое будет стабилизатором семейной системы вместо неуспеваемости. В худшем случае успех ребенка приведет к распаду семьи. Эти процессы многократно и подробно были описаны такими авторами, как Джей Хейли и Клу Маданес (Haley, 1980, Madaness, 1984).

По моему опыту многолетнего преподавания системной семейной терапии, самое сложное — научить пользоваться циркулярной логикой, видеть круговую причинность событий, отмечать круговые взаимодействия членов семьи между собой. Как только в голове психотерапевта возникает циркулярная логика, выбор способа воздействия на семейную систему становится простой технической задачей.

- **Нейтральность.** Принцип нейтральности утверждает: эффективная психотерапия требует сохранения психотерапевтом нейтральной позиции. Он равно сочувствует всем членам семьи, не присоединяется внутренне ни к кому и обеспечивает всем членам семьи равные возможности говорить и быть услышанным и понятым.

Этот принцип соблюдать непросто. Наиболее частый вариант его нарушения — попадание женщин-психотерапевтов в позицию суперматери. В дисфункциональной семье страдают все, но страдание детей видится ярко, особенно в нашей центрированной на детях культуре. Кажется, что нерадивые родители несправедливо обижают детей. Психотерапевт занимает позицию защиты маленьких и беззащитных, сообщая тем самым родителям или матери этих детей: «Я была бы лучшей матерью этим детям, чем вы». Это сообщение очень легко прочитывается, и мать, естественно, защищается и сопротивляется. Это сопротивление, спровоцированное поведением терапевта, часто сводит все его усилия на нет. Семья прерывает терапию.

- **Гипотетичность.** Основная цель общения терапевта с семьей — проверка гипотезы о цели и смысле семейной дисфункции. Как уже было отмечено выше, основные вопросы, которые задает себе семейный психотерапевт: зачем в семье что-либо происходит? каким образом наблюдаемая дисфункция используется системой?

Первичная гипотеза терапевта и определяет его стратегию беседы с семьей. В тех случаях, когда у терапевта не сформулирована первичная гипотеза, его беседа с семьей хаотична; нередко инициативу в ведении беседы берет на себя самый мотивированный член семьи. Не следует забывать, что вести беседу со всей семьей одновременно непросто. Беседа в индивидуальной терапии (диалог) не аналогична беседе со всей семьей (полилогу). Также не является моделью работа с группой, поскольку при работе с семьей мы не можем опираться на обычную групповую динамику. Единственная возможность построить эффективное общение со столь разновозрастной формальной группой, которой является семья, — это опора на некую метациель, обеспечиваемую первичной гипотезой.

Практика психологической помощи семье

Дизайн приема. Организация работы семейного психотерапевта

Системная семейная психотерапия осуществляется сразу со всей семьей. На прием приглашаются все члены семьи, проживающие вместе, независимо от возраста: и старики, и грудные дети. Это особенно важно в начале работы, так как дает возможность непосредственно увидеть невербальные аспекты взаимоотношений людей, семейные коалиции, стереотипы общения, семейные правила.

На прием пришла семья: бабушка (по материнской линии), мама, папа и ребенок трех месяцев. Жалобы были на частые конфликты молодых супругов. В кабинете семья расположилась следующим образом: бабушка и мама рядом, бабушка держит на руках младенца, папа сидит на некотором расстоянии от этой группы. Когда ребенок начинал хныкать, папа строгим голосом говорил своей жене: «Посмотри, что с ним». Жена делала некоторое движение в сторону ребенка, бабушка подчеркнуто спокойно и размеренно говорила в пространство: «Ничего страшного, все с нами в порядке». Понятно, что гипотеза о возможных нарушениях функционирования этой семейной системы рождается очень быстро: бабушка — функциональная мать младенца. Его биологическая мама — функциональная сестра, сепарация между мамой и дочкой не произошла, в семье идет борьба за власть и влияние между мужем и бабушкой. Структурно семья поделена так: коалиция *бабушка-мама-ребенок* и иногда коалиция *мама-папа*. Мама находится между двух огней, она поставлена в ситуацию выбора между мужем и своей матерью.

Очень важно дать семье возможность выбрать расположение в пространстве. Поэтому в кабинете семейного психотерапевта всегда должно быть больше стульев и кресел, чем членов семьи. Взаимное расположение — быстрый и надежный способ диагностики семейной структуры (Минухин, Фишман, 1998).

Предварительная договоренность о приходе семьи должна производиться самим психотерапевтом или членом его команды. Содержание предварительной беседы позволяет сформулировать системную гипотезу еще до начала непосредственной работы с семьей.

Вопросы, которые необходимо задать во время телефонного разговора: 1) на что жалуется звонящий (коротко, только основное — супружеская проблема или детско-родительская)? 2) кто является инициатором обращения? 3) каков состав семьи? 4) сколько лет детям и другим членам семьи?

Анализ ответов на эти вопросы позволяет составить предварительную системную гипотезу. При очной встрече с семьей психотерапевт проверяет правильность этой предварительной гипотезы.

Методологические принципы системной семейной психотерапии отрицают простое, непосредственное общение психотерапевта с семьей. Одна из целей психотерапевтического общения — проверка системной гипотезы. Надо сказать, что все методологические принципы этого подхода призваны обеспечивать защиту психотерапевта от воздействия на него семейной системы клиентов. Каждая открытая семейная система стремится поглотить, «засосать в себя» всякий элемент, оказавшийся в ее «орбите». Понятно, что на прием попадают только открытые семейные системы. Следовательно, семейная система клиентов стремится поглотить терапевта. Событийно это проявляется в том, что семья стремится распространить свои правила на общение с терапевтом, сформировать с ним коалицию, получить признание своего мифа и т. п. То есть происходит процесс, который называется семейным переносом. Если терапевт попадает под это влияние, а сознательно не попасть под него начинающему семейному терапевту практически невозможно, поскольку обычно люди не осознают системных влияний, то он начинает свободно проецировать на семью свои проблемы, свой опыт семейной жизни и немедленно теряет эффективность. Методологические принципы системного подхода обеспечивают защиту терапевта от влияния семейной системы.

С семьей может работать один психотерапевт, но может работать и психотерапевтическая команда, то есть человек, который непосредственно беседует с семьей, и два или три супервизора, которые наблюдают за процессом, находясь за зеркалом Гезелла. В классической миланской модели с семьей работает команда, супервизоры могут в любой момент вмешаться в беседу с семьей, дать указания интервьюеру, что ему спросить, у кого, как ему самому расположиться в пространстве в зависимости от особенностей складывающегося контакта с разными членами семьи. Проблемы командной работы — наиболее популярная тема всех последних международных конференций по вопросам семейной психотерапии.

Техники работы с семьей

Циркулярное интервью. Это основная и широко используемая техника (см. Tomm, 1981; Hennig, 1990).

Психотерапевт задает по очереди членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того чтобы эта техника «работала» не только на терапевта, то есть была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психологического, психотерапевтического воздействия, нужно владеть ею виртуозно. Обычно обучение этому требует не менее ста часов практики под наблюдением супервизора.

Обратилась мама с жалобой на то, что ее одиннадцатилетний сын после школы не идет домой, а где-то проводит время, в основном на Арбате, иногда даже не приходит ночевать. Семья состоит из трех человек — мамы, папы и сына.

Я опускаю начало беседы и привожу пример собственно круговых вопросов.

Психолог (вопрос сыну): Кто обычно тебя встречает дома, когда ты все-таки возвращаешься?

Сын: Обычно мама.

Психолог: Как мама тебя встречает, что она делает?

Сын: Она сердится, кричит на меня, иногда плачет.

Психолог (вопрос маме): Ваш сын вернулся поздно, вы сердитесь и плачете. Что в это время делает ваш муж?

Мама: Он меня успокаивает и ругает сына.

Психолог (вопрос папе): Что делает сын, когда вы его ругаете?

Папа: Он хлопает дверью своей комнаты, уходит, обижается.

Психолог (вопрос сыну): Когда ты сидишь в своей комнате, что делают твои родители?

Сын: Сидят на кухне, разговаривают, чай пьют. Папа утешает маму.

Психолог (сыну): Раньше, пока ты еще не начал пропадать из дому, в каких случаях твои родители сидели на кухне вдвоем, пили чай, разговаривали?

Сын: Да чего-то я не знаю... Папа мало дома бывает. Не помню.

Последний вопрос задается и маме и папе. Из ответов становится ясно, что такие беседы на кухне бывали крайне редко.

Супруги часто ссорились.

Этот простой пример показывает, как с помощью круговых вопросов становится понятной функция нарушения детского поведения. Уходы сына спланируют родителей и стабилизируют систему. Дети часто приносят себя в жертву стабильности семьи. Обратите внимание, что вышеприведенные круговые вопросы не выходили за рамки поведенческих реакций. Психолог не спрашивал ни про мысли, ни про чувства. Если в круговые вопросы вовлекается еще и этот пласт психической реальности, они становятся еще более сложными.

Обратились молодые супруги с жалобами на частые ссоры. Ссоры возникали по разным поводам, но наиболее часто из-за того, что жена надолго задерживается на работе, поздно приходит домой.

Психолог (мужу): Как вы себе объясняете, почему ваша жена задерживается на работе?

Муж: Она просто не хочет идти домой, не хочет меня видеть.

Психолог (мужу): Когда эта мысль приходит вам в голову, что вы чувствуете?

Муж: Ну, неприятно...

Психолог: Вам одиноко, обидно, вы сердитесь?

Муж: Вот, вот.

Психолог: Когда вы рассержены и обижены, как вы обычно себя ведете?

Муж: Я ничего не делаю, не скандалю, я просто молчу и все.

Жена: Вот, вот, неделями.

Психолог (жене): Когда ваш муж не разговаривает с вами, как вы себе это объясняете?

Жена: Что он не хочет со мной общаться.

Психолог: Что вы чувствуете тогда?

Жена: Обиду. Незаслуженно, несправедливо. Потом еще мне не нравится оправдываться, я ничего плохого не делаю. Да, обиду и какую-то безнадежность.

Психолог: Когда вы все это чувствуете, что вы делаете?

Жена: На работе сижу. Чего дома-то делать?

Как видно, круг замкнулся. Каждый из супругов своим поведением положительно подкрепляет то поведение своего партнера, которое ему не нравится. Вопросы о мыслях и чувствах помогают понять супругам механизм образования этого «снежного кома».

Начинающему системному семейному психотерапевту полезно будет выучить наизусть список тем, которые необходимо затронуть в беседе с семьей с помощью круговых вопросов:

- С какими ожиданиями пришла семья? Задаются вопросы о том, кто их направил на консультацию, к кому они обращались прежде.
- Как семья видит свою актуальную проблему? (Например, ребенок не справляется со школьными требованиями.)
- Какая ситуация в семье в настоящее время?
- Как раньше семья справлялась с трудностями и проблемами? Какие были способы решений?
- Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы? Необходимо прояснить круги взаимодействия на уровне поведения, на уровне мыслей и чувств.
- Какая в семье существует система понимания проблемы и причин ее возникновения?
- Какие существуют ключевые, триггерные ситуации? (Например, обязательно будет скандал всех со всеми, если ребенок получает двойку.)
- Как может развиваться ситуация наихудшим образом? Как можно усугубить проблему?
- Какие есть положительные стороны проблемы? (См. пример с мальчиком, который уходил из дома.)
- Вопросы о психологических ресурсах каждого.
- Вопросы о том, как каждый представляет себе будущее с проблемой и без нее.
- Какая была бы жизнь семьи без проблемы, без симптома?

Разумеется, весь этот круг тем невозможно затронуть за один сеанс. Обычно его можно пройти за две-три встречи. После этого системная гипотеза становится достоверной. Конкретная формулировка вопросов в круговой форме определяется индивидуальным мастерством и творческим потенциалом психотерапевта, его способностью строить контакт с семьей.

Техника позитивной коннотации (положительное переформулирование). Это техника подачи обратной связи семье после того, как психотерапевт утвердился в своей круговой гипотезе на текущий момент работы с семейной проблемой.

Психотерапевт (или команда) рассказывает семье о том, как он воспринял и понял содержание семейной дисфункции. Рассказ строится по определенным правилам (Palazzoli et al., 1978; Madanes, 1984; Хейли, 1998).

1. Рекомендуется снять тревогу семьи по поводу происходящего. Для этого подходит прием нормализации: содержание семейной дисфункции рассматривается в более широком социокультурном, возрастном, статистическом аспекте. В случае дисфункции, связанной с определенной стадией жизненного цикла семьи, полезно сообщить клиентам о закономерности происходящего и повсеместной распространенности. Это сообщение снимает с членов семьи чувство вины и «прелесть» уникальности. Если дисфункция связана с миграциями, хорошо сослаться на явления культурного шока. Нормализация в системном подходе выполняет ту же функцию, что и сообщение диагноза в медицине, она дает людям определенность и надежду, связанную с тем, что профессионалы уже имели дело с подобными проблемами и знают, как к ним подступиться.

2. Фокусировка на положительной стороне дисфункции. Любая дисфункция, существующая в семье, имеет положительную сторону. Выше описывались механизмы стабилизации семейной системы с помощью нарушения детского поведения. В этом смысле любая семейная дисфункция «работает» как стабилизатор. Положительно переформулировать можно не только текущий симптом, но и любые прошлые события. Подросток воспитывается в семье своей тети, потому что его мама-наркоманка отдала его в раннем возрасте своей сестре. Он обижен на мать, считает, что она отказалась от него. Положительное переформулирование этого эпизода: «Твоя мама понимала, что она сама не сможет тебя хорошо воспитать, сохранить тебе здоровье, обеспечить тебя жильем, потому что она страдает наркоманией. Она сама отдала тебя в хорошие руки, не отрывала тебя от семьи. Она сделала для тебя самое лучшее, что могла. Она любила тебя и любит сейчас».

3. Включение в текст обратной связи противоречия, парадокса. Это необходимо для того, чтобы парадокс психотерапевта мог нейтрализовать парадокс реальной семейной ситуации. Ранее приводились типичные парадоксы, которые легко вскрывает циркулярная логика: мама хочет, чтобы ребенок хорошо учился, и делает все, чтобы лишить его навыков самостоятельной работы. Супруги хотят улучшить свой брак и делают все, чтобы не попадать в супружеские роли, оставаться лишь родителями, не сближаться. Контрпарадокс в последнем случае был бы таким: «Вы так цените свой брак и отношения друг с другом, что стараетесь не общаться, чтобы ненароком не испортить то, что есть».

Обратимся к случаю, где ребенок плохо учится, мама все свободное время тратит на приготовление уроков с ним, папа редко бывает дома. Схема обратной связи такая: «Все вы ведете себя нормально для ваших ненормальных обстоятельств. Мама и папа часто ссорятся. Чтобы не ссориться лишний раз, они стараются не общаться, папа практически лишил себя возможности иметь свой дом. Преданный сын не позволяет себе хорошо учиться, при том что у него есть все данные для нормальной учебы, чтобы мама была постоянно занята его проблемами и не имела свободного времени задуматься о своих отношениях с папой. Мама не имеет никакого личного времени, все силы тратит на сына, почти уже превратилась в домашнюю учительницу, забыла, как быть просто мамой и женой, чтобы сохранять мир в доме. Ваша любовь и забота друг о друге производят огромное впечатление».

Любой симптом в семейной системе можно положительно переформулировать, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи.

Предписание. Последняя описываемая здесь техника — это предписание определенного поведения членам семьи. Психотерапевт просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном это конкретные действия. Предписания могут быть прямыми и парадоксальными (Mаданес, 1981, 1984; Palazzoliet al., 1978).

Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания — дать возможность семье подумать и обсудить с психотерапевтом на приеме, почему данное предписание невыполнимо для этой семьи.

Семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуется жить неделю так: никто не имеет своего спального места; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители — где найдут себе место. Это предписание доводит до абсурда хаотические, неструктурированные привычки этой семьи и вызывает протест у членов семьи. На следующей встрече обсуждаются чувства людей и предлагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения ответственности и т. п.

Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, они на первый взгляд просты для исполнения. Например, семье, в которой не произошло распределения ролей и функций, в которой основная тема — борьба за власть и контроль, эффективно предложить предписание действий по времени: в понедельник, среду и пятницу все решает муж, жена и дети подчиняются, во вторник, четверг и субботу все решает жена, в воскресенье предлагается спорить и ругаться как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

Схема проведения первичного приема

1. Беседа по телефону и построение первичной круговой гипотезы.

2. Очное проведение циркулярного интервью. Проверка первичной гипотезы. Выдвижение следующей гипотезы, если первичная гипотеза не подтвердилась.

3а. Если с семьей работает терапевтическая команда, обсуждаются результаты интервью с командой и разрабатываются стратегии и тактики воздействия. Если терапевт работает один, то он сразу переходит к следующему этапу. Стратегию и тактику воздействия психотерапевт разрабатывает сам и сразу.

3б. Психотерапевт дает семье обратную связь относительно того, как он понял семейную проблему. (Техника позитивной коннотации.)

4. Предложение курса семейной психотерапии. Обсуждение с семьей частоты и длительности их будущих визитов. Обсуждение оплаты терапии. Фактически это и есть заключение психотерапевтического контракта, в результате которого и клиенты, и психотерапевт (психотерапевтическая команда) имеют ясное представление о цели психотерапии, о том, как распределяется ответственность, каким может быть результат терапии.

Пример психотерапевтического контракта:

Обратился папа с жалобой на то, что его двенадцатилетняя дочь ведет себя, как мальчик, и хочет быть мальчиком, просит называть ее мужским именем дома и в школе. Запрос: «Помогите сделать так, чтобы девочка оставалась девочкой». В ходе первичного приема стало ясно, что стремление девочки стать мальчиком — лишь одно из многих нарушений ее поведения. У девочки были нарушены навыки опрятности, она плохо находила контакт с родителями, учителями, детьми. В раннем детстве не отмечалось обхватывания, ее всегда было неудобно держать на руках — она не прижималась, казалась отстраненной. Вся семья имела признаки нарушенного внутрисемейного общения: практически не было никакого семейного времяпрепровождения, каждый существовал сам по себе, не вместе, а рядом. Семейные коммуникации пронизаны двойными ловушками. Это была классическая так называемая «шизофреногенная семья», описанная многими авторами (см. Palazzoli et al., 1980) Во время заключения психотерапевтического контракта психолог обратила внимание семьи на вышеперечисленные обстоятельства: «Я не берусь сделать так, чтобы Катя перестала хотеть быть Колей. Мне кажется, что это один маленький фрагмент общей картины особенностей вашего семейного общения. Я могла бы вместе с вами поработать над стилем вашего семейного взаимодействия. Если бы все теплые чувства, которые есть у вас друг к другу, все напряжения и обиды легко и безопасно выражались, вам всем было бы легче понимать друг друга. Когда улучшится ваш контакт, Катя, возможно, увидит преимущества женской роли. Ей легче будет находить общий язык в школе. На этом фоне эффективнее будет работа с конкретными Катиними сложностями, если они останутся. Я полагаю, что для решения этой задачи нам потребуется для начала не меньше четырех месяцев работы».

Таким образом, запрос «Помогите нашему ребенку» был переформулирован как помощь всей семье. Когда родители и Катя согласились пойти по предложенному пути, с ними обсудили частоту визитов, время и день прихода, размер оплаты.

5. Предписание. Это последний этап первичного приема, когда семье предлагается прямое или парадоксальное предписание поведенческого ритуала, который они должны выполнять до следующего психотерапевтического сеанса. Нередко предписание дается семье в письменном виде для исключения эффекта «испорченного телефона».

На последующих встречах с помощью вышеописанных техник работы с семьей обсуждаются события, прошедшие между встречами, особенности выполнения предписаний, прошлые обстоятельства, детские воспоминания взрослых членов семьи, правила, мифы, семейная история, стереотипы общения и многое другое.

Когда и как заканчивать работу с семьей

Это один из самых сложных вопросов любого психотерапевтического подхода, не только системной семейной психотерапии. В общем виде ответ такой: семейная система должна стать функциональной. Это означает, что семья становится способной решать жизненные проблемы. Например, семья, состоящая из трех поколений одиноких женщин-алкоголиков, стала функциональной, когда женщины бросили пить, стали регулярно посещать занятия группы анонимных алкоголиков, младшая - студентка — восстановилась в вузе, старшие женщины стали работать. Исчезновение симптома, возникновение внутреннего ощущения удовлетворения, радости жизни не являются необходимыми признаками терапевтического эффекта в этом подходе. Необходимый и достаточный признак — внешние поведенческие изменения.

Семья, жаловавшаяся на депрессию отца, стала функциональной после того, как отец, несмотря на свое состояние, вернулся к работе, жена, которая последнее время занималась только мужем, стала уделять время и дочери. Жалобы на депрессию при этом остались, но депрессия перестала использоваться системой. Депрессия стала личным делом отца, а не знаком общей беды, динамика его состояния перестала напрямую определяться семейными обстоятельствами, поведением жены и дочери. На этом фоне медикаментозное лечение дало быстрый эффект, и в течение двух лет депрессия не возвращалась, хотя раньше, несмотря на массивное лечение, семья узнавала о том, что наступила осень или весна, по состоянию отца.

Библиография

- Минухин С., Фишман Ч. (1998) Техники семейной терапии. — М.: Независимая фирма «Класс».
- Пэпп П. (1998) Семейная терапия и ее парадоксы. — М.: Независимая фирма «Класс».
- Хейли Дж. (1998) Терапия испытанием. — М.: Независимая фирма «Класс».
- Черников А. В. (1997) Интегративная модель системной семейной психотерапевтической диагностики. Тематическое приложение к журналу «Семейная психология и семейная терапия». — М.
- Шерман Р. Фредман Н. (1997) Структурированные техники семейной и супружеской терапии. — М.: Независимая фирма «Класс».
- Bateson G. et al. (1969) Toward the communicative theory of Schizophrenia // *Buss A. H., Buss E. H. (Eds.) Theories of Schizophrenia.* — N. Y.
- Carter E., McGoldrick M. (1980) *The Family Life Cycle.* — N. Y.: Gardner Press.
- Erickson G. D., Hogan, T. P. (Eds.) (1972) *Family Therapy. An introduction to Theory and Technique.* — California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Haley J. (1980) *Leaving Home.* — N. Y.: McGraw Hill.
- Hennig K. (1990) *Das Systemische Interview mit Einzelnen und Familien als Diagnostisches Instrument.* — Oberschulam, Tübingen.
- Horne A., Ohlsen M. M. (Eds.) (1982) *Family counselling and therapy. Handbook.* — Illinois: F. C. Peacock Publishers.
- Madanes C. (1981) *Strategic Family Therapy.* — San Francisco: Jossey-Bass.
- Madanes C. (1984) *Behind the one way mirror.* — San Francisco: Jossey-Bass.
- Mogoldrick M., Gerson, R. (1985) *Genograms in Family Assessment.* — N. Y: W. W. Norton & Company.
- Palazzoli S. et al. (1980) *Hypothesising — Circularity — Neutrality: three guidelines for the conductor of the session // Family Process.* 19 (1), 3-12.
- Palazzoli S. M., Boscolo L., Cecchin G., Pratta G. (1978) *Paradox and counterparadox.* — N. Y: Jason Aranson.

Spiegel J. P., Bell N. W. (1959) The family of the psychiatric patient // *Aperti S.* (Ed.) American Handbook of Psychiatry. — N. Y: Basic Books.

Tomm K. (1981) Circularity: A Preferred Orientations for Family Assessment // *Gurman A.* (Ed.). Questions and Answers in the practice of Family Therapy. — N. Y.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия и психоанализ традиционно считаются двумя основными направлениями современной психотерапии. Так, в Германии лишь эти два направления признаны при университетах и, чтобы получить государственный сертификат специалиста-психотерапевта с правом оплаты через страховые кассы, нужно обязательно иметь базовую подготовку по одному из них. Гештальт-терапия, психодрама, системная семейная психотерапия, несмотря на свою популярность, пока признаются лишь как виды дополнительной специализации.

Когнитивно-бихевиоральная, или когнитивная-поведенческая, психотерапия значительно моложе психоанализа. Хотя бихевиоризм как теоретическое направление психологии возник и развивался примерно в то же время, что и психоанализ, то есть с конца прошлого века, попытки систематически применить принципы теории научения для психотерапевтических целей относятся к концу 50-х — началу 60-х годов. В это время в Англии в знаменитом госпитале Модели Г. Айзенк впервые применил принципы теории научения для лечения психических расстройств. В клиниках США повсеместно начинает применяться методика положительного подкрепления желаемых реакций у больных с сильно нарушенным поведением, так называемая техника «экономии жетонов». Все положительно оцениваемые действия больных (например, сам умылся, постелил постель и т. д.) получают подкрепление в виде выдачи специального жетона. Затем этот жетон больной может обменять на сладости или получить выходной для посещения семьи и т. д. В Южной Африке Д. Вольпе совместно со своими сотрудниками А. Лазарусом и Рахманом применяет павловский принцип формирования условного рефлекса для лечения патологических страхов и разрабатывает метод систематической десенситизации — разрушения условно рефлекторной реакции страха путем постепенного приучения к пугающему стимулу с использованием техник воображения и релаксации (Wolpe, Lazarus, 1966).

Однако в это время бихевиоризм как объяснительная модель человеческого поведения подвергается резкой критике за свой механицизм и игнорирование внутренней жизни человека. Стимульно-реактивная схема, описывавшая человеческое поведение как сумму реакций на различные стимулы и являвшаяся основной теоретической парадигмой в работе большинства американских психологов начиная с 20-х годов, явно исчерпала себя как средство изучения психики. В это время происходит когнитивная революция в психологии, доказавшая роль так называемых внутренних переменных, или внутренних когнитивных процессов, в человеческом поведении, появляются информационные модели человеческой психики, которые описывают человека как активно перерабатывающего поступающую извне информацию и создающего различные модели реальности, а не просто пассивно реагирующего на стимулы извне. Бихевиоризм был значительно видоизменен, а возникшая на его основе психотерапия была уже не бихевиоральной, а бихевиорально-когнитивной. Сегодня можно говорить лишь об отдельных техниках, базирующихся преимущественно на стимульно-реактивной схеме, которые активно применяются и по сей день; это прежде всего уже упомянутые техники модификации реакций страха, основанные на принципе десенситизации, и некоторые другие.

В настоящее время можно говорить о существовании различных когнитивно-бихевиоральных подходов, которые различные авторы объединяют в группы по различным основаниям. Нам представляется возможным выделить три блока когнитивно-бихевиоральных подходов:

1. Методы, более близкие классическому бихевиоризму и основанные преимущественно на теории научения, то есть на принципах прямого и скрытого обусловливания. Эти подходы используют техники систематической десенситизации, конфронтации с пугающим стимулом, парадоксальную интенцию, техники положительного и отрицательного подкрепления, техники моделирования поведения, то есть научения на основе наблюдения за поведением модели. Из отечественных подходов к этой группе методов можно отнести эмоционально-стрессовую психотерапию Рожнова;

2. Методы, основанные преимущественно на теории информации, использующие принципы поэтапного построения внутренних моделей для переработки информации и регуляции поведения на их основе. Эти техники, хотя и уделяют большее внимание внутренним когнитивным схемам действия, так же, как первая группа техник, упрощенно рассматривают закономерности поведения человека, сводя их

к модели компьютера. Сюда относятся различные техники решения проблем (problem-solving therapies) (Zurilla, 1988) и техники формирования совладающих навыков (coping skills therapies) (Rehm, Rokke, 1988);

3. Методы, основанные на интеграции принципов теории научения и теории информации, а также принципов реконструкции так называемых дисфункциональных когнитивных процессов и некоторых принципов динамической психотерапии. Это, прежде всего, рационально-эмотивная психотерапия Альберта Эллиса и когнитивная психотерапия Арона Бека. Сюда же можно отнести подходы В. Гвидано (Guidano, 1988) и Г. Лиотти (Liotti, 1988), а также М. Махони (Machoney, 1993). Эти интегративные когнитивно-бихевиоральные подходы, свободно используя техники первых двух блоков, ставят в качестве главной задачи изменение дисфункциональных способов мышления, которые, по мнению авторов, являются источником неадекватного болезненного поведения. При этом разными авторами большее или меньшее внимание уделяется прошлому опыту, в котором сформировались представления, верования и установки, обуславливающие поток дисфункциональных (например, тревожных или депрессивных) мыслей. Именно последнее заставляет методологов когнитивно-бихевиорального подхода говорить о недостаточной теоретической чистоте этих моделей и обвинять его представителей в скатывании в сторону динамической психотерапии (Dobson, 1988). Более нейтральные методологи говорят о пограничном статусе этой группы, называя эти подходы «мостом между бихевиоризмом и психоанализом» (Durssen, 1985).

Характеристика трех основных блоков когнитивно-бихевиоральных подходов

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия часто рассматривается просто как набор эффективных техник, в отрыве от теоретического фундамента. Как отмечает один из авторов новейшего руководства по психотерапии Г. Райникер (Reinicker, 1998), многие желающие обучиться когнитивно-бихевиоральному подходу подчеркивают именно технологичность как его важное преимущество. Однако чрезмерное увлечение технологиями грозит недостаточным вниманием к психологическим моделям различных заболеваний и состояний, их целостному концептуальному пониманию. Чрезмерное увлечение технологиями приводит к простому выхватыванию различных симптомов и проблем, которым соответствуют те или иные техники, из целостной картины нарушений, что неизбежно снижает эффективность работы и даже может вести к обратному негативному эффекту. Поэтому знание нормы и патологии, различных синдромов и психологических механизмов, им соответствующих, является необходимой базой для каждого психотерапевта.

После этого важного, на наш взгляд, предостережения коротко представим наиболее известные техники из первого блока когнитивно-бихевиоральных подходов, а именно основанных на теории научения. В теории научения выделялись разные его виды по мере развития взглядов бихевиористов. Модель классического научения, восходящая корнями к отцам бихевиоризма И. П. Павлову и Дж. Уотсону, основана на принципе условного рефлекса: определенная реакция на определенный стимул закрепляется в результате сочетанного с ним положительного или отрицательного подкрепления (Шульц, Шульц, 1998). Дж. Уотсон показал, как в результате такого научения у ребенка формируется реакция страха на нейтральный объект (белую крысу), который показывался ему одновременно с неожиданным предъявлением резкого пугающего звука. Таким образом, предъявление крысы сопровождается реакцией страха, и у ребенка формируется реакция избегания самой крысы, которая вначале воспринималась нейтрально или даже положительно. Известная последовательница Уотсона Мери Джонс показала, что детей можно избавлять от страхов, постепенно приучая их к объектам, вызывающим страх, предъявляя эти объекты на безопасном расстоянии, постепенно его уменьшая и сопровождая предъявление объектов другими стимулами, вызывающими положительные эмоции. Через много лет эти опыты в строго контролируемых условиях повторили на крысах и на людях Вольпе с сотрудниками, тем самым положив начало техникам конфронтации в борьбе с тревогой. Тот же принцип используется в игровой терапии детей с фобическими реакциями, когда пугающие ситуации разыгрываются в психотерапевтическом кабинете с положительным эмоциональным фоном, а ребенок проигрывает другие формы поведения в этих изначально страшных ситуациях. Метод рефрейминга, прием «якоря» в НЛП также имеют в своей основе тот же принцип классического научения.

Пожалуй, техники конфронтации относятся к самым известным и широко применяемым из первого блока. Главный их принцип — изменение дисфункциональных реакций на определенный стимул путем целенаправленной конфронтации с этим стимулом. Как мы уже упоминали, наиболее известной из этих

техник является техника систематической десенситизации. Согласно Вольпе, торможение реакций страха имеет три этапа:

- 1) составление списка пугающих ситуаций или стимулов с указанием их значимости или иерархии;
- 2) обучение какому-либо методу мышечной релаксации с целью формирования навыка создавать физическое состояние, противоположное состоянию при эмоции страха, то есть навыка тормозить реакцию страха;
- 3) поэтапное предъявление пугающего стимула или ситуации в сочетании с применением метода мышечной релаксации.

Примером может быть работа с транспортной фобией. Больного обучают, например, методу аутогенной тренировки. Затем больного учат представлять себя находящимся в метро, сохраняя ровное дыхание и расслабленные мышцы. Затем инструктор может спуститься с ним в метро, помогая контролировать дыхание и состояние мышц. Затем инструктор может проехать с больным вместе одну остановку. На следующий день больному предлагается одному спуститься в метро, контролируя дыхание и состояние мышц, на следующий — проехать одну остановку, и так далее до исчезновения реакции страха.

Долгое время систематическая десенситизация была царицей техник в борьбе с тревогой. Однако в настоящее время идеи Вольпе о трех этапах торможения реакций страха используются достаточно изолированно, а техники работы с тревогой несколько видоизменились. Например, большое распространение получила техника конфронтации с подавлением тревожной реакции (*exposure/response prevention*). Конфронтация означает помещение клиента в пугающую ситуацию. Обычно при этом у клиента возникает выраженная реакция страха, сопровождающаяся поведением избегания. Согласно теории научения, поведение избегания закрепилось в силу негативного подкрепления, так как приводило к уменьшению реакции страха. Главная цель этого метода — предотвратить реакцию избегания. Запрет на избегание может быть, например, в форме контракта с клиентом на проведение эксперимента, цель которого — убедиться в необоснованности собственных опасений. Например, можно предложить клиенту с социальными страхами и ожиданием враждебных реакций со стороны окружающих спрашивать на улице у идущих навстречу прохожих, который час. По мере проведения такого эксперимента и получения в основной массе доброжелательных или спокойно-равнодушных ответов клиент убеждается в необоснованности своих опасений (реакция страха не находит подкрепления) и его напряжение на улице спадает, то есть в результате конфронтации с пугающей ситуацией поведение меняется: меняются ожидания и происходит научение.

Популярная в США техника «наводнения» (*flooding*) представляет собой просто наиболее жесткий вариант техники конфронтации, так сказать массивную конфронтацию. Клиенту предлагается немедленная конфронтация с максимально неприятным стимулом, и, соответственно, он должен пережить максимально выраженную реакцию страха, гнева и т. д. Применение этой техники требует от клиента очень большой мотивированности и довольно высокой стрессоустойчивости. Нахождение в ситуации вопреки страху и непосредственное реальное переживание необоснованности своих опасений обычно приводит к заметному прорыву и резкому преодолению старых реакций. Важное преимущество этой техники - высокий превентивный эффект. Практически поведение избегания прекращается и в других ситуациях, так как не подкрепляется как жизненная стратегия, а подкрепление получает, наоборот, конфронтация. Обычно техника массивной конфронтации применяется *in vivo*, то есть путем помещения пациента в реальную проблемную ситуацию. Однако в ряде случаев возможна и работа с воображаемыми ситуациями. Главное — сохранять погружение в ситуацию до постепенного уменьшения реакции страха или гнева. Как правило, для научения необходимо неоднократное повторение массивной конфронтации.

В противоположность классическому научению, основанному на принципах формирования или угашения условного рефлекса, в техниках, базирующихся на оперантном научении, используются в основном приемы положительного или отрицательного подкрепления, следующего за желаемой и, соответственно, нежелательной реакцией. При этом оба вида техник обычно дополняют друг друга и используются в комплексе. При оперантном научении нужное поведение систематически подкрепляется, а нежелательное — отторгается. Формирование нужного поведения может происходить на основе приема шейпинга (*shaping*), пошагового подкрепления первых же элементов желательного поведения, как это бывает при подкреплении произнесения отдельных звуков ребенком, который учится говорить. Другой пример, где адекватно применение шейпингового подкрепления, — своевременный приход или же следование временным рамкам во время сеанса пациента, у которого

серьезные проблемы с сеттингом и границами. Прием чейнинга (chaining) означает подкрепление всей цепочки действий, направленных на определенную цель. Этот прием хорош, когда стоит задача формирования самостоятельности — отказ от помощи при попытках найти правильное решение, но щедрое подкрепление после его достижения.

Наконец, существуют оперантные стратегии стабилизации или закрепления желательного поведения. Согласно этой стратегии, все сформированные в условиях кабинета или стационара навыки должны быть перенесены в жизнь. Тут может быть использована система домашних заданий с последующим обсуждением трудностей и подкреплением успешного применения навыков вне клиники. Например, больной с социальной фобией, в основе которой нередко лежит культ силы и успеха, впервые решается на признание в своих проблемах и слабостях психотерапевту. Однако его общение с людьми по-прежнему сковано стремлением казаться сверхблагополучным. Поэтому следующим шагом психотерапевт должен помочь пациенту более открыто и спокойно признаваться в своих проблемах. То есть стратегия стабилизации более открытого и доверительного общения с людьми должна быть сознательной целью психотерапевта, если он хочет, чтобы результаты психотерапии были устойчивы. Подкреплением может быть выражение терапевтом радости, похвала, изменение режима наблюдения, переход на следующую стадию работы. Но главным подкреплением являются позитивные изменения в жизни и в отношениях с людьми, следующие за изменением поведения. Обычно снижение частоты сеансов происходит по мере закрепления способности самостоятельно справляться с проблемами.

Наконец, А. Бандура в 60-е годы выделил еще один вид научения — социальное научение или научение на основе наблюдения или моделирование поведения (Bandura, 1969). Бандура уже фактически работает в бихевиорально-когнитивной парадигме и подчеркивает роль установок и мотивации в научении.

Хорошим примером психотерапевтической работы, где используются практически все вышеперечисленные принципы научения и соответствующие им техники, является тренинг социальных навыков, возникший на базе концепции социального научения Бандуры. Поощряя клиента действовать в трудной для него ситуации, моделируемой в тренинге, вы снимаете тревогу и страх перед этой ситуацией на основе конфронтации и десенситизации. Система подкрепления удачного поведения в виде положительной обратной связи сочетается с научением на основе моделирования поведения другими и разбора собственных и чужих ошибок, чему особенно способствует видеотренинг. Многие специалисты по тренингу социальных навыков плохо осознают, что используют определенные принципы теории научения (как герой Мольера не знал, что он говорит прозой). Однако знание принципов создает предпосылки для более свободного и осмысленного применения техник, а также для более творческой работы с каждой отдельной ситуацией.

Второй большой блок выделенных нами когнитивно-бихевиоральных подходов основан на информационных моделях психики и пытается представить любое болезненное поведение или состояние как проблему. Выделение проблемы совместно с пациентом, ее конкретизация являются первым необходимым шагом к изменениям. Например, проблема переедания переформулируется как проблема совладания с тяжелым эмоциональным состоянием, которое сопровождается перееданием. При этом обсуждаются вопросы: в чем проблема, насколько она тяжела, какие имеются ресурсы для ее решения, каковы потенциальные пути ее решения? и т. д. Затем клиент сосредоточивается на продуцировании различных вариантов ее решения с последующей оценкой и выбором. В случае нарушенного пищевого поведения это может быть детальный анализ обстоятельств, которые способствуют перееданию, обстоятельств, в которых пациенту удастся воздерживаться от переедания, ресурсов, которые можно привлечь для решения этой проблемы (увеличение источников удовольствия, активные занятия и т. д.). Для развития навыков совладания терапевт останавливается на способах, с помощью которых клиент может более эффективно справляться с проблемами. Например, в тренинге совладания со стрессом (Meichenbaum, 1977) акцент делается на необходимости обучения клиента поэтапному подходу к проблеме, анализу сопряженных с ней проблем, обучению самоинструкциям совладания. Тренинг решения проблем (problem solving) и тренинг навыков совладания (coping skills) обычно используются вместе. Главная задача — обучить человека адекватным способам переработки информации и принятия решения. Здесь отчетливо виден прямой перенос информационных моделей из когнитивной психологии на работу с психологическими проблемами и психическими расстройствами. Техники могут быть полезными там, где имеется явный дефицит навыков решения проблем и принятия решений. Этот дефицит типичен для многих психических нарушений; поэтому эти техники могут быть успешно интегрированы в работу с больными и здоровыми людьми.

Из третьего блока интегративных подходов наиболее известны рационально-эмотивная терапия (РЭТ) Эллиса и когнитивная психотерапия Бека. Кратко охарактеризуем подход Эллиса. Согласно этому подходу, в основе чрезмерно сильных (а значит, по Эллису, деструктивных) чувств лежат иррациональные представления (irrational beliefs). Эллис рассматривает тенденцию мыслить иррационально как врожденную особенность человека. С другой стороны, в качестве второй биологической особенности человека он выделяет его способность осмысливать собственное мышление (то есть рефлексия, хотя сам Эллис и не использует этого термина) и на этой основе изменять собственные иррациональные представления на более конструктивные и реалистические. На этой второй особенности и строится рационально-эмотивная психотерапия.

Приведем знаменитую эллисовскую формулу поведения «АВС», где А — активирующее событие, или, со строго феноменологических позиций, его перцепция; В — личные верования или способы оценки воспринимаемых событий, С — эмоциональные и поведенческие паттерны, определяемые В. Таким образом, верования в этой формуле центральны и по месту, и по функциональной нагрузке. Эллис отмечает интерактивную природу верований и ведущую роль социального окружения в их формировании. Универсальной причиной иррационального мышления является, согласно Эллису, «тирания долженствования», когда человек ригидно принуждает себя и других к обязательному следованию определенным стандартам. Любая вероятность отклонения от этих стандартов приводит к таким когнитивным оценкам ситуации, как катастрофизация, проклятия и самоуничтожение, отрицание своей толерантности.

Основное отличие РЭТ от других когнитивных подходов Эллис формулирует следующим образом: «РЭТ особо подчеркивает важность выделения догматических безусловных "долженствований", отделения их от своих желаний и предпочтений и обучение тому, как отказаться от первых и учитывать вторые» (Эллис, 1999).

Одно из наиболее распространенных заблуждений относительно когнитивной психотерапии заключается в том, что когнитивные психотерапевты придерживаются серьезного и чрезмерно интеллектуального стиля общения с клиентом. РЭТ же рассматривает психологические нарушения как результат чрезмерно серьезного отношения к жизни и рекомендует использовать юмор как метод лечения (Dryden, Ellis, 1986). Эллис рекомендует неформальный, юмористический активно-директивный стиль, однако особо подчеркивает необходимость быть гибким в зависимости от конкретной ситуации и конкретного клиента. Так, с истерическими акцентуациями рекомендуется избегать чрезмерно дружелюбного, эмоционального общения, не рекомендуется быть чрезмерно интеллектуальным с обсессивно-компульсивными клиентами, не рекомендуется директивный стиль с теми, кто проявляет повышенную потребность в автономии, наконец, не следует проявлять много активности с клиентами, склонными к пассивности.

Итак, «философия долженствования» рассматривается Эллисом как причина большинства психологических нарушений. Соответственно, в качестве философии здоровья рассматривается философия релятивизма, согласно которой «люди имеют большое количество потребностей, желаний и предпочтений, но если они не будут превращать эти неабсолютные ценности в грандиозные догмы и требования, то они не будут психически болеть» (Dryden, Ellis, 1986, p. 227). Подход Эллиса является в известном смысле системой воспитания рационального мышления, которую он активно популяризирует (Ellis, 1993). И недаром Эллис ссылается на концепцию Адлера в качестве одного из источников РЭТ. «В то время как Фрейд является исследователем и толкователем, Адлер — главным образом воспитатель» (Юнг, 1993, с. 26). И далее у Юнга: «Нельзя оставлять без внимания то, что ложные невротические пути становятся закоренелыми привычками и что, несмотря на все понимание, они не исчезают до тех пор, пока не заменяются другими привычками, приобрести которые можно только благодаря обучению» (там же, с. 27).

Когнитивная психотерапия Бека

В данной статье по ряду причин мы решили наиболее подробно остановиться на когнитивной терапии (КТ) Бека.

Во-первых, на наш взгляд, именно когнитивная психотерапия интегрирует наиболее важные достижения других когнитивно-бихевиоральных подходов. Более того, двухуровневая схема когнитивных процессов, предложенная Беком, позволяет интегрировать когнитивные принципы с психодинамическим подходом. В этой схеме Бек выделяет фактически динамические (подвижные, меняющиеся) и структурные (более устойчивые и постоянные) компоненты когнитивного процесса.

Динамические компоненты — это поток мыслей или, выражаясь языком бихевиоризма, внутреннее поведение. Структурные компоненты — это устойчивые когнитивные образования, представляющие собой верования, убеждения и установки. Эти компоненты и определяют характер и содержание динамических компонентов или потока мыслей о себе и о мире. Мысли же, в свою очередь, определяют эмоциональное состояние и поведение человека. Таким образом, чтобы изменить поведение и неадекватные эмоциональные состояния, надо модифицировать мышление. Трудность заключается в том, что многие мысли носят полубессознательный характер и не поддаются непосредственному обнаружению и контролю (Бек называет их автоматическими мыслями). Также неосознаваемыми могут быть убеждения и верования, сформировавшиеся в прежнем опыте. Поэтому разработанные Бекем техники направлены прежде всего на выявление, осознание и модификацию так называемых дисфункциональных мыслей и убеждений, ведущих к болезненным состояниям и неадекватным реакциям. Данные основополагающие идеи когнитивной психотерапии явно вступают в противоречие с одним из основных тезисов бихевиоризма о внешней детерминации поведения. Наконец, исследование источников формирования структурных компонентов с неизбежностью приводит к понятию раннего опыта, в котором они сформировались, что означает непосредственную смычку с психодинамическим походом, где понятие раннего опыта является одним из центральных. Интегрирующая функция двухуровневой модели когнитивных процессов, предложенной Бекем, иллюстрируется нижеследующей схемой.

Когнитивная психотерапия — мост между бихевиоризмом и психоанализом



На наш взгляд, интегративный характер когнитивной психотерапии является ее важнейшим преимуществом, позволяющим нанизывать на стержневую идею модификации дисфункциональных мыслей и убеждений самые разные техники и подходы. Другим достоинством двухуровневой схемы является то, что она задает четкую стратегию психотерапевтической работы — от более поверхностных ситуативно разворачивающихся мыслей (динамического компонента когнитивного процесса) к глубинным, устойчивым структурным образованиям.

Еще одним не менее важным преимуществом когнитивной психотерапии по сравнению с другими когнитивно-бихевиоральными подходами является наличие детализированной теории психической патологии: практически для всех основных психических расстройств разработаны психологические модели и выделены основные мишени психотерапевтического воздействия, а также описаны наиболее адекватные этим мишеням техники и приемы.

Несомненным преимуществом когнитивной психотерапии по сравнению с психодинамическими подходами является краткосрочность и экономичность. При этом многочисленными контролируруемыми исследованиями доказана высокая эффективность когнитивной психотерапии для самых различных расстройств.

В России когнитивная психотерапия пока не получила широкого распространения, что отчасти связано с отсутствием потока когнитивно-ориентированных «тренеров-миссионеров» с Запада. В свое время распространение в России психоанализа, психодрамы, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования стало возможным благодаря серии обучающих программ, привезенных сюда западными специалистами. Компенсация пробела, возникшего в отношении когнитивной психотерапии, представляется очень важной, так как этот подход доказал свою высокую эффективность при лечении различных расстройств и его отличает тесная связь с современной научной психологией. Когнитивная психотерапия с ее структурированностью может во многом способствовать компенсации хаотичности, нередко свойственной российскому клиенту. В то же время центральным звеном в процессе когнитивной психотерапии является рефлексия, приводящая к осознанию базовых, исходных представлений о себе и о мире, что созвучно экзистенциально ориентированной российской ментальности. Особенно высокая эффективность данного подхода в терапии эмоциональных расстройств, заболеваемость которыми, по данным эпидемиологов, значительно возросла (что косвенно подтверждается расширением соответствующих кластеров в современных классификациях ICD-10, DSM-IVr), делает, на наш взгляд, целесообразным популяризацию КТ в России.

Краткая история и основные методологические принципы КТ

К созданию новой психотерапевтической системы и отходу от психоанализа А. Бека привело разочарование в традиционных видах психологической помощи депрессивным больным: «В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я открыто выражал тепло и симпатию, вызывал проявление гнева, поощрял пациентов интенсивно выражать чувства вины и печали, интерпретировал их "потребность в страдании", пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о том, насколько беспомощен и жалок пациент, и побуждение его к открытому проявлению гнева зачастую лишь усугубляли депрессивное состояние, а повысившееся в результате терапии принятие уничижительного образа «я» и пессимизм просто усиливали печаль, пассивность и самообвинения» (Beck, 1976, p. 263). Эти неудачи послужили для А. Бека импульсом к многолетним творческим поискам в изучении и лечении эмоциональных расстройств, к созданию оригинальной когнитивной модели этой патологии и специальных высокоэффективных техник психотерапии.

Таким образом, изначально КТ представляла собой краткосрочный подход к лечению депрессий, в котором были скомбинированы когнитивные и бихевиоральные техники (Beck, 1967). Именно этим, по мнению Перриса (Perris, 1988), объясняются бытующие сейчас заблуждения относительно данного подхода как о краткосрочном варианте психотерапии, предназначенном исключительно для эмоциональных расстройств. В настоящее время область применения КТ значительно расширилась: когнитивные психотерапевты эффективно работают с целым спектром психопатологических расстройств и психологических проблем: с депрессиями различной нозологии (Beck et al., 1979), тревожными расстройствами (фобиями, паническими расстройствами, генерализированной тревогой) (Beck, Emery, 1985), расстройствами питания (McPherson, 1988), ипохондрией (Warwick, 1991), личностными расстройствами (Beck, Freeman, 1990), шизофренией (Perns, 1988), ПТСД (Beck, 1993), семейными дисфункциями (Epstein, Vaucorn, 1988), психологическими проблемами спортсменов и т. д. КТ применяется в различных условиях (амбулаторных и клинических) и формах (индивидуальной, групповой, супружеской, семейной). КТ используется как в краткосрочном варианте (например, 15—20 сеансов при лечении тревожных расстройств), так и в долгосрочном (1—2 года в случае личностных расстройств).

КТ изучается практически во всех центрах по обучению когнитивно-бихевиоральной терапии как один из важнейших современных подходов к лечению различных расстройств. Существуют также центры, в которых обучают исключительно когнитивной психотерапии А. Бека. Пройти обучение в таких центрах могут специалисты, уже получившие базовую подготовку в каком-либо из направлений психотерапии. Наиболее известным обучающим центром является Институт когнитивной терапии и исследований Бека в Филадельфии. Президентом центра является профессор А. Бек, директором Института — его дочь Дж. Бек, автор одного из наиболее популярных практических руководств по психотерапии. В 1999 году создана Академия когнитивной психотерапии, членами которой являются наиболее авторитетные специалисты в этой области.

Основоположники КТ признавали сложную биопсихосоциальную детерминацию психических расстройств (Ferris, 1988). Однако в системе психологических факторов когнитивная модель психических расстройств отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет, что они чувствуют и как они действуют. С этой точки зрения, патологические эмоциональные состояния и дисфункциональное поведение являются результатом «неадаптивных» когнитивных процессов.

По мнению методологов КТ (Ferris, 1988), к философским основаниям КТ следует отнести следующие учения: а) учение философов Поздней Стой (Цицерона, Сенеки, Эпиктета) о роли субъективного мнения и суждений разума в возникновении душевного дискомфорта и тоски: «Все зависит от субъективного мнения... Мы страдаем благодаря нашим мнениям...» (Из письма Сенеки Луцилию. Цит. по: Ferris, 1988); б) дедуктивную технику ведения диалога, развитую Сократом; в) учение Фрэнсиса Бэкона об ограниченности человеческого разума и свойственных ему искажениях; г) рационалистское учение Спинозы об эмоциях как производных мышления и возможности изменить чувство, видоизменив сопряженное с ним убеждение.

В психологических основаниях КТ следует выделить теории переработки информации человеком, подчеркнув особое место когнитивных теорий эмоций, которые показали роль когнитивных переменных в возникновении эмоций разного знака и модальностей (Schachter, 1964; Lazarus, 1968).

Однако не следует полагать, что когнитивный подход развивает культ «рационализма» и относит к адаптированным только тех людей, которые мыслят рационально, логично и разделяют общепринятые взгляды. Иррациональные мысли и фантазии с идеосинкретическим, то есть сугубо личностным, элементом, не совпадающие с мнением окружающих, встречаются у большинства людей. Термин «неадаптивные» применим только к тем идеаторным процессам, «которые несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию» (Kovack, Beck, 1976, p. 381). Более того, в современных вариантах КТ оспаривается центральная роль когнитивных процессов при вторичности эмоциональных и выдвигается тезис об их симультанности (Mahoney, 1993). Для практики принципиально важным остается следующее положение: порочный круг негативных эмоций, неадаптивных мыслительных процессов и дисфункционального поведения может быть разомкнут в когнитивном звене. Таким образом, изменение восприятия и мышления влечет за собой модификацию болезненных переживаний и поведенческих реакций.

Практика КТ требует от психотерапевта знаний о феноменологии когнитивных процессов при различных психических расстройствах. К наиболее разработанным следует отнести когнитивные модели депрессий и тревожных расстройств (фобий, панических расстройств и генерализированной тревоги). В ходе дальнейшего изложения мы будем в основном опираться именно на эти модели.

Основные теоретические положения КТ

В процессе когнитивной терапии специалисты работают на двух уровнях когнитивного процесса: а) с так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) убеждениями, установками и правилами, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

Рассмотрим динамический компонент когнитивного процесса — ситуативно отнесенные мысли и образы, получившие название «автоматических» (Beck, 1967). Данное название отражает основную характеристику этих способов переработки информации — их рефлекторность, непроизвольность, быстротечность и бессознательность. При этом способе человек не выбирает информацию для размышлений, а сосредоточивается на ней невольно. Эти мысли резко отличаются от осознанных, при которых сохраняется известный контроль над предметом и логикой размышлений. Тем не менее субъективно они переживаются как вполне правдоподобные, и их валидность внутренне не оспаривается. Эта особенность делает, по мнению Бека (Beck, 1976), данные мысли «похожими на слова, произносимые родителями очень доверчивым детям». У большинства людей ежедневно отмечаются комбинации контролируемых и автоматических процессов. В случае эмоциональных расстройств доминируют автоматические процессы со специфичным содержанием (Ingram, Hollon, 1984; Seligman, 1975; Beck, Emery, 1985). Так, большой реактивной депрессией после смерти жены может быть одолеваем мыслями типа: «Я не могу жить без нее» или «Я больше никогда и ни в чем не найду радости». Студента с экзаменационной тревогой в ситуации подготовки к тесту одолевает мысль:

«Если я провалюсь, мне придет конец»; пациента с социальной фобией в ситуациях межличностных контактов — мысли о возможном отвержении со стороны других людей. Автоматические мысли такого рода непосредственно ведут к эмоциональным и поведенческим реакциям. Степень неадаптивности этих реакций пропорциональна степени мыслительных искажений или преувеличений. Так, в уже приводившемся примере с экзаменационным стрессом в результате наплывов автоматических мыслей студент может испытать мощный приступ тревоги, беспомощности и отчаяния, отказаться от прохождения экзамена и принять решение уйти из института.

Неадаптивность автоматических мыслей, присущие им искажения или преувеличения в оценках внешней ситуации объясняются дисфункциональностью лежащих в их основе убеждений и установок разного уровня и глубины. В КТ выделяются промежуточные и базисные установки или послышки (Beck, 1993). Кроме того, выделяются компенсаторные установки, служащие щитом от содержащейся в негативных убеждениях и верованиях угрозы. Например, в ситуациях необходимости выполнения какой-либо работы у больного постоянно актуализируется промежуточная установка: «Если я не справлюсь очень хорошо, значит, я несостоятелен». Вместе с ней актуализируется компенсаторная установка: «Если я не буду стараться, то неудача не будет связана с моей несостоятельностью». В результате на уровне поведения возникает избегание, откладывание работы, выполнение ее в последний момент. Все это сопровождается чувствами тревоги и тоски. В основе этого сценария лежат более глубокие базисные установки (представления о себе и других людях): «Я несостоятелен», «Другие люди критичны и враждебны». Итак, базисные послышки — «это система глубинных установок человека по отношению к самому себе, миру и людям, задающая основу для переработки текущей информации и стратегии решения проблем» (Robins, Hayes, 1993, p. 205). Базисные послышки представляют собой жизненную философию человека, в которой фиксирован весь его жизненный опыт; особую роль здесь играют детские впечатления и воздействия семьи (Liotti, 1988). Лица с психическими расстройствами имеют определенные дисфункциональные схемы, которые заставляют их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и, соответственно, испытывать отрицательные эмоции и неадаптивно действовать. Например, одна из юных пациенток доктора М. Ковак (Kovack, Beck, 1976) не дождалась вечернего звонка от своего приятеля. Ожидание вызвало тоскливое состояние, в котором больной удалось уловить автоматические мысли: «Он не позвонил сегодня вечером... он вообще не хочет меня видеть». Это умозаключение было явно ошибочным, так как не основывалось на фактах. Оно также было неадаптивным, так как вело к усилению дисфории, суицидальным мыслям и сниженной активности в течение вечера. Такая интерпретация случившегося была естественным следствием убеждения пациентки: «Если я не важна для другого, мне не следует продолжать жить». «Быть важной для другого» означало для пациентки быть предметом постоянного внимания людей; предполагалось, что они должны ее постоянно навещать, заботиться о ней и с готовностью выполнять все обещания. Можно предположить, что базисная послышка у этой пациентки связана с чувством собственной малоценности: «Я ничего не значу». Постоянный поиск внимания в таком случае — это ее компенсаторная стратегия поведения, основанная на компенсаторном убеждении: «Если люди проявляют внимание ко мне и ценят меня, значит, я все же представляю собой какую-то ценность».

Движение на начальных этапах психотерапии происходит от автоматических мыслей к выявлению убеждений. Например, в уже упомянутом примере необходимости какой-либо работы. У больного выявляются мысли типа: «Вряд ли у меня получится освоить это на высоком уровне. Увидят, что я так себе, середнячок, опозорюсь». В результате он делает работу в последний момент и думает при этом: «Если бы посидел, мог бы сделать лучше, я просто не старался». Систематическое выявление такого рода мыслей в различных конкретных ситуациях, сопряженных с выполнением какой-либо деятельности, приводит к выявлению ранее упомянутых промежуточных установок: «Если не справился блестяще, значит не справился вообще», «Если не старался, то причина неудачи не в моей несостоятельности». По мере работы с различными типами ситуаций набирается материал для выявления базисного убеждения. Таким образом, идет постоянный процесс когнитивной концептуализации, то есть представления проблем клиента в виде диаграмм, включающих три блока: 1) проблемные ситуации, чувства, способы поведения и автоматические мысли, связанные с ними; 2) промежуточные и базисные установки, стоящие за автоматическими мыслями; 3) ранний детский опыт, в котором эти установки сформировались. На основе когнитивной концептуализации происходит работа по изменению неадекватных мыслей и убеждений. Задача по изменению этих элементов очень непростая, так как установки и верования отличаются большой стабильностью. Диктуя человеку определенные способы поведения, они вновь и вновь подкрепляются его результатами. Например,

базисное убеждение типа «Меня никто не любит» делает человека чрезмерно чувствительным к проявлениям любви или отвержения со стороны других, зачастую компенсаторно заставляет «вымогать» знаки признания. Это может вызывать раздражение у людей и желание отдалиться, что подтверждает исходную схему.

У здорового человека когнитивные схемы, лежащие в основе восприятия реальности, отличаются гибкостью и способностью изменяться в соответствии с новым опытом. То есть, выражаясь языком одного из отцов когнитивной психологии Ж. Пиаже, существует баланс процессов ассимиляции (подчинения реальности схемам восприятия) и аккомодации (приспособления схем восприятия к изменчивой реальности). При различных психических расстройствах сложившиеся в травматическом детском опыте когнитивные схемы отличаются большой ригидностью. Новый опыт игнорируется, и процессы ассимиляции резко преобладают над процессами аккомодации. Такая ригидность и устойчивость схем обеспечивается благодаря целому ряду искажений восприятия реальности, которые Бек назвал алогизмами.

Бек составил типологию алогизмов при депрессиях (Beck, 1976). Однако, как показали дальнейшие исследования, эти виды мыслительных ошибок отмечаются и при других расстройствах: тревожных (Jarret, Rush, 1988; Cottraux, Mollard, 1988), питания (McPherson 1988), личностных (Beck, Freeman, 1990). Перечислим основные виды алогизмов, содержащихся в автоматических мыслях:

1. Произвольное умозаключение — это извлечение выводов при отсутствии подтверждающих данных или в явном противоречии с фактами. Например, мысли об опасном заболевании у ипохондрика, только что прошедшего очередное обследование, не выявившее никакой патологии. Или мысли молодой девушки, не дождавшейся обычного звонка от приятеля: «Он не позвонил сегодня вечером... Значит, вообще не хочет меня видеть».

2. Селективное абстрагирование — акцентирование одних элементов ситуации, которые наиболее созвучны взгляду пациента на мир, при игнорировании других ее аспектов. Так, в своих воспоминаниях о прошлом и размышлениях о настоящем депрессивные больные упорно отбирают информацию с негативной эмоциональной окраской и игнорируют положительную (Lloyd, Lishman, 1975; Kovack, Beck, 1976). Больные агорафобией систематически выделяют информацию о несчастных случаях, происшедших в общественных местах, а больные, страдающие социофобией, отбирают факты, свидетельствующие о якобы «пренебрежительном отношении окружающих» (Beck, Emery, 1985). Например, пациентка интерпретирует не сказанное ее начальником «здравствуйте» как зловещий признак его нерасположения к ней, игнорируя при этом весь предшествующий опыт положительных взаимоотношений, факт его занятости и озабоченности конфликтом с вышестоящим начальством. Как отмечает Ковак (Kovack, Beck, 1976), результатом этого «излюбленного» депрессивными больными способа переработки информации является сверхобобщение; например, опыт единичной неудачи в отношениях трансформируется в ощущение своей тотальной неспособности вызывать симпатию.

3. Поляризованное (или «черно-белое») мышление — рассуждения, построенные на крайностях, на полюсах, без градуальности. Как показал контент-анализ речи депрессивных больных, их высказывания изобилуют клише типа «всегда — никогда», «прекрасный — ужасный», «все — ничего» (там же). Больные расстройствами питания в суждениях о внешности придерживаются жестких дихотомических оценок типа «стройный — безобразно толстый» (McPherson, 1988). Больные тревожными расстройствами ипохондрического содержания придерживаются недифференцированных представлений о здоровье типа «на 100% здоров — смертельно болен».

4. Персонафикация — склонность относить к себе лично нейтральные события, естественно, при отсутствии или недостатке подтверждающих фактов. Так, абсолютно безобидные, нейтральные высказывания других людей депрессивные пациенты с уязвимой самооценкой или пациенты с социальной фобией могут отнести на свой счет, усмотрев в них критику и пренебрежение.

5. Максимизация/минимизация или преувеличение/преуменьшение важности событий. Например, депрессивные больные обесценивают (сводят к минимуму) собственный положительный опыт и резко преувеличивают опыт неудач. Эта особенность ярко проявляется также в депрессивном атрибутивном стиле: в суждениях о причинах собственного успеха больные преувеличивают роль внешних факторов (везения, помощи других людей и т. д.), при этом резко недооценивая собственный вклад. Причины неуспеха приписываются преимущественно собственным качествам (например, недостатку способностей) (Seligmen, 1975). Больные агорафобией с паническими атаками резко переоценивают опасность внешней ситуации (например, пребывания в общественном транспорте) и недооценивают как

опыт благополучного преодоления этих ситуаций, так и собственные возможности совладать с трудностями (Cottraux, Mollard, 1988).

Когнитивные модели депрессивных и тревожных расстройств

Автоматические мысли и дисфункциональные убеждения характеризуются специфической для каждого расстройства тематикой или предметным содержанием. Вопреки утверждению многих больных о том, что их тяжелые эмоциональные состояния беспричинны (как при синдроме генерализованной тревоги или некоторых вариантах депрессии), специальные процедуры в каждом случае позволяют выявить определенное предметное содержание переживаний.

Бек исследовал типичные сновидения, мысли и фантазии депрессивных больных с целью верифицировать психоаналитическую теорию и обнаружить признаки вытесненной враждебности. Вместо этого он обнаружил две основные содержательные характеристики изучаемой продукции:

а) фиксацию на теме реальной или мнимой утраты (на смерти близких, разрыве отношений, крушении надежд, неуспехе в достижении значимых целей);

б) так называемое «негативное отклонение» или «негативную триаду» — негативный взгляд на себя, на будущее и на мир.

Другая содержательная характеристика базисных установок и убеждений депрессивных больных состоит в их жестком, императивном характере с более частым, чем в норме, употреблением таких речевых форм, как «следует» и «должен» (Ellis, 1993). Набор таких базисных убеждений Бек вслед за Хорни назвал «тиранией долженствований», подчеркнув сходство этого понятия с понятием супер-эго. Он привел пример типичных «долженствований» депрессивных больных: «Я должен быть способен быстро и самостоятельно найти решение любой проблемы»; «Я должен быть всегда на пике продуктивности»; «Я должен все знать, понимать и предвидеть»; «Я никогда не должен страдать, я должен всегда быть счастливым и безмятежным».

Упрощенное содержание посылок, директивность, очевидный недостаток дифференцированности свидетельствуют, по мнению Ковак (Kovack, Beck, 1976), об инфантильной природе депрессиогенных базисных посылок. В их развитии и упрочении участвуют следующие онтогенетические факторы:

1. Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп. Этот опыт может привести к тому, что любые утраты человек будет интерпретировать как необратимые и оставляющие после себя неизлечимые травмы;

2. Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности, или родителя, чья система конструктов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, дитя может приобщиться к некоторым неадаптивным схемам на основе моделирования и социальной идентификации. Ковак иллюстрирует такую возможность следующим примером: «На сеансах семейной терапии нередко приходится видеть родителя, который порицает себя за существующую в его воображении неполноценность, а потом выражает свою любовь к ребенку, приговаривая: «Он совершенно такой же, как я» (р. 386);

3. Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами могут препятствовать эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.

4. Физический дефект (например, детское ожирение) способствует формированию образа «я» как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать проверке и изменению межличностно ориентированных детских схем.

Согласно когнитивной модели, остальные (эмоциональные, мотивационные и поведенческие) компоненты депрессивного синдрома — тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинения и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение — являются продуктом когнитивных процессов с вышеописанным содержанием.

Содержание когнитивных процессов у больных тревожными расстройствами связано с темой предвосхищаемой опасности, собственной крайней уязвимости и неспособности справиться с угрозой. Данная тема конкретизируется в каждом варианте расстройства. Так, генерализованную тревогу «запускают» схемы со следующим когнитивным содержанием (Beck, Emery, 1985):

- постоянное предвосхищение отрицательных событий в будущем («антиципация» несчастий);
- представление о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденность в собственной некомпетентности в ежедневных делах,

которая сохраняется даже в случае очевидной компетентности. Специальные техники часто выявляют у таких больных автоматические мысли типа «Я не справлюсь с этим»;

- опасение потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы «необходимых» дел;
- представление о собственной неспособности ладить с окружающими и страхе быть осмеянным или отвергнутым вследствие некомпетентности.

Основное когнитивное содержание агорафобии с паническими расстройствами связано с темой возможной физиологической или психологической катастрофы (смерти или сумасшествия). Предполагаемый сценарий этой катастрофы таков: внезапный приступ острого недомогания (сердечная болезнь, обморок и т. д.) происходит в ситуации, где нет доступа к так называемым «сигналам безопасности» (выходу, госпиталю, доктору, другу, медикаментам), и пациент остается без помощи во враждебном или равнодушном человеческом окружении. По данным Бека и Эмери (Beck, Emery 1985), вероятность панической атаки возрастает при повышенной чувствительности к внутренним ощущениям и склонности к катастрофическим интерпретациям этих ощущений, которые вызывают и усиливают друг друга по механизму «порочного круга».

В ряде исследований предприняты попытки выявить онтогенез схемы «опасности», заставляющей тревожных больных соответствующим образом контролировать социальное окружение и физическую среду. Коттро и Моллард (Cottraux, Mollard, 1988) описывают следующие онтогенетические факторы:

- смерть значимого другого — событие, предшествующее манифестации агорафобии с паническими атаками и значительно редуцирующее чувство безопасности и контролируемости событий;
- опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания сепарационной тревоги в детстве;
- опыт «небезопасной» привязанности в раннем детстве. По данным Торпа и Барнса (Thorpe, Burns, 1983), у 43 % больных агорафобией с паническими расстройствами были тревожные или отвергающие матери, неспособные создать чувство безопасности.

Отметим, что выводы о когнитивной детерминации тревожных расстройств подвергались критике (Zajonc, 1980). С целью доказательства проводились многочисленные эксперименты, общая схема которых предполагала сравнение реакций на специальные биологические пробы (на введение лактазы, вдыхание CO, или гипервентиляцию легких) в двух группах испытуемых, получающих инструкции о возможном появлении либо неприятных (обмороке и т. д.), либо приятных ощущений. В группе, предупрежденной о возможных неприятностях, возникшие телесные ощущения интерпретировались как крайне неприятные предвестники обморока или удушья, а в самоотчетах об эмоциональном состоянии фигурировал страх (Van der Molen et al., 1986; Hout, Griezner, 1986), что подтверждает, по мнению экспериментаторов, участие когнитивных факторов в возникновении тревоги.

Основные этапы и техники КТ

В соответствии с двумя уровнями когнитивной модели схема терапевтического процесса также предполагает два этапа работы. Первый (симптоматически ориентированный этап) предполагает работу с автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), второй нацелен на проработку глубинных источников расстройств — установок и убеждений.

Первый этап начинается с представления модели терапии пациенту. Эта задача предполагает знакомство пациента с основами эпистемологии — сведениями об ограниченности, а зачастую и искаженности знания, поставляемого психическими процессами человека (памятью, восприятием, мышлением), о тесной связи между мыслью, с одной стороны, и чувством и действием — с другой. В случае эмоциональных расстройств терапевт информирует пациента о «порочных кругах» тревоги (неадаптивные когнитивные процессы → тревога → физиологические сдвиги → мысли и т. д.) или депрессии (неадаптивные представления о себе, мире и будущем → тоскливый аффект → пассивность → снижение самооценки и т. д.). Цель этого знакомства заключается в подведении пациента к мысли о том, что его представления о реальности (а именно с ними сопряжены эмоциональный дискомфорт и дисфункциональное поведение) суть не сама реальность, а лишь гипотетическое представление о ней, нуждающееся в проверке, а в ряде случаев и в изменении.

Рабочий альянс терапевта и пациента в КТ имеет свою специфику, которую Бек определял как «эмпирическое сотрудничество» (Beck, 1976). Предполагается, что пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, над проверкой их валидности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются. От пациента ожидается, что он обучится умению фокусировать автоматические мысли, соотносимые с разным эмоциональным

опытом, распознавать дисфункциональные базисные послышки и конфронтировать с ними. КТ предполагает искренность, теплоту и аутентичность поведения терапевта, а также высокую степень его активности и директивности. Каждый сеанс в КТ разворачивается по плану: выяснение чувств и мыслей пациента после прошлого занятия, обзор домашних заданий, совместная выработка темы настоящего сеанса, предписание домашних заданий, краткое резюме проделанной сегодня работы. Однако когнитивный терапевт не всегда следует данному образцу и, принимая во внимание происходящее на сеансе, готов отойти от плана и работать по принципу «здесь и теперь».

Основная задача, реализующаяся в ходе первого этапа КТ, - это обучение пациента навыкам осознания автоматических мыслей, их систематической регистрации, оценки и конфронтации с ними. Таким образом, в работе с автоматическими мыслями можно выделить три основных шага: 1) выявление; 2) оценка; 3) изменение автоматических мыслей на более адаптивные. Основные приемы и техники, релевантные первому этапу, представлены в следующей таблице.

Т а б л и ц а 1

Основные шаги в работе с автоматическими мыслями

Шаги и соответствующие ключевые вопросы	Техники и приемы
<p>Выявление и фиксация Ключевой вопрос: Что промелькнуло в вашей голове в этот момент? Дополнительные вопросы: Как вам кажется, о чем вы думали? Возможно ли, что вы думали то-то и то-то или вот это (в соответствии с догадкой терапевта)? Возможно ли, что вы думали то-то и то-то (вопреки догадке терапевта)? Что эта ситуация означает для вас?</p>	<p>Техники «заполнения пробела»: а) уровень воображения — когнитивная репетиция; б) <i>in vitro</i> (разыгрывание, гештальт с пустым стулом, дублирование); в) <i>in vivo</i> (самонаблюдение <i>in vivo</i> с фокусировкой на мыслях и регистрацией их в дневнике).</p>
<p>Оценка автоматических мыслей Ключевые вопросы: Каковы доказательства? Приведите аргументы «за» и «против». Существует ли альтернативный взгляд на происходящее? Что бы я сказал другу, если бы он был в подобной ситуации (или: что бы мог вам сказать ваш друг)?</p>	<p>Техники проверки мыслей как гипотез: а) эмпирическая — проведение различных экспериментов <i>in vitro</i> и <i>in vivo</i> с последующим записыванием выводов. Совместный анализ и регистрация прошлого и настоящего опыта, противоречащего этим мыслям; б) логическая — оценка «за» и «против» путем подбора фактов, подтверждающих или опровергающих суждения, поиск альтернативных интерпретаций, выявление искажений логики, их маркировка в дневнике и разговоре (введение континуума вместо крайностей при поляризации, реатрибуция неадекватной персонализации, оценка вероятностей и парадоксальное преувеличение при катастрофизации и т. д.), сократический диалог.</p>
<p>Изменение через конфронтацию Ключевой вопрос: Каковы последствия моей убежденности в правильности этих мыслей? Что произойдет, если я изменю свое видение?</p>	<p>Техники логической и эмпирической конфронтации: а) эмпирическая: регулярное действие вопреки автоматическим мыслям с последующей переоценкой мыслей - десенсигизация, использование совладающих карточек; б) логическая: анализ последствий, «up dog», внутренний совладающий диалог, отработка навыка формулирования противоположного взгляда, сократический диалог.</p>

Основная процедура, помогающая пациенту выявить автоматические мысли, заключается в установлении последовательности внешних событий и субъективных реакций на них. Клиенту дается примерно следующая инструкция: «Обычно между конкретной внешней ситуацией и эмоциональной реакцией на нее (например, «беспричинным» расстройством) существует промежуток, так называемый «пробел», во время которого обязательно имеют место некоторые мысли, называемые «автоматическими». Они непроизвольны, бессвязны, мелькают в голове с очень высокой скоростью. Однако они потенциально осознаваемы, и для понимания ваших реакций очень важно научиться их улавливать».

Например, пациент уловил связь между встречами с прежним другом и переживанием печали, при этом он сумел медленно воспроизвести в уме событие и затем успешно воспроизвести мысли, имевшие место в промежутке: «Если я его поприветствую, он может не вспомнить и отбросить меня. Ведь между нами давно нет ничего общего, он достиг так многого. Теперь не прежние времена!» Другой пациент рассказал о том, что ощутил острую, на первый взгляд необъяснимую тревогу после сообщения о

гибели друга в автомобильной катастрофе. Он смог заполнить «пробел», когда припомнил, что вообразил себя жертвой происшествия.

В тех случаях, когда пациент не может самостоятельно отрефлексировать автоматические мысли в проблемных ситуациях, используются следующие основные процедуры, обозначенные в таблице 1 как процедуры выявления автоматических мыслей:

1. Когнитивная репетиция (вариант техники воображения), которая предполагает пошаговое воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями. При этом проговариваются вслух как события, так и сопутствующие им автоматические мысли. Основная задача когнитивной репетиции — стимулировать клиента к «размышлениям вслух». Полученная продукция регистрируется в специальном дневнике.

2. Среди техник, направленных на выявление автоматических мыслей *in vitro*, наиболее популярна техника ролевого проигрывания. С целью выявления неадаптивных автоматических мыслей, возникающих в межличностных ситуациях, наряду с вышеописанными можно использовать психодраматический прием «обмена ролями». Психотерапевт играет роли различных людей из окружения клиента с характерными для них репликами, задача клиента — наблюдать за возникающими во время взаимодействия мыслями, желательно проговаривая их вслух. Результатом вышеописанной работы становится возросшая способность клиента маркировать проблемные ситуации, различать и давать наименование различным физическим ощущениям, чувствам и мыслям. Результатом этой работы является также «коллекция» различных автоматических мыслей, сопряженных с тяжелыми душевными состояниями или дисфункциональным поведением. На этом этапе работы следует подвести клиента к пониманию возможной ошибочности этих мыслей и, следовательно, к необходимости рассматривать их как гипотезы, нуждающиеся в проверке, а не как факты объективной реальности.

3. Погружение *in vivo* сопровождается регистрацией в дневнике. После информирования о свойствах автоматических мыслей и знакомства с принципом «заполнения пробела» клиенту дается домашнее задание на самонаблюдение в эмоциогенных ситуациях. Например, пациента с агорафобией просят наблюдать за мыслями, приходящими в голову в толпе, транспорте и т. д. Возможно также совместное с психотерапевтом выполнение этого задания; при этом пациента просят проговаривать все впечатления вслух. Клиенту, постоянно откладывающему выполнение важных дел, дается инструкция на самонаблюдение при очередных попытках приступить к какому-либо делу. Больному булимией дается задание на регистрацию мыслей, предшествующих и сопутствующих приступу обжорства. Результаты самонаблюдения заносят в специальный дневник, ведущийся в форме трех колонок: «внешняя ситуация», «чувство», «автоматические мысли». Для пациентов с паническими расстройствами эффективно ввести еще одну колонку «физические ощущения». В результате такого систематического самоисследования клиент начинает отчетливо осознавать взаимосвязи между проблемными ситуациями, определенными мыслями, чувствами и физическими ощущениями, возникающими на фоне этих мыслей. Дневниковые материалы становятся предметом обсуждения на терапевтических сеансах.

Второй шаг в работе с автоматическими мыслями заключается в их оценке как гипотез.

1. Эмпирическая проверка гипотез. Эта процедура требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей. С этой целью используются не когнитивные, а, как правило, различные бихевиоральные техники, основное назначение которых здесь заключается не только в модификации неадаптивного поведения, но и в коррекции неадаптивных когнитивных продуктов. Приведем примеры.

Репликация симптома в лабораторных условиях используется в терапии панических расстройств. С помощью различных приемов, таких, как гипервентиляции легких по Кларку (Clark, Salkovskis 1985), воздействия кофеина или быстрого подъема по лестнице, воспроизводятся некоторые физиологические компоненты панического приступа — потоотделение, учащенное сердцебиение и т. д. Вслед за этим выясняются субъективные интерпретации этих физических ощущений и возникшие эмоциональные реакции. Если пациенты правильно интерпретируют возникшие ощущения, например, как результат подъема по лестнице, то задача психотерапевта обратить их внимание на связь между интерпретацией и эмоциональным состоянием («Вы приписываете сейчас свое сердцебиение пробегу по лестнице, а не сердечному приступу, и вы абсолютно спокойны»). Пациенту также предлагается поискать, опираясь на лабораторный опыт, альтернативное объяснение сердцебиению в обыденной жизни, опровергающее убеждение «Сердцебиение — несомненный признак сердечного приступа».

Техники «редукции тревоги» используются не только с целью облегчить поведение в проблемных ситуациях, но и с целью коррекции утверждений типа «Я очень слаб, уязвим и беспомощен; когда моя

тревога нарастает, я не в силах справиться с ней». Во время терапевтических сеансов пациента обучают навыкам релаксации, техникам контролируемого дыхания по Кларку (Clark, Salkovskis 1985) в случае панических расстройств, планируемому отвлечению. Затем эти навыки переносятся за рамки сеанса и используются во время эпизодов интенсивной тревоги. Опыт преодоления сильной тревоги используется для проверки предсказаний пациента относительно собственной беспомощности и неспособности совладать с нарастающим переживанием. Эта процедура способствует смещению локуса контроля в эмоциогенных ситуациях к большей интернальности. Техники «активирующей терапии» (совместное с пациентом составление расписания занятий, расписание «ранжированных» по сложности заданий, терапия «мастерством и удовольствием») помогают не только преодолеть пассивность, но и оспорить обоснованность мнения клиента о собственной непродуктивности, тем самым сделав его самооценку и эмоциональное состояние более позитивными.

Техники «размораживания аффекта» используются в терапии депрессивных состояний и самообвинений. Стимулирование внешнего выражения гнева, визуализация приятных сцен, припоминание приятных событий прошлого (при упорном отборе только негативного материала рекомендуют привлекать родственников), стимуляция жалости и сочувствия к себе, вызывание терапевтом смеха и иронии не только смягчают тоскливый аффект (или меняют его на более стеническую эмоцию гнева), но и оживляют альтернативный жизненный опыт больного. Это позволяет оспорить сопряженные с депрессивным аффектом негативные мысли типа «Я больше не способен радоваться», «Я сам виноват во всем плохом, что происходит со мной», «Жизнь наполнена лишь утратами и страданием».

2. Логическая проверка гипотез также нацелена на вскрытие иррациональных способов мышления. Основным приемом, используемым в ходе такой проверки, — это сократический дедуктивный диалог терапевта с клиентом. В ходе такого диалога терапевт помогает клиенту представлять свои убеждения в форме гипотез и проверять их с помощью многократных наводящих вопросов, которые позволяют ему прийти к самостоятельным выводам.

В качестве примера сократического диалога приведем диалог Бека с одним из его пациентов, упорствующим в избегании активности.

Пациент (П) (в ответ на предложенное терапевтом задание): Бессмысленно и пытаться.

Терапевт (Т): Вы уже поняли, что пассивностью ничего не добьешься. Вы были бездейтельны в течение долгого времени и теперь знаете, что не стали чувствовать себя лучше. Что же вы теряете, если попытаетесь вести себя иначе?

П: Если я попытаюсь, я буду чувствовать себя еще хуже.

Т (возможные интервенции):

- а) Чувствовали ли вы улучшение в результате лежания?
- б) Помогла ли вам пассивность (бездейтельность) чувствовать себя лучше к настоящему моменту?
- в) Если пассивность вам до сих пор не помогла, есть основания полагать, что она сейчас вам поможет?
- г) Пытаясь вести себя иначе, вы получите шанс на улучшение. Не исключено, конечно, что вы можете почувствовать себя хуже, но одно несомненно: если вы будете продолжать лежать, как вы это делали до сих пор, надежда на улучшение очень мала.
- д) Избегая деятельности, вы только критикуете себя и наделяете себя такими именами, как ленивый, беспомощный, никуда не годный. Вы уже поняли, что ничегонеделание усугубляет ваше критическое отношение к себе. Вы становитесь жертвой болезненных мыслей и переживаний.

П: Я не могу этого сделать.

Т (возможные варианты):

- а) А как вы можете быть в этом абсолютно уверены, пока вы не попытались?
- б) Если вы будете делать это хотя бы короткое время, то сможете с этим справиться.

П: Я слишком устал (или болен), чтобы попытаться.

Т: Начав, вы можете убедиться в том, что продолжать легче, чем это вам кажется. Вы можете убедиться в том, что вы не так уж и устали, чтобы продолжать. Для того чтобы сдвинуть поезд с места, требуются тонны угля, а чтобы он продолжал двигаться, требуется совсем немного.

После успешного выполнения задания необходимо указать пациенту на то, что результат противоречит его самоуничижительным предсказаниям.

Еще одна задача логической проверки — обучить клиента выявлению, маркировке и исправлению «логических ошибок в суждениях (сверхообщений, персонализации, поляризованного мышления и др.). Эти навыки наряду с навыками осознания автоматических мыслей, эмпирической проверки

убеждений служат ценным средством переструктурирования дисфункционального мышления. Приведем примеры техник, используемых в ходе коррекции алогизмов.

«Шкалирование» — процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» в суждениях больного достигается с помощью введения градуальности.

Реатрибуция — пересмотр ответственности за действия и результаты, который приводит клиента к более сбалансированному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся.

Намеренное преувеличение — доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения.

Оценка объяснений, даваемых поведению других людей; оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений.

Наконец, еще один вариант логической проверки гипотез, часто используемый при склонности к «катастрофизации», заключается в подсчете вероятности самого худшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

В целом процедуры «заполнения пробела», эмпирической и логической проверки гипотез, домашние задания и работа на сеансах позволяют терапевту и клиенту собрать необходимый материал для очередного терапевтического шага — развития «альтернативной логики».

Третий, последний шаг в работе с автоматическими мыслями — это конфронтация с ними с целью их изменения. Предшествующая работа сделала отчетливой ту неадаптивную «логику» восприятия и мышления клиента, которой он обязан мучительными душевными состояниями и дисфункциональным поведением. Теперь важно поощрять клиента оспаривать аргументы этой «логики» и вырабатывать альтернативные, более конструктивные способы мыслить. С этой целью часто используются техники «колонок» (Beck, 1976) и приемы внутреннего совладающего монолога (Meichenbaum, 1977; Joyce-Moniz, 1988).

Процедура заполнения «колонок» может выполняться пациентом как совместно с терапевтом, так и самостоятельно. Эта процедура предполагает заполнение специально разграфленного на несколько колонок листа. В первой колонке регистрируется проблемная ситуация, во второй отмечается возникшее в ситуации чувство (тревога, тоска, раздражение и т. д.), в третьей колонке записываются автоматические мысли, возникшие в ситуации, в четвертой — все соображения «за», то есть подтверждающие автоматические мысли (например, если автоматические мысли возникли в ситуации общения и связаны с возможным отвержением и непринятием со стороны других людей, то в этой графе записываются все аргументы в пользу именно такого отношения: «Я часто теряюсь в присутствии других людей», «Проявления слабости вызывают у других людей смех и непринятие» и т. д.). Когда отчетливо вербализируются все дисфункциональные мысли и их основания, клиент и терапевт переходят к заполнению последней, пятой колонки, куда заносят все соображения «против», то есть опровергающие как автоматические мысли, так и соображения «за». Эти аргументы «альтернативной логики» следует записывать в емкой, лаконичной форме. Задача клиента — воспроизводить эти аргументы в проблемных ситуациях. С этой целью клиента обучают навыкам внутреннего монолога.

Результатом первого этапа работы является возросшее самопонимание клиента — осознание тех автоматических мыслей, которые «запускают» тяжелые эмоциональные состояния и неэффективное поведение, а также способность совладать с ними. К концу данного этапа психопатологическая симптоматика, как правило, редуцируется, что служит основой для перехода к следующему, второму этапу — к проработке базисных посылок (или схем).

Второй этап терапии — это этап работы с убеждениями. Отметим, что разработка терапевтических стратегий по модификации глубинных когнитивных структур — это относительно недавнее достижение КТ конца 80-х - начала 90-х годов. В литературе 60—70-х годов задача по видоизменению глубинных источников расстройств практически не ставилась, и соответствующие процедуры не освещались. Разработка этих процедур связана с усилением интереса когнитивных терапевтов к личностным расстройствам (Beck, Freeman, 1990).

Последовательность работы с убеждениями представлена в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Шаги в работе с убеждениями

Шаги в работе с убеждениями Ключевые вопросы	Техники и приемы
---	-------------------------

1	Выявление и фиксация Ключевой вопрос: Что эта ситуация значит для вас?	Техники выявления убеждений: 1) совместное с клиентом заполнение диаграмм на основе анализа дневниковых записей и маркировка общих тем; 2) техника «пущенной вниз стрелы» — выявление обобщенного смысла автоматических мыслей и поведения; 3) обучение последующей маркировке реакций в соответствии с этим убеждением, составление списка собственных дисфункциональных убеждений, оживление детских воспоминаний.
2	Оценка убеждений Ключевые вопросы: Каковы доказательства? (Аргументы «за» и «против».) Существует ли альтернативный взгляд? Есть ли у вас друзья, живущие вопреки этому убеждению, и что вы можете о них сказать? (Примеры из жизни других людей.)	Техники проверки убеждения как гипотезы: 1) эмпирическая проверка через предупреждение реакции, принцип «делай то, что трудно» с последующим анализом, анализ жизненного опыта других людей; 2) логическая проверка — анализ последствий убеждения для жизни, отыскание «за» и «против» этого убеждения, сократический диалог, вскрытие источников в детстве и оценка настоящего, вскрытие порочного круга самосбывающегося пророчества.
3	Изменение через конфронтацию Ключевые вопросы: Каковы последствия моей убежденности? Что произойдет, если я изменю свое видение?	Техники конфронтации: 1) действие вопреки убеждению и фиксация выводов, целенаправленная выработка альтернативных убеждений; 2) целенаправленный подбор фактов под новые адаптивные убеждения — выписывание на соответствующем листе; 3) овладение навыком совладающего диалога — техники «up dog», обмена ролями с ведущим; 4) девятишаговый рефрейминг — выявление и модификация убеждений с помощью воображения.

Таким образом, проработка установок и убеждений также осуществляется в три шага.

Первый шаг — выявление установок и убеждений. Этот шаг требует ознакомления пациента с существованием правил, идей и убеждений (о себе, других людях, о мире в целом), которыми он осознанно или неосознанно руководствуется в жизни. С целью их выявления используются несколько техник, основные из которых — «маркировка тем» и техника ведения диалога, которая имеет название «пущенная вниз стрела».

«Маркировка тем» требует анализа всех материалов, накопившихся в ходе терапии — дневников, воспоминаний, сообщений на сеансах — с целью найти ответ на вопрос: каковы общие темы в этих данных? Полезно сначала замаркировать темы, к которым пациент постоянно возвращался на сеансах, а затем дать ему инструкцию выявить другие темы по дневниковым материалам. Особенно ценную информацию представляет здесь материал, полученный с помощью техники колонок.

Когда темы замаркированы, тогда убеждения полезно сформулировать в виде причинно-следственных утверждений «если... то...» Например, анализ речевой продукции больных агорафобией с паническими расстройствами часто обнаруживает следующее базисное утверждение: «Если я проявлю слабость (в виде головокружения, обморока и т. д.), то люди отвергнут меня», за которым стоит базисная ценность «силы» и недоверие к способности людей сострадать и сочувствовать.

Особый способ задавания вопросов, нацеленный на извлечение базисных посылок (техника «пущенной вниз стрелы»), проиллюстрирован следующим диалогом с одной из пациенток, которая была сильно огорчена разговором с подругой во время обеденного перерыва на работе (Beck, Freeman, 1990, p. 82). В скобках даны названия мыслительных алогизмов, содержащихся в суждениях пациентки:

Терапевт (Т): Какие мысли мелькали у вас в голове во время обеда?

Пациентка (П): Линда игнорирует меня. (Селективная фокусировка, персонификация.)

Т: Что это означает?

П: Я не могу ладить с людьми. (Интернальная атрибуция, сверхобобщение.)

Т: Что это для вас значит?

П: У меня никогда не будет друзей. (Абсолютистское предсказание.)

Т: Что это означает — «не будет друзей»?

П: Что я одинока. (Глубинная схема.)

Т: А что для вас означает «быть одинокой»?

П: То, что я всегда буду несчастливой (начинает плакать).

Комментируя диалог, авторы замечают, что проблема данной пациентки была также связана с ее убеждением: «Если люди не реагируют на меня, значит, я им не нравлюсь». Принципиальным моментом в приводимом диалоге является появление сильной эмоциональной реакции (слез), что, по мнению Бека и Фримэна (Beck, Freeman, 1990), является не только показателем точного попадания на ключевую базисную посылку, но и ее доступности видоизменениям. Задачам осознания и модификации неадаптивной «жизненной философии» соответствует и третий принцип «оживления детских переживаний». Анализ детского материала необходим для понимания источников неадаптивных когнитивных паттернов. Воскрешение «патогенных» ситуаций способствует лучшему осознанию жизненных правил и стратегий, изменению порожденных травматическим опытом установок, а также частичному снятию ответственности и самообвинений. Основные приемы, используемые для работы с детским материалом, — техника ролевой игры и техника воображения.

Второй шаг — оценка обоснованности и полезности уже выявленных убеждений. Так же, как и в случае автоматических мыслей, эта оценка может быть эмпирической и логической. Эмпирическая проверка основана на уже описанных в начале статьи бихевиоральных техниках конфронтации, к которым, однако, добавляется последующая оценка соответствия реального происшествия иррациональному убеждению. Такую конфронтацию удобно проводить под лозунгом: «Делай то, что трудно». Например, пациентке, которая уверена в том, что ничто не сможет доставить ей удовольствия (убеждение: «Я навсегда утратила способность радоваться»), предлагается составить список ранее приносивших удовольствие видов деятельности и каждый день текущей недели выполнять что-то из этого списка (например, рисовать, вязать или гулять). На следующем сеансе анализируется эмоциональное состояние пациентки во время этих занятий и обсуждается связь между депрессивной пассивностью и безрадостностью. На этой основе формулируется новое убеждение: «Я в состоянии привести в свою жизнь элементы удовольствия и радости».

Примером логической работы с убеждением может быть анализ его последствий для жизни пациента. Например, довольно распространенное убеждение «Просить о помощи — значит проявлять слабость и лишаться уважения других» имеет ряд негативных последствий для жизни. В новой деятельности часто возникают состояния фрустрации, сбоя, фактической неудачи из-за запрета обратиться за помощью. Крайне низкий уровень инструментальной и эмоциональной поддержки, связанный с этим убеждением, приводит к состояниям одиночества и хронической тревоги. Связи с людьми носят поверхностный, формальный и часто односторонний характер, причем другие люди могут воспринимать носителя убеждения как гордого и высокомерного. Таким образом, разрушается творческая деятельность, близость с людьми и психическое здоровье. Обычно такой анализ впечатляет клиента, заставляет усомниться в своих убеждениях и воодушевляет на борьбу с ними.

Третий шаг в работе с убеждениями — их изменение через конфронтацию. При этом могут применяться следующие приемы.

Специальные дневниковые техники разных видов. Например, пациента с базисной посылкой «Я беспомощен» просят постоянно вести дневник с несколькими разделами: «работа», «общение», «родительские обязанности», «собственные интересы». Ежедневно в каждую графу пациент заносит примеры, пусть самые незначительные, иллюстрирующие способность человека функционировать самостоятельно.

Таким образом постепенно вырабатывается эмпирическая основа для формулировки новых альтернативных убеждений: «Я могу справляться с работой, устанавливать контакты с людьми, заботиться о своих детях». Пациент может возвращаться к этим записям во время стрессогенных событий и неудач, когда активизируется старое дисфункциональное убеждение. В так называемом «дневнике предсказаний» пациенты записывают, что может случиться в определенных ситуациях, если негативные убеждения справедливы. Позднее они могут зарегистрировать реальное происшествие и сравнить его с предсказанием. Этот вид дневниковой работы особенно показан при катастрофическом мышлении.

Наконец, третий тип дневника предполагает активный анализ событий каждого дня с позиций старых и новых базисных посылок. Например, пациентка со страхом вызвать чье-либо недовольство анализирует свой инцидент на работе, когда ей пришлось критиковать подчиненного за плохую работу. Она записывает в своем дневнике: «Он, кажется, разозлился на меня, когда я критиковала его работу. По моей старой схеме, я бы переживала это событие как ужасное и расценивала его как признак того, что меня невозможно любить. Теперь я вижу, что всего лишь проявила ответственность за качество работы. Я не вижу ничего ужасного в том, что это его взбесило. Вовсе не обязательно, чтобы всем и всегда было комфортно со мной» (Beck, Freeman, 1990, p. 86). Дневники такого рода помогают построить новые адаптивные схемы, закрепить их с помощью соответствующего опыта и противодействовать неадаптивным базисным послылкам при переработке новых жизненных событий.

Когда у клиента уже развит устойчивый навык вычленения убеждений, стоящих за мгновенными эмоциональными реакциями и автоматическими мыслями, он может вести систематический совладающий диалог с этими убеждениями, используя все усвоенные на сеансах аргументы «за» и «против». Например, в самых разных ситуациях у пациентки актуализируется убеждение «Я убогая», за которым стоит тяжелый и унижительный опыт жизни в семье алкоголиков и постоянная нужда. Пройдя курс терапии, она научилась в подобных ситуациях справляться с чувством унижения и беспомощности, используя следующие аргументы: «Этот опыт сейчас — мое жизненное богатство. Он помогает мне многое ценить и понимать в жизни, помогать другим людям и лучше понимать их проблемы. Моя жизненная закалка делает меня более устойчивой к различным невзгодам по сравнению со многими изнеженными однокашниками, которым я раньше завидовала».

В заключение отметим, что когнитивная психотерапия является одной из самых молодых областей психотерапии. Она активно растет и развивается как область знания и практики. Ее теоретические основания требуют дальнейшего развития и проработки, что создает большое поле деятельности для молодых ученых психотерапевтов.

Библиография

- Шульц Д., Шульц Э. (1998) История современной психологии. — СПб.: Евразия.
- Эллис А. (1999) Психотренинг по методу Альберта Эллиса. — СПб.: Питер.
- Юнг К. Г. (1993) Проблемы души нашего времени. — М: Прогресс.
- Bandura A. (1969) Principles of Behavioral Modification. — N. Y.: Holt.
- Beck A. T. (1967) Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. — N. Y.: Harper and Row.
- Beck A. T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. — N. Y: American Book.
- Beck A. T. (1993) Cognitive Therapy: Past, Present and Future // J. of consulting and clinical Psychology. 61, 2, 194-198.
- Beck A. T., Emery G. (1985) Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. — N. Y: Basic.
- Beck A. T., Freeman A. (1990) Cognitive therapy of personality disorders. — N. Y: Guilford Press.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. W., Emery G. (1979) Cognitive therapy of depression. — N. Y: Guilford, 142-164.
- Clark A., Salkovskis P. (1985) Respiratory control as a treatment for panic attacks // J. of behavioral therapy. 16, 1, 23-30.
- Cottraux J., Mollard E. (1988) Cognitive therapy of phobias // Cognitive therapy (theory and practice) / Ed. C. Ferris et al. — Berlin-Heidelberg-London: Springer-Verlag, 179-197.
- Dobson K. S. (1988) The present and future of the cognitive-behavioral therapies // Handbook of cognitive-behavioral therapies / Ed. K. Dobson. — N. Y: Guilford press, 273-306.
- Dryden W., Ellis A. (1986) Rational-emotive therapy // Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy. — London: Harper-Row.
- Dürssen A. (1985) Die «Kognitive Wende» in der Verhaltenstherapie — eine Brücke zur Psychoanalyse // Nervenarzt. B. 56, 479-485.
- Ellis A. (1993) Reflections on Rational-Emotive Therapy // J. of consulting and clinical psychology. 61, 2, 199-201.
- Epstein N., Baucom D. (1988) Cognitive-behavioral marital therapy. — N. Y.: Brunner and Mazel.
- Guidano V. F. (1988) A system process-oriented approach to cognitive therapy // Handbook of cognitive-behavioral therapies / Ed. K. Dobson. — N. Y.: Guilford press, 214-272.
- Hour M. A., Griezner E. (1986) CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks // J. of behavioural therapy. 24, 145-150.

- Ingram R. E., Hollon S. D. (1984) Cognitive-behavioral interventions: research, theory and procedures. — N. Y: Academic.
- Jarret R. B., Rush A. J. (1988) Cognitive therapy for panic disorders and generalised anxiety disorder // Cognitive Psychotherapy: theory and practice/Ed. C. Ferris. — Berlin-Heidelberg-London: Springer-Verlag, 253-275.
- Joyce-Moniz L. (1988) Self-talk, dramatic expression, and constructivism // Cognitive therapy: theory and practice / Ed. C. Ferris, 276-306.
- Kovack M., Beck A. T. (1976) Maladaptive cognitive structures in depression // American Journal of psychiatry. 135, 525-535.
- Lazarus R. S. (1968) Emotion and adaptation: conceptual and empirical relations // Nebraska symposium on motivation / Ed. W. Arnold.
- Liotti G. (1988) Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy // Cognitive psychotherapy: theory and practice / Ed. C. Ferris, 62-80.
- Lloyd A., Lishman H. (1975) Effects of depression on speed of recall of pleasant and unpleasant experiences // J. of Psychological Medicine. 5, 173-180.
- Mahoney M. J. (1993) Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies // J. of consulting and clinical psychology. 61,2, 187-193.
- McPherson F. M. (1988) Cognitive therapy for bulimia // Cognitive therapy: theory and practice / Ed. C. Ferris, 306-324.
- Meichenbaum D. (1977) Cognitive behavior modification. — N. Y.: Plenum.
- Molen van der G. M., Hout van den M. A. (1986) Cognitive determinants of lactate induced anxiety // J. of behavioral research and therapy. 24, 6,
- Norcross J. C. (1989) The movement toward integrating the psychotherapy: An overview// American J. of psychiatry. 146, 138-147.
- Perris C. (1988) The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other therapies // Cognitive psychotherapy: theory and practice / Ed. C. Ferris, 1-44.
- Rehm L. P., Rokke P. (1988) Self-Management therapies // Handbook of cognitive-behavioural therapies /Ed. K. Dobson. — N. Y: Guilford press, 357-386.
- Reinicker H. (1998) Verhaltenstherapie // Praxis der Psychotherapie (Hg.: Senf W., Broda M.). — Stuttgart-N. Y: G. Thieme Verlag, 140-176.
- Robins C., Haynes A. (1993) An appraisal of cognitive therapy // J. of consulting and clinical psychology. 61,2, 205-214.
- Schachter S. (1964) The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state // Advances in experimental social psychology / Ed. L. Bercowitz. Vol 1. — N. Y.
- Seligman M. (1975) Helplessness: on depression development and death. — San Francisco: Freeman.
- Seligman M., Abramson L. (1979) Depressive attributional style // J. of abnormal psychology. 88, 242-247.
- Thorpe R. E., Burns L. E. (1983) The agoraphobic syndrome. — N. Y.: Willey.
- Warwick H. M. (1991) A controlled trial of cognitive psychotherapy for hypochondriasis // Cognitive therapy in clinical practice / Ed. J. M. Scott. — London: Routledge and Kegan Paul, 78-102.
- Wolpe J. D., Lazarus A. A. (1966) Behavioural therapy techniques. A guide to the treatment of Neuroses. — Oxford: Pergamon Press.
- Zajonc R. (1980) Feeling and thinking. Preferences need no inferences // American Psychologist. 35, 151-175.
- Zurilla T. J. (1988) Problem-solving therapies // Handbook of cognitive behavioural therapies / Ed. K. Dobson. — N. Y: Guilford press, 85-135.

Человекоцентрированный подход в психотерапии А. Б. Орлов

Я нахожу, что *думать* — это очень трудное занятие, особенно когда думаешь о тех или иных фрагментах своего собственного опыта... Подобное размышление очень часто вызывает тревогу и смятение, поскольку понимаешь, насколько нелепыми покажутся большинству людей те мысли, которые для меня весьма значимы. У меня такое впечатление, что если я пытаюсь найти смысл моего собственного опыта, то это ведет меня почти всегда в направлении, которое обычно расценивается как абсурдное.

Основоположник

Человекоцентрированный подход в области психотерапии и психологического консультирования представлен прежде всего классическими работами К. Роджерса.

Роджерс (Rogers) Карл Рэнсом (8 января 1902 г., Оак-Парк, Иллинойс, США — 4 февраля 1987 г., Ла-Хойя, Калифорния, США) — выдающийся американский психолог, автор получившей распространение во всем мире (второй по степени распространенности в мире после психоанализа З. Фрейда) недирективной, клиенто- или человекоцентрированной (person-centered) психотерапии, один из основоположников и лидеров гуманистической психологии.

Сразу же отметим, что ставший уже привычным в отечественной психологии перевод терминов «person-centered therapy» и «person-centered approach» как «личностноцентрированная терапия» и «личностноцентрированный подход» не является, на наш взгляд, вполне точным: принимая во внимание общепринятое в англоязычной психологической литературе различие терминов person (человек) и personality (личность), психотерапию и подход Роджерса следует обозначить как «центрированные на человеке» или «человекоцентрированные». Термин «personality» Роджерс использует исключительно в следующих сочетаниях: «personality theory», «personality and behaviour changes» и «personality inventory». Все эти словосочетания используются в публикациях 30—50-х годов и служат для обозначения *сугубо психологических* (теоретических, психодиагностических, коррекционных) аспектов работы Роджерса. Термин «person» используется Роджерсом в 60-80-е годы применительно к совершенно иным, собственно психотерапевтическим сторонам работы: «becoming a person», «personal growth», «fully functioning person», «emerging person», «personal encounter», «person of tomorrow», «person to person».

Соотношение «personality» и «person» в работах Роджерса может быть понято следующим образом: «personality» — один из психологических атрибутов (наряду, например, с self, behaviour и т. д.), «person» — специфика человекоцентрированной психотерапии — работа не с теми или иными симптомами и проблемами, не с теми или иными поведенческими проявлениями, когнитивными схемами, личностными особенностями, но с конкретным *человеком* во всей его целостности.

С начала 20-х годов жизнь Роджерса была связана с психологией. Образование он получил в Висконсинском университете (степень бакалавра в 1924 году), в теологической семинарии и в Учительском колледже Колумбийского университета (степень магистра в 1928 году, доктора философии в 1931). Практическую работу Роджерс начал в 1927 году в качестве сотрудника Института по уходу за детьми в Нью-Йорке. Год спустя он получил место в Отделе изучения ребенка Общества по профилактике жестокого обращения с детьми в городе Рочестере (штат Нью-Йорк). В 1939 году он стал директором этого Отдела и в том же году возглавил Рочестерский консультационный центр.

На протяжении почти шести десятилетий Роджерс сочетал психотерапевтическую деятельность с преподавательской и исследовательской работой, был профессором медицинской психологии в университете штата Огайо (1940—1945), где он занимался также реабилитацией демобилизованных военнослужащих (1944—1945), преподавал в университете Чикаго и работал в качестве исполнительного секретаря Чикагского консультационного центра (1945-1957), был профессором Висконсинского университета (1957—1963). В этот период своей деятельности Роджерс интенсивно разрабатывает теоретические аспекты психотерапии и теории личности, а также методы консультационной и психотерапевтической работы. Диапазон его клиентуры очень широк — от студентов университета до пациентов психиатрических клиник.

Возникнув в 40-е годы в качестве недирективной или клиентоцентрированной психотерапии, человекоцентрированный подход получил чрезвычайное распространение в 60-70-е годы, и до сегодняшнего дня он оказывает явное влияние на всю область психотерапевтической и консультационной практики (см., например, Кан, 1997; Сатир, 1992; Cormier, Cormier, 1991 и др.). Кроме того, человекоцентрированный подход явился одним из источников гуманистической психологии — особого направления современной психологической науки, возникшего в начале 60-х годов в США. Ее основоположниками и признанными лидерами были Карл Роджерс, Абрахам Маслоу и Ролло Мэй. Зародившись в качестве оппозиции психоанализу и бихевиоризму, гуманистическая психология очень быстро получила признание большого числа профессионалов и стала действительно реальной «третьей силой» в современной психологии (см. Грининг, 1988).

Наиболее значимые публикации Роджерса в 40—60-е годы: *Counselling and psychotherapy* (1942); *Client-centered therapy* (1951); *Psychotherapy and personality change* (1954); *On becoming a person* (1961); *The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics* (1967).

С 1964 года Роджерс был сотрудником, а затем директором Западного института поведенческих наук в городе Ла-Хойя, штат Калифорния, где в 1968 году им был основан Центр изучения человека и где он работал вплоть до своей кончины в 1987 году. В этот период научные разработки Роджерса вышли за пределы психотерапии как таковой и оформились в так называемый человекоцентрированный подход, который был реализован сначала в области возрастной и педагогической психологии, а затем в области социальной и политической психологии. Основные труды этого периода: *Freedom to learn* (1969, 1983); *On encounter groups* (1970); *Becoming partners: marriage and its alternatives* (1972); *On personal power* (1977); *A way of being* (1980).

Начиная с середины 40-х годов признание Роджерса в психологических и психотерапевтических кругах неуклонно возрастало (Evans, 1978). Труды Роджерса в области психотерапии и психологии личности (шестнадцать книг и более двухсот научных статей) получили широкое международное признание, были переведены на многие языки. Роджерс был почетным доктором многих американских и западноевропейских университетов. Роджерс был членом Национального исполнительного комитета Американской ассоциации социальных работников (1945-1946), президентом Американской психологической ассоциации (1946-1947), первым президентом Американской академии психотерапевтов (1956—1957), одним из основателей Ассоциации гуманистической психологии (1963). Он был единственным американским психологом, удостоенным двух важнейших почетных наград Американской психологической ассоциации — *Distinguished Scientific Contribution Award* (1957) и *Distinguished Professional Contribution Award* (1972). Американской ассоциацией гуманистической психологии ему было присвоено почетное звание Гуманист года (1964). По результатам опросов, проведенных в 1982 году двумя ведущими психологическими журналами США (*Journal of Counselling Psychology*, *American Psychologist*), Роджерс получил рейтинг самого влиятельного американского психолога. В самом начале 1987 года, незадолго до его кончины, кандидатура Роджерса была выдвинута на Нобелевскую премию мира. (Более подробные сведения о биографии К. Роджерса см.: Kirschenbaum, 1995.) Роджерс прошел путь от индивидуального психотерапевтического взаимодействия с клиентом к работе с малыми группами, а затем нациями: клиентоцентрированная психотерапия (50-е годы) эволюционировала в 60—70-е годы в человекоцентрированное обучение и, наконец, в 80-е годы воплотилась в человекоцентрированную политику (Kirschenbaum, Henderson, 1989). В последние годы жизни Роджерс много работал в «горячих точках» планеты — в Северной Ирландии, Южной Африке, Центральной Америке. В 1986 году он посетил Советский Союз.

До последних дней своей жизни Роджерс продолжал активную творческую деятельность в науке. Многие отечественные психологи с благодарностью вспоминают дни совместной работы с Роджерсом во время его пребывания в России (см.: Rogers, 1987; Гаврилова, Снегирева, 1989; Орлов, 1995). В одной из своих книг он писал, что личностный, человеческий способ бытия в мире — это бесконечный процесс становления. Жизнь Роджерса — лучшее подтверждение этой гуманистической идеи.

Человекоцентрированный подход, изначально возникший благодаря работам Роджерса в сфере индивидуальной психотерапии и психологического консультирования (Rogers, 1942; Rogers, 1951), получил впоследствии применение и распространение в таких областях, как психология личности (Rogers, 1961), педагогика и педагогическая психология (Rogers, 1969; Rogers, 1983; Rogers, Frieberg, 1994; Aspy, Roebuck, 1988; Combs, 1988), социальная психология (Rogers, 1969), психология семьи (Rogers, 1972), политическая психология (Rogers, 1977; Rogers, 1982; Rogers, 1986b). В настоящее время данный подход широко представлен международными и национальными профессиональными ассоциациями (такими, как Ассоциация развития человекоцентрированного подхода, Южноафриканская ассоциация человекоцентрированного подхода), институтами (среди которых Центр исследования человека, Институт человекоцентрированной экспрессивной терапии, Институт человекоцентрированного обучения), постоянно действующими семинарами (одним из них является Ла-Хойская программа: Международные семинары по человекоцентрированному подходу), периодическими изданиями («*Person-Centered Review*»), значительным числом практикующих психотерапевтов и психологов-консультантов во многих странах мира.

Основные идеи и понятия

Основные научные постулаты теории Роджерса широко известны: вера в изначальную, конструктивную и творческую мудрость человека; убеждение в социально-личностной природе средств, актуализирующих конструктивный личностный потенциал человека в процессах межличностного общения; понятие о трех «необходимых и достаточных условиях» межличностного общения, способствующих личностному развитию и обеспечивающих конструктивные личностные изменения («безусловное позитивное принятие другого человека», «активное эмпатическое слушание», «конгруэнтное самовыражение в общении»); представление о закономерных стадиях протекания группового процесса, возникающего в указанных социально-личностных условиях, и о его столь же закономерных терапевтических результатах.

Характерной особенностью данных постулатов или принципов является их специфический научный статус. В системе идей Роджерса все эти постулаты существуют одновременно и как сугубо теоретические положения, и как вполне конкретные научные факты. Их статус как эмпирически воспроизводимых фактов в настоящее время бесспорен. Всегда и везде при соблюдении выявленных и тщательно проанализированных Роджерсом условий общения наблюдается особый межличностный (групповой) процесс, приводящий к определенным личностным изменениям участников общения.

Н. Роджерс резюмирует эти принципы-факты следующим образом (Rogers N., 1993, p. 3-4):

«Клиентоцентрированный, или Человекоцентрированный, подход, разработанный моим отцом, Карлом Роджерсом, акцентирует роль терапевта, проявляющего эмпатию, открытость, честность, конгруэнтность и заботу, когда он слушает индивида или группу и помогает их росту. Эта философия включает в себя убеждение в том, что каждый человек обладает самооценностью, достоинством и способностью к самоуправлению. Философия Карла Роджерса основана на доверии к неотъемлемому, присущему каждому индивиду внутреннему импульсу в направлении роста и развития. Исследование терапевтического процесса, проведенное Карлом Роджерсом, выявило, что исцеление происходит тогда, когда клиент чувствует себя принятым и понятым. Почувствовать себя принятым и понятым — редкий опыт, особенно тогда, когда вы испытываете страх, гнев, горе или ревность. И тем не менее исцеляют именно эти моменты принятия и понимания. В качестве друзей или терапевтов мы часто полагаем, что в этих случаях должны иметь готовый ответ или же должны дать совет. При этом, однако, мы игнорируем исключительно важную истину. Самый большой дар мы даем человеку тогда, когда искренне вслушиваемся во всю глубину его эмоциональной боли и проявляем уважение к способности человека найти свой собственный ответ».

Важная особенность человекоцентрированного подхода — глобальное доверие к человеку, тогда как для западной цивилизации в целом и для большинства ее социальных институтов (управления, производства, образования, здравоохранения, семьи, религии) характерно столь же глобальное недоверие к человеку. Сам человек традиционно рассматривается как изначально, от природы неуправляемый, ленивый, нелюбознательный, больной, эгоистичный, аморальный и греховный, как тот, кто должен находиться под постоянным внешним попечительством и присмотром.

Человекоцентрированный подход рассматривает человека совершенно иначе, постулирует существующую в каждом человеке актуализирующую тенденцию — тенденцию расти, развиваться, реализовывать весь свой потенциал. Тем самым данный подход доверяет конструктивному и направленному движению человека ко все более полному развитию и стремится высвободить это движение.

Основные положения человекоцентрированного подхода состоят в том, что, во-первых, внутренняя природа (или сущность) человека позитивна, конструктивна и социальна и, во-вторых, эта природа начинает обнаруживать и проявлять себя в человеке каждый раз, когда в его взаимоотношениях с другим человеком (или другими людьми) существует атмосфера безусловного позитивного принятия, эмпатического понимания и конгруэнтного самопроявления.

Вот как формулирует в одной из своих последних прижизненных публикаций основные положения человекоцентрированного подхода сам Роджерс (Rogers, 1986a, p. 197—198):

«Центральная гипотеза этого подхода кратко может быть сформулирована так: человек обладает в самом себе огромными ресурсами для самопознания, изменения Я-концепции, целенаправленного поведения, а доступ к этим ресурсам возможен только в том случае, если создается определенный климат благоприятствующих психологических установок. Существуют три условия, которые образуют такой климат, обеспечивающий рост и развитие, — идет ли речь об отношении между терапевтом и клиентом,

родителем и ребенком, лидером и группой, учителем и учащимся, руководителем и подчиненным. В действительности эти условия применимы в любой ситуации, в которой целью является развитие человека.... Первый элемент — это подлинность, искренность или конгруэнтность. Чем более терапевт является самим собой в отношении с клиентом, чем менее он отгорожен от клиента своим профессиональным или личностным фасадом, тем более вероятно, что клиент изменится и продвинется в конструктивном ключе. Подлинность означает, что терапевт открыто проживает чувства и установки, которые имеют место в данный момент. Существует соответствие, или конгруэнтность, между тем, что он испытывает на соматическом уровне, что представляет в сознании, и тем, что сообщает клиенту.

Второй по важности установкой для создания климата, благоприятствующего изменению, является принятие, забота или признание — безусловное позитивное принятие. Когда терапевт ощущает позитивную, неосуждающую, принимающую установку по отношению к клиенту безотносительно к тому, кем этот клиент в данный момент является, терапевтическое продвижение или изменение более вероятно. Принятие терапевтом предполагает позволение клиенту непосредственно переживать все свои чувства — смущение, обиду, возмущение, страх, гнев, смелость, любовь или гордость. Это бескорыстная забота. Когда терапевт признает клиента целостно, а не условно, продвижение вперед является более вероятным.

Третий благоприятствующий аспект отношения — эмпатическое понимание. Это означает, что терапевт точно воспринимает чувства, личностные смыслы, переживаемые клиентом, и передает это воспринятое понимание клиенту. В идеальном случае терапевт так глубоко проникает во внутренний мир другого, что может прояснить не только те смыслы, которые тот осознает, но даже и те, что лежат чуть ниже уровня осознания. Это специфическое, своего рода активное слушание — одна из самых мощных известных мне сил, обеспечивающих изменение».

Как свидетельствуют результаты многочисленных эмпирических исследований, проводившихся в течение полувека в США и других странах, всякий раз, когда возникают все эти условия, способствующие личностному росту, наблюдаются позитивные поведенческие и личностные изменения. Контекст этих изменений может быть очень разным — от психологического консультирования и преподавания до практики переговорных процессов и психотерапии психозов.

Наряду с триадой фасилитирующих установок (безусловное позитивное принятие, конгруэнтность и эмпатическое понимание) в своих последних работах Роджерс указывал на еще одно условие, стимулирующее процессы личностного роста. Так, в цитируемой выше публикации он писал (Rogers, 1986a, p. 199):

«Я обнаружил, что, когда я ближе всего к моему внутреннему, интуитивному "я", когда я каким-то образом соприкасаюсь с неизвестным во мне, когда, возможно, я нахожусь в отношении с клиентом в слегка измененном состоянии сознания, тогда все, что бы я ни делал, оказывается целительным. Тогда просто мое *присутствие* освобождает и помогает. Я не могу ничего сделать, чтобы приблизить это состояние, но, когда я могу расслабиться и быть ближе к своей трансцендентальной сущности, тогда я в отношении с клиентом могу вести себя странным и импульсивным образом, которому я не могу найти рациональных оправданий и который никак не связан с моими мыслительными процессами. Однако каким-то странным образом такое поведение оказывается *верным*. В такие моменты кажется, что мой внутренний дух вышел вовне и прикоснулся к внутреннему духу другого человека. Наше отношение трансцендирует себя и становится частью чего-то большего. Имеют место существенные и очевидные рост, исцеление, энергия».

Роджерс не устал повторять, что человекоцентрированный подход — это не теоретическая доктрина и не практическая психотерапевтическая техника, но способ существования людей (в том числе и психотерапевтов). Этот способ существования находит свое выражение в поведении, сознании и личности его субъектов. Этот способ существования создает психологический климат, способствующий человеческому развитию, позитивным и конструктивным изменениям в людях и их взаимоотношениях. В психотерапевтической практике этот способ существования облегчает процессы самоисследования и самораскрытия клиента, содействует его движению, «внутреннему путешествию» в направлении к подлинному «я», к своей собственной сущности.

Безоценочное принятие и эмпатическое понимание каждого чувства, каждой мысли, каждого смысла, которые клиент обнаруживает в своем опыте, требует от психотерапевта чрезвычайной чувствительности и такого деликатного проникновения в его приватный мир, при котором он чувствует себя во все большей безопасности в отношениях с психотерапевтом, все более склонным выражать самые разные фрагменты своего внутреннего мира (фантазии и интуиции, образы и влечения, ассоциации и приватные мысли). Подобное эмпатическое понимание-проникновение может оказаться настолько глубоким, что интуиция

психотерапевта, оказывается в состоянии выявлять утраченные самим клиентом фрагменты его внутреннего мира и тем самым восстанавливать его целостность.

Психотерапевт, реализующий человекоцентрированный подход, не склонен руководить своим клиентом, вести его, он доверяет клиенту, «мудрости его целостного организма», поскольку он неосознанно, но тем не менее лучше любого специалиста знает путь к собственному исцелению. Важная задача психотерапевта — доверять, свидетельствовать это знание и этот путь, быть рядом с клиентом, быть «на его стороне», двигаться с его «скоростью», разделяя с ним все превратности «внутреннего путешествия».

Важный аспект психотерапевтической помощи — способствование полноте переживаний клиента. Только в том случае, если то или иное переживание оказывается прочувствованным во всей своей глубине и во всем объеме, оно может стать живым, свободным и преобразующимся.

Человекоцентрированный подход в психотерапии каждый раз инициирует очень сложный и до сих пор во многом загадочный процесс исцеления, движения клиента от пункта «homo partialis» к пункту «homo totus».

«Для того чтобы сделать этот процесс возможным, психотерапевту крайне важно полностью присутствовать в качестве понимающего и проявляющего заботу человека, однако самые важные события происходят в чувствах и ощущениях клиента» (Rogers, 1986a, p. 208).

Идея свободного, «целостно функционирующего человека», представленная в ряде работ Роджерса, предполагает свободу и ответственность, целостность и гармоничность, актуализацию и реализацию всех потенциальных возможностей человека. Ориентация на данную систему ценностей, на процессы «становления человека» привела Роджерса к неизбежному разрыву с «истеблишментом», определила особое качество его личности, которое можно назвать «гуманистической революционностью». Он сам неоднократно отмечал революционный характер последовательных теоретических и практических выводов и следствий своей системы научных идей, их очевидную конфронтацию с «конвенциональной авторитарной структурой» современного общественного устройства.

Если отвлечься от всех идеологических клише, то возникает следующий вопрос: что в действительности происходит в психотерапевтической, педагогической и политической практике, когда ими начинает овладевать гуманистическая идея?

Во-первых, такая практика начинает субъективизироваться. Все проблемы, какими бы частными или, напротив, глобальными они ни казались (от конфликта в конкретной семье до проблемы всеобщего разоружения), рассматриваются как сугубо человеческие проблемы. Иначе говоря, любая гуманистическая практика начинает осознавать и признавать значимость не столько объективных обстоятельств («вещей», «сил», «условий» и т. п.) и даже не столько мыслей и действий людей, сколько их глубоких переживаний, эмоций и чувств.

Во-вторых, такая практика становится все более и более диалогической и феноменологической: психотерапевт, педагог, политик, работающий в гуманистической традиции, не стремится к достижению своих собственных целей, не превращает других людей в средства достижения этих целей: он пытается понять и адекватно выразить одновременно и свои собственные переживания, и переживания своих партнеров по межличностному общению; стремясь стать все более эмпатичным (сочувствующим) и конгруэнтным (искренним в выражении собственных переживаний), он гораздо больше внимания начинает уделять не тому, что происходит вовне, а тому, что происходит внутри, во внутреннем феноменологическом мире своего «я» и «я» своих партнеров.

В-третьих, гуманистическая практика вполне осознанно отказывается от парадигмы целенаправленных психотерапевтических, педагогических, политических и подобных воздействий, в ходе которых неизбежно манипулирование людьми, затрудняющее их самодетерминацию и самоактуализацию; эта практика альтернативна «лечению», «преподаванию», «формированию», «осуществлению руководящей роли» и т. п., поскольку она тождественна созданию условий, «фасилитации» (от англ. facilitate — способствовать, стимулировать) свободного развития людей, то есть развития, осуществляющегося в соответствии с их собственными целями и стремлениями.

Особенности психотерапевтической системы

Двумя наиболее важными особенностями человекоцентрированной психотерапевтической системы являются, во-первых, ее изначальное становление вне какого-либо традиционного психотерапевтического подхода, «экспириентализм» как опора ее автора главным образом на свой

собственный личный психотерапевтический опыт и, во-вторых, ее «спокойная революционность» — инновационный характер основных элементов психотерапевтической системы — теории, техники и практики психотерапевтического общения.

Роджерс создает новый психотерапевтический миф, трансформирует психологическую модель человека в направлении абсолютного доверия пациенту, клиенту, человеку. Задавая основное теоретическое различие между двумя способами существования, двумя формами детерминации поведения человека - «ценностным процессом» и «ценностной системой», Роджерс (Rogers, 1964) объясняет всю сферу психопатологии от невротоподобных состояний до психозов следствием непринятия и вытеснения из жизни взрослого человека существования в логике «ценностного процесса», свободного от каких-либо фиксаций, динамичного и открытого опыту личностного роста. В этой связи в качестве основной проблемы и задачи психотерапии видится исцеление как обретение человеком своей утраченной целостности посредством принятия и самопринятия.

Для решения данной задачи старая психотерапевтическая «техника» с ее приоритетами диагностики и интерпретации оказывается совершенно непригодной. Вот почему Роджерс в качестве основного технического средства берет на вооружение саму терапевтическую беседу и такие ее составляющие, как отражение переживаний и активное эмпатическое слушание (зеркальную обратную связь, адресованную клиенту в сочетании с концентрацией психотерапевта на его переживаниях). Подобная «техника» утрачивала статус совокупности самостоятельных приемов, становилась средством сверки пониманий клиента и психотерапевта и обнаруживала свою глубокую укорененность в самой практике психотерапевтического общения (и производность от этой практики) во всей ее сложности. Тем самым «техника» человекоцентрированной психотерапии обнаруживала явную тенденцию к слиянию с психотерапевтической практикой.

В области психотерапевтической практики Роджерс также выступает в качестве радикального реформатора. Об этом свидетельствуют и его стремление предельно психологизировать психотерапевтическую практику (критика медицинской модели, медицинской диагностики и медицинского видения человека как пациента, использование вместо понятия «пациент» понятия «клиент», а затем понятия «человек»), и разработка недирективной, клиентоцентрированной психотерапии, а затем человекоцентрированного подхода, и стремление сместить центр психотерапевтической проблематики с лечения (избавления от симптомов и адаптации) на исцеление как обретение целостности человека со всем его потенциалом, как его самореализацию. Процессуальной целью психотерапии становится при этом самоисследование человека, а конечной целью — «полноценно функционирующий человек», сущностной характеристикой которого является экзистенциальный способ бытия как реализации ценностного процесса в жизни взрослого человека. Роджерс пересматривает не только содержание и цели психотерапевтической практики, но и представление о ее основном средстве, в качестве которого в человекоцентрированном подходе выступает фасилитация личностного роста.

Практика — вот тот элемент психотерапевтической системы, который лег во главу угла человекоцентрированного подхода. Именно поэтому практика с самого начала оказывается предметом особого внимания, предметом исследования. Показательно в этой связи, что Роджерсу принадлежит заслуга первой публикации полного дословного текста психотерапевтических сеансов на основе аудиозаписей вместо практиковавшихся ранее авторских пересказов психотерапевтической работы (случай Герберта Брайана. См. Rogers, 1942). Именно в области психотерапевтической практики Роджерсу удается изучить и описать необходимые и достаточные условия эффективности психотерапевтического процесса, то есть личностные установки психотерапевта: безусловное позитивное принятие, эмпатическое понимание и конгруэнтность (Rogers, 1957). К области практики относится и классическое описание терапевтического процесса, его семи основных «стадий» (блокады опыта, отстраненности опыта, объективизации опыта, прорыва блокады опыта, текучести и внутренней диалогичности опыта, полноценного опыта переживаний «я» как процесса опыта) и основных эффектов: освобождение чувств, самопринятие и доверие к «я», конгруэнтность, открытость опыту, интегрированность как слияние дезинтегрированных внутренних инстанций (I — «я» наблюдающее, те - «я» переживающее, self — «я» живущее) в одно целое (Rogers, 1961). Психотерапевтическая практика становится при этом практикой глубокого вовлечения психотерапевта (на правах фасилитатора, спутника и более опытного клиента) в жизнь и внутренний мир клиента, практикой партнерства и участия.

Рассмотренные выше особенности человекоцентрированной психотерапевтической системы могут быть проиллюстрированы на примере известного клинического случая Эллен Вест, к анализу которого обратился Роджерс в одной из своих публикаций (Роджерс, 1993, р. 69-74):

«Главным недостатком в ее лечении было то, что никто из врачей, похоже, не отнесся к ней как к человеку — личности, достойной уважения, способной к самостоятельному выбору, чей внутренний опыт является самой надежной опорой и самым точным ориентиром.

Однако, судя по всему, с ней обращались как с объектом. Ее первый аналитик помогает ей прояснить ее чувства, но не пережить их. Это только усиливает ее отношение к себе как к объекту и еще больше отстраняет ее от жизни своими собственными чувствами, опоры на свой собственный внутренний опыт. "Я кричу, но они не слышат меня", — эти слова Эллен звучат у меня в ушах... никто не проявил к ней уважения в достаточной мере, чтобы по-настоящему услышать ее голос: ни родители, ни оба ее аналитика, ни врачи. Все они видели в ней существо, неспособное отвечать за собственную жизнь, чьи переживания обманчивы, чьи внутренние чувства недостойны принятия. Могла ли она при таком отношении к себе всерьез слушать себя, относиться с уважением к тому, что происходит внутри нее? Если бы Эллен Вест пришла сегодня в мою консультацию или ко многим из известных мне коллег, то ей смогли бы помочь. Терапевтические взаимоотношения, в которых различные стороны ее "я" были бы безоценочно приняты, помогли бы ей обнаружить, что, оказывается, возможно безопасно выражать свое "я" более полно. Убедившись в том, что другой человек способен понять и разделить с ней смысл ее внутреннего опыта, она почувствовала бы, что вовсе не обречена на одиночество и ей совсем не обязательно отгораживаться от людей. Кроме того, она заметила бы, что постепенно начинает ладить сама с собой, что ее тело, ее чувства, ее желания отнюдь не являются ее врагами, а представляют собой дружественные и конструктивные части ее самой. Мы можем оказать существенную помощь другому только тогда, когда мы взаимодействуем с ним на глубоком личностном уровне как два равноправных и достойных уважения человеческих существа, когда мы лично рискуем в этих взаимоотношениях, когда мы воспринимаем другого человека как личность, способную к выбору своего собственного направления в жизни. Только в таком случае происходит по-настоящему глубокая встреча, утоляющая боль одиночества и клиента, и терапевта».

Основные психотерапевтические установки

Как уже отмечалось, Роджерс выделяет три основные психотерапевтические установки в качестве необходимых и достаточных условий эффективности психотерапевтического процесса и, более того, в качестве необходимых и достаточных условий любого позитивного изменения личности человека в любых коммуникативных контекстах: безусловное позитивное принятие, эмпатическое понимание и конгруэнтное самовыражение.

Понятие безусловного позитивного принятия (unconditional positive regard) было изначально предложено и разработано С. Стендалем в неопубликованной диссертации 1954 года. Терапевт переживает безусловное позитивное принятие, если чувствует принятие каждого аспекта опыта клиента, как если бы он являлся его частью. Такое принятие означает, что не существует каких-либо условий принятия, ничего похожего на установку типа «вы мне нравитесь, но только при условии, если вы такой или такая». Безусловное позитивное принятие представляет собой противоположный полюс по отношению к избирательной оценочной установке, к условному принятию: «Вы плохи в этом, хороши в том». Безусловное принятие предполагает, в частности, принятие как «хороших» (позитивных, зрелых, просоциальных) переживаний и чувств, так и «плохих» (болезненных, продиктованных страхом, инфантильных, асоциальных) фрагментов эмоционального опыта клиента, как стабильных и последовательных проявлений клиента, так и его нестабильности и непоследовательности. Безусловное позитивное принятие означает проявление заботы о клиенте, но такой заботы, которая не является опекой или средством удовлетворения тех или иных потребностей самого терапевта. Это — забота, сохраняющая за клиентом возможность оставаться автономным, отдельным человеком, не посягающая на его собственный опыт, его собственные переживания и чувства. Роджерс рассматривал данную терапевтическую установку не как некую абсолютную личностную диспозицию, существующую по принципу «все или ничего», но как континуум проявлений принятия от условного до безусловного. В этом смысле безусловное позитивное принятие как предельная, крайняя точка данного континуума есть не что иное, как теоретическая абстракция. Это означает, что в психотерапевтической реальности эффективный, действительно помогающий психотерапевт переживает состояние безусловного позитивного принятия лишь в отдельные моменты общения с клиентом; в этом общении неизбежно присутствуют и другие типы принятия: время от времени условное позитивное принятие, а порой и условное негативное принятие. Сама эффективность психотерапевтической работы во многом зависит

от соотношения данных типов принятия в коммуникативной практике конкретного психотерапевта. Что же касается безусловного позитивного принятия, то в качестве компонента континуума принятия оно присутствует в любых межличностных взаимодействиях, хотя, к сожалению, как правило, в «гомеопатических» пропорциях. Эмпирическим свидетельством присутствия безусловного позитивного принятия в общении психотерапевта и клиента является совпадение характеристик этого общения в восприятии психотерапевта и супервизора по следующим позициям: нет отвержения и отвращения по отношению к чему-либо, что говорит и что выражает клиент; нет ни одобрения, ни осуждения в адрес клиента и того, что он говорит, но лишь просто принятие; есть ощущение теплоты, проявляемой к клиенту: и к его слабостям, несовершенствам, проблемам, и к его сильным сторонам, к его потенциалу в целом; нет склонности судить и оценивать то, что сообщает клиент.

Для характеристики эмпатического понимания, эмпатии, по Роджерсу, весьма существенны три особенности эмпатического процесса. Выявление и фиксация данных особенностей представляют собой, на наш взгляд, саму суть вклада Роджерса в развитие современных представлений об эмпатии. Мы имеем в виду, во-первых, сохранение в эмпатическом процессе собственной позиции эмпатирующего, сохранение психологической дистанции между ним и эмпатируемым или, другими словами, отсутствие в эмпатии отождествления между переживаниями эмпатируемого и эмпатирующего (что, собственно, и отличает данный процесс от фенотипически сходного процесса эмоциональной идентификации), во-вторых, наличие в эмпатии сопереживания (каким бы по своему знаку и содержанию ни было переживание эмпатируемого), а не просто эмоционально положительного отношения (симпатии) эмпатирующего к эмпатируемому; в-третьих, динамичный (процесс, действие), а не статичный (состояние, способность) характер феномена эмпатии. Данные отличительные признаки эмпатии подчеркиваются многими авторами.

Следует отметить, что первый из указанных отличительных признаков эмпатии (так называемое условие «как если бы») появляется в работах Роджерса уже в 50-е годы: «Ощущать личный мир клиента, как если бы он был вашим собственным, но без какой-либо утраты этого качества "как если бы" - вот что такое эмпатия... Ощущать гнев, страх или смущение клиента, как если бы они были вашими собственными, и однако же без привнесения вашего собственного гнева, страха или смущения — вот то условие (терапевтического процесса. — *А. О.*), которое мы пытаемся описать» (Rogers, 1957. Цит. по: Kirschenbaum, Henderson, 1989, p. 226). Данный признак эмпатии отмечается Роджерсом в ряде его последующих определений эмпатии лишь в неявной, косвенной форме. Приведем для иллюстрации одно из наиболее полных определений эмпатии, данное Роджерсом в книге «Способ бытия». Отмечая процессуальную, а не статичную природу эмпатии, Роджерс пишет:

«Она (эмпатия. — *А. О.*) означает вхождение в личный перцептивный мир другого и основательное его обживание. Она подразумевает чувствительность к постоянно изменяющимся в этом другом человеке чувственным смыслам, которые плавно переходят друг в друга, — к страху или гневу, или нежности, или смущению, или чему бы то ни было еще, что переживает он или она. Эмпатия означает временное проживание в жизни другого человека, осторожное перемещение в ней без того, чтобы делать какие-либо оценки; эмпатия означает ощущение смыслов, которые он или она едва ли осознают, но без стремления раскрыть неосознаваемые чувства, поскольку это могло бы быть слишком угрожающим... Эмпатия означает частую сверку с человеком в отношении точности ваших ощущений и руководство теми реакциями, которые вы получаете от него. Вы являетесь надежным спутником человека в его внутреннем мире» (Rogers, 1980a, p. 142).

Вместе с тем, концептуальное различие эмпатии и идентификации было не одномоментным действием, но скорее процессом, который, начавшись в середине 50-х годов, продолжался почти два десятилетия и был обозначен рядом промежуточных «кентаврических» понятий. Дж. Уоткинс в этой связи пишет:

«Под точной эмпатией Роджерс понимает способность терапевта полно и точно понимать реакции клиента и особенно заключенные в них переживания... Дискутируется вопрос, действительно ли Роджерс требует, чтобы понимание было основано на сходном переживании, которое терапевт актуально ощущает в данный момент. В одной из работ (Rogers, 1951) Роджерс писал: "Переживание вместе с клиентом, проживание его установок, но не в терминах эмоциональной идентификации со стороны консультанта, а скорее в терминах эмпатической идентификации, когда консультант воспринимает отвержения, надежды и страхи клиента посредством погружения в эмпатический процесс, но без того, чтобы самому, в качестве консультанта, ощущать эти отвержения и надежды, и страхи". В более позднем высказывании Роджерс (см.

Shlien, 1961, p. 304) определяет эмпатию следующим образом: "Она (эмпатия. — *A. O.*) означает, что он (терапевт. — *A. O.*) ощущает и понимает непосредственное осознание клиентом своего собственного личного мира; это означает не только обнаружение тех аспектов опыта, которые клиент уже способен вербализировать, но также тех несимволизованных аспектов его опыта, которые каким-то образом оказываются понятыми посредством тонких невербальных проявлений клиента с помощью чувствительного радара психотерапевта. Умелый терапевт ощущает мир клиента, как если бы он был его собственным, но без какой-либо утраты этого качества "как если бы". Он утверждает (см. Rogers, 1959), что если это "как если бы" качество утрачивается, то мы имеем дело с состоянием идентификации. Роджерс, очевидно, считает, что как только эмпатия превращается в идентификацию, консультант уже больше не способен полно понимать клиента, поскольку для того чтобы делать это, необходимо, чтобы он сохранял свою объективность» (Watkins, 1978, p. 85-86).

Если поначалу психотерапевты, работавшие в рамках клиентоцентрированного подхода (в частности, Раскин. См. Rogers, 1951, p. 29), настаивали на проживании чувств и установок клиента для того, по-видимому, чтобы отойти от медицинской (диагностической и интерпретационной) модели терапевтического процесса, то в более поздних работах в рамках данного направления вполне однозначно подчеркивается необходимость «как если бы» качества эмпатии (см. Tomlinson, Whitney, 1970). Мерри, один из британских сторонников и пропагандистов человекоцентрированного подхода, прямо указывает на данную особенность эмпатии: «Особое качество эмпатии, которое делает ее столь творческим способом бытия в терапии, состоит в том, что она позволяет нам войти в личный эмоциональный мир другого человека, как если бы мы были этим другим человеком (без утраты качества "как если бы")» (Merry, 1990, p. 13). С нашей точки зрения, указанные выше признаки достаточно четко ограничивают «зону неопределенности», существующую применительно к содержанию понятия эмпатии, и в значительной степени обеспечивают однозначность в его понимании, поскольку задают его различие от фенотипически сходных когнитивно-эмоциональных процессов.

Рассматривая структуру эмпатического акта, мы полагаем, что вряд ли правомерно расширительно рассматривать «акт эмпатии» как межличностную трансакцию, то есть включать ответную реакцию эмпатируемого в сам акт эмпатии. Во-первых, эмпатируемый может по целому ряду причин быть «слеп и глух» даже к адекватно и полно выраженной в поведении эмпатии. Во-вторых, эмпатия с предельно редуцированным поведенческим компонентом (а именно такую эмпатию демонстрируют выдающиеся психотерапевты) может быть гораздо более эффективной, нежели эмпатия с выраженным «коммуникативным компонентом». В этой связи можно высказать предположение, что эмпатируемый воспринимает акт эмпатии не столько посредством его обнаружения в вербальном и невербальном поведении эмпатирующего, сколько посредством восприятия (как правило, на неосознаваемом уровне) иных, более тонких составляющих общего семантического поля коммуникации (Менегетти, 1992). И наконец, в-третьих, акцент на коммуникативном (поведенческом) компоненте эмпатии, на эмпатических базовых навыках, как показывает, в частности, опыт подготовки профессиональных психотерапевтов (Боуэн, 1992), может приводить к выхолащиванию собственно эмоционального, первичного момента эмпатии, провоцируя при этом ощущения внутренней опустошенности и неконгруэнтности терапевта и в конечном итоге приводя к утрате им самим возможности эмпатического слышания.

Существенной стороной эмпатического переживания является процессуальность, движение, динамика. Только в движении (процессе) возможно следование с дистанцией в один шаг - «как если бы я был он». Для этого процесса следования необходима реальность, в противном случае будет иметь место оценивание эмоционального отклика на нечто возникающее в воображении, что приближается к интерпретации.

Если в случае эмпатии речь идет о сопереживании эмоциональному состоянию другого человека, то в случае конгруэнтности — о переживании своих собственных чувств, об их открытости себе и другим людям. Конгруэнтность является одним из трех необходимых и достаточных условий (наряду с эмпатией и безоценочным позитивным принятием) эффективного психотерапевтического контакта и отношения, на которых делается акцент в рамках человекоцентрированного подхода. Термин «конгруэнтность» введен в психологию Роджерсом для описания: а) соответствия «идеального "я"», «я» и «опыта» в жизни человека; б) динамического состояния психотерапевта, в котором различные элементы его внутреннего опыта (эмоции, чувства, установки, переживания и т. п.) адекватно, неискаженно и свободно проживаются, осознаются и выражаются в ходе работы с клиентом. В случае

конгруэнтности (и в отличие от эмпатии) речь идет о переживании человеком своих собственных чувств, об их открытости себе и другим людям.

Эмпатия и конгруэнтность — различные психологические феномены. Эмпатия — это процесс безоценочного сопереживания одного человека реальным и актуальным переживаниям другого при соблюдении эмпатирующим условия «как если бы» и при его невмешательстве в процесс осознания своих переживаний эмпатируемым. Конгруэнтность — это процесс безоценочного принятия и осознания человеком своих собственных реальных и актуальных ощущений, переживаний и проблем с их последующим точным озвучиванием в речи и выражением в поведении способами, не травмирующими других людей (или, иначе говоря, при соблюдении человеком условия «как если бы» это озвучивание и выражение было адресовано ему самому). Мерри определяет конгруэнтность следующим образом: «Конгруэнтность — это такое состояние бытия, в котором мы наиболее свободны и аутентичны в качестве самих себя и не испытываем потребности в том, чтобы предьявлять фасад, прятать себя, например, за маской или ролью "эксперта". Конгруэнтность наблюдается в тех случаях, когда наши внутренние чувства и переживания точно отражаются нашим поведением, когда нас можно воспринимать и видеть такими, какие мы есть на самом деле» (Merri, 1990, p. 10). Конгруэнтность можно рассматривать не только как особый психологический феномен, но и как характеристику общения, а также как особый режим (наряду с режимом эмпатии) эффективной работы любого фасилитатора (психотерапевта, консультанта, учителя, родителя).

С некоторой долей условности, а также принимая во внимание процессуальный характер анализируемых феноменов и разные степени их возможной выраженности, мы можем рассмотреть следующие комбинации. Терапевт может быть одновременно: конгруэнтным и эмпатичным (это возможно в том случае, когда в психотерапевте «все спокойно» и ничто не мешает ему концентрироваться на другом, на эмпатическом понимании этого другого); конгруэнтным и относительно неэмпатичным (когда собственные переживания терапевта оказываются настолько интенсивными и устойчивыми, что мешают ему концентрироваться на клиенте и его переживаниях); эмпатичным и относительно неконгруэнтным (часто именно отстранение от себя, отодвигание на второй план своих собственных эмоциональных содержаний, то есть определенная неконгруэнтность терапевта является важным условием активного эмпатического слушания). Конгруэнтность и эмпатичность — это не только разные психологические феномены, но и различные, как правило, чередующиеся, режимы профессиональной работы настоящего фасилитатора (см., например, Gordon, 1975). Именно поэтому, на наш взгляд, Роджерс не допускает их объединения, сведения друг к другу, различает их, не образует концептуальных «кентавров» типа «конгруэнтная эмпатия» или «эмпатическая конгруэнтность» (см. Орлов, Хазанова, 1993). Вплоть до настоящего времени в рамках человекоцентрированного подхода эмпатия, конгруэнтность и безусловное позитивное принятие другого рассматриваются как различные условия эффективного терапевтического процесса.

Главная задача психотерапевта, работающего в русле человекоцентрированного подхода, — создать особую атмосферу общения с клиентом, то есть: а) принимать его без каких-либо предварительных условий, таким, каков он есть; б) понимать клиента, не оценивая, но сопереживая ему, понимать его не умом, но сердцем; в) быть с клиентом, открыто и откровенно общаясь с ним, не скрываясь и не прячась от него за маской профессионала-эксперта. Только такое общение терапевтично. Именно оно актуализирует, стимулирует и усиливает — фасилитирует — позитивную природу (внутренний потенциал) человека, следствием и проявлением чего и оказывается собственно психотерапевтический эффект — психическое исцеление, оздоровление и развитие человека.

В практической работе человекоцентрированного психотерапевта и психолога-консультанта клиент находит внимательного, сочувствующего и деликатного собеседника, уделяющего особое внимание эмоциональным составляющим проблем клиента — переживаниям и чувствам. Гуманистическая человекоцентрированная психотерапия более, чем любая другая практика такого рода, заслуживает названия системы «внутренней работы», то есть работы человека с самим собой, совершаемой в пространстве собственного внутреннего мира (разумеется, при активном соучастии в этой работе психотерапевта). В этой связи становится понятным, почему именно эту разновидность психотерапевтической практики выбирают для себя клиенты, для которых их собственный субъективный, внутренний мир не менее важен, чем мир внешний, объективный, для которых характерна общая интровертированная установка и относительно высокие уровни сенситивности, вербального и общего интеллектуального развития.

Основные варианты терапевтической работы

Психотерапевтическая практика в русле человекоцентрированного подхода включает не только индивидуальную, но и *групповую работу* (например, «группы встречи» — разновидность групповой психологической работы в целях стимулирования личностного роста участников в атмосфере безусловного позитивного принятия, эмпатии и конгруэнтности (См. Петровская, 1982; Рудестам, 1990; Burton, 1969), не только вербальное, но и *невербальное самоисследование* (например, «экспрессивную человекоцентрированную психотерапию» — работу с клиентом средствами живописи, ваяния, танца, пения. См. Rogers N., 1993).

Группа встречи (encounter group) — особый вид групповой психологической работы, фокусирующейся не столько на групповом процессе как таковом и не столько на процессе развития навыков межличностных взаимодействий, сколько на поиске аутентичности (подлинности) и открытости в межличностных взаимоотношениях. Основным постулатом, на котором базируется группа встречи, состоит в том, что само качество межличностного общения зависит от внутриличностных отношений человека, то есть от его отношений к самому себе. Главные параметры межличностных взаимодействий в группе встречи — концентрация на чувствах и переживаниях, осознание самого себя, чувство ответственности, самораскрытие, фокусировка на происходящем «здесь и теперь».

Группа встречи в ее современном виде возникла на основе групповой психотерапевтической практики и концепций основной и открытой встречи, разработанных в 60-е годы Роджерсом и Шутцем. Концепция основной встречи базируется на вере в возможность позитивного конструктивного личностного роста в атмосфере безоценочного позитивного принятия, эмпатии и конгруэнтности (Rogers, 1972; Rogers, 1975). Концепция открытой встречи основывается на идее интеграции осознанных переживаний и телесных ощущений, других эмоционально заблокированных фрагментов индивидуального опыта и завершении незавершенных энергетических циклов (Schutz, 1973; Шутц, 1993).

Хотя группа встречи возникла как разновидность психотерапевтической группы, она используется в основном как форма групповой работы в целях стимулирования процессов личностного роста. Количество участников группы встречи варьирует от нескольких человек до нескольких сот человек. Вариантами группы встречи являются так называемые группы «диабазиса», группы «марафона», группы «анонимных алкоголиков» и группы «обнажения» (Рудестам, 1990).

В группе встречи ведущий, или фасилитатор, проявляет эмпатию (сочувствие) по отношению к переживаниям членов группы, не использует оценочных суждений, практикует самораскрытие, что способствует постепенному возникновению в группе атмосферы доверия. Создание и развитие данной атмосферы в группе способствует свободе исследования, осознания и выражения членами группы лично значимых фрагментов своего индивидуального опыта, своих мыслей и чувств. Отсутствуют, как правило, запланированные процедуры и упражнения, использующиеся в других (центрированных на лидере) видах групповой психологической работы для того, чтобы структурировать процессы групповой динамики, преодолеть сопротивление участников раскрытию личностных установок и включить в групповой процесс всех членов группы. Полноценное самораскрытие во взаимоотношениях членов группы возможно только после того, как группа приобретет определенный опыт и пройдет через основные этапы группового процесса: знакомство участников группы; ощущение фрустрации из-за отсутствия структуры; первые попытки самораскрытия и личностное сопротивление этому; описание прошлых, более безопасных событий и чувств; открытое выражение негативных переживаний; выражение любых переживаний, возникающих «здесь и теперь»; попытки исследования лично значимых тем и проявления самопринятия; основная встреча (см. Орлов, 1995). Основным акцентом в работе группы встречи делается на самоисследовании участников группы, поиске ими аутентичности, на искренности и открытости в выражении чувств и переживаний, благодаря чему постепенно складывается атмосфера принятия и самопринятия в общении, которая воспринимается участниками группового процесса как теплая, поддерживающая и лично безопасная. Все это помогает участникам групповой работы углубляться в собственный опыт, исследовать как позитивные, так и негативные его стороны, осознавать и принимать их. Опыт внеролевого общения ведет к нарушению конвенциональных коммуникативных стереотипов и, следовательно, к более непредвзятому и непосредственному восприятию, более глубокому и неискаженному пониманию членами группы самих себя. Перенос навыков и ценностей внеролевого общения, полученных в ходе тренинговых занятий, в сферу каждодневных коммуникаций является одним из внутренних психологических ресурсов

человека, его общей психологической культуры, эффекты которой проявляются прежде всего в обращении человека к новым сторонам личности его партнеров по общению, к новым способам и средствам самовыражения и рефлексии. В качестве типичных эффектов группы встречи можно указать следующие: расширяется сфера осознания человеком самого себя; появляется тенденция уделять своим отношениям с другими людьми столько же внимания, сколько содержанию общения; возникает стремление принимать нестандартные, творческие идеи партнеров по общению, а не реагировать на эти идеи как на угрозу; более вероятными оказываются конструктивные решения межличностных разногласий и проблем; повышается самооценка; усиливаются чувства эмпатии и близости по отношению к другим людям и окружающему миру в целом; изменения общения наблюдаются как в профессиональной сфере, так и в сфере отношений с близкими людьми — супругами, родителями, детьми, друзьями.

Группа встречи часто используется как средство при решении различных коммуникативных проблем, связанных с преодолением межкультурных (расовых, этнических, политических, межпоколенных, профессиональных) конфликтов (Rogers, 1986b; Rogers, 1987; Rogers N., 1993). Вместе с тем главная задача группы встречи состоит не в том, чтобы помочь человеку выжить в социуме и адаптироваться к нему, а в том, чтобы способствовать самоактуализации человека, созданию условий для преодоления им отстраненности и отчужденности от самого себя.

Экспрессивная человекоцентрированная психотерапия разработана дочерью Карла Роджерса Натали Роджерс (09. 10. 1928, Рочестер, штат Нью-Йорк) — известным американским психотерапевтом.

Н. Роджерс получила образование в университетах Де Поу, штат Индиана (степень бакалавра в 1948 году), Брэндейс, штат Массачусетс (степень магистра в 1960 году), Саммит, штат Луизиана (степень доктора философии в 1993 году). С 1974 года имеет частную психотерапевтическую практику в Калифорнии, работает также в качестве лицензированного психолога и психотерапевта в различных медицинских и учебных учреждениях Бостона, Кембриджа, Бруклина, Гонолулу. В периоде 1974 по 1995 год руководит различными тренинговыми программами для профессионалов по человекоцентрированной терапии, психотерапевтической работе с женщинами, человекоцентрированной экспрессивной терапии. В 1975-1980 годах вместе со своим отцом была инициатором и кофасилитатором международных профессиональных тренинговых программ в США, Европе и Японии. Основные этапы ее профессионального и личностного становления получили отражение в автобиографической монографии «Возникающая женщина: декада преобразований середины жизни», вышедшей к настоящему времени двумя изданиями (1980, 1989) и переведенной на пять языков. В 1984 году Н. Роджерс основала организацию «Ресурсы творчества и сознания» — кросс-культурное объединение исследователей творчества в целях обогащения жизни, укрепления мира, стимулирования духовного развития. Впоследствии данная организация была преобразована в Институт человекоцентрированной экспрессивной терапии (Сайта Роза, штат Калифорния), в котором Н. Роджерс продолжает работать по настоящее время в качестве ведущего сотрудника и тренера 400-часовой двухлетней программы для профессионалов по человекоцентрированной экспрессивной психотерапии. Н. Роджерс сочетает преподавательскую работу в различных учебных и исследовательских учреждениях штата Калифорния (Институт трансперсональной психологии, Университет Сан-Франциско, Университет Джона Ф. Кеннеди, Университет Сонома, Институт интегральных исследований) с практической работой в различных странах мира (в Германии, Греции, Мексике, России, Японии) в качестве руководителя групп, для которых главными при обсуждении являются проблемы творчества, ненасильственного решения конфликтов, личностной самоактуализации.

Как отмечает Н. Роджерс, ее подход к терапии основан на следующих ключевых принципах гуманистической психодинамической теории индивидуального и группового процесса:

- «Личностный рост имеет место в безопасном, поддерживающем окружении.
- Безопасное, поддерживающее окружение создается фасилитаторами (учителями, терапевтами, руководителями групп, родителями, коллегами), которые являются подлинными, теплыми, эмпатичными, открытыми, честными, конгруэнтными и заботливыми.
- Эти качества лучше всего осваиваются, если первоначально переживаются на собственном опыте.
- Отношения клиент-терапевт, учитель-учащийся, родитель-ребенок, жена-муж, партнер-партнер могут быть контекстом для проживания всех этих качеств.

- Личностная интеграция интеллектуального, эмоционального, телесного и духовного измерений происходит по мере рефлексии и выражения элементов этого жизненного опыта» (Rogers N., 1993, p. 8).

Данным принципам в полной мере отвечает психотерапевтическое кредо Н. Роджерс:

- «Я сознаю, что внутреннее путешествие может быть пугающим, веселым, утомительным предприятием.
- Я буду рядом с вами, но не буду назойливой.
- Я верю, что вы знаете, как позаботиться о себе. Я не буду нести ответственность за вас или же отбирать у вас вашу силу.
- Я не буду также покидать вас.
- Я буду уважать вас и ваши решения, которые вы принимаете для себя. Я верю в ваши способности.
- Я буду поддерживать и ободрять вас в вашем внутреннем путешествии.
- Я могу иногда быть вызовом для вас и вашей системы убеждений, но я всегда буду уважать вас и вашу правду.
- Я буду поощрять вас опробовать что-то новое, рисковать в неизвестном вашего внутреннего мира, но я никогда не буду подталкивать вас.
- Я буду предлагать вам средства экспрессивных искусств, чтобы помочь вам открыть вашу природную креативность и обнаружить вашу внутреннюю сущность. Вы свободны не пользоваться этими средствами.
- Иногда я буду высказывать свое мнение и давать вам обратную связь, но я всегда буду проверять, насколько она значима для вас.
- Я буду делать все, чтобы чтить мои и ваши границы.
- Я буду делиться с вами моими ценностями и убеждениями, так что вы будете знать, почему я говорю или делаю то, что я говорю и делаю.
- Я всегда открыта тому, чтобы учиться у вас.
- Я совершаю ошибки, делаю то, что мне не нравится, и иногда я ввожу в заблуждение. В таких случаях я признаюсь в этом. Я могу сказать: "Я виновата"» (Rogers N., 1993, p. 103-104).

Терапевтическая система, разработанная Н. Роджерс и в систематическом виде представленная в ее монографии «Творческая связь: целительная сила экспрессивных искусств» (1993), представляет собой синтез человекоцентрированного подхода с различными методами и техниками арт-терапии (Роджерс Н., 1990; Роджерс Н., 1995; Rogers N., 1993). Вместе с тем, как отмечает Н. Роджерс, «гуманистическая терапия на основе экспрессивных искусств отличается от аналитической или медицинской модели арт-терапии, в которой искусство используется для того, чтобы продиагностировать, проанализировать и "пролечить" людей» (Rogers N., 1993, p. 2). В русле человекоцентрированного подхода, напротив, эти искусства являются мощными средствами для обнаружения, проживания и принятия человеком неизвестных аспектов своего «я».

«Включая творческие искусства в мою терапевтическую практику, — пишет Н. Роджерс, — я использую термин "человекоцентрированная терапия на основе экспрессивных искусств" (person-centered expressive arts therapy)... Терапия на основе экспрессивных искусств использует различные искусства — движение, рисование, живопись, ваяние, музыку, литературное творчество, вокализацию и импровизацию — в условиях, обеспечивающих поддержку человека, и с целью стимулирования его личностного роста, развития и исцеления... Использовать искусства экспрессивно — это значит войти в наш внутренний мир для того, чтобы обнаружить находящиеся в нем переживания и затем выразить эти переживания посредством художественных форм, движения, звука, литературного творчества или драматизации» (Rogers N., 1993, p. 1-2). Таким образом, экспрессивные искусства используются в качестве невербальных языков, позволяющих человеку выражать элементы своего внутреннего мира, исследовать свой творческий потенциал, активизировать процессы самоисследования.

Исходные идеи человекоцентрированного подхода получают в психотерапевтической системе Н. Роджерс свое дальнейшее развитие. Безусловное позитивное принятие клиента находит свое выражение в акцентировании не столько продуктов экспрессивного творчества клиента, сколько самого процесса художественного творческого экспрессивного самовыражения. Эмпатическое понимание клиента налагает абсолютный запрет на какие-либо интерпретации психотерапевтом продукта и процесса

творчества, в фокусе внимания оказываются самоинтерпретации клиента («Что это для вас означает?»; «Что это вам говорит?»). Другими словами, столь характерное для традиционной арт-терапии толкование как средство понимания клиента уступает здесь место контекстуальному пониманию, сверкам пониманий (причем пониманий не только вербально-смысловых, но и кинестетических, визуальных, звуковых, тактильных) как средству фасилитации более объемного и целостного понимания клиентом самого себя. Конгруэнтность также оказывается уже не частичной, относящейся лишь к вербальному каналу выражения осознаваемых переживаний, но тотальной, охватывающей всю совокупность каналов или языков самовыражения.

Использование в терапевтическом процессе различных экспрессивных искусств создает особый феномен «творческой связи» (creative connection), заключающийся, по мнению Н. Роджерс, в усиливающемся взаимодействии экспрессивных искусств как языков самовыражения, во взаимном усилении терапевтических эффектов этих искусств, в движении экспрессивной психотерапевтической практики к внутреннему ядру (сущности или правде) человека, в обретении человеком целостности и внутренней связи со всеми живыми существами.

Основные идеи и принципы, воплощенные в психотерапевтической системе Н. Роджерс, можно сформулировать следующим образом: все люди обладают природной способностью к творчеству; творческий процесс исцеляет; исцеление достигается погружением в переживания; переживания являются тем туннелем, по которому мы должны пройти, чтобы обрести целостность; творческая связь экспрессивных искусств приближает человека к его внутреннему ядру, или сущности; существует связь между нашей сущностью и сущностью всех существ; на пути к собственной сущности или целостности человек обнаруживает свою связанность со всем миром.

Библиография

- Боуэн М. В. Б. (1992) Духовность и личностно-центрированный подход // Вопросы психологии. № 3-4.
- Гаврилова Т. П., Снегирева Т. В. (1989) К итогам работы в группах К. Роджерса и Р. Сэнфорд. Сообщение I. Принципы гуманистического общения и опыт освоения их в групповом взаимодействии // Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. № 2.
- Грининг Т. (1988) История и задачи гуманистической психологии // Вопросы психологии. № 4.
- Кан М. (1997) Между психотерапевтом и клиентом: Новые взаимоотношения. — СПб.: БСК.
- Менегетти А. (1992) Психология жизни. — СПб.: Роза Мира.
- Орлов А. Б., Хазанова М. А. (1993) Феномены эмпатии и конгруэнтности // Вопросы психологии. № 4.
- Орлов А. Б. (1995) Психология личности и сущности человека: Парадигмы, проекции, практики. — М.: Логос.
- Петровская Л. А. (1982) Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. — М.: Изд-во МГУ.
- Роджерс К. (1993) Эллен Вест и одиночество // Московский психотерапевтический журнал. № 3.
- Роджерс К. (1994) Взгляд на психотерапию. Становление человека. - М.: Прогресс-Универс.
- Роджерс Н. (1990) Творчество как усиление себя // Вопросы психологии. № 1,
- Роджерс Н. (1995) Путь к целостности: человекоцентрированная терапия на основе экспрессивных искусств // Вопросы психологии. № 1.
- Рудестам К. (1990) Групповая психотерапия. — М.: Прогресс.
- Сатир В. (1992) Как строить себя и свою семью. — М.: Педагогика-Пресс.
- Шутц В. (1993) Глубокая простота. — СПб.: Роза Мира.
- Aspy D. N., Roebuck F. N. (1988) Carl Rogers's contributions to education // Person-centered review. 3(1).
- Burton A. (1969) Encounter: theory and practice of encounter groups. — San Francisco.
- Combs A. W. (1988) Is there a future for humanistic or person-centered education? // Person-centered review. 3(1).
- Cormier W. H., Cormier L. S. (1991) Interviewing strategies for helpers. — Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Evans R. (1978) Carl Rogers: The Man and His Ideas. — N. Y.: E. P. Dutton.
- Gordon Th. (1975) Teacher's Effectiveness Training. — N. Y.: Peter H. Wyden.
- Kirschenbaum H. (1995) Carl Rogers // *Suhd M. M.* (Ed.) Positive regard: Carl Rogers and other notables he influenced. — Palo Alto.

- Kirschenbaum H., Henderson V. (Eds.) (1989) *The Carl Rogers reader*. — Boston: Houghton Mifflin Company.
- Merry T. (1990) *A guide to the person-centred approach*. — Loughton: Gale Centre Publications.
- Rogers C. (1942) *Counselling and psychotherapy: new concepts in practice*. — Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers C. (1951) *Client-centered therapy*. — Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers C. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // *J. of Consulting Psychology*. 21 (2).
- Rogers C. (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework // *Koch S. (Ed.) Psychology: A Study of a Science. Formulations of the Person and the Social Context*. — N. Y.: McGraw-Hill. Vol. 3, 184-256.
- Rogers C. (1961) *On becoming a person*. — Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers C. (1964) Toward a modern approach to values // *J. of Abnormal and Social Psychology*. 68.
- Rogers C. (1969) *Freedom to learn: a view of what education might become*. — Columbus, OH: Charles Merrill.
- Rogers C. (1972) *Becoming partners: marriage and its alternatives*. — N. Y.: Delacorte Press.
- Rogers C. (1972) The process of the basic encounter group. *Small group communication / Cathcart R. et al. (Eds.)* — N. Y.
- Rogers C. (1975) *On encounter groups*. — Harmondsworth: Penguin books.
- Rogers C. (1977) *Carl Rogers on personal power: inner strength and its revolutionary impact*. — N. Y.: Delacorte Press.
- Rogers C. (1980a) *A way of being*. — Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers C. (1980b) Client-centered psychotherapy // *Kaplan H. I., Sadock B. J. and Freedman A. M. (Eds.) Textbook of Psychiatry*, 3. — Baltimore: William and Wilkins Co.
- Rogers C. (1982) A psychologist looks at nuclear war // *J. of Humanistic Psychology*. 22 (4).
- Rogers C. (1983) *Freedom to learn for the 80's*. — Columbus, Toronto, London, Sydney: Charles E. Merrill Company, A Bell, Howell Company.
- Rogers C. (1986a) A Client-centered/Person-centered Approach to Therapy // *Kutash I., Wolf A. (Eds.) Psychotherapist's Casebook*. — Jossey-Bass, 197-208.
- Rogers C. (1986b) The Rust workshop // *J. of Humanistic Psychology*. 26 (3).
- Rogers C. (1987) Inside the world of Soviet professional // *J. of Humanistic Psychology*. 27 (3).
- Rogers C., Freiberg H. (1994) *Freedom to Learn*. 3-rd edition. — N. Y, Oxford, Singapore, Sydney: Maxwell Macmillan International.
- Rogers N. (1980) *Emerging woman. A decade of midlife transitions*. — Santa Rosa: Personal Press.
- Rogers N. (1993) *The Creative Connection: Expressive Arts as Healing*. — Palo Alto: Science, Behavior Books, Inc.
- Schutz W. (1973) *Elements of Encounter*. — N. Y.
- Shlien J. M. (1961) A client-centered approach to schizophrenia // *Burton A. (Ed.) Psychotherapy of the psychoses*. — N. Y: Basic Books.
- Tomlinson T. M., Whitney R. E. (1970) Values and strategy in client-centered therapy: A means to an end // *Hart J. H., Tomlinson T. M. (Eds.) New directions in client-centered therapy*. — Boston: Houghton Mifflin Company.
- Watkins J. G. (1978) *The therapeutic self*. — N. Y, London: Human Sciences Press.

Психодрама. И. Б. Гриншпун, Е. А. Морозова

Предварительное определение

Единого определения психодрамы не существует. В качестве предварительного определения мы предлагаем использовать то, которое дается в большинстве случаев (с некоторыми различиями формулировок): метод групповой психотерапии, предполагающий использование театрализованной (драматической) импровизации для исследования клиентом своего внутреннего мира, развития творческого потенциала и на этой основе продуктивного изменения отношения к бытию в различных его ипостасях (включая самоотношение) и расширения возможностей адекватного поведения и взаимодействия. Вместе с тем, давая подобные определения, многие авторы отмечают их недостаточность и, соответственно, условность (например, психодрама может быть ориентирована на

группу). Основные причины возникающих в этой области трудностей можно видеть в следующем. Во-первых, создатель психодрамы Я. Л. Морено рассматривал ее не только как психотерапевтический метод, но — на различных этапах своего творчества — как теологию, форму искусства, науку, философию жизни. П. Ф. М. Келлерман (Келлерман, 1998), подвергший проблему определения психодрамы специальному анализу, усматривает в этом непоследовательность Морено; мы же полагаем, что все эти аспекты, часто упускаемые из вида при рассмотрении психодрамы, чрезвычайно важны для понимания ее существа, и ниже постараемся это показать. Вторая трудность связана с тем, что не существует ясно сформулированной теории психодрамы. Собственно, Морено, по-видимому, и не ставил такой задачи, во всяком случае, если иметь в виду теории традиционного типа. Как многие психологи, ориентированные на экзистенциализм, Морено не выстраивает жесткой системы постулатов и правил работы с ними, введенные им термины явно метафоричны и, следовательно, допускают множественные толкования. (Сказанное не означает отсутствия теоретических представлений, в дальнейшем мы их рассмотрим; однако это означает возможность достаточно вольной их интерпретации и развития, что и происходит.) Еще одна сложность сопряжена с тем, что предложенная Морено терапевтическая система предполагает триединство социометрии, групповой психотерапии и психодрамы (об этом речь ниже), причем это триединство ряд авторов также называет психодрамой или психодраматической терапевтической системой. Естественный вопрос о том, возможно ли - и в какой мере — рассматривать психодраму отдельно от первых двух составляющих, не находит единого ответа. Если да, то психодраматист может не включать социометрию и групповую психотерапию в свою практику или включать по своему усмотрению на уровне локальных техник; если нет, то обязательна ориентация на работу со структурой группы и групповой динамикой. Соответственно, в качестве субъекта терапевтических изменений может выступать не *только* индивид (как в приведенном определении), но и группа. Мы не будем обсуждать иные трудности определения психодрамы — читатель может обратиться, в частности, к упомянутой работе Келлермана. Излагая ниже историю психодрамы, ее теоретические и методические аспекты, мы попытаемся прояснить существующее положение вещей. Отметим, что представления о том, что называть психодрамой, варьируют от требований приверженности философским, теологическим, психологическим, терапевтическим представлениям Морено (так называемой *классической психодраме*) до мнения о том, что психодрамой можно назвать любую практику разыгрывания ролей (Рудестам, 1998). Мы будем преимущественно говорить о классической психодраме.

История

История психодрамы в первую очередь связана с жизнью ее создателя, и своеобразие личности и жизненного пути Морено непосредственно отразилось на теории и практике его психотерапевтической системы. Необычность же его личности во многом связана с тем, что, подобно Андерсену, говорившему о сказке своей жизни, Морено мог бы сказать: игра моей жизни (игра в самом широком понимании этого слова).

Якоб Морено Леви (впоследствии Джекоб Леви Морено) родился 19 мая или 1889, или 1990, или 1992 года либо в Бухаресте, либо на судне, переправлявшемся через Средиземное море. Столь необычное начало биографии объясняется пристрастием Морено к розыгрышам и мистификациям; в разных источниках фигурируют различные даты, а легенда о рождении на судне, документально ничем не подтвержденная, также исходит от него.

Когда Морено исполнилось пять лет, семья переехала в Вену. В играх собственного детства Морено впоследствии видел источник будущей психодрамы. Знаменитый эпизод этих игр можно считать символическим. Однажды Морено вместе с соседскими детьми играл «в Бога». Сам Морено играл роль Бога и, восседая на горе из стульев, наблюдал «летающих и певших» вокруг него «ангелов» — приятелей, бегавших возле сложенного из стульев «рая». «Бог» попробовал взлететь вместе с «ангелами» и, упав, сломал руку. Однако вера в возможность стать Богом впоследствии не покидала Морено — смысл этого утверждения будет ясен в дальнейшем.

Начиная с 1909 года Морено (занимавшийся в то время философией) заинтересовался детскими играми уже в ином плане. Наблюдая за детскими играми в садах и парках Вены, Морено поразился тому, насколько полно дети отдаются процессу воплощения своих фантазий; с другой стороны, его внимание привлекло то, что в ходе развития игр сюжеты и роли начинают повторяться, «консервироваться» (будущая идея «культурных консервов» — продуктов культуры, которые, являясь итогом творчества, обретают стабильность и парадоксальным образом могут оказаться препятствием

творчеству). Интерес к детским играм был не пассивен — Морено начал сочинять и разыгрывать с детьми в жанре спонтанной драмы сказки на темы их жизни. Впоследствии в этой работе Морено видел истоки практики ролевой игры, прообраз театра импровизации.

В 1910-е годы Морено завершил высшее образование — сначала философское, затем медицинское. Как медик он перед Первой мировой войной работал с малолетними проститутками, организовав для них группы самопомощи. В этом видится начало групповой психотерапии (термин появился в 1932 году, приоритет в его создании обычно признается за Морено). В 1916 году Морено работал в лагере беженцев в Миттендорфе. Там он обратил внимание на то, что физическое здоровье обитателей того или иного барака зависит от специфики сложившихся между ними межличностных отношений. Тогда родилась социометрия (о ней подробнее ниже), признанная впоследствии теоретической и отчасти методической основой психодрамы. В связи с созданием социометрии Морено получил впоследствии признание как один из основателей микросоциологии, психологии малых групп, социальной психиатрии. С 1919 года, получив докторскую степень, Морено практиковал в Бад-Веслау.

Большую роль в жизни Морено занимало увлечение литературой. В возрасте около двадцати пяти лет он издал два поэтических сборника — «Завещание отца» и «Приглашение к встрече», причем издал анонимно по аналогии с Библией, у которой нет автора. В это же время, судя по наброскам его автобиографии, он чувствовал желание встать на путь религии, думая уйти в монастырь либо организовать секту. В монастырь он не ушел, так как видел в себе не отшельника, но борца. Секту организовал, но просуществовала она недолго. В 1920-е годы Морено занимался литературно-философским журналом «Даймон», где сотрудничали Ф. Кафка, М. Шелер, М. Бубер. Можно предполагать взаимовлияние — во всяком случае параллели в идеях Морено и Бубера иногда вполне очевидны.

В 1922 году Морено организовал «театр импровизации» (о нем ниже), функции которого постепенно становились психотерапевтическими. Театр этот явился прообразом психодрамы.

В 1925 году Морено эмигрировал в США. В 1936 году в Биконе он открыл оздоровительный центр со специально для проведения психодрамы построенным театром. Тогда же началось издание журналов и проведение семинаров, где обсуждалась не только психодрама, но и другие психотерапевтические подходы.

В конце 1940-х годов организована Американская ассоциация групповой психотерапии и психодрамы. Международные конгрессы по психодраме и социодраме проводятся с 1964 года.

В это же время Морено женится на Зерке Тоймен (с той поры она известна как Зерка Морено), внесшей огромный вклад в развитие психодрамы и продолжающей поныне дело своего мужа после его кончины в 1974 году.

Основные непсихологические источники, повлиявшие на психодраму

Психодрама и религия

Первоначально психодраматические идеи Морено развивались в рамках его духовных представлений, сопряженных с теологией и космологией. Эти идеи впоследствии сохраняются (во всяком случае у Морено и его апологетов), хотя и обретут более психологизированную форму. Современную ему религию, точнее, религиозную практику Морено критиковал за оторванность от человека. Она, по мнению Морено, обращает человека к результату божественного творения, а не к его процессу. Главное же, по Морено, — стремление к «встрече» с Богом тогда, когда Он пребывает в начале творения и творит. В этом плане основное для Морено понятие — «искра Божья», космический источник творчества. Спонтанность (это понятие подробнее обсудим позже) в этом аспекте означает активную причастность к божественному творчеству. В человеке живет желание быть Богом, обрести состояние, названное основателем психодрамы «Я-Бог». Я-Бог — третья стадия эволюции искры Божьей; первая — Он-Бог — воплощена в отделенном от людей Яхве Ветхого Завета, вторая — Ты-Бог — воплощена в Иисусе, богочеловеке, к которому можно «обратиться лично». Третья стадия — Я-Бог — еще предстоит; Морено полагал возможность ее начала с пробуждением креативности и спонтанности человека, призывая к «нормальной мегаломании».

В целом же Морено испытал влияние идей и образов, возникших в различных конфессиях. Библию Морено рассматривал как «психодраму Бога»; на него произвели неизгладимое впечатление призывы Иисуса к единству и любви, в Нагорной проповеди он видел пример одной из базовых техник психодрамы — «обмена ролями»; Будда для него воплощал принцип «здесь и теперь». Собственную

позицию Морено обозначил как «позитивную религию», предполагающую особое измерение личности — космодинамику, сопряженную с божественным творчеством.

Психодрама и философия

Философская позиция Морено эклектична. Легче отследить линии философского влияния, нежели сформулировать в систематизированном виде идеи самого Морено.

Прежде всего отметим влияние экзистенциализма, начиная с идеи его предтечи Серена Кьеркегора. Однако Морено ближе не «монологический» экзистенциализм Кьеркегора, а экзистенциализм «диалогический», ярко воплощенный Мартином Бубером, особенно в знаменитой работе «Я и Ты». Мы уже отмечали вероятное взаимовлияние Морено и Бубера; Г. Лейтц приводит примеры текстуальных совпадений, в частности в стихах того и другого. Единицы для обоих идея диалога между Богом и человеком, идея равнозначности Я и Ты как условия настоящей «встречи», размышления об опасности прагматического отношения к Богу как к идолу, обоснование необходимости одновременности встречи и обособленности. Наряду с этим большое впечатление на Морено произвели некоторые идеи Карла Маркса, в частности идея социальной сущности человека и идея отчуждения. Первая явилась основой концепции «социального атома» (об этом ниже), вторая проинтерпретирована Морено не в экономическом плане, а как утрата спонтанности. Отмечается также близость взглядов Морено представлениям Спинозы о многообразии единой Природы, идее Дильтея о понимании как метода наук о духе, позиции Джеймса относительно множественности аспектов реальности, многообразии и роли особого опыта, континууме космического сознания.

Психодрама и театр

Предшественником психодрамы был созданный Морено в 1920-е годы театр импровизации. Как отмечал Морено позднее, непосредственное влияние на него и в плане театра импровизации, и в плане собственно психодрамы оказала русская театральная школа, в особенности идеи К. С. Станиславского и М. Чехова. Из идей Станиславского близки Морено призыв следовать «истине страстей» (у Морено — принцип психологической правды в психодраме) и призыв идти от себя к роли, «поднимаясь до нее», ставя себя на место персонажей; при этом чувства, переживаемые актером, принадлежат только ему (аналогия в психодраме — проживание вовне своих чувств, в том числе при участии в чужой драме в качестве выбранного на какую-либо роль, то есть «вспомогательного "я"»). М. Чехов в центр внимания ставил сочетание техники игры со спонтанностью переживаний, понимая формулу Станиславского «идти от себя» как задачу найти себя в роли, воплотить в соответствующей форме собственное отношение к жизни. Ведущая роль при этом отводилась интуиции и «душевной технике» актера. Сам же театр импровизации исходил из традиции рождественского мистериального театра. Морено критиковал традиционный театр за ригидность ролей, заранее определенных пьесой или сценарием. Театр импровизации, основанный в 1922 году и не преследовавший поначалу терапевтических целей, предполагал собственно творение драмы и ее оформление по ходу действия. По ходу же действия создавались декорации, импровизировалась музыка, изготавливались маски, актеры общались спонтанно. Направленный терапевтический характер театр приобрел после того, как одной из актрис, страдавшей от домашних конфликтов, в которых она проявляла себя крайне агрессивно (а в театре она играла персонажей нежных и наивных), Морено предложил сыграть роль проститутки. Бурно отреагировав подавлявшиеся чувства на сцене, она стала в обыденной жизни спокойней и смогла наладить отношения в семье. В дальнейшем в театре импровизации шла работа, в частности, с супружескими парами (один из первых опытов семейной психотерапии), отыгрывались социальные, национальные, международные конфликты (прообраз будущей социодрамы).

Теоретико-психологические основы психодрамы

Как уже отмечалось, трудно говорить о развернутой, четко сформулированной целостной психологической теории, на которой базируется психодрама как метод. Келлерман говорит о влиянии на психодраму прагматизма, психоанализа, бихевиоризма, экзистенциалистской традиции в психологии и др.

С нашей точки зрения, собственную теоретическую базу психодрамы составляют три взаимосвязанные концепции Морено: теория ролей, теория спонтанности и социометрия.

Теория ролей

Отталкиваясь в 20-е годы от театральных представлений о роли (шекспировское «весь мир — театр») было исполнено для Морено символического смысла, свою психиатрию он называл шекспировской), Морено в дальнейшем разработал развернутую теорию ролей, вышедшую за пределы собственно театральной метафоры. Приведем несколько определений роли, данных Морено:

- Роль — это единица консервированного поведения.
- Роль — это единица синтетического опыта, куда вкраплены частные, социальные и культурные элементы.
- Роль — это форма функционирования, которую принимает индивид в определенный момент, реагируя на определенную ситуацию, в которую вовлечены другие лица или объекты.

Определения вызывают очевидные ассоциации из области бихевиоризма, за исключением второго, адресующегося к более широкой сфере опыта, который включает в себя не только внешние проявления, но и внутренние движения субъекта (переживания, отношения и др.) По сути, речь идет о позиции субъекта относительно бытия, что выражается, в частности, в предложенных Морено *ролевых категориях*. К первичным ролевым категориям относятся соматические, психические, социальные и трансцендентные роли. *Соматические* (психосоматические, соматопсихические) роли соотносятся с поведением человека как телесного существа (например, таковы роли «принимающего пищу», «осуществляющего половой акт», «сидящего на стуле»). *Психические* роли соотносятся со сферой интрапсихических состояний и процессов. Так, речь может идти о ролях «наслаждающегося», «страдающего», «задумавшегося», «растерянного» и др. Эти роли, как отмечает Лейтц (Лейтц, 1994), почти всегда выступают коррелятами других ролей, влияя при этом на характер их исполнения.

Социальные роли — это роли, в которых человек выступает в отношении других людей и социальных институтов (роли «друга», «брата», «рабочего», «начальника» и т. п.). Социальным ролям соответствуют ролевые статусы, для каждой из них характерна определенная стереотипность, поскольку они относительно независимы от исполнителя. Вместе с тем человек может в определенных границах отказываться от старых ролей и принимать новые, что в ряде случаев означает саморазвитие. Представление о *трансцендентных (интегративных)* ролях было введено Лейтц; оно соответствует убеждению Морено относительно включенности человека в отношения с Космосом и соотносится с высшими аспектами бытия, в частности с религиозными убеждениями, этикой, высшими чувствами, то есть с идеей о надындивидуальном бытии. Спектр ролей на этом уровне обширен: «любящий», «творящий», «сострадающий», «жертвующий собой»... В одном из примеров Лейтц такой ролью стала роль Христа, принятая Иисусом из Назарета (Лейтц, 1994). Зерка Морено (Морено З., 1998) предлагает несколько иную классификацию ролей: психосоматические, то есть относящиеся к душе и телу, психодраматические, или фантастические, и социокультурные.

В норме в каждый момент жизни (за исключением начальных стадий развития) человек выступает во всех названных ролях. Они взаимопроникают и определяют друг друга, хотя в конкретной ситуации некоторые могут быть более выражены, чем другие.

Роли могут *консервироваться*, то есть закрепляться в стереотипной форме (понятие «консервированная роль» относится к так называемым *вторичным* ролевым категориям, так как не обозначает самостоятельного вида ролей). Типичный, но не единственный пример консервированной роли — театральная роль, оставляющая (в традиционном театре) очень мало возможностей для ее спонтанного изменения, вплоть до абсолютной невозможности, например, в театре Но. Консервация ролей препятствует спонтанности; необходимо их обновление, что происходит в Игре, в том числе психодраматической.

Как явствует из вышеизложенного, понятие «роль» в теории психодрамы относится ко всем жизненным проявлениям. В связи с этим развитие человека видится как *ролевое развитие* (другой его аспект — социоэмоциональное развитие).

Рассмотрение стадий ролевого развития служит обоснованием важнейших техник психодрамы.

Стадии ролевого развития

1. Эмбриональная стадия (матрица органического развития). Первая и на этой стадии единственная роль человека — соматическая роль паразита в материнском теле. Ребенок и мать образуют органическое единство. Уже на этой стадии Морено видит детскую спонтанность, рассматривая рождение как достижение ребенком цели и не разделяя при этом распространенных пред-

ставлений о психотравмирующем характере появления на свет. В результате рождения соматическая паразитарная роль сменяется соматической ролью новорожденного.

2. Стадия «первой вселенной». Эта стадия включает две фазы. На фазе *вселенской идентичности* ребенок не различает себя и мир, равно как для него нет различия между психикой и сомой. В своей реальности ребенок тождествен с миром. Вместе с тем в отличие от предыдущей стадии ребенок вступает во взаимоотношения с миром, в частности с важнейшей его составляющей — матерью. Теперь мать и дитя образуют интеракциональное единство. В этих отношениях ребенок выступает в психосоматических ролях, самая очевидная из которых — роль воспринимающего пищу. Интеракции с матерью осуществляются благодаря процессам *разогрева* (активизации), которые разворачиваются в зонах интеракции, включающих на этой стадии определенные телесные элементы ребенка и матери (например, рот ребенка и сосок матери). Разогрев вызывает актуализацию ролей: детской роли сосущего молоко и материнской роли кормящей. В результате возникают взаимные ролевые ожидания. (Разогрев в терапевтическом процессе, бытийный аналог которого только что описан, будет рассмотрен ниже, при обсуждении процедур психодрамы.) В фазе *вселенской реальности* — во второй фазе первой вселенной — ребенок начинает различать и узнавать людей и предметы.

3. Вторая вселенная предполагает различие мира реальности и мира фантазии. В нормальном развитии эта дифференциация необходима (опасность представляет возможная фиксация на одном из этих миров). Такая дифференциация приводит к появлению ролей нового типа — психических и социальных (наряду с уже появившимися психосоматическими).

4. Третья вселенная (выделенная Лёйтц) соответствует уже обозначенным трансцендентным ролям. Речь идет о новом переживании единства с Космосом, но уже — в отличие от первой вселенной — в форме сознательной ему сопричастности.

Психологические проблемы человека с точки зрения теории ролей

Поскольку психодрама рассматривалась самим Морено не только в медицинском аспекте, но и в более широком, экзистенциальном, мы будем говорить о проблемах человека в широком смысле слова.

Психологические проблемы рассматриваются в рамках теории ролей как следствие а) особенностей ролевого развития; б) специфики ролевого репертуара; в) характера взаимоотношений между ролями.

Нормальное ролевое развитие предполагает последовательное продвижение от соматических ролей к трансцендентным; один из критериев здоровья зрелой личности — способность действовать одновременно на соматическом, психическом, социальном и трансцендентном ролевых уровнях. Соответственно нарушения ролевого развития проявляются а) в «выпадении» определенного промежуточного ролевого уровня; б) в застое ролевого развития; в) в частичной или полной ролевой регрессии. Поскольку, по Морено, личность образуется ролями («я» возникает из ролей, а не наоборот), первый вариант означает пробелы в определенных личностных сферах. Так, скачок с соматического уровня на социальный, минуя психический, означает психопатическое развитие с «пробелом» в сфере чувств; скачок с психического уровня на трансцендентный — шизоидное развитие с «пробелом» в сфере социальных отношений (Лёйтц, 1994).

Застой ролевого развития соответствует различной степени психического недоразвития или задержек развития.

При регрессивных тенденциях регрессия направлена к ближайшему уровню или действует скачкообразно. Например, переход с 4-го уровня на 3-й, по мнению Лёйтц, свидетельствует о невротической регрессии, с 3-го на 2-й — о психотической регрессии, с 4-го на 2-й — о возможной шизофренической регрессии, с 4-го на 1-й — об остром шизофреническом психозе.

С особенностями ролевого развития связана специфика ролевого репертуара. Центральным здесь выступает понятие *ролевого дефицита*, который может быть понят как отсутствие того или иного уровня ролей (при том, что возрастная норма их предусматривает): либо как недостаточность ролевого репертуара внутри определенного уровня, либо как недостаточная освоенность роли. *Первичный* ролевой дефицит связывается с наследственно детерминированными дефектами развития либо с задержками соматического, психосоциального и духовного развития, детерминированными прижизненно. *Вторичный* ролевой дефицит сопряжен с разнообразными факторами (биологическими или социальными), детерминирующими патологическую атрофию роли, утрату роли, составлявшей интегративную часть личности, недостаточность ролевого репертуара (например, в новой ситуации) или недостаточность освоения конкретной роли.

Проблемы, связанные со взаимоотношением между ролями, сопряжены с *ролевым конфликтом*. Различают конфликты инtrarолевой и интерролевой, интраперсональный и интерперсональный.

Инtrarолевой конфликт. По Морено, практически не существует ролей, не представляющих ролевой кластер, то есть не состоящих из нескольких ролей. Одни роли кластера остаются латентными в момент актуализации других, но оказывают на них влияние (так называемый «кластерный эффект»). При отвержении субъектом части ролевого кластера возникает инtrarолевой конфликт, который может становиться интрапсихическим (что в данном случае означает вовлечение сферы переживаний по поводу этого отвержения) и приводить к болезненным состояниям либо, не становясь интрапсихическим, иметь прямые социальные последствия.

Интерролевой конфликт предполагает наличие несовместимых или очень различных ролей. Типичный пример — амбивалентность или конфликт ценностей; возможна и ситуация двух или более в принципе не противоречащих друг другу чувств, ценностей и т. п., не могущих сосуществовать друг другу в силу неблагоприятных условий. По сути, интерролевой конфликт выступает как инtrarолевой по отношению к роли более высокой степени общности. Пример: роль любящего и роль конкурирующего по отношению к роли сына.

Интраперсональный конфликт предполагает, что в него вовлечены не только переживания настоящего, но и опыт прошлого, например, конфликт интернализированных в детстве несовместимых типов поведения в отношении одной и той же роли.

Интерперсональный ролевой конфликт разворачивается не ин-траиндивидуально, а в межличностном пространстве (конфликтны, например, роли доминирующих лидеров членов супружеской пары).

Теория спонтанности

С теорией ролей связаны представления Морено о спонтанности, креативности и действии. Эти понятия наряду с другими некоторые авторы рассматривают как основные понятия психодрамы. Впрочем, эти представления также не свободны от противоречий, что относится, в частности, к такому понятию, как «спонтанность».

С одной стороны, спонтанность выступает как психологический эквивалент упомянутого выше философско-теологического понятия «искра Божья», соотносясь, таким образом, с некоей благодатной космической силой (она выступает, в частности, в форме индивидуальной энергии, потенциально доступной чувственному восприятию и контролю). С другой стороны, спонтанность определяется Морено как адекватная реакция на новые условия или новая реакция на старые, то есть как некий конкретный акт, обладающий определенными характеристиками. В то же время Морено и его последователи указывают, что спонтанность может быть и неадекватной, в частности деструктивной (что противоречит предыдущему определению), то есть, по сути, речь идет о самопроизвольности как таковой. Так или иначе, спонтанность может быть по контексту рассмотрена как некоторый энергетический импульс, определяющий направление и специфику возможного поведения, либо как способность непосредственного следования этому импульсу. Спонтанность, по Морено, не накапливается и не сохраняется; она появляется, чтобы быть потраченной «здесь и теперь», уступив место следующим проявлениям. Спонтанность может находить себе выход либо подавляться. Последнее означает оскудение индивидуального бытия и обеднение личности («невроз креативности»); вместе с тем высвобождение спонтанности может приводить как к творчеству, так и к деструктивной активности. В этом плане цель психодраматической терапии — высвобождение спонтанности и ее одновременная «разумная интеграция в целостную структуру жизнедеятельности человека» (Лейтц, 1994). Морено описал независимые формы выражения спонтанности:

- драматическая форма (оживление уже состоявшихся действий, мыслей, чувств, слов);
- творческая форма (созидание новых идей, поведения, произведений и т. п.);
- оригинальная спонтанность (придание новой формы уже существующему);
- адекватная реакция (правильно выбранное по времени, форме, направленности и интенсивности поведение).

Высвобождению и контролю спонтанности можно научиться с помощью психодраматических техник.

Спонтанность — катализатор *креативности* (понимаемой как действенное творческое отношение к бытию в различных его ипостасях). Способность творить, по Морено, — фундаментальное человеческое свойство. Креативность отчетливо проявляется там, где спонтанность и действие

базируются на уже имеющихся или вновь рождающихся принципах формирования (Лёйтц, 1994). Психодрама разрабатывалась Морено как средство терапии уже упомянутого невроза креативности, то есть неблагоприятного состояния, связанного с застоем творческого отношения к бытию.

Творческий процесс воплощается в появлении того или иного материального или идеального продукта (в том числе роли; см. выше), который может обретать длительно сохраняющуюся форму, то есть консервироваться. (На уровне человечества речь идет о так называемых *культурных консервах* — продуктах культуры, фиксированных в форме произведений науки, искусства.) Консервы не содержат уже ни спонтанности, ни креативности; однако оживленные в индивидуальной жизни или в жизни новых поколений, они способны побуждать к творчеству, что осуществляется благодаря разогреву.

Следующее важное понятие — понятие *действия*. Так же, как спонтанность и креативность, действие — феномен космический; оно — признак материи в целом и живой материи в частности. Как способ человеческого поведения действие старше речевого общения. Глубокие же детские переживания возникают на доречевом уровне развития ребенка, на уровне первой вселенной, да и в целом действия находят лишь частичное речевое воплощение. Человек, по Морено, постоянно испытывает акциональный голод, заставляющий его искать ситуации возможного самовыражения; этот акциональный голод, выступая и как космический феномен, и как индивидуальная потребность, является предпосылкой нормального ролевого развития, заставляя человека принимать роли, исполнять роли и создавать новые. Вместе с тем акциональный голод может быть чрезмерен или, напротив, редуцирован, что препятствует креативному ролевому развитию. В этом плане психодрама оказывается *акциональным методом* — методом действенного проигрывания событий, не ограничиваясь, как многие другие, рациональной проработкой материала.

Социометрия

Социометрия — эмпирически разработанное Морено учение о межличностных отношениях. Истоки его, как уже говорилось, коренятся в опыте взаимодействия с беженцами в конце Первой мировой войны. Морено выделил две силы, действующие в отношениях между людьми, — *притяжение* и *отталкивание*, проявляющиеся как симпатия и антипатия. Для изучения действия этих сил в реальных группах был создан *социометрический тест*, целью работы с которым было выявление динамических глубинных социоэмоциональных структур (при этом понятия «притяжение» и «отталкивание» были трансформированы соответственно в «выбор» и «отвержение»). В общем виде социометрический тест предполагает осуществление каждым членом группы выборов и/или отвержений в отношении других членов группы по заданному критерию (критериям). Формы, в которых осуществляются выборы и отвержения, равно как и предлагаемые критерии, весьма разнообразны и диктуются конкретными особенностями групповой ситуации и целями работы. Важное условие такого тестирования — личностная заинтересованность каждого члена группы в познании и продуктивном изменении глубинной социоэмоциональной структуры, в которую он включен; тогда социометрическая процедура конструктивна, служит оптимизации системы отношений и личностному продвижению каждого члена группы, а заявленным выборам и отвержениям можно доверять. Социометрический тест может использоваться как собственно диагностическая процедура, и в этом качестве он получил значительное развитие в социальной психологии. В этом случае показателями выступает количество сделанных и полученных каждым участником и сделанных в целом внутри группы выборов и отвержений, их интенсивность, взаимность, устойчивость и др., что выражается так называемыми социометрическими индексами - индивидуальными и групповыми. Результатом социометрической диагностики обычно выступает социограмма — своего рода рентгеновский снимок группы, где в графической символической форме отображены отношения между членами группы — каждый член группы изображается символически (в традиционном варианте в зависимости от пола кружком или треугольником с обозначенным внутри именем или условным номером), а специфика отношений между членами группы выражается посредством соединительных линий различного типа. Практикуется как построение социограммы группы в целом, так и микрогрупп, а также индивидуальных социограмм, отображающих систему внутригрупповых отношений, связанных с одним из участников. Полученные данные составляют основу для терапевтической работы с социальными отношениями.

В то же время социометрическая процедура может быть непосредственно частью терапевтической работы, служа активизации чувств участников группы (то есть выступая в роли разогрева) либо — при соответствующей организации обратных связей и их обсуждения — в качестве особого опыта

переживаний, психодраматически прорабатываемых как таковые или как символизация отношений иного порядка — социальных и интрапсихических.

С социометрией связаны представления Морено о *социальном атоме*, определяемом как наименьший элемент структуры отношений. Центром социального атома выступает конкретный индивид, но, с точки зрения Морено, обособленный индивид — это социальная фикция; в социальный атом входят все отношения человека с окружающими, которые в определенный момент так или иначе с ним значимо связаны в эмоциональном, социальном, деловом, культурном плане. В социальный атом входят не все знакомые индивида (так называемый «объем знакомств»), а лишь те, кто в силу значимости отношений перешагнул «порог социального атома». В социальный атом входят также люди, связанные с индивидом желаемыми (но еще не реальными) отношениями; они образуют, так сказать, внешнюю оболочку вокруг ядерных отношений. Социальный атом изменчив — в нем могут появляться новые люди, а те или иные в силу различных обстоятельств могут исчезать; он способен к регенерации, то есть к восполнению потерь. Однако с возрастом или в связи с иными причинами компенсации могут затрудняться, а потери могут быть невосполнимы; тогда Морено говорит о *социальном умирании*, что может приводить к болезненным последствиям физического плана (вплоть до летального исхода). Взаимные выборы — это сцепление социальных атомов. Работа с социальным атомом строится на основе так называемого *социометрического перцептивного теста*, предполагающего, что индивид, символически обозначив лиц из своего социального атома, определяет по отношению к ним свои выборы и отвержения и предполагаемые выборы и отвержения со стороны каждого из них, символизируя тем самым воспринимаемое отношение к себе со стороны значимых других. Важным показателем (часто — признаком психического здоровья) выступает адекватность этих перцепций, проверяемая в большинстве случаев на основе собственно социометрического теста.

Упомянутые социозэмоциональные силы — притяжение и отталкивание — приводятся в действие отношениями трех типов, обозначаемых как перенос, вчувствование и теле.

Перенос в психодраме трактуется в смысле, близком к психоаналитическому, — как нереалистическое восприятие другого с позиций собственных бессознательных желаний, ожиданий, обусловленных предшествующим опытом отношений с другими людьми, особенно в раннем детстве. При переносе нет реального понимания другого; здесь нет Встречи.

Вчувствование (эмпатия) в психодраме рассматривается как воображаемое принятие роли другого. Выделяют два его компонента — когнитивный и эмоциональный, которые в оптимальном варианте находятся в равновесии, что дает возможность относительно полного и целостного видения реальности другого и, соответственно, адекватного поведения. Способность к эмпатии в психодраме развивается благодаря изображению других людей. Чем интенсивнее вчувствование, тем более роль другого воспринимается как часть себя самого. Вместе с тем вчувствование — односторонняя форма отношений.

Теле — двусторонний (или даже многосторонний) развернутый модус человеческих отношений, Встреча двух или нескольких людей, взаимовчувствование, взаимопроникновение, одновременное преодоление разделяющих психологических пространств. Теле предполагает адекватное видение другого; на нем может быть основано как взаимное притяжение (тогда взаимоотношения креативны), так и видение несовместимости.

Рассмотренные теоретические представления Морено дают основания для следующих обобщений, имеющих непосредственное отношение к практике психодраматической терапии.

1. Критерии психического здоровья (в полном, экзистенциальном смысле) — спонтанность и креативность, адекватность реагирования на ситуацию и способность к выработке новых адекватных средств реагирования, богатство и гармоничность ролевого репертуара, адекватность восприятия себя, других и отношения к себе со стороны других, взаимодействие с другими на основе вчувствования (эмпатии) и теле.

2. Соответственно основные задачи психодраматической терапии — высвобождение спонтанности, ее конструктивное направление, обогащение и гармонизация ролевого репертуара, проработка ролевых конфликтов различного типа с целью личностной интеграции.

3. Способ решения названных задач — особым образом организованное групповое терапевтическое действие, стержнем которого является ролевая игра в форме, близкой к театральной; группа выступает как развивающееся терапевтическое сообщество, движущееся в направлении взаимоотношений по типу теле. По ходу этой работы участники *проживают* ситуации; «консервы» (в частности, консервированные роли) становятся начальным материалом для творческого продвижения, обогащения

ролевого репертуара и оптимизации межличностных взаимодействий; возникающий катарсис (очищение) может рассматриваться не только как особое эмоциональное состояние, но и как освобождение от неадекватных экзистенциальных ограничений, налагаемых прошлым опытом («Каждый истинный Второй Раз есть освобождение от Первого»).

Психодрама как практика

Психодраматическая группа

Хотя психодраматические техники возможно применять и в индивидуальной работе, общепризнано, что они гораздо эффективнее в форме групповой терапии, что соответствует классическим психодраматическим принципам Морено, утверждавшего, что психодрама предполагает терапию в группе, посредством группы, для группы и терапию самой группы.

Оптимальное количество участников и состав психодраматической группы определяются прежде всего ее предназначением и адресатом.

Для собственно терапевтических групп обычно рекомендуется состав из 6—9 человек. Учебные группы и группы личностного роста могут включать большее количество участников — 8—15 (Рудестам, 1998), однако практика показывает, что возможна эффективная работа и с большими группами (до 20 человек) даже в классическом варианте; в неклассических же вариантах допускается работа и с большими залами, как, например, плэй-бэк театр (театр обратной связи). Часто указывается на целесообразность гетерогенного состава группы (по полу, возрасту, социальному статусу, характеру недугов и т. д.); впрочем, указывается и на ограничения в этом отношении, которые должны соотноситься с задачами психодраматической группы (например, психопатические личности могут нарушать групповую ситуацию, слишком большая разница в возрасте между отдельными членами может порождать специфические проблемы при межличностном общении, распределении ролей в группе и т. п.). В целом же гетерогенность дает возможность обогащения опыта каждого участника за счет исполнения разнообразных новых для него ролей и обеспечивает более полное и адекватное моделирование жизненных ситуаций и социума. В ряде же случаев определенная гомогенность группы определяется самим ее предназначением, например, в группах для наркотизирующихся подростков, матерей-одиночек и т. д.

Как правило, психодраматические группы собираются регулярно на протяжении некоторого времени, длительность которого, равно как частота встреч и продолжительность каждой встречи, определяется контрактом между участниками группы и ведущим. Практика здесь весьма разнообразна: возможны встречи на протяжении нескольких дней подряд и много реже; возможна однократная работа, после которой группа расформировывается (это нетипично, но может диктоваться конкретными задачами — например, учебно-демонстрационным характером занятия) или она может продолжаться годами; продолжительность каждой встречи, включающей один или несколько сеансов, может занимать от 30—40 минут (что также не слишком типично, но может определяться конкретными обстоятельствами, например, выделенным для подобных занятий часом учебного времени в учебных заведениях) до нескольких часов, вплоть до «марафона». Общие рекомендации в этом отношении затруднительны — слишком разнообразен может быть состав групп и их задачи; в большинстве случаев, тем не менее, встречи должны быть достаточно частыми, чтобы не терялось «групповое чувство» и не утрачивали актуальности переживания предыдущей встречи, их количество должно быть достаточным для того, чтобы группа получила возможность развития, а длительность каждой встречи должна обеспечивать условия для глубокой проработки индивидуальных и групповых проблем. Практика показывает, что при такой постановке вопроса целесообразны встречи не реже раза в неделю, каждая продолжительностью не менее полутора-двух часов для клиентских групп и несколько более для учебных, предполагающих, помимо клиентской работы, еще и аналитическую.

Психодраматические группы могут быть закрытыми и открытыми, то есть не допускать свободного выхода членов из группы и/или вхождения новых членов или допускать то либо другое. Это также определяется контрактом; специфика работы в обоих случаях во многом та же, что при других видах групповой психотерапии.

Участники группы руководствуются определенными предварительно оговоренными принципами, к которым относятся, в частности, принцип конфиденциальности (неразглашение за пределами группы того, что произошло во время встречи, — Морено даже применял специальную клятву, которую давал каждый новый член группы) и принцип безоценочных суждений, то есть принципы, сходные с теми, что применяются в любой форме гуманистической психотерапии. Желательно, чтобы члены группы

постепенно или сразу перешли к общению на «ты». Не приветствуется желание называться чужим именем, так как это препятствует Встрече.

Группа — развивающийся социальный организм, становящийся психотерапевтическим сообществом, в котором усиливается взаимная открытость и доверие; этому способствует регулярная психодраматическая проработка внутригрупповых проблем, соотносимая с особенностями групповой динамики, отслеживаемой ведущим на основе социометрии, наблюдений и рефлексии по этому поводу членов группы. В этом плане уместно говорить о степени терапевтической зрелости группы, в зависимости от которой строятся действия терапевта. Отметим при этом, что ориентации на работу с групповой динамикой, адекватной идеям Морено, придерживаются далеко не все психо-драматисты. Многие предпочитают работать в группе только с индивидуальными проблемами, игнорируя или почти игнорируя проработку групповых.

Основные элементы психодрамы

Морено выделял пять основных элементов психодрамы. К ним относятся протагонист, ведущий, вспомогательные (дополнительные) «я», зрители и сцена (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998).

Протагонист

Протагонист — это тот член группы, который на данном групповом занятии оказывается центральным субъектом психодраматического действия, выступая, по словам Морено, как драматург, режиссер и актер в одном лице. На протяжении всего занятия он исследует собственную личность и взаимоотношения. С помощью ведущего и других членов группы он на основе особых техник (см. ниже) осуществляет импровизационную постановку сцен собственного опыта, разнообразно проживая «здесь и теперь» сцены своей социальной и внутренней жизни, реальные или воображаемые, относящиеся к прошлому, настоящему или будущему; он получает возможность изменить свое понимание и отношение к себе, событиям и людям. Протагонист выступает в качестве клиента; терапевтом выступает ведущий. В психодраме, где в ряду основных ценностей называют спонтанность и творчество, протагонист обладает большой свободой: он вправе избирать тот психодраматический путь, который сочтет нужным, отказываться от предложений ведущего, назначать исполнителей на любые роли и менять назначаемых на роли членов группы. Его свобода ограничивается лишь некоторыми очевидными требованиями, например, при физическом взаимодействии с партнерами не причинять им боли (такая опасность может возникнуть в силу особого характера психодраматических переживаний).

Ведущий

Руководитель психодраматической группы называется ведущим. Он организует деятельность группы, управляя занятием, побуждая участников к исследованию своих психологических проблем, к игре, «определяя вместе с протагонистом направление процесса и создавая условия для постановки любой индивидуальной драмы» (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998, с. 26), помогая перевести чувства и мысли на язык сценического действия. На нем лежит ответственность за то, как протекает данное занятие и весь цикл занятий, он отвечает за всех членов группы. Функции, обязанности и основные задачи ведущего следующим образом удачно обобщены Д. Киппером (Киппер, 1993) (таблица приводится в сокращении).

Т а б л и ц а 1

Функции	Обязанности	Основные задачи
Терапевт	Обеспечение терапевтического содержания сеанса	Наблюдение Оценка Планирование
Режиссер	Введение, построение и поддержание метода ролевых игр	Разогрев Выбор сцен Завершение

Катализатор	Обеспечение терапевтического содержания сеанса посредством ролевых игр	Построение сцен Использование техник Использование вспомогательных лиц Моделирование и инструктирование
-------------	--	--

К личности ведущего предъявляется ряд требований. Сам Морено говорил о методической компетентности, искренности, открытости и мужестве, достаточном, чтобы справляться с непредвиденными ситуациями, о творческой фантазии и гибкости. По его словам, ведущий должен быть самым спонтанным человеком в группе. П. Холмс и М. Карп, обсуждая спонтанность ведущего и его задачу воодушевлять других, указывают на то, что ведущий должен:

- иметь твердый и оптимистичный взгляд на потенциал группы;
- быть уверенным в себе и создавать ощущение, что в группе происходят какие-то позитивные изменения;
- творить моменты, когда все становится возможным: ведущий должен быть в состоянии создать атмосферу волшебного творчества,
- создавать атмосферу, в которой неизвестное, непроговоренное, нерожденное, неслучившееся оказывается столь же важным, как и все, что в жизни произошло;
- обладать подлинным ощущением игры, удовольствия, свежести и уметь воплощать и юмор, и пафос;
- знать изначальные идеи, мечты и фантазии Морено и быть способным воплотить их в действии;
- иметь склонность к риску; уметь оказывать поддержку, стимулировать, а иногда и провоцировать клиента на терапевтическую работу;
- уметь индуцировать в других ощущение спонтанности и творческого полета, которые приводят к личностным изменениям (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998, с. 19-20).

Иногда ведущих двое — ведущий и со-ведущий (ассистент). Они заключают между собой контракт относительно распределения ролей и в зависимости от него по очереди работают с группой или с различными частями группы либо, прервав действие, совещаются относительно дальнейшего.

Вспомогательное «я»

Вспомогательное «я» (партнер, вспомогательное лицо) - член группы, избранный протагонистом для исполнения той или иной роли (в том числе, быть может, роли самого протагониста) в его драме. З. Морено говорит о пяти основных функциях вспомогательных «я»:

- войти в роль, нужную протагонисту, будь то иллюзия, галлюцинация, животное, предмет, идея или ценность, голос, часть тела, дублирование частей личности протагониста;
- следовать восприятию протагониста, по крайней мере вначале;
- понимать природу взаимодействия между протагонистом и своей ролью;
- понимать взаимодействия и отношения и, по возможности, выносить их на сцену;
- вести пациента к более удовлетворительным отношениям и взаимодействиям (Морено З., 1998, с. 268).

С точки зрения Лейтц (Лейтц, 1994), вспомогательные «я» выполняют тройную задачу. Во-первых, они изображают реальных или воображаемых лиц, имеющих отношение к протагонисту, и становятся носителями его переносов и проекций (а играя самого протагониста, они становятся представителями его «я»); во-вторых, они являются посредниками между ведущим и протагонистом, оказывая помощь тому и другому и выступая в известном смысле как ко-терапевты (в некоторых случаях возможно задействование специально подготовленных ассистентов, выступающих в роли вспомогательных «я»). В-третьих, они выполняют социотерапевтическую функцию.

Вспомогательные «я» в своих действиях спонтанны, однако, как уже указывалось, первоначально следуют тому, чем наделил их протагонист; в дальнейшем же их спонтанность может либо поощряться протагонистом и ведущим, либо ограничиваться тем или другим; первым, если это противоречит его видению ситуации и он не готов к ее включению в свою драму, вторым, если он усматривает в ее

проявлениях в конкретном случае опасность для терапевтического процесса; драма всегда строится в интересах протагониста.

Желательно, чтобы каждое вспомогательное «я» играло в драме только одну роль; на практике, однако, возможно исполнение и нескольких ролей; новая роль может возникнуть при переходе к новой сцене или просто в связи с недостатком исполнителей.

Зрители

Зрители — те члены группы, которые на данном занятии не принимают непосредственного участия в драме в качестве исполнителей ролей. Они находятся за пределами пространства сценического действия и выступают в качестве аудитории, реагируя на происходящее на сцене, однако иногда с разрешения или по инициативе ведущего могут участвовать в дублировании (см. ниже о техниках психодрамы).

Сцена

Сцена — пространство, на котором разворачивается сценическое действие. В простых вариантах это пространство обозначается внутри круга (этот вариант используется нечасто, так как возникает смешение группового и сценического пространства) или образуется размыканием первоначального группового круга в полукруг, благодаря чему очерчивается условная граница развертывания психодраматического действия. (Конкретное расположение этого пространства определяется, как правило, по желанию протагониста.) Возможны, впрочем, и иные варианты, например, использование реальной сцены, если группа работает в залах наподобие театральных (например, в актовом зале школы) или в специально подготовленных для этого помещениях, как это было у самого Морено в терапевтическом театре в Биконе, где сцена не просто наличествовала, но представляла собой трехъярусную конструкцию (каждый ярус имел округлую форму) с полукруглым балконом над ней; различные этапы работы ведущего с протагонистом происходили на различных ярусах (на первом ярусе происходило вхождение в само пространство психодрамы, на втором — разогревающая беседа, на третьем же, имевшем диаметр четыре метра, происходило само психодраматическое действие). В целом речь идет о некоем пространстве, достаточно просторном для осуществления перемещений и взаимодействий и свободном от предметов, которые могут им помешать. Предметы могут вводиться на сцену по ходу действия по инициативе протагониста или по предложению ведущего, выступая как в своем непосредственном качестве, так и символически. В качестве простейшего реквизита используются стулья, верхняя одежда участников, любой доступный материал; помимо этого, психодраматист может использовать специально подготовленные полосы разноцветной материи, грим, краски, пластилин, бумагу — вообще все, что сочтет возможным и целесообразным на той или иной фазе психодраматического процесса.

Основные виды психодрамы

Различают *психодраму, центрированную на протагонисте*, и *психодраму, центрированную на группе*.

Психодрама, центрированная на протагонисте, предполагает, что групповая работа ориентирована на его проблемы; с помощью ведущего и партнеров он, выступая как главное действующее лицо, исследует свой внутренний мир или отношения за пределами группы. Этот вид психодрамы в целом наиболее типичен, и дальнейшее описание будет строиться преимущественно относительно него. Психодрама, центрированная на протагонисте, может быть интрапсихической (ориентированной на его внутренние конфликты и предполагающей работу с чувствами, субличностями, идеями и пр.) либо интерпсихической (ориентированной на проработку межличностных отношений за пределами группы).

Психодрама, центрированная на группе, ориентирована на проработку межличностных отношений в группе, то есть на работу с групповой динамикой. Базой для такой работы является социометрия. Психодрама такого рода может определяться актуальным состоянием группы «здесь и теперь», то есть спонтанными конфликтными проявлениями или запросами на прояснение внутригрупповых отношений на первой стадии психодраматического процесса — при разогреве (см. ниже), либо планироваться ведущим, считающим важной проработку групповых проблем на данной стадии развития группы и в этом случае организующим соответствующий разогрев, например, в форме социометрического тестирования.

Кроме того, говорят о психодраме, центрированной на теме, предполагающей, что в отсутствие актуального внутригруппового конфликта или протагониста возможна работа с общей для всех членов

группы темой. В этом случае участники в предложенной ведущим форме (например, в форме виньеток, то есть постановки небольших сценических эпизодов) поочередно работают с данной темой, привлекая других.

Основные фазы психодрамы

В классической психодраме описываются три стадии: разогрев (разминка), собственно действие (игра) и обмен чувствами или шеринг (от английского *to share* — делиться). Морено говорил также о четвертой стадии — анализе, который предполагался как ориентированное на познание дополнение к стадии обмена чувствами, включающее рассмотрение точности ролевой игры, интерпретацию и т. п. Вместе с тем Морено эту стадию специально не описывал, в связи с чем чаще всего рассматриваются три названные стадии. В качестве особой стадии иногда рассматривается *процесс-анализ* (анализ хода терапевтического процесса, действий ведущего, групповых и индивидуальных событий, возможных вариантов и направлений движения); он считается обязательным в работе учебных психодраматических групп и по усмотрению ведущего может включаться в работу терапевтических групп и групп личностного роста, хотя в целом это не считается обязательным. Кроме того, говорят об особой процедуре *деролинга*, то есть снятия ролей со вспомогательных «я», иногда выделяя эту процедуру в особую стадию, хотя по поводу порядка ее следования относительно шеринга нет единого мнения. Мы рассмотрим три классические стадии, ориентируясь, как уже было сказано, на психодраму, центрированную на протагонисте.

Разогрев

Разогрев может быть определен как процесс активизации членов группы для участия в предстоящем действии. Как уже говорилось, Морено полагал такие процессы необходимыми для совершения любого действия и вне терапевтической работы (начиная с интеракций младенца с матерью). П. Холмс (Холмс, 1997) выделяет следующие основные функции разогрева в психодраматической группе:

- он способствует возникновению спонтанности и творческой активности участников группы;
- он облегчает общение между участниками, усиливая чувство доверия и групповую сплоченность (К. Рудестам обращает, в частности, особое внимание на преодоление членами группы страха показаться наивными, неинтересными, беспокойство по поводу актерских способностей и др.);
- он помогает членам группы сконцентрировать свое внимание на личностных проблемах, с которыми они хотели бы поработать на предстоящем занятии.

Длительность, темп и интенсивность разогрева зависят от многих факторов: от того, насколько знакомы между собой участники группы, от особенностей групповой динамики в целом и состояния взаимоотношений на данный момент, от физического и психического состояния участников группы, зрелости группы, силы сопротивления и др.

По Морено, процесс разогрева (не только в психодраме, но в целом) приводится в действие физическими или душевными *стартерами*. К физическим стартерам относят движения различного типа (ходьба, бег, танцы, дыхание, пение и т. п.), к душевным — различные переживания, образы, побуждения, интеракции и т. п. Стартеры того и другого типа могут побуждать как физические, так и душевные явления. В психодраме разогрев предполагает некоторые организуемые ведущим события, служащие «запуску» активности его самого и членов группы.

Разогрев ведущего. Ведущий должен быть достаточно разогрет, чтобы выстраивать свои действия, адекватно и гибко реагируя на происходящее в группе и — конкретно во время драматического действия — с протагонистом, вспомогательными «я» и аудиторией. Следовательно, началу работы с группой должен предшествовать разогрев ведущего. Он может осуществляться в различной форме, включая физическую активизацию посредством легкой разминки, воспоминания о событиях предшествующей встречи, представления образов участников группы, мысленных разговоров с ними; он продолжается во время предваряющих работу взаимодействий с участниками (например, во время приветствий), а в дальнейшем — одновременно с разогревом группы.

Разогрев группы. Начальные моменты разогрева группы заключены уже в первых моментах занятия, когда участники группы сидят в кругу и ведущий обращается с просьбой к каждому рассказать (или сообщить в иной, предложенной ведущим форме) о своем состоянии и ожиданиях от занятия. Уже на этом этапе могут выявиться потенциальные протагонисты, либо непосредственно заявляющие о своем желании выступить в этой роли, либо отмечаемые про себя ведущим по косвенным признакам.

Затем включается разогрев на основе избранных ведущим техник. Техники разогрева разнообразны; здесь открывается широкое поле для творчества ведущего. Они могут быть первоначально ориентированы на повышение физической активности участников в индивидуальной форме или в форме физических взаимодействий (телесно ориентированные упражнения, игры, танцы и пр.), на интрапсихическую сферу (представление, воспоминание, осознание и предъявление эмоционального состояния и т. п.), интерпсихическую сферу (прояснение отношений, в том числе с возможным использованием социометрии, разговоры и т. п.); возможен последующий переход к комбинированным действиям различной сложности (например, постановка небольших сцен всей группой или в подгруппах, импровизации на заданную тему, этюды по типу актерских, групповое сочинение и разыгрывание историй и т. п.). Разогрев может быть *общим* в том смысле, что целью его является общая активизация участников группы, либо *тематическим*, призванным актуализировать переживания определенного типа, важные, с точки зрения ведущего, на данном этапе группового развития, соотносимые с тематикой предыдущей встречи или по каким-либо иным соображениям; разогрев может быть ориентирован на группу в целом либо (несмотря на то, что в нем задействована вся группа) неявно ориентирован по содержанию и интенсивности на отдельных членов группы, заранее определенных ведущим как потенциальные протагонисты.

Чаще всего в результате разогрева выявляются потенциальные протагонисты (несколько или один), которые в кругу, куда члены группы возвращаются после разогрева, выражают желание выступить в этой роли вербально или по просьбе ведущего выдвигаясь ближе к центру круга (часто то и другое). Если претендентов на роль протагониста несколько, осуществляется *выбор протагониста*. Как правило, при этом каждый потенциальный протагонист по просьбе ведущего кратко обозначает тему, с которой хотел бы работать; выбор протагониста может осуществлять группа (каждый член группы в предложенной ведущим форме выражает поддержку одному из потенциальных протагонистов, и тот избирается социометрически «большинством голосов»), либо потенциальные протагонисты решают это между собой, либо (что реже) выбор осуществляет ведущий, но во всех случаях необходимо, чтобы группа высказала протагонисту поддержку. В подобной ситуации неизбежно определенное разочарование несостоявшихся протагонистов, которое, однако, при терапевтической зрелости группы не скажется принципиально негативным образом на дальнейшей работе в силу понимания участниками группы принципов психодраматической работы и ценности проживания любого опыта, в том числе в ходе исполнения роли в чужой драме или в качестве зрителя. Помимо того, что эти члены группы имеют возможность отреагировать свои чувства на том же занятии в роли вспомогательного «я» (принцип правды чувства) и во время шеринга, они имеют возможность предъявить свои проблемы — те же или иные, — став протагонистами на следующих занятиях. Если же подобные события вызывают осложнения межличностных отношений (явный или скрытый деструктивный конфликт), они в определенный момент по инициативе самих членов группы или ведущего могут стать предметом психодраматической проработки. По мере продолжения работы на последующих занятиях могут выявиться члены группы, реже других выдвигающиеся на роль протагониста или не выдвигающиеся вообще, или выдвигающиеся, но почти либо совсем не избираемые; по усмотрению ведущего это также может быть материалом для проработки.

Разогрев протагониста. Выдвижение члена группы на роль протагониста не означает, что он оптимально разогрет; по усмотрению ведущего осуществляется дополнительный разогрев протагониста или, напротив, его «охлаждение», если он разогрет настолько, что аффективное состояние мешает построению психодраматического действия. В любом случае проводится дополнительная работа с протагонистом, завершающаяся уточнением проблемы, с которой тот хотел бы работать.

Психодраматическое действие

Стадия психодраматического действия обычно начинается с того, что ведущий просит протагониста определить сценическое пространство и приглашает его на сцену. Далее, уже в этом пространстве, он еще раз уточняет с протагонистом тему (протагонист определяет ее несколько более развернуто — фокусировка проблемы) и ожидания протагониста от работы, то есть заключается контракт. Отметим, что по ходу работы контракт может открыто или неявно меняться; например, проблема, которая виделась протагонисту как межличностная, может в действительности, как это выявится по ходу действия, оказаться внутриличностной, и, соответственно, запрос на прояснение реальных отношений может стать формулируемым или неформулируемым запросом на работу с внутренним конфликтом;

переформулирование контракта по инициативе протагониста или ведущего либо фиксируется по ходу работы, либо констатируется на заключительной фазе.

Вслед за фокусировкой проблемы протагонисту предлагают вспомнить ситуацию из собственного опыта, с ней соотносимую. Чаще всего это оказывается реальная ситуация из недавнего прошлого, но это может быть сон, фантазия, литературная ассоциация или что-то еще — протагонист волен в этом отношении, как, впрочем, и во всех остальных. После краткого обозначения ситуации или по ходу рассказа о ней протагониста просят приступить к ее постановке. Для этого он при помощи условного реквизита организует пространство, воссоздавая значимые элементы ситуации (это может быть, например, комната, в которой происходят события, и ее обстановка) и вводит действующих лиц (которыми могут быть не только люди, но и животные, вещи, чувства, фантастические персонажи и вообще что угодно в зависимости от содержания сцены), назначая по мере возникновения ролей их исполнителей из числа членов группы, находящихся вне сценического пространства (вспомогательные «я»). В своем выборе протагонист не должен непременно руководствоваться соображениями относительно идентичности пола, внешнего сходства и т.д.; выбор осуществляется интуитивно, часто на основе теле. Равным образом его не должна заботить мысль о том, что избираемый на ту или иную роль может быть обижен выбором. Обычно первоначально избирается член группы, предназначенный для исполнения роли самого протагониста; часто его называют двойником или дублем. Как правило, он вводится в действие не сразу, а с согласия протагониста приглашается ведущим на сцену при необходимости, в частности, при работе в технике «зеркала» (см. ниже), хотя может так и не принять участия в действии. Остальные вспомогательные «я» вводятся на сцену по мере назначения на роли, взаимодействуя с протагонистом и друг с другом на основе предлагаемых ведущим техник, о которых будет рассказано ниже. Протагонист при помощи ведущего и вспомогательных «я» осуществляет постановку сцены, наделяя персонажи словами и действиями или позволяя вспомогательным «я» действовать спонтанно, или комбинируя то и другое.

Уже при постановке первой сцены у хорошо разогретого протагониста может возникнуть инсайт; в этом случае по согласию между протагонистом и ведущим драматическое действие может завершиться, и процесс переходит на заключительную стадию шеринга. Чаще, однако, первая сцена, порождая новые чувства и ассоциации, приводит к постановке следующей сцены, в ходе чего осуществляется углубление и обогащение чувств и отношений протагониста. В классической психодраме такой следующей сценой обычно бывает сцена из отдаленного прошлого протагониста (вспомнить такую сцену просит ведущий или она возникает у протагониста спонтанно), чаще всего из детства; считается, что, прорабатывая детские истоки нынешних чувств и отношений, протагонист тоньше и глубже понимает их природу. Как отмечает Холмс (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998), каждая сцена драмы должна соответствовать всплывающим в памяти протагониста эпизодам его прошлого. Не имеет значения при этом, воспроизводит ли та или иная сцена реальные события и характеры прошлого. В психодраме мы имеем дело с «дополнительной реальностью» и не с реальными героями, а с интроектами (Лейтц, 1994). Кроме того, драма может перейти в пространство так называемой «сверхреальности», то есть в пространство заведомо невозможных в прошлом или будущем отношений и событий (например, новорожденный может разговаривать с матерью, возможна беседа с оставившим мир человеком и т. п.).

В этом странствии по своему прошлому возможно обнаружение базовой сцены, где произошла психическая травма, связанная с заявленной проблемой. На этом этапе вероятен катарсис (не обязательно бурно протекающий и вообще, вопреки широко распространенному мнению, не обязательный, хотя, несомненно, его возникновение имеет сильный терапевтический эффект и оттого желательно) и инсайт, то есть действие достигает своего пика. После этого возможно возвращение к исходной сцене; изменившееся отношение к ситуации позволяет, если это необходимо, осуществить психодраматическое изменение настоящего (в сценической реальности) и опробовать возможные до того не видевшиеся способы поведения и стили отношений в будущем (так называемый «ролевой тренинг» в случае интерпсихической драмы и проработка отношений между протагонистом и его субличностью или чувствами в случае интрапсихической драмы).

Психодраматическое действие не обязательно подчинено описанной схеме, хотя она широко используется. Его построение во многом определяется спонтанностью протагониста, ведущего и вспомогательных «я»; предварительные сценарии - в прямом смысле этого слова — отсутствуют. Некоторые моменты построения действия прояснятся ниже, при рассмотрении психодраматических техник.

В зависимости от индивидуального стиля ведущего, особенностей протагониста, его опыта и специфики заявленной им темы и протекания драмы взаимодействие между ведущим и протагонистом может быть различным. Так, ведущий может быть инициатором происходящих событий, активно предлагающим протагонисту направления и способы продвижения, либо может следовать за протагонистом; он может работать в непосредственной близости к протагонисту или на дистанции; вступать с ним в контакт «лицом к лицу» или находиться за его спиной и т. д.

Шеринг

Термин «шеринг» используется различными авторами в несколько разных значениях. В широком смысле он употребляется для обозначения всей завершающей стадии психодраматической процедуры (Психотерапевтическая энциклопедия, 1998); в узком смысле — для обозначения одного из элементов завершающей стадии, содержащей «непосредственное постпсиходраматическое сопереживание с протагонистом» (Лейтц, 1994), выражение членами группы близости и сочувствия протагонисту в непосредственной вербальной или невербальной форме или на основе идентификаций. Мы будем говорить о шеринге в широком смысле.

После завершения действия члены психодраматической группы садятся в круг (то есть события происходят в групповом пространстве) и приступают к завершающей стадии психодрамы, в общем обозначаемой как шеринг. На этой стадии присутствующие делятся друг с другом переживаниями и ассоциациями, возникшими по ходу драмы. Важным условием является отсутствие интерпретаций того, что было продемонстрировано протагонистом во время драматического действия, его проблем и способов подхода к ним; в противном случае протагонист, воспринимающий это как попытку судить его, теряет контакт с группой. Шеринг преследует несколько целей. Во-первых, протагонист, вернувшись в пространство групповых отношений, должен выйти из роли, сыгранной на сцене (равно как и вспомогательные «я»). Во-вторых, он должен, включаясь в процесс обмена чувствами и ассоциациями, ощутить, что его проблема эмоционально разделяется другими и, следовательно, не является только его проблемой, а он не уникален в своих переживаниях. В-третьих, групповая поддержка позволяет ему войти в состояние эмоциональной стабильности, способствующее самопринятию и возможности смотреть в будущее (Киппер, 1993). В-четвертых, полученные протагонистом обратные связи помогают ему увидеть проблему глубже и объемней, соотнося ее с чужим опытом переживаний. В-пятых, в процессе шеринга протагонист децентрируется, сочувствуя другим в их переживаниях. В-шестых, члены группы имеют возможность отреагировать собственные — иногда очень тягостные — чувства, возникшие по ходу исполнения ролей в драме или в позиции зрителя. Наконец, шеринг способствует углублению видения и чувствования членами группы друг друга, их взаимоприятию и групповой сплоченности. В связи со сказанным шеринг часто обозначается как стадия интеграции (Рудестам, 1998).

Шеринг предполагает несколько процедур; различают *шеринг из ролей* (ролевая обратная связь) и *шеринг «от себя»* (идентификационная обратная связь); первый, как правило, предшествует второму.

Шеринг из ролей предполагает, что члены группы, выступавшие как вспомогательные «я», поочередно описывают чувства, возникавшие у них при исполнении ролей: тех, на которые их назначил протагонист, и в роли самого протагониста при обмене ролями; равным образом протагонист делится своими переживаниями в тех ролях, которые он играл. Подобная процедура позволяет протагонисту прояснить скрытые от него возможные аспекты ситуации и реальности чувств прототипов участвовавших в сценах персонажей. При шеринге из ролей часто возникает раздвоение описаний на то, что участник испытывал непосредственно в роли, то есть выступая в лице того или иного персонажа (например, «Как твоя мать, я чувствовал раздражение»), и на то, что он испытывал по отношению к этой роли («Мне было очень тяжело играть твою мать»). Последнее, по сути, означает нечто промежуточное между шерингом из ролей и шерингом «от себя».

Шеринг из ролей целесообразно завершать *деролингом*, то есть символическим снятием ролей со вспомогательных «я». Деролинг осуществляет протагонист, поочередно подходя к вспомогательным «я» и произнося примерно следующее: «Ты больше не... (называется роль), ты... (называется реальное имя члена группы)». Считается, что эта процедура важна, так как позволяет членам группы «освободиться» от ролей, выступая в дальнейшем «от себя» и не неся остатков ролевых переживаний, часто тягостных, во внегрупповое пространство.

Шеринг «от себя» предполагает обмен чувствами, которые члены группы испытывали, идентифицируясь с протагонистом или с кем-то из персонажей его драмы, а также воспоминаниями из

собственного опыта, возникшими по ассоциации с драмой, и чувствами по поводу этих ситуаций. На этом этапе возможность поделиться чувствами получают и те члены группы, которые не принимали непосредственного участия в действии, выступая в роли зрителей (иногда рекомендуют начинать шеринг «от себя» именно с них). О значении этой процедуры сказано выше. Кроме того, шеринг «от себя» предполагает выражение чувств по отношению к протагонисту, сочувствие ему, принятие его (шеринг в узком смысле слова).

Основные техники психодрамы

Техники психодрамы разнообразны, и существует множество подходов к их классификации. Три техники являются классическими, их рассматривал как основные Морено. Это техника «дублирования», техника «зеркала» и техника «обмена ролями». Мы рассмотрим их, дополнив теми, что, помимо названных, выделил Киппер (Киппер, 1993), предложивший одну из наиболее полных классификаций. Техники, о которых пойдет речь, в основном относятся к стадии психодраматического действия (поэтому мы будем говорить о протагонисте и вспомогательных «я»), однако некоторые из них — или их элементы — могут использоваться и на стадии разогрева.

Дублирование предполагает временное присоединение к протагонисту другого члена группы, выступающего как его *alter ego*; его функция — поддержать протагониста и помочь ему выразить его актуальное состояние, например, озвучивая подавляемые протагонистом мысли и чувства (или давая начало озвучанию, которое продолжает протагонист). Протагонист вправе принять или отвергнуть сказанное дублем (в первом случае он повторяет высказанное им); во всех случаях дублирование помогает протагонисту в его продвижении в ситуации и самоосознании. В качестве дубля может выступить и сам ведущий, и ко-терапевт, и — по инициативе ведущего либо по собственной инициативе с согласия ведущего и протагониста — любой член группы, включая зрителей. Дубль действует на основе эмпатии, иногда для лучшего вчувствования копируя позы и жесты протагониста. Чаще всего он во время дублирования располагается за спиной протагониста в непосредственной близости к нему, прикасаясь к нему и произнося свои слова как «внутренний голос»; однако в зависимости от особенностей протагониста он может занимать и другие пространственные позиции, например, взяв его за руку и ведя за собой в случаях фобических расстройств.

Техника *зеркала* предполагает, что протагонист со стороны наблюдает за разыгрыванием поставленной им сцены, а его роль исполняет другой участник группы. В целом задача этого вспомогательного «я», выступающего в качестве живого зеркала, состоит в том, чтобы по возможности более точно копировать поведение протагониста; но иногда оказывается важным акцентирование некоторых элементов его поведения, что осуществляется с позволения или по инициативе ведущего. Основное предназначение техники — позволить протагонисту более объективно отнестись к своей позиции в отношениях с окружающими или увидеть свою внутреннюю ситуацию.

Во время *обмена ролями* протагонист временно принимает роль, отданную им вспомогательному «я», а вспомогательное «я» в это время играет роль протагониста. Техника служит децентрации, дает возможность прожить чувства введенного персонажа «изнутри» и увидеть — благодаря вспомогательному «я» — собственную реакцию на него. Затем каждый возвращается к исходной роли. Такой обмен ролями во взаимодействии протагониста со вспомогательным «я» может быть многократным, например, при разыгрывании взаимодействий, когда протагонист, поочередно принимая ту и другую роль, обе наделяет словами (вспомогательное «я», как правило, при смене ролей повторяет слова и действия, только что произнесенные и осуществленные протагонистом, но возможны и спонтанные слова и действия).

Киппер относит названные техники к специфическим базовым техникам, дополняя их еще шестью. Отметим, что обозначенные ниже техники могут частично пересекаться. Театральные аналоги этих техник очевидны.

Самопредставление предполагает короткое ролевое действие или серию действий, в которых протагонист представляет себя или кого-то иного из своего социального атома. Вариантом самопредставления Киппер считает *монодраму*, то есть вариант драмы, в которой все роли играет протагонист (вспомогательные «я» не вводятся).

Исполнение роли, как следует из названия, означает акт принятия роли кого-то другого — не обязательно человека, а, как говорилось, животного, субличности, части тела, предмета, понятия и т. д.

Диалог в специфическом понимании Киппера предполагает, что во взаимодействии между двумя членами группы каждый играет роль самого себя, что важно, например, при психодраматической работе с конфликтующими между собой супружескими парами.

Монолог означает, что протагонист вслух выражает свои чувства и мысли, как бы советуясь сам с собой. Монолог может выглядеть как комментирование своих действий на разных этапах драмы.

Реплики в сторону. Техника предполагает, что протагонист прерывает свои действия или слова, отворачиваясь в сторону и обращаясь вовне («ни к кому») с иными словами, содержательно и интонационно выражающими его истинные, но скрытые в данной сцене чувства.

Техника пустого стула. Протагонист в данном случае взаимодействует с какими-то воображаемыми персонажами (все в том же широком понимании этого слова, но чаще всего речь идет о людях), не вводя вспомогательных «я», а используя вместо каждого из них пустой стул. Это целесообразно, например, если протагонист не готов встретить ситуацию в собственно драматической форме в силу ее субъективно угрожающего характера.

Помимо названных «специальных» техник Киппер выделяет так называемые общие базовые техники. В данном случае речь идет об отношении элементов психодраматической практики к «универсальным величинам» времени и действительности.

Шаг в будущее предполагает разыгрывание ситуации из ожидаемого или воображаемого (желаемого или нежелаемого) будущего.

Возврат во времени предполагает воссоздание картин прошлого, но разыгрываемых, соответственно принципам психодрамы, «здесь и теперь».

Тест на спонтанность означает, что ведущий при помощи вспомогательных «я» стремится поставить протагониста в неожиданную ситуацию; эпизоды, отражающие такие ситуации, подготавливаются заранее, включая действия вспомогательных «я», планируемые как независимые от действий протагониста. Протагониста же просят действовать как можно естественнее.

Техника «сновидение». Содержание сновидения разыгрывается, как если бы это была реальная ситуация; при этом задача работы со сновидением видится не только в толковании его символов и понимании смысла (не в психоаналитическом, а в экзистенциальном плане) но и в том, чтобы научить протагониста видеть более приятные сны, если данный сон и сходные с ним его мучают.

Психодраматический шок — техника, используемая при работе с психотическими приступами (галлюцинациями и видениями) и применяемая по окончании приступа. Протагониста просят воспроизвести галлюцинацию при помощи вспомогательных «я», словно вернувшись в нее.

Гипнодрама означает, что с определенного момента ведущий начинает гипнотическую индукцию, распространяемую только на протагониста и не распространяемую на вспомогательные «я»; драматическое действие при этом осуществляется по обычным принципам. Гипнотическое состояние протагониста поддерживается вплоть до шеринга. С точки зрения Киппера, техника может быть использована и в терапевтических, и в диагностических целях.

Мы представили краткий очерк психодраматических техник, каждая из которых имеет особенности применения и свои противопоказания; кроме того, возможны (но не всегда) комбинации техник. Объем материала не позволяет осветить их подробнее; мы отсылаем читателя к указанной ниже литературе.

В заключение отметим, что психодрама относится к тем методам, которые при общем описании «теряют жизнь». Пожалуй, более, чем в любом другом виде психотерапии, вдохновение и интуиция, сопричастные искусству, оказываются здесь решающими.

Библиография

- Барц Э. (1997) Игра в глубокое. — М.: Класс.
- Блатнер Г. (1993) Психодрама, ролевая игра, методы действия. — Пермь.
- Келлерман П. Ф. М. (1998) Психодрама крупным планом. — М.: Класс.
- Киппер Д. (1993) Клинические ролевые игры и психодрама. — М.: Класс.
- Лейтц Г. (1994) Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено. — М.: Прогресс.
- Морено З. Т. (1998) Психодрама: ролевая теория и концепция социального атома // Эволюция психотерапии. — М.: Класс. Т. 3, с. 256-279.
- Морено Я. (1993) Театр импровизации. - Красноярск: Фонд ментального здоровья.
- Психотерапевтическая энциклопедия (1998) / Под ред. Д. В. Карвасарского. — СПб.: Питер.
- Рудестам К. (1998) Групповая психотерапия. — СПб.: Питер.

Гештальт-терапия. Д. Н. Хломов

Сегодня гештальт-терапия стала одним из самых мощных направлений в современной психотерапии не только за рубежом, но и в России, Белоруссии, на Украине. В течение двенадцати лет в России психотерапевтическое сообщество развивало этот подход в специализированных институтах, а теперь гештальт-терапия все чаще включается в программы обучения психологов, психотерапевтов, консультантов.

Историческая справка

Фредерик С. Перлз, известный под именем Фриц Перлз, родился в Берлине в 1893 году в еврейской семье. Изучал медицину и психиатрию и, кроме того, работал с Куртом Гольдштейном, который приобщил его к концепции, рассматривающей организм как единое целое, а не как конгломерат отдельных частей, функционирующих без связей друг с другом и более или менее автономных.

В 1927 году он поселяется в Вене и начинает заниматься психоанализом вместе с Вильгельмом Райхом, Карен Хорни, Хелен Дойч. Он женится на Лоре Познер, докторе психологии, специалисте в области гештальт-психологии. С установлением гитлеровского режима Перлз вынужден эмигрировать, и благодаря поддержке Эрнеста Джонса он едет в Южную Африку, где открывает Институт психоанализа.

Он приезжает вновь в Германию в 1936 году на конгресс по психоанализу с двойной целью — встретиться с Фрейдом и сделать сообщение на конгрессе. Его встреча с Фрейдом прошла неудачно, а сообщение, воспринятое как недостаточно ортодоксальное, получило неблагоприятный отклик и положило начало его разрыву с психоанализом. Сообщение называлось «Вербальный характер сопротивления», оно содержало в зародыше идеи, развитые позднее в работе «Эго, голод и агрессия», излагающей первые наброски новой терапии. Подзаголовок первого издания (1942) гласил: «Пересмотр теории Фрейда и его метода». Позже он был снят.

В 1946 году при поддержке Эриха Фромма он поселяется в Нью-Йорке и продолжает свою работу терапевта вместе с небольшой группой единомышленников, включавшей писателя и философа Пола Гудмена. Он разрабатывает психотерапевтический подход, который в 1950 году получит название «гештальт-терапия» и который мог называться экзистенциальным психоанализом или терапией сосредоточения.

Вокруг Перлза, его жены Лоры и Пола Гудмена объединяются Изидор Фром и некоторые другие ученые. Вскоре они создают в Нью-Йорке первый Институт гештальт-терапии. Результаты обсуждений идей Перлза, их экспериментальная и клиническая проверка легли в основу фундаментальной книги «Гештальт-терапия», опубликованной в 1951 году и подписанной тремя авторами: Перлзом, Хефферлином и Гудменом. После этого очень быстро сформировалось еще несколько групп, придерживающихся этого подхода, в частности, в Кливленде (во главе с И. Польстером; на базе этой группы возник Кливлендский институт гештальт-терапии) и в Калифорнии (во главе с Джимом Симкином).

В середине 60-х годов Перлз был на время приглашен в Эзален — только что открывшийся центр на берегу Тихого океана в Калифорнии, ставший Меккой для Движения развития потенциала человека. Можно предположить, что Эзален и Перлз каким-то образом придали друг другу силы, и очень скоро широкая аудитория участвовала в демонстрациях Перлза, следовавших друг за другом почти непрерывно.

Гештальт-терапия тогда испытывала значительный подъем, и возникали институты и центры, заявлявшие о своей приверженности этим взглядам, хотя и нельзя сказать, что это развитие было гладким. Сам Перлз продолжал работать с неизменной творческой энергией, и в основе этого творчества лежал огромный опыт сорокапятилетней клинической, психиатрической и психотерапевтической работы. Тем не менее он отдавал дань моде того времени, которая рассматривала любое теоретизирование как «мастурбацию мозгов» и заменяла ее хлесткими рекламными формулами. Период «68-го года» в истории гештальт-терапии откликается еще и сегодня. Прежде всего, даже если рассматривать эту фазу как появление свежего ветра в психотерапевтической практике, недостаток четких позиций и всякого рода крайности сильно пошатнули доверие к новому подходу.

После смерти Перлза в 1970 году можно было проследить следующие важные процессы в гештальт-терапии: развивался диалог с психоанализом, техники обогащались различными биоэнергетическими, психодраматическими, арт-терапевтическими методами, развивались теоретические основы гештальт-терапии, теория личности.

Сейчас гештальт-терапия переживает значительный подъем, особенно в Европе, где она смогла найти множество культурных корней (психоанализ, феноменология, экзистенциализм, гештальт-психология и т. д.). Растет число практиков и пациентов. Разумеется, относительная молодость и небольшая склонность к написанию текстов у многих практиков приводят к тому, что ряд тем все еще нуждается в развитии, что взаимодействие идей и практических дел сегодня еще затруднено. Автострады мысли, конечно, используются чаще, чем проселочные дороги.

Множество институтов заняты практикой и преподаванием гештальт-терапии во всех концах мира, проводятся конференции и конгрессы, действует Европейская ассоциация гештальт-терапии, Ассоциация развития гештальт-терапии, Международная ассоциация гештальт-терапии, множество национальных ассоциаций. Можно сказать, что сейчас гештальт-терапия в целом имеет свою теоретическую и эмпирическую основу и сумела впитать в себя достижения современного психотерапевтического знания, а также сама вносит свой вклад в это знание.

Очерк теории

Что же, собственно, можно отнести к гештальт-терапии? В современных теоретических работах выделяются три основные «черепахи», на которых стоит этот подход: теория поля, феноменология, диалог (Резник, 1997).

Гештальт-философия — это философия реализма. Это материализм, применяемый разумно, подразумевающий нормальный материальный контакт в материальном мире, реальные отношения реальных объектов. Материальность гештальт-терапии выступает как важнейший инструмент работы. Например, мысли, слова, чувства суть проявления конкретных людей. Чувство не может быть общим, не может существовать само по себе. Всегда есть кто-то, кто его чувствует. С материальностью гештальт-терапии связан и интерес к телу человека. Еще одна ценность гештальт-философии — это интеграция. Интеграция есть не сумма качеств фигуры, а новое состояние, порождающее фигуру, гештальт. Если в гештальт-терапии проводится анализ каких-то чувств, то этот анализ подразумевает завершение, синтез, интеграцию. Именно эта целостность позволяет человеку развиваться и отличать отношения с внешним миром от отношений внутренних компонентов своей личности.

Так почему же гештальт-терапия, строго говоря, не является терапией? Сам термин «терапия» жестко связан с медицинской моделью мира, с медицинским профессиональным взглядом на человека как на предмет воздействия практической лечебной системы. Терапия — это то, что противостоит болезни, то есть лечение. Речь в гештальт-терапии чаще всего идет о том, что можно обозначить как «искажение», «сопротивление» или «задержку» в развитии личности. Поэтому принципы гештальт-терапии едины для медицинского приложения и для гештальт-педагогике (Польстер, Польстер, 1997).

Кроме гештальт-психологии, феноменологии и экзистенциальной философии, большое влияние на гештальт-терапию оказали идеи В. Райха о том, что чувства являются произвольными физиологическими явлениями и у индивида нет выбора относительно их существования, но есть выбор относительно их выражения. Телесные ответы на различные события внешнего мира человек помещает в телесную мускулатуру, нежелательные эмоции подавляются привычными телесными механизмами, формирующими устойчивый «мышечный панцирь» (Керпег, 1987).

Немецкое слово «Gestalt» означает «форма», «структура», «конфигурация». Это наводит на мысль о холистической системе, представляющей единое целое, но целое, отличное от совокупности частей. Холистическая концепция, в которую вписывается гештальт-терапия, ставит организмическое единство одновременно на уровень функционирования внутри системы (организма) и на уровень отношения человека и окружающего мира. Согласно Перлзу, не существует природного различия между умственной деятельностью и физической, существуют различия в уровне активности личности в целом.

Каждая психотерапевтическая школа имеет свой взгляд на природу человека. Какова же концепция человека в гештальт-терапии? Перлз и Гудмен исходят из понятия «природы человека-животного», то есть они отмечают, что природе человека свойственно столько же физиологических и животных факторов, сколько социальных и культурных. При этом речь не идет о том, чтобы свести человека до состояния животного, а подчеркнуть природное, естественное начало (Perls et al., 1951).

Прежде всего, исходя из того факта, что определение животного и его существования включает окружающую его среду (не существует организма без окружающей среды), следует признать, что определение организма будет скорее определением того, что мы называем «полем», полем «организм — среда»; сущностью этого поля «организм — среда» является целостность. Реализация любой потребности происходит во взаимодействии, в контакте между организмом и окружающей его средой.

В действительности не существует ни одной функции у животного, которая не включала бы в себя контакт с объектом или окружающей средой, хотя бы для того, чтобы обеспечить выживание: ему надо дышать, двигаться, кормить себя, прятаться, размножаться и т.д. Теория природы человека-животного, следовательно, содержит принцип саморегуляции, который называют организмическим, то есть принадлежащим организму, рассматриваемому в его целостности как функции поля.

В книге «Эго, голод и агрессия» Ф. Перлз формулирует теорию «ментального метаболизма» как принципа формирования и развития психики. В качестве ведущей потребности, необходимой для выживания человека, Перлз определял пищевую потребность в отличие от принципа либидо в психоанализе. Иначе говоря, для развития человека необходимо получение каких-либо веществ из внешней среды. Эти вещества не могут быть усвоены напрямую, поскольку они включены в состав каких-то других объектов внешнего мира. Следовательно, для того чтобы усвоить эти вещества, необходимо построить сложную поведенческую цепочку: во-первых, найти в окружающем мире объект, в котором содержатся необходимые вещества, во-вторых, разрушить этот объект, переработать полученное вещество и включить его во внутреннюю среду организма, в-третьих, выбросить из организма ненужные остатки. Хотя на самом деле процесс значительно сложнее, но основная идея заключается в том, что точно таким же образом человек получает необходимые вещества для поддержания своей психики (Perls, 1942).

Предметом теории гештальт-терапии, таким образом, являются все феномены контакта, который связывает организм и окружающую среду. Все, что касается организма, является областью физиологии или, в широком смысле, биологии; все, что касается окружающей среды, является областью социологии, географии и т. д. Но все, что касается контакта между данным организмом и окружающей его средой, то есть явлений, возникающих на границе организма со средой (гештальт-терапия называет это границей контакта), будет объектом психологии. Следовательно, теорию гештальт-терапии можно определить как изучение совокупности явлений, которые будут происходить на этой границе, границе контакта «организм — окружающая среда» (Робин, 1996; Wheeler, 1991)

Физиологические функции осуществляются внутри организма, но они не могут совершаться очень долго, не испытывая потребности в ассимиляции чего-то из окружающей среды, хотя бы для того, чтобы организм мог выжить и тем самым развиваться. Чтобы ассимилировать нечто из окружающей среды, необходимо, чтобы организм вошел с ней в контакт, то есть чтобы он *стремился* к чему-то и *взял* бы что-то; именно в этот момент физиологическое может стать психологическим, и функции сохранения смогут стать контактом.

Контакт предполагает всегда наличие внешнего объекта. По мнению гештальтистов, говорить о контакте с самим собой является заблуждением, потому что невозможно «питаться самим собой»; необходимо идти навстречу окружающему миру и черпать из него. Термин «контакт» является ключевым понятием гештальт-терапии. Контакт — это опыт, опыт функционирования границы между организмом и окружающей средой. Контакт есть осознание поля, которое является нашим полем, и в то же время — это двигательный ответ, который производится в этом поле, осознание усваиваемого нового и выражение нашего отношения к нему. Это также отторжение всего, что не может быть усвоено. Следовательно, любой контакт является творческим приспособлением организма и окружающей среды.

Приспособление представляет собой процесс взаимодействия потребностей организма с возможностями окружающей среды. Творчество связано с понятием нового; речь идет о нахождении нового решения, наилучшего решения из всех возможных, создании на основе имеющихся элементов новой конфигурации, новой взаимосвязанной целостности. При этом если приспособление обеспечивает измерение реальности и адаптации, то творчество открывает измерение фантазии и расширение возможного (Perls et al., 1951).

Гештальт — фигура, образующаяся на фоне. Для развертывания контакта необходимо, чтобы фигура отделилась от фона. Человек может войти в контакт сейчас, в данный момент, только с тем, что образует фигуру; эта фигура выделяется из фона, но в то же время остается с ним связанной. Гештальт-

терапия — это процесс, который ставит себе целью сопровождать или восстанавливать способность управлять фигурами, строить фигуры в адекватной связи с фоном.

Из всего этого становится понятным то, как в гештальт-терапии рассматриваются страдания, неврозы и проблемы, с которыми пациент обращается к психотерапевту. Как это ни кажется парадоксальным, симптом возникает в результате творческого приспособления!

Возьмем случай с ребенком, который поставлен перед трудной ситуацией, так называемой «острой ситуацией». Например, он будет сталкиваться с грозным родителем, и ему придется использовать разного рода средства защиты. Он находится в острой ситуации сильной интенсивности. Все его реакции, напряжение или бегство, поза, напряжение в теле, которые он использует в этот момент, являются творческим приспособлением к ситуации, которая ему угрожает. Но если со временем ребенок будет стремиться повторить этот «ответ» в безопасной ситуации, когда ему уже никто не угрожает, это будет означать, что он создал хроническую острую ситуацию слабой интенсивности. Каждый раз, когда он встретит в своей повседневной жизни взрослого, который каким-то образом бессознательно напомнит ему ту самую острую ситуацию, в которой он когда-то находился, он воспроизведет параметры острой ситуации и станет защищаться как от реальной угрозы, забывая о «мнимом» характере этой новой ситуации. Таким образом человек теряет способность оценивать поле, способность осуществлять творческое приспособление в актуальной ситуации: то, что было творческим в прежний момент, больше таковым не является.

Это происходит из-за так называемой «незавершенной ситуации»: если мы находимся в ситуации контакта, но эта ситуация контакта по той или другой причине была прервана и удовлетворение не было достигнуто, то при определенных условиях эта ситуация может зафиксироваться в качестве незавершенной (Мазур, 1996).

Формирование незавершенной ситуации означает постоянное возвращение и блуждание в настоящем в попытках найти какое-то завершение. Тогда возможно определить невроз как потерю способности к творческому приспособлению и замещение ее так называемой «вторичной физиологией», своего рода второй натурой. Она закладывается в коже, в мышцах, проявляется во всех переживаниях; первоначальная естественная схема реагирования выходит из употребления. Человек избегает столкновения с болезненной незавершенной ситуацией и, таким образом, останавливает процесс своего развития. Ф. Перлз (Перлз, 1996) описывал работу с неврозом как «прохождение через слои невроза». Первый, поверхностный слой, с которым встречается терапевт, — обманчивый слой; он проявляется в стереотипах поведения, ненастоящем реагировании на жизнь. На этом уровне существуют игры и роли, в которых человек теряет себя, живя в фантазиях и иллюзиях. Как только человек пытается осознать обманчивость игр и стать более честным, он переживает неудобство и боль. Следующий слой — фобический. На этом уровне человек пытается избежать эмоциональной боли, которая ассоциируется с тем, что он начинает видеть различные аспекты самого себя, которые предпочел бы не знать. В этой точке сопротивление принятию себя таким, каков человек есть на самом деле, словно «взрывается». Появляются катастрофические страхи, что другие люди непременно отвергнут невротика. За фобическим слоем Перлз показывает тупиковый слой, или точку застревания в процессе созревания личности. В этой точке человек ощущает, что не способен выжить самостоятельно, что у него нет внутренних ресурсов, чтобы выйти из тупика без поддержки со стороны окружения. Типичным поведением при этом является манипулирование окружением, чтобы оно видело, слышало, чувствовало, думало, принимало решения за него. Человек в тупике часто переживает нечто похожее на смерть, чувствует, что он — пустое место, ничто. Чтобы быть живым, необходимо выбраться из тупика. Если человек переживает эти чувства вместо того, чтобы отрицать «мертвость» или убежать от нее, проявляется импозивный уровень. Перлз пишет, что необходимо пройти через этот уровень, чтобы обрести свое собственное «я». На этом уровне невроза человек обнаруживает свои защитные механизмы и начинает осознавать собственное «я». На последнем эксплозивном уровне создается взрывное состояние, человек избавляется от обманчивых ролей и претензий, высвобождает огромный поток энергии, который сдерживался внутри. Чтобы быть подлинным, необходимо достичь этого взрыва, который может быть взрывом в боль или в радость.

Что может сделать психотерапия, чтобы помочь человеку, оказавшемуся в острой ситуации? Фрейд первым показал, что человек стремится воспроизвести страдания и трудности, с которыми он сталкивался однажды. Жан-Мари Робин (Робин, 1996) рассматривает процесс гештальт-терапии как работу с хроническими травмирующими ситуациями. Его гипотеза состоит в том, что острые ситуации, которые взрослый человек должен был пережить, например, в своем детстве и отныне ставшие

хроническими, повторяются в его «теперь», и, следовательно, повторяются также в «теперь» терапевтической ситуации. Встречаясь с острой ситуацией низкой интенсивности, которую клиент переносит в процесс сеанса, психотерапевт пытается ввести его в новую острую ситуацию, которая будет иметь те же параметры, тот же смысл. Вместе с тем им создаются, с одной стороны, условия безопасности, с другой стороны, «препятствия» повторениям невротических привычек клиента, чтобы тот мог мобилизовать свои творческие ресурсы и воспринять все новое, что возникает теперь.

Одним из базовых рабочих терминов гештальт-терапии является «осознание». Речь идет о форме знания, которой обладает также и животное и которая является одновременно и двигательной, и сенсорной интегрирующей совокупностью всех показателей поля. Можно было бы сказать, что это осознание является моментальным и имплицитным знанием (Энрайт, 1994).

Психотерапевт старается помочь человеку стать все более и более «сознательно осознающим», вновь обрести свои способности творческого приспособления, то есть выйти из тупикового, неподвижного состояния, чтобы достичь настоящего контакта с окружающей средой. Таким образом, гештальт обозначает фигуру, которую субъект создает при контакте с окружающей его средой. Фигура главным образом определяется тем, что человек организует в зависимости от своих потребностей, желаний, «аппетитов» или незавершенных ситуаций в данный момент. Задача психотерапевта — попытаться поддержать именно эту способность человека формировать фигуры, отделять фигуры от фона, позволять им разворачиваться и вступать в контакт, строиться и разрушаться, потому что фигура создается для того, чтобы иметь возможность возникать и исчезать.

Рассмотрим более подробно традиционный пример с голодом. Голод составляет фигуру в определенный момент и прерывает все другие ощущения и занятия, он выдвигается на первый план, и человек вступает в контакт с окружающей средой, чтобы найти решение для его устранения. Фигура «голод» будет развиваться, наполнять энергией, заставляя вступать в контакт с окружающей средой, в которой можно получить пищу, а затем, по мере того как человек будет есть и усваивать пищу, гештальт «голода» будет разрушаться и позволит перейти к другому гештальту.

Личность с нарушенной нервной системой, находящаяся в затруднительном положении, или «невротическая личность» — это человек, который, по-видимому, утратил способность к построению и разрушению гештальтов. Тогда этот танец, это постоянное колебание, этот процесс построения-разрушения сдерживается, в особенности неподвижными, фиксированными состояниями. Рассмотрим некоторые детали этой эволюции, этого построения и разрушения гештальтов, чтобы быть более конкретными, а также чтобы ознакомиться со средством, которое будет постоянно использоваться гештальт-терапевтом. Эта последовательность построения-разрушения гештальтов (которая иногда носит название «цикл контакта» и описывает то, каким образом организм контактирует с окружающей средой) имеет четыре фазы. Эти четыре фазы являются во многом условными и в действительности не отделены друг от друга (Робин, 1996; Wheeler, 1991).

Первая фаза называется *предконтактом*. В этой фазе заключено то, что составляет фон, задний план; им главным образом является тело, и именно в теле начинает возникать ощущение. Это ощущение — признак наиболее актуальной потребности организма, которая развивается в данный момент. Термин «потребность» употребляется в очень широком смысле, то есть как импульс, аппетит, желание, незавершенная ситуация, все, что составляет суть, «зерно» ситуации. Следовательно, гештальт должен здесь отделиться от фона, чтобы начать образовываться и затем «пойти на контакт» с окружающей средой, приобретая все более и более четкие контуры. Во время этой фазы, фазы предварительной ориентации, у людей могут возникать затруднения в связи с неспособностью построить гештальт с четкими границами.

В следующей фазе, которая называется *контактированием*, этот гештальт, то есть фигура, которая отделилась от недифференцированного фона, в свою очередь отойдет на задний план, чтобы снабдить фон энергией. С этого момента возбуждение, энергия мобилизуются и позволяют организму обратиться к окружающей среде, чтобы изучить предоставляемые возможности и удовлетворить свою потребность. В этой фазе человек будет производить то, что техническими терминами определяется как идентификация и отвержение, проще говоря, будет осуществлять функцию выбора «да» или «нет». «Да, это может мне подойти. Нет, это мне не подойдет». Организм отберет одни ресурсы окружающей среды и отвергнет другие, чтобы удовлетворить основную потребность в данной ситуации.

Следующим шагом является *финальный контакт*. В этот момент окружающая среда отступает на задний план, и образуется новая фигура — выбранный объект. Субъект устанавливает с ним финальный, полный контакт, в какой-то момент имеет место до определенной степени неразличимость

человека и избранного объекта. На короткое время нет больше ни фигуры, ни фона, ни границ между субъектом и объектом.

В какой-то момент в межличностных отношениях на смену четко идентифицированным «я» и «ты» может прийти «мы». «Мы» любви, оргазма, конфликта, ужаса или любой другой ситуации взаимодействия. Последней является фаза, которая называется фазой *постконтакта*. В фазе полного контакта граница открылась таким образом, чтобы впустить объект опыта, а в фазе постконтакта граница закрывается на этом прожитом опыте, и в этот момент начинается работа по ассимиляции. Нет больше фигуры, в поле не остается больше ничего актуального.

Возьмем пример из типичной ситуации терапии в группе. Предположим, что актуальной потребностью момента является для данного человека потребность в защите. В фазе предконтакта он чувствует, как плечи у него поднимаются, как голова уходит в плечи, взгляд его несколько недоверчив, он ощущает еще ряд телесных признаков, чувствует психологический и эмоциональный климат, в котором понемногу и с помощью терапевта вырисовывается фигура, называемая «потребность в защите». Эта уже проявленная потребность в защите создает возбуждение, прилив энергии, позволяющий человеку повернуться к окружающей среде, чтобы начать искать эту защиту, в которой он нуждается. Он приступает к идентификации и отвержению, то есть фиксирует, направляет свое внимание, манипулирует своим миром так, чтобы найти защиту, которой он добивается. Например, в этом терапевтическом зале торшеры не предоставят ему защиту, он их оттолкнет и отбросит, кресла не предоставят ему защиту; напротив, другой человек, который, возможно, проявляет себя своим теплым взглядом, может его заинтересовать в качестве субъекта, способного дать ему то, что он ищет. «Выбирать и отбрасывать» — такова суть фазы контактирования, когда человек целиком повернут к окружающей среде. Кроме того, в этой фазе больше всего эмоций, поскольку человек переходит от центрации на себе к центрации на ресурсах окружающей среды. Это столкновение, если можно так сказать, между ресурсами, находящимися в нем, и ресурсами окружающей среды, которое и порождает то, что называют эмоцией: грустью, радостью, гневом, яростью, страхом и т. д.

Как только человек идентифицировал объект среди других объектов, которые он отбирал и отбрасывал (это может быть и «ты-объект» — в приведенном примере таковым объектом является человек), он будет иметь возможность финального контакта, то есть полного удовлетворения проявленной потребности: потребности в защите.

Наступает момент, когда человек переживает полное единство между своей потребностью и ресурсом, выбранном в окружающей среде. Образуется полный и заверченный гештальт. Авторы «Гештальт-терапии» (Perls et al., 1951), говоря о финальном контакте, брали в качестве модели момент оргазма при половом акте: нет больше меня, нет больше тебя, существует только момент слияния, когда понемногу развивающиеся желания захватили все поле, где другой также занимает все место, но где нет больше ни тебя, ни меня, потому что нет больше переживания границы, есть только «мы», временное «мы». После фазы финального контакта граница закрывается на этом прожитом опыте, человек усваивает этот полученный опыт, и в результате интеграции происходит рост. Мы видим, однако, что в жизни большинство из нас прерывают эту последовательность. Есть прерывания намеренные, добровольные и, следовательно, управляемые: в тот момент, когда я собираюсь выполнить то или другое действие, телефон звонит и прерывает меня, я могу отложить действие и продолжить его позже. Я также могу сделать обдуманый, сознательный выбор и прервать последовательность. Я «не обязан» удовлетворить свое желание или свою потребность импульсивно и автоматически: в любой момент я сохраняю способность выбора. Патогенная ситуация создается тогда, когда я не прерываю произвольно течение опыта — некоторым образом оно прерывается без моего ведома.

Механизмы сопротивления

Работа психотерапевта в этом случае будет состоять в том, чтобы помочь пациенту восстановить способность к выбору, так как именно при помощи этой способности он сможет вновь осуществлять творческое приспособление. Здоровый выбор позволяет обеспечить установление границы между организмом и окружающей средой. Нарушения функционирования границы контакта проявляются в следующих феноменах, которые в принципе представляют собой здоровые явления, но при потере выбора становятся «нездоровыми», дисфункциональными. Их четыре. Некоторые авторы добавляют еще и другие, но главные механизмы следующие: слияние, интроекция, проекция, ретрофлексия.

Слияние. При слиянии существует ситуация «неконтакта», «неграницы» и «неосознания». Если говорить схематично, ничто не возникает, не существует различия между «я» и «не-я», нет различий

между фигурой и фоном и нет возникающей фигуры. Например, у матери происходит слияние с грудным младенцем, а у него с матерью; иначе говоря, в опыте ребенка граница между «я» и «не-я» очень различима. Когда человек совсем не чувствует границ между собой и своим окружением, когда ему кажется, что он и его окружение — это единое целое, произошло слияние.

Слияние — это базовый феномен, который может обозначать «модус контакта» со всем тем, что не является фигурой в поле в данный момент. Когда слияние прерывает построение гештальта, не давая возникнуть фигуре в предконтакте, из-за чего все остается в фоне (чтобы что-то возникло, надо чтобы возникла граница, надо чтобы объект и ощущение отделились, стали заметными), слияние препятствует выделению фигуры, следствием чего является отсутствие возбуждения.

Основным направлением работы со слиянием является работа с построением границ, работа дифференциации, направленной на отделение, индивидуацию клиента.

Интроекция. Затем, когда начинает возникать фигура, появляется возбуждение и увеличивается энергия, чтобы дать организму возможность войти в контакт с окружающей средой. В этот момент также может возникнуть прерывание контакта, которое называется интроекцией. Поскольку эта модальность является феноменом границы, суть ее состоит в том, чтобы взять что-то из внешнего мира и ввести это внутрь. Прототипом интроекции на уровне витальных функций является способ питания: я беру что-то, что является «не-я» из внешнего мира, какой-то отличный от меня объект, я ввожу его в организм, сначала он становится «моим», а потом по мере того, как он пережевывается, проглатывается, переваривается и усваивается, становится «мною самим». Успешная интроекция завершается ассимиляцией; при «неудавшейся» интроекции поглощенный объект останется чужеродным телом внутри организма (если я ем какой-то продукт, не прожевывая его, я найду его идентичным в испражнениях, он не был мне полезен, а только засорил желудок).

Говорят о «неудавшейся», патологической интроекции, когда просто что-то заглатывается: идеи, мнения, «надо» и «нельзя», которые вызывают, так сказать, «тяжесть в желудке» и будут определять существование в мире на «своем месте». Интроекция прерывает контакт с внешним миром, когда субъект теряет свою способность к идентификации и отвержению, замещая свое собственное желание желанием другого человека. Именно замена желанием другого своего желания, при которой возбуждение вызывает слишком большую тревогу, является одним из главных признаков феномена интроекции. Если родитель говорит ребенку: «Сделай то или не делай этого», ребенок может только подчиниться, то есть интроецировать приказ взрослого как замену своей собственной воли. Если приказ будет повторяться, то ситуация может в неосознанной форме превратиться в опыт: «В жизни надо делать то и не надо делать этого». В этом процессе важно не столько содержание того, что было интроецировано, сколько тот факт, что желание другого пришло на замену своего собственного желания.

По словам Перлза, интроекция — это процесс, во время которого понятия, стандарты поведения, мораль, ценности берутся личностью целиком, без критической проверки, без «переваривания». Здоровое использование интроекции, например, проявляется в интериоризации правил жизни, полученных ребенком от заботливых взрослых. Основным инструментом при работе с интроекцией является фокусировка человека на процессе выбора, на различении внутреннего и внешнего, отделении собственных желаний, убеждений, верований от желаний, ожиданий, посланий других людей.

Проекция. В процессе дальнейшего развертывания цикла творческого приспособления, когда форма уже возникла и появилось возбуждение, не прерванное интроекцией желаний другого, потеря способности совершать идентификацию и отвержение может проявиться в другой форме — в форме проекции. Этот феномен границы по своему направлению противоположен интроекции: что-то, принадлежащее в действительности субъекту, приписывается окружающей среде. При интроекции что-то принадлежало окружающей среде, и субъект заставил это что-то перейти внутрь организма; при проекции он заставляет что-то, ему принадлежащее, перейти в направлении окружающей среды. Обычно субъект переводит вовне то, за что не может сам отвечать, за что не берет ответственности, в особенности за свои эмоции и аффекты. Например, такой человек может считать кого-то другого очень встревоженным, очень беспокойным или очень агрессивным, потому что не может принять то, что он сам агрессивен и беспокоен.

В терапевтическом процессе в первую очередь мы имеем дело с проекцией аффектов, эмоций, ответственности или в более широком смысле опыта, и трудность заключается в необходимости для пациента восстановить этот аффект или эту эмоцию, которую он пытается не осознавать, приписывая ее кому-то другому.

Содержание проекции часто является чем-то до этого интроецированным. Проекция, с которыми мы встречаемся в терапии, выявляют, в частности, незавершенные ситуации пациента. Основной фокус процесса терапии — возврат человеку спроецированных на других людей, в том числе и на терапевта, чувств, убеждений, ответственности.

Ретрофлексия. Следующее явление, которое может прервать построение или разрушение гештальта, — ретрофлексия. «Ретрофлексия» — термин, возникший в гештальт-терапии, тогда как «проекция» и «интроекция» — термины, общие с другими научными дисциплинами.

Ретрофлексия обозначает опыт, который начинается как контакт с окружающей средой, но который возвращается к самому организму, то есть субъект делает себе то, что предназначено или было бы предназначено окружающей среде: вместо того чтобы нападать, например, он будет бить себя по руке; вместо того чтобы укунить, он будет грызть ногти и т. д. То, что называют психосоматическими болезнями, является обычно результатом ретрофлексии. Чаще всего субъект не позволяет себе проявить именно акты агрессии в отношении истинных объектов, и он обращает их против своего организма, как если бы его собственный организм являлся окружающей средой. Самоубийство — высшая форма ретрофлексии; субъект убивает себя самого вместо того, чтобы убить того, кто заставил его страдать. Мыслить — это тоже форма ретрофлексии: когда я думаю, я говорю с самим собой, но являюсь ли я истинным адресатом своих слов? Это может быть здоровая ретрофлексия в той мере, в какой она позволяет мне подготовиться к действию или к общению, но если я только думаю и не говорю, то ретрофлексия парализует действие. Терапевтическая работа с ретрофлексией может быть направлена на перераспределение энергии, развертывание ретрофлексивного действия вовне, проявление в отношении окружающей среды.

Все эти модальности контакта могут быть как «здоровыми», так и «нездоровыми». Это зависит от того, способствуют они контакту с окружающей средой или не способствуют, гибки они или ригидны, являются они осознанными или неосознанными, позволяют ли они осуществить выбор.

Благодаря совокупности только что изложенных нами понятий можно гораздо яснее представить цели психотерапии. Гештальт-терапия дает возможность человеку восстановить свою способность устанавливать контакт и осуществлять творческое приспособление. Это предполагает, что он будет в состоянии обеспечить идентификацию и отчуждение, требуемые в его контакте с окружающей средой.

Психоанализ ставил перед собой цель проводить анализ психики, гештальт-терапия предлагает проводить терапию гештальта, иначе говоря, терапию способности субъекта формировать гештальты и разрушать их, когда они устаревают. Речь идет о том, чтобы обнаружить способность осуществить весь цикл опыта полностью, и для этого человек должен восстановить свои способности выбирать и отвергать, которые позволят ему осуществить творческое приспособление.

Методы и техники гештальт-терапии

Как ни парадоксально, но гештальт-терапия опознается некоторой частью общества как профессионалами, так и неспециалистами по некоторым техникам, которые не являются специфическими для гештальт-метода, а иногда даже совсем не согласующимися и вообще мало или совсем не употребляемыми современными гештальт-терапевтами. Например, техника диалога с одним или несколькими пустыми стульями, представляющими различных персонажей из жизни субъекта, в сущности, является техникой, заимствованной Перлзом из психодрамы Морено.

Техники являются приемами, позволяющими реализовывать фундаментальный метод. В некоторых случаях техники, появляющиеся в других подходах, могут найти свое место в «ящике для инструментов» (выражение М. Фуко) гештальт-терапевта, лишь бы они были совместимы с методом и приспособлены к происходящему опыту. Напомним, что гештальт-метод фокусируется на работе по осознанию явлений, которые происходят на границе контакта, чтобы способность осуществлять творческое приспособление при контакте с окружающей средой могла восстановиться (Perls, 1969; Рудестам, 1990; Наранхо, 1995).

Будь это диадические или групповые отношения, ситуация определяется прежде всего установлением терапевтического контекста: рамок, условий встреч, частоты и продолжительности сеансов, гонорара и т. д. Все эти условия контекста на самом деле могут рассматриваться как экспериментальные, потому что они должны быть приспособлены к каждому пациенту. Во всяком случае, если цель терапевтического проекта состоит в восстановлении пластичности в построении гештальтов, а терапевтическая ситуация определялась бы неизменными правилами, которым должен подчиняться каждый отдельный пациент, имело бы место противоречие.

В действительности формы, которые может принимать терапия, с каждым новым пациентом могут меняться, так же как они могут меняться в зависимости от чувствительности и личного опыта каждого терапевта — с некоторыми пациентами связь будет главным образом словесная, с другими возможно обращение к выразительным формам и невербальному общению, как-то: рисунок, движение, лепка, звук и т. д.

Техники гештальт-терапии можно подразделить на две большие группы. С одной стороны, это техники диалога, который происходит на границе контакта между терапевтом и клиентом. Для этой работы необходимо полное личностное присутствие терапевта в диалоге; об этой форме работы говорят, что терапевт «работает собой», использует свой опыт, свои переживания. С другой стороны, это проективные техники, такие, как работа с образами, сновидениями, воображаемым диалогом; при этом терапевт поддерживает проявление и осознание клиентом своих переживаний. Техники не являются самоцелью, а лишь обозначают различные подходы и пути экспериментирования.

Экспериментирование, являясь сердцевинной метода, создает своеобразие гештальт-терапевтического способа работы. В ходе терапии субъекту предлагается не ограничиваться рассказом, а превратить свои слова в действия, развертывающиеся в ситуации «здесь и теперь». Такое экспериментирование является своего рода структурой, навязанной терапевтом. Оно имеет смысл, только если оно полностью соотносится с опытом, который воспроизводит пациент. Экспериментирование манипулирует различными параметрами, чтобы благодаря расширению поля найти в контакте новизну, восстановленные возможности идентификации и отвержения, творческое приспособление. Некоторые терапевты охотно обращаются, особенно в группе, к арсеналу заранее подготовленных упражнений, которые они предлагают независимо от эволюции каждого пациента. Само собой разумеется, клиент всегда сможет открыть в этих упражнениях что-то о себе самом при столкновении с этой безопасной ситуацией, но это мало что имеет общего с терапевтическим экспериментированием, которое прямо связано с острыми ситуациями и незавершенными ситуациями каждого пациента.

Эти эксперименты могут быть разного порядка, например: а) эксперимент может быть сфокусирован на росте осознаваемого, когда терапевт предлагает, например, осознать свое дыхание или ту или иную часть тела (Рудестам, 1990; Энрайт; 1994, Керпег, 1987); б) эксперимент может позволить исследовать тему, изложенную клиентом в скрытой форме, например, когда терапевт предлагает привести в действие метафору, которую он только что употребил («Я чувствую, что грудь моя в тисках!», «Он возбуждает во мне желание обращаться с ним, как с собакой») (Рудестам, 1990; Польстер, Польстер, 1997).

Это исследование может пройти через усиление и акцентирование употребленных слов и жестов («Не можете ли вы попытаться повторить мне это, усиливая жест, который вы едва уловимо делаете?»). В экспериментировании могут быть обнаружены модельные условия, позволяющие получить информацию о том, что произойдет в определенных ситуациях, которые трудно или невозможно смоделировать в действии. Тогда привлекаются некоторые формы проекции, чтобы исследовать фантазии, катастрофические ожидания, незавершенные или «застывшие» ситуации, разрешение которых кажется невозможным.

Экспериментирование также предоставляет возможности для исследования разных типов границ собственного «я» и контакта: пределов проявления себя, границ самовыражения, привычек, порогов ощущений и телесных движений, ценностей и т. д. Использование фантазии позволяет расширить области эксперимента, опробовать новое поведение в безопасных условиях (Рудестам, 1990; Польстер, 1999).

Одним из наиболее известных инструментов гештальт-терапии является эксперимент с «пустым стулом». Организуя диалог между двумя различными частями личности, терапевт поддерживает выражение различных чувств до тех пор, пока не наступает интеграция противоположных, конфликтных, так сказать, непримиримых сторон личности человека.

Здесь и теперь

Если и существует понятие, которое ассоциируется с гештальт-терапией до такой степени, что иногда становится ее лозунгом, то этим понятием является «здесь и теперь». Но я думаю, что смысл этого понятия был понемногу изменен по сравнению с его первоначальным значением. Это не правило, которое надо было бы втолковывать клиенту, а инструмент для работы, находящийся в распоряжении терапевта. Действительно, речь никоим образом не идет о том, чтобы считать, что прошлое не интересно и что будущее — всего лишь фантазия; вопрос в том, чтобы сконцентрировать внимание

пациента на том, что «именно теперь ты вспоминаешь» или что «именно теперь ты предвосхищаешь события». Это воспоминание, которое приходит теперь, освещает настоящее новым светом, так же как настоящее освещает воспоминание, пришедшее ему навстречу.

Если экспериментирование может открыть доступ к некоторым решениям и к осуществлению творческих контактов, то произойти это сможет только в настоящем. Незавершенные ситуации прошлого, если они могут найти завершение в настоящем, конечно, не встретят ни соответствующих партнеров, ни соответствующих временных обстоятельств, но в «теперь» они смогут помочь создать модальности контакта, которые изменят опыт клиента. Действительно, большая часть первоначальной проблематики страдания, изложенной клиентам и, связана с устаревшим характером их способов отвечать на ситуации. Центрация на «теперь» предполагает обновление функции «Оно» ситуации, а значит — иное осмысление характеристик ситуации в их проприоцептивных и перцептивных составляющих, в выработке творческого приспособления к новому.

Именно на этом основании Перлз мог сказать, что «ничего не существует, кроме настоящего», зная, что это настоящее содержит в себе прошлое и будущее. Таким образом, не всегда необходимо совершать возвращение в прошлое, потому что оно здесь заключено в опыте, который происходит на наших глазах (Perls, 1969; Энрайт, 1994).

Работа со сновидениями

Перлз достиг славы в последние калифорнийские годы жизни именно благодаря своему подходу к работе со сновидениями. Он рассматривал тогда различные элементы сна как проекцию отдельных частей личности сновидца. Речь шла об обнаружении «экзистенциального послания», с которым спящий обращается к самому себе, например, через импровизированные диалоги между различными элементами сна как одушевленными, так и неодушевленными. Для этого субъекту предлагалось последовательно идентифицировать себя с разными элементами сна таким образом, чтобы присвоить обратно свои проекции. Во сне может вскрываться один из важных тупиков, который стремится разрешить невротик (Perls, 1969).

Часто можно было упрекнуть Перлза за театральный и поверхностный характер этого взгляда на сны, который прерывает контакт субъекта с внешним миром вообще и психотерапевтом в частности в угоду центрации на внутриспсихическом. Именно по этой причине, основываясь на работах Пола Гудмена, Изидор Фром предложил другой подход к работе со снами.

Сон анализируется в контексте, который в свою очередь является контекстом терапии; подчеркивается тот факт, что личный сон рассказан данному терапевту в данный момент терапии. Рассказать сон своему терапевту — это значит поведать ему что-то такое, чего сам клиент не знает и не сумел бы ему рассказать по-другому. Содержание сна тогда рассматривается как построенное в основном из ретрофлексивного материала и прежде всего из ретрофлексии, возникших в течение предыдущего сеанса, которые, таким образом, пытаются проявиться сначала во сне, а потом в пересказе сна данному адресату. Терапевт уделяет особое внимание снам, которые снились ночью, следующей за сеансом. Но сон может быть также «построен» ночью, предшествующей сеансу, как своего рода подготовка к будущему сеансу. Сон, таким образом, благодаря Изидору Фрому находит свое место среди средств, дающих возможность работы с явлениями границы, контакта и нарушениями функций границы.

Телесная работа

Гештальт-терапию иногда относят к формам «эмоциональной», «психотелесной» терапии, или, если сказать более современно, к «соматотерапии». Действительно, телесные и эмоциональные проявления опыта субъекта почти всегда присутствуют в терапевтическом процессе, предлагаемом гештальт-терапией, но это отнюдь не значит, что гештальт-терапия хочет считать себя телесной терапией или следовать моде дня. Все объясняется гораздо проще: гештальт-терапевт старается подойти к опыту пациента во всей его целостности. Это значит, что терапевт принимает в расчет телесные и эмоциональные измерения, так же как когнитивные, интеллектуальные, поведенческие, связанные с воображением и сновидением, экспрессивные и другие характеристики пациента, с которыми терапевт работает, и что он может пользоваться этими измерениями, чтобы войти в контакт с пациентом (Керпег, 1987).

Но это также значит, что терапевт не разделяет то, что мы привыкли разделять: например, что «тело» — это одно, а «ум» — это другое. «Тело» или «эмоция» представляет собой частные модальности опыта человека. При патологических процессах эти модальности иногда носят фрагментарный или

изолированный характер, и, безусловно, их не следует рассматривать по отдельности, если мы хотим помочь человеку восстановить их единство.

Области применения

Гештальт-терапия является универсальным подходом в силу того, что в основе гештальт-терапии лежит универсальный принцип контакта организма с окружающей средой. У гештальт-терапии есть наиболее проработанная из всех терапевтических подходов философская база, что позволяет гибко применять ее в различных практических областях, сохраняя базовые принципы. Гештальт-терапия практикуется как в форме индивидуальных, так и в форме групповых занятий. Процедура терапевтических сеансов предполагает заключение контракта между терапевтом и клиентом или группой относительно частоты встреч (обычно один раз в неделю), длительности занятий (обычно один час для индивидуальной работы) и других зон ответственности (финансовые отношения, место, ограничения). В процессе работы контракт может уточняться или изменяться. В гештальт-терапевтической работе очень важным является четкое представление об ответственности терапевта и клиента. Медицинская модель ответственности, в соответствии с которой терапевт полностью отвечает за жизнь и здоровье пациента, для эффективной работы гештальт-терапевта является невозможной, поскольку его работа направлена на повышение зрелости и самостоятельности человека.

Гештальт-терапия в клинической практике успешно применяется на различных этапах психотерапевтической работы и с различными состояниями пациентов. Ограничения гештальт-терапии связаны с ограничениями возможностей осознания пациента. Работа возможна с пациентами даже в достаточно тяжелых состояниях. При шизофрении и психотических расстройствах гештальт-терапия вполне применима на этапах становления ремиссии для поддержания максимально возможной адаптации к социальной жизни в периоды между приступами заболевания. Результатом работы является большая осознанность и произвольность социального поведения пациентов (Pagan, Shepherd, 1970; Хломов, 1995; Немиринский, 1999).

При работе с невротическими расстройствами и расстройствами личности гештальт-терапия может быть основным методом психотерапевта. Правда, это подразумевает достаточную длительность работы, которая может продолжаться даже в течение нескольких лет. Особенно это характерно для работы с нарушениями личности, поскольку изменения личности происходят постепенно. В этом случае терапевтическая поддержка направлена на процесс автономии, взросления клиента, на поиск и освоение собственных психологических ресурсов, повышение его ценности, нормализацию эмоциональной жизни, оптимизацию контактов с окружающим миром.

Методы гештальт-терапии позволяют оказывать поддержку при посттравматическом синдроме, острых кризисных состояниях, облегчают проживание травмирующей ситуации, позволяя построить новые ценности, приспособиться к изменениям в жизни.

При работе с зависимостями гештальт-терапия, основанная на достаточно разработанной теории зависимости, предоставляет наиболее универсальный подход и широко применяется в центрах анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, созависимых, эмоционально-зависимых лиц. Гештальт-терапия подразумевает добровольное участие человека в терапии и позволяет развить в этом случае способность к самоподдержке, принятию адекватной поддержки от других людей, укрепить личность человека.

Особенность психосоматических нарушений проявляется в нарушении целостности, разделении телесных и психических процессов. В гештальт-терапии работа направлена на интеграцию этих процессов, осознание психологического значения симптомов, восстановление эмоциональных переживаний.

Возможность использования в работе множества невербальных техник, таких, как игры, лепка, рисунок, игрушки, делает гештальт-терапию весьма эффективной в работе с детьми разного возраста и с подростками. Успешно осуществляется работа с такими нарушениями контакта ребенка с миром, как патологические страхи, агрессия, застенчивость, капризы (Окландер, 1997).

Гештальт-метод применяется не только в психотерапевтической практике, но и в других областях практической психологии, таких, как психология образования и организационное консультирование (Фюр, 1995; Nevis, 1988).

Подготовка специалистов

Система подготовки гештальт-терапевтов в России проводится сейчас в нескольких специализированных центрах и институтах. Программа Московского гештальт-института соотносится с соответствующими программами Европейского гештальт-сообщества и сертифицируется международным дипломом.

Подготовка гештальт-терапевтов проводится в дополнение к основному образованию в области психологии, психотерапии или психиатрии. Для получения квалификации гештальт-терапевта необходимо пройти полную программу обучения, которая включает в себя подготовительную ступень (сто часов; один год или менее), базовую дидактическую подготовку (вторая ступень — двести часов в течение двух лет). В подготовку входит также собственная психотерапия терапевта (пятьдесят часов) и супервизия профессиональной работы выпускника (также пятьдесят часов). Таким образом, общее время подготовки первой-второй ступени и получения квалификации составляет примерно три года.

Первая ступень подготовки гештальт-терапевтов посвящена знакомству с философией и методологией гештальт-терапии, с ее основными понятиями и принципами. Но главное, на первом году обучения участники получают необходимые профессиональные навыки и обучаются техникам, которые они могут использовать в своей работе. Это связано с запросом на достижение практического эффекта. То есть обучение организовано таким образом, что, пройдя первую ступень, обучающиеся получают некоторые специальные знания и умения (ведения клинической беседы, работы с детскими проблемами, использования рисунка и других художественных средств и т. д.), которые эффективно работают в рамках гештальт-подхода, но могут быть использованы самостоятельно.

Вторая ступень обучения направлена на профессиональную подготовку гештальт-терапевтов. Она представляет собой базовый курс теории и практики гештальт-терапии в объеме двухсот часов (восемь учебных сеансов в течение двух лет). Этот учебный цикл позволяет углубить одновременно с помощью собственного опыта и дидактическим путем работу над собой при помощи гештальт-терапии, а также ознакомиться с практическими и теоретическими основами метода.

Четыре занятия посвящены базовому теоретическому образованию в области гештальт-терапии; они включают в себя демонстративные сеансы и работу с группой с последующим процесс-анализом.

Основными темами являются история, базовые понятия и принципы гештальт-подхода (организм и среда, единство опыта, феноменология и холистический подход, осознание, фигура и фон, «здесь и теперь», контакт, граница контакта, цикл опыта, творческое приспособление, теория личности, сопротивление, основные типы прерывания контакта, терапевтические механизмы, процесс-анализ, терапевтическая позиция, терапевтические отношения, супервизия, профессиональное самосознание). Затем обучающихся более подробно знакомят с различными прикладными областями гештальт-терапии, что облегчает выбор ими специализации.

Основные темы второй половины цикла: творческие методы в гештальт-терапии (парадоксальные методы, арт-терапия, работа с рисунками, сновидениями и метафорами); работа с телесностью в гештальт-подходе (телесная модальность контакта, отчуждение и пробуждение телесности, динамика телесных переживаний в личной истории, симптом, работа с психосоматическими нарушениями); семейная гештальт-терапия (гештальт-интерактивный цикл опыта, гештальтистский и системный подходы, работа с парами и малыми системами); организационное гештальт-консультирование; гештальт-терапия в клинической практике (анализ ранних нарушений, гештальт-терапия в работе с эндогенными расстройствами, гештальт-терапия в пограничной клинике, работа в наркологии и др.); интегративный подход в гештальт-терапии (гештальтистское и другие направления в психотерапии, логические уровни психотерапевтического процесса).

Большое значение придается самостоятельной практике, личной работе в малых учебных группах, в которых обучающиеся под наблюдением супервизора самостоятельно проводят терапевтические сеансы и процесс-анализ. В ходе обучения им необходимо пройти не менее пятидесяти часов личной психотерапии.

На второй ступени подготовки обучающиеся получают специализированные знания и навыки. Они выбирают направление гештальт-терапии, в котором хотели бы специализироваться, после чего обучение осуществляется по особым программам. На всех ступенях учебу проводят ведущие сотрудники Московского гештальт-института, сертифицированные в области гештальт-терапии (Германия, Франция).

Библиография

- Мазур Е. С. (1996) Концепция незавершенных действий в гештальт-терапии // Гештальт-95. Сборник материалов Московского гештальт-института за 1995 год. — М.: МГИ.
- Наранхо К. (1995) Гештальт-терапия. — Воронеж: Модэк.
- Немиринский О. В. (1999) Принципы применения гештальт-терапии в клинической практике // Гештальт-98. Сборник материалов Московского гештальт-института за 1996 год. — М.: МГИ.
- Окландер В. (1997) Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. — М.: Класс.
- Перлз Ф. С. (1996) Гештальт-подход и Свидетель терапии. — М.: Либрис.
- Перлз Ф. С. (1997) Внутри и вне помойного ведра // Перлз Ф. С., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. — М.: Академия, СПб.: XXI век.
- Польстер И. (1999) Обитаемый человек. — М.: Класс.
- Польстер И., Польстер М. (1997) Интегрированная гештальт-терапия: Контуры теории и практики — М.: Класс.
- Резник Р. (1997) Интервью британскому гештальт-журналу // Гештальт-96. Сборник материалов Московского гештальт-института за 1996 год. — М.: МГИ.
- Робин Ж.-М. (1996) Гештальт-терапия. — М.: МГИ.
- Рудестам К. (1990) Групповая психотерапия. — М.: Прогресс-Универс.
- Фром И. (1995) Гештальт-терапия и гештальт // Гештальт-94. Сборник материалов Московского гештальт-института за 1994 год. — М.: МГИ.
- Фюр Р. (1995) Тезисы о гештальт-педагогике // Гештальт-94. Сборник материалов Московского гештальт-института за 1994 год - М.: МГИ.
- Хломов Д. Н. (1995) Психотерапевтический анализ реабилитации лиц с алкогольной зависимостью // Гештальт-94. Сборник материалов Московского гештальт-института за 1994 год. — М.: МГИ.
- Энрайт Д. (1994) Гештальт ведущий к просветлению. — СПб.: Центр гуманистических технологий «Человек».
- Fagan J., Shepherd I. (1970) Gestalt Therapy now. — N. Y.: Herper & Row.
- Kepner J. (1987) Body process, a Gestalt Approach to working with the Body in Psychotherapy. — N. Y.: Gestalt Institute of Cleveland Press.
- Nevis E. (1988) Organization consulting: a Gestalt Approach. — N. Y: Cleveland Press.
- Perls F. (1942) Ego, Hanger and Aggression: a revision of Freud's theory and method. — London: Durban.
- Perls F. (1969) Gestalt Therapy Verbatim. — Moab: Real People Press.
- Perls F., Hefferlin R., Goodmen P. (1951) Gestalt therapy. — N. Y: Julian Press.
- Wheeler G. (1991) Gestalt reconsidered. — N. Y.

Авторы

Аграчев Сергей Григорьевич (1952-1998), психолог-психоаналитик, основатель и первый президент Московского психоаналитического общества.

Варга Анна Яковлевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Центра психического здоровья МЗ РФ, сертифицированный специалист по системной семейной терапии и психодраме, председатель правления Общества семейных консультантов и терапевтов Москвы.

Гаранян Наталия Георгиевна, кандидат психологических наук ведущий научный сотрудник МНИИ психиатрии, сертифицированный специалист по психодраме, когнитивной психотерапии, системной семейной терапии.

Гиппенрейтер Юлия Борисовна, доктор психологических наук, профессор факультета психологии МГУ, мастер НЛП.

Гриншпун Игорь Борисович, доцент кафедры психологии развития МПГУ, сертифицированный специалист по психодраме.

Кадыров Игорь Максумович, доцент МГУ, кандидат психологических наук, психоаналитик, член Международной психоаналитической ассоциации, президент Московского психоаналитического общества.

Калмыкова Екатерина Семеновна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Института психологии РАН, член Московского психоаналитического общества.

Кэхеле Хорст, профессор, декан факультета психотерапии и психосоматики Университета г. Ульма (Германия).

Морозова Елизавета Алексеевна, аспирантка Психологического института РАО, сертифицированный специалист по психодраме.

Орлов Александр Борисович, доктор психологических наук, заместитель директора Института дошкольного образования и семейного воспитания РАО. Сертифицированный специалист по человекоцентрированной экспрессивной терапии.

Раевский Станислав Олегович, кандидат психологических наук, преподаватель факультета психологии МГУ, президент Московского общества аналитической психологии, практикующий аналитик.

Семенова Наталья Дмитриевна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник МНИИ психиатрии МЗ РФ.

Хегай Лев Аркадьевич, преподаватель Института психоанализа (Москва), вице-президент Московского общества аналитической психологии, практикующий аналитик.

Хломов Даниил Несторович, кандидат психологических наук, директор Московского гештальт-института.

Холмогорова Алла Борисовна, кандидат психологических наук, руководитель лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии МЗ РФ. Сертифицированный специалист по психодраме, когнитивной психотерапии, системной семейной терапии.

Содержание

Предисловие	3
<i>Часть первая.</i> Общие проблемы психотерапии.....	7
Психотерапия как объект научного исследования. <i>Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле</i>	7
Постановка проблемы: кому и зачем нужны исследования по психотерапии?	7
История исследований по проблемам психодинамической психотерапии	8
Изучение эффективности психотерапии.....	11
Общий эффект психотерапии	11
Позитивные изменения при отсутствии лечения.....	12
Методы изучения психотерапевтического взаимодействия	15
Библиография.....	18
<i>Этические основы психотерапии. Н. Д. Семенова</i>	20
Конфиденциальность	20
Перенос	21
Эротизированный перенос.....	22
Зависимость	22
Злоупотребления психотерапией: интимные отношения психотерапевта с пациентом.....	23
Как избежать двойственных отношений	25
Прикосновения в психотерапии: этические аспекты	27
Этические аспекты оплаты психотерапевтических услуг	29
Библиография.....	31
<i>Часть вторая.</i> Основные направления психотерапии	32
Психоанализ и психоаналитическая терапия. <i>С. Г. Аграчев, И. М. Кадыров</i>	32
Введение. Основные понятия, термины и определения.....	32
Технические приемы классического психоанализа.....	34
Общая характеристика современного состояния психоаналитической техники	35
Формы психопатологии и виды психоаналитической терапии	40
Библиография.....	42
Методы аналитической психологии К. Г. Юнга. <i>С. О. Раевский, Л. А. Хегай</i>	43
Введение.....	43
Юнгианский анализ	44
Аналитический ритуал.....	46
Продолжительность сеансов	47
Кушетка или кресло ?	48
Метод свободных ассоциаций	48
Частота сеансов	50

Особые договоренности.....	50
Интерпретация	51
Перенос и контрперенос	55
Этапы анализа	57
Активное воображение	59
Амплификация	60
Анализ сновидений	61
Вместо заключения.....	65
Библиография.....	65
Нейролингвистическое программирование (НЛП). <i>Ю. Б. Гиппенрейтер</i>	66
Что такое НЛП?	66
Немного истории	66
Теоретическая ориентация*	67
Базисные принципы	68
Основные понятия и технические приемы	69
Клиент и его субъективный опыт.....	69
Психотерапевт и его мастерство («три кита» искусного коммуникатора).....	71
Процесс психотерапии.....	72
Пример одной из техник НЛП (работа с внутренним конфликтом).....	75
«Секреты» успеха НЛП	77
Библиография.....	77
Системная семейная психотерапия. <i>А. Я. Варга</i>	78
Законы функционирования семейных систем	78
Свойства семейной системы.....	84
Методологические принципы системной семейной психотерапии.....	90
Практика психологической помощи семье.....	91
Дизайн приема. Организация работы семейного психотерапевта	91
Техники работы с семьей.....	92
Схема проведения первичного приема	95
Когда и как заканчивать работу с семьей	96
Библиография.....	96
Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. <i>А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян</i>	97
Характеристика трех основных блоков когнитивно-бихевиоральных подходов	98
Когнитивная психотерапия Бека	101
Краткая история и основные методологические принципы КТ.....	103
Основные теоретические положения КТ	104
Когнитивные модели депрессивных и тревожных расстройств	107
Основные этапы и техники КТ	108
Библиография.....	116
Человекоцентрированный подход в психотерапии <i>А. Б. Орлов</i>	117
Основоположник.....	118
Основные идеи и понятия.....	120
Особенности психотерапевтической системы.....	122
Основные психотерапевтические установки	124
Основные варианты терапевтической работы	128
Библиография.....	131
Психодрама. <i>И. Б. Гриншпун, Е. А. Морозова</i>	132
Предварительное определение	132
История	133
Основные непсихологические источники, повлиявшие на психодраму	134
Психодрама и религия	134
Психодрама и философия.....	135
Психодрама и театр.....	135
Теоретико-психологические основы психодрамы	135
Теория ролей	136

Теория спонтанности	138
Социометрия	139
Психодрама как практика	141
Психодраматическая группа	141
Основные элементы психодрамы	142
Основные виды психодрамы	144
Основные фазы психодрамы	145
Основные техники психодрамы	149
Библиография.....	150
Гештальт-терапия. <i>Д. Н. Хломов</i>	151
Историческая справка.....	151
Очерк теории.....	152
Механизмы сопротивления	156
Методы и техники гештальт-терапии	158
Здесь и теперь.....	159
Работа со сновидениями	160
Телесная работа.....	160
Области применения.....	161
Подготовка специалистов.....	162
Библиография.....	163
Авторы	163

Основные направления современной психотерапии

Редактор — *О. В. Шапошникова*

Обложка — *А. Пожарский*

ЛР№ 064615 от 03. 06. 96

Формат 84x108/ . Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,16.

Тираж 5000 гнет. Заказ ЛЬ 565

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных диапозитивов,
на производственно-издательском комбинате «Офсет».

660049, Красноярск, ул. Республики, 51.

Тел. (3912) 23-36-81. E-mail: marketing@ofset.krsn.ru