

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

ДИСЦИПЛИНА: «ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ» (С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)

1. Этические основы психотерапии и психологического консультирования.

Сегодня в нашей стране достаточно непросто обсуждать проблемы этической регуляции профессиональной деятельности, не имеющей ясного профессионального статуса. Рассматриваемая в контексте медицины психотерапия обязана в качестве *лечебной деятельности врача* руководствоваться принципом Гиппократов «Самое главное - не навредить!». Учитывая современный «пограничный» статус психотерапии как междисциплинарной области знания, где наряду с естественно-научными принципами медицинской модели все больший вес начинают набирать принципы гуманитарных наук, содержание гиппократовской максимы раскрывается как требование заботы о «благополучии» пациента, «принесении помощи без нанесения вреда или боли» (К. Поуп и М. Васкез, 1991).

Между тем очевидна неполнота и относительность подобного определения, поскольку никакое лечение, во-первых, не обходится без «неприятных процедур», прежде чем выздоровление или облегчение будет иметь место. Ведь даже чтобы избавить пациента от запора, порой не обойтись без клизмы, а чтобы снизить температуру, приходится пить горькие лекарства. Конечно, не стоит вульгаризировать проблему, ведь речь идет об этике психотерапии, т.е. о внутренних нравственных установках терапевта, которыми тот руководствуется по отношению к пациенту, в свете которых только и может оцениваться его конкретное действие, отдельная сессия или частный «эффект».

Правда, давление со стороны «рыночной политики» ощущается и в области психологии практики. В этом смысле поучителен пример современной медицины и психофармакологии, которые, идя на поводу требований своего потребителя, стремясь завоевать «своего» больного (клиента), все более стараются «подсластить пилюлю», обертывая горькие лекарства в сладкие оболочки и предлагая разборчивому пациенту все более совершенные и технически изощренные средства «усовершенствования» собственного здоровья. По аналогии с медициной у психотерапии есть несколько выборов; один шанс стать «сладкой», выбрав в качестве прообраза старца Луку из горьковского «На дне», цитировавшего известные строки: «Если к правде святой / Мир дороги найти не сумеет, / Честь Безумцу, / Который навеет / Человечеству сон золотой!»

Другой путь состоит в адаптации психотерапии к модели высокотехнологичной «службы сервиса», причем на сегодняшний день «почва» для подобного выбора «пропахана» и сдобрена вдруг выросшими, как опята после ливня, многочисленными психологическими консультациями. Что же, реалистично оценивая различные пространства отношений, «пациент-терапевт», «клиент-консультант», «клиент-целитель» и проч., по-видимому, следует всерьез задуматься о собственном профессиональном самоопределении, учитывая в том числе многообразие уже реально сформировавшихся клиентских ожиданий и разнообразие «психологических услуг», различие ценностных установок и тех и других.

Существует достаточно прагматичная «рыночно-товарная» точка зрения, согласно которой терапевт в той мере хорош и эффективен, в какой он приносит пациенту облегчение его страданий. Закрывая терапевтический договор, терапевт, по мнению Х. Страппа (1975), берется выполнить три основные функции по отношению к клиенту: 1) *облегчить* его эмоциональное состояние путем понимания, поддержки и возвращения уверенности в себе; 2) *обучение* его, включая содействие его продвижению, росту, инсайту и зрелости; 3) *обеспечение его «техническим инструментарием»* изменения собственного поведения. Что же можно добавить? С точки зрения продажи психотерапии в качестве научной технологии, кажется, договор составлен вполне грамотно, во всяком случае, до циничности ясно. Видимо, развивая именно это понимание отношений между пациентом и терапевтом,

Страпп добавляет: клиент имеет право знать, что он приобретает в ходе данной сделки, а терапевт как производитель или продавец услуг отвечает перед покупателем (клиентом) и имеет определенные обязательства перед ним.

Подобный подход (наряду с иными), похоже, стихийно складывается и в нашей стране сейчас, но отвергать его «с порога» я бы не стала хотя бы по той причине, что у него имеются сторонники и с той и с другой стороны; к тому же определенное рациональное зерно в нем содержится. Действительно, пациент имеет право на квалифицированную профессиональную терапевтическую помощь. Бесспорно, принимая пациента и заключая терапевтический контракт, пациент и терапевт должны сформулировать понятные пациенту и разделяемые им цели. Не вызывает сомнения требование от терапевта эффективности и ответственности за благополучие пациента. Вызывает протест (и известную долю брезгливости) попытка полного отождествления терапевтической практики с моделью «психологического сервиса» со всеми вытекающими требованиями к терапевту, понятными каждому работающему и рефлексирующему свою деятельность терапевту или консультанту.

Подойдем к обсуждаемой проблеме теперь с другой стороны, а именно, как понимать «благополучие» пациента и эффективность терапевта в его «обеспечении»? Предположим, пациенту стало лучше в результате использования плацебо-эффекта (хорошей рекламы, уютного помещения, мягкой манеры общения и т.д.), тем лучше, этический принцип не нарушен, хотя терапевт мог даже и не начать собственно работать. Возникает вопрос: терапевт действительно сделал все, что в его профессиональных силах для пациента или грамотно «поймал клиента на крючок», что вполне в духе идеологии социального манипулирования? Но имеет ли это отношение к психотерапевтической этике, а говоря точнее, не противоречит ли ей? Однако если пациент жалуется на ухудшение состояния в процессе психотерапии, то, следуя *буквально* принципу «не приноси вреда», терапевт обязан признать терапевтическое вмешательство неэффективным, либо пересмотреть и изменить лечение, либо проконсультировать пациента у более опытного специалиста, либо порекомендовать альтернативное лечение. Кажется, все верно, но только по своей чисто внешней видимости. Всем известно, что психотерапия никогда не может быть уподоблена «хай-вэю» к абсолютному, мгновенному и вечному благополучию, а терапевтический процесс полон порой весьма драматических эпизодов во взаимоотношениях трансфера и контртрансфера; состояние пациента то улучшается, то ухудшается не только автохтонно, но и под воздействием динамики терапевтических отношений. Наконец, к психотерапевту обращается немалое количество «трудных пациентов» с расстройствами личности и сопутствующими психопатологическими синдромами, вообще проблематичных в отношении любого лечения. Безусловно, психотерапевт обязан использовать все средства контроля и проверки своей деятельности, в том числе и перечисленные выше; но культура общества, в том числе и профессионального сообщества, должна предоставлять терапевту известный «кредит доверия», предполагающий право личной ответственности за возможные риски и инциденты, включая и терапевтические неудачи. Примеры подобных прецедентов известны, вспомним хотя бы широко освещавшийся и дискутируемый «случай Эллен Вест», опубликованный, кстати, на русском языке в Московском психотерапевтическом журнале в 1993 году. Понятно, что обнаружение неудачных случаев возможно только при достижении профессиональным сообществом довольно высокого уровня зрелости и открытости, пока еще не достигнутого у нас, но этическая и дидактическая ценность подобных публикаций, несомненно, очень высока, ведь, как известно, на ошибках учатся, а на своих учатся и учат еще лучше. Однако повторюсь: супервизия может достигнуть подобного уровня без нанесения вреда самому терапевту только параллельно с процессом реальной гуманизации и толерантности общества. Возможно было бы у нас (например, как это сделала очень известный американский терапевт, сотрудничающая с самим О. Кернбергом, Марша Линехан) опубликовать развернутое описание случая, закончившегося суицидом, и остаться в живых терапевту? Не думаю, так же как мне не известна ни одна публикация в нашей профессиональной печати по поводу пресловутых интимных отношений терапевта и пациента, хотя с потерпевшими от них мне как терапевту приходилось иметь дело.

Таким образом, проблема этических основ психотерапевтической деятельности на сегодняшний день существует, составляет предмет исследований и дискуссий во всем мире, а не только в нашей стране, где подобная профессия (не медицинского психотерапевта) только-только начинает формироваться, и поэтому мы позволим себе далее выделить и

кратко обсудить несколько, на наш взгляд, основополагающих принципов, далеко не исчерпывающих всей сложности данной проблемы.

Конфиденциальность

Принцип соблюдения конфиденциальности, т.е. буквально секретности, предполагает сохранение в тайне, неразглашение информации, сообщаемой пациентом, а также анонимность его посещения терапевта для «третьих лиц». Терапевт (консультант), обсуждая с пациентом условия терапии, обязуется зашифровать истинное имя пациента в своих записях и протоколах, а также без согласия самого пациента не использовать траискрипты, аудио- и видеозаписи терапевтических сессий в научных публикациях или исследовательских целях.

Правило конфиденциальности призвано, таким образом, ограждать и защищать личное пространство пациента, его право на частную жизнь, автономию и уважение. Вот почему гарантия конфиденциальности сама по себе служит мощным терапевтическим средством восстановления и укрепления разрушенных эмоциональных связей и отношений с людьми. Уверенность в соблюдении терапевтом принципа конфиденциальности возвращает пациенту доверие, позволяет становиться более открытым, способствует развитию позитивного переноса, а в качестве побочных следствий ведет к уменьшению избыточной тревожности, облегчает развитие рационального «рабочего альянса» с терапевтом.

Нарушение конфиденциальности допускается, если оно продиктовано экстренными обстоятельствами типа угрозы жизни пациента или в случае высокого риска гетероагрессии или иных форм антисоциального поведения. Очень важно сохранять возможность совместного с пациентом обсуждения случаев, когда, по мнению последнего, его конфиденциальность была нарушена.

Соблюдение профессиональных рамок или границ

В соответствии с этим принципом терапевт заботится о благе пациента, помня о границах своей собственной профессиональной компетенции. Он обязан предоставить пациенту документы, удостоверяющие его образование и квалификацию в практикуемой области психотерапии; информировать пациента об альтернативных методах терапии или медикаментозного лечения, к которым пациент может обратиться, но которые находятся вне компетенции данного специалиста; обязан прервать терапевтическую практику, если состояние его физического или душевного здоровья мешает эффективной терапевтической работе.

Реализация этого этического принципа предполагает особую ответственность терапевта за ясную очерченность и сохранность пространственно-временных границ терапевтических сессий. К нарушению «границ» будут относиться нерегулярность и непостоянство места и времени сессий, их частые или хаотические изменения, перенесение места сессий из кабинета в неформальную обстановку (в семью, бар, на прогулку и т.д.). В последнее время склонны трактовать в духе «нарушения границ» знаки фамильярного отношения, проявляющиеся во вторжении в терапевтическую беседу тематики, касающейся личной жизни терапевта, просьбы и поручения, с которыми терапевт обращается к пациенту, выходящие за цели и задачи терапии, например содействие рекламе терапевта или его метода. Прямым нарушением пространственных границ (и личного пространства пациента) считается включение в терапию разговорного жанра непосредственного телесного контакта.

В качестве примера смешения границ нередко приводят так называемую множественность ролей, часто имеющую место в учебных заведениях, где терапевт может являться одновременно и преподавателем, и научным исследователем. По нашему опыту, хотя подобные структуры отношений, безусловно, накладывают отпечаток на терапевтический процесс, усложняя его, они не являются разрушительными; недопустимы терапевтические отношения при наличии непосредственно прямой субординации пациента и терапевта.

Грубейшей терапевтической ошибкой считается сексуальный контакт в рамках

терапевтических отношений, в настоящее время оцениваемый как самая brutальная форма эксплуатации трансферентных отношений, отношений зависимости и личности пациента [2, 4]. Следует добавить, что при работе с пациентами с расстройствами личности, в истории жизни которых инцестуозные посягательства и сексуальные абыюсы могли иметь место с достаточно высокой степенью вероятности, *подобные* эксцессы воспринимаются как повторные изнасилования и инцест и могут повлечь за собой развитие психотических регрессивных эпизодов; не исключены также суицидальные попытки (М. Стоун, 1981).

Профессиональные установки

Эффективность терапевтической помощи зависит от некоторых личностных качеств и установок терапевта. Наличие различных направлений, систем и жанров психотерапии предполагает достаточно большую вариативность индивидуальных стилей терапевтической работы, при этом хорошее знание терапевтом своих индивидуальных особенностей, своего телесного габитуса позволяет достаточно гармонично приспособить терапевта и терапию друг к другу.

Психотерапия относится к профессиям, обучение которым никогда не заканчивается; более того, сама психотерапия обладает огромным потенцирующим воздействием на человеческую личность, но она же может порождать «синдром сгорания». Учитывая противоречия профессии психотерапевта, следует предусмотреть некоторые правила безопасности, гарантирующие душевное здоровье и пациента и терапевта. Это означает обязательность постоянного личностного и профессионального роста, прохождение курсов индивидуального консультирования или психотерапии, участие в супервизорских и обучающих программах, научных исследованиях и междисциплинарных проектах, позволяющих психотерапевту не терять связи с научно-практическим сообществом, постоянно находиться во взаимодействии и сотрудничестве, получать обратные связи и делиться собственными знаниями и мастерством.

Злоупотребления в психотерапии

Говоря о злоупотреблении психотерапией и в психотерапии, обычно имеют в виду сексуальную эксплуатацию пациента и так называемый эротизированный контртрансфер. По существу, оба они относятся к нарушению границ терапевтических отношений, о которых говорилось выше. Здесь мы касаемся данного вопроса в связи с некоторыми личностными особенностями психотерапевтов. Согласно исследованиям последнего десятилетия, 13,7% мужчин и 3,1% женщин-психотерапевтов признают эротический контакт с пациентами, и это несмотря на то, что в ряде штатов США за подобные злоупотребления предусмотрены серьезные юридические санкции (К.Поуп, 1991). Среди «нарушителей границ» преобладают психиатры (33%), за ними следуют психологи (19%) и социальные работники (13%).

Согласно данным М. Стоуна, можно дать обобщенные портреты нарушителей-рецидивистов; несмотря на предполагаемые кросс-культурные различия, считаем все-таки полезным привести их типологию (цит. по: [2]):

- 1.«Депрессивный» - обычно мужчина средних лет, с семейными и (или) супружескими проблемами, эксплуатирующий позитивный трансфер.
- 2.«Манипулятивный» социопат с дурным несдержанным характером.
- 3.«Перверзный» - с извращенной сексуальной фиксацией.
- 4.«Сексуально свободный» романтический демон.
- 5.«Грандиозный» - «любит» своих пациенток (но еще более -свое грандиозное Я), поэтому его должны любить и они; он экспансивен, агрессивно-соблазнитель, не лишен шарма.
- 6.«Отчужденно-интровертированный», считающий, что его соблазнили, раскаивающийся.

Другими авторами описываются похожие личностные типы; сильная выраженность нарциссических черт, отношение к пациентам как к объектам удовлетворения собственных

фрустрированных потребностей в любви, признании, самоуважении.

Эти и иные виды злоупотреблений, встречающиеся в психотерапии и консультировании, по определению, относятся к «контрлечебным факторам». Они наносят серьезный ущерб душевному здоровью пациента, подрывают его и без того шаткое доверие к людям, делают весьма проблематичным его обращение к другим специалистам и нередко провоцируют грубое ухудшение состояния и играют немалую роль в провокации суицидальных попыток. Все это не только снижает успешность работы с данным терапевтом, но и делает весьма проблематичным его обращение к другим специалистам.

Нарушения этического кодекса сильно дискредитируют не только терапевта, но и саму профессию, на что стоит обратить внимание всем нам, отечественным психотерапевтам, поскольку эта профессия у нас находится в самом начале своего становления - в отличие от врачебной (клинической) психотерапии.

Этические принципы психотерапевтической практики формируются не сразу, а по мере осознания психологами-психотерапевтами своей «цеховой» принадлежности и собственной профессиональной идентичности. Пока еще очень многое приходится заимствовать и адаптировать, пересаживать из одной почвы в другую, и, глядя в будущее, трудно увидеть ясные контуры психотерапии «российского образца». Впрочем, лично я успела убедиться, что роль кросскуль-турных различий нередко переоценивается; вероятней всего, последние имеют место при сравнении каких-то конкретных и частных аспектов, но природа глубоких душевных конфликтов человека, скорее всего, интернациональна и не подвержена влиянию времени; подтверждением тому служит вечная непреходящая ценность для психологии мировой сокровищницы искусства, древних мифов и легенд, библейских заветов.

2. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Что случается с детьми, то же бывает и с нами, взрослыми детьми: они пугаются, если вдруг увидят в масках тех, кого любят, к кому привыкли, с кем всегда играют. Не только с людей, но и с обстоятельств нужно снять маску и вернуть им подлинный облик.

Луций Анней Сенека

Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud) родился 6 мая 1856 г. в маленьком австрийском городе Фрайберге в еврейской семье мелкого фабриканта и торговца шерстью, он был старшим из семерых детей. Спустя четыре года из-за внезапных финансовых затруднений семья переехала в Вену, где Фрейд прожил до 1938 г., когда был вынужден эмигрировать в Англию. Фрейд получил классическое по тому времени образование: изучал древние языки, прекрасно владел литературным немецким, говорил свободно на английском, французском, испанском и итальянском языках. В детстве и юности увлекался чтением великих классических произведений драматургов и философов, штудировал труды Фейербаха, Канта, Гегеля, Шопенгауэра и Ницше. Однако выбор медицины в качестве поприща профессиональной деятельности оказался отчасти вынужденным, поскольку юноша с детства грезил о славе великих полководцев, стремился к военной карьере и государственной службе, куда ему как еврею дорога была закрыта.

Окончив медицинский факультет Венского университета, Фрейд несколько лет занимался сравнительной анатомией мозга и неврологией, практиковал в качестве врача-невропатолога (скорее из финансовых соображений, чем по призванию), пока в 1885 г. в Парижском госпитале Сальпетриер судьба не свела его со знаменитым Жаном Шарко, выдающимся французским невропатологом, специалистом по истерическим расстройствам. Используя внушение и гипноз, Шарко на своих публичных сеансах блистательно демонстрировал возможность мгновенного исцеления пациенток с симптомами истерического паралича конечностей, слепотой и глухотой.

После четырехмесячной стажировки у Шарко окрыленный новыми идеями Фрейд возвратился в Вену и начал тесно сотрудничать с известным венским врачом Иозефом

Брейером, вместе с которым в 1895 г. он опубликовал исследование об истерии, ее причинах и методах излечения. Солидаризуясь с Шарко, авторы утверждали, что в основе истерических симптомов лежит «забытый», а точнее, вытесненный травматический эмоциональный опыт, причем Фрейд пошел дальше своих старших коллег, напрямую связывая происхождение психических расстройств с подавленной (вследствие строжайших требований викторианской морали) сексуальностью. По существу, в «Очерках по истерии» содержатся не только тезисы будущей теории психоанализа, но и, как продемонстрировал анализ случая Элизабетфон Р., описанного Фрейдом в этом труде, предложены важнейшие инновации в области методов лечения истерии, в частности основные методы интерпретации бессознательного вне гипнотического внушения.

Медицинская общественность Вены была шокирована, и в 1896 г. Фрейда изгнали из Венского медицинского общества. Последовавшая вскоре смерть отца, по-видимому, углубила одиночество Фрейда, заставив его обратиться к самоанализу и анализу собственных сновидений. «Толкование сновидений» увидело свет в 1900 г., но в научном мире замечено не было, зато уже через пять лет Фрейд становится практикующим врачом со всемирной известностью, автором «Психопатологии обыденной жизни», «Юмора и его отношения к бессознательному», «Трех очерков развития сексуальности», основателем «Психологических сред».

З.Фрейд возглавляет новый профессиональный союз, позже преобразованный в Венское психоаналитическое общество. На 1910-1920-е гг. приходится пик творческой активности Фрейда и международного распространения психоанализа, в том числе и в России.

Первая мировая война, рост политического и идеологического тоталитаризма и антисемитизма, равно как и раскол внутри психоаналитического движения, а возможно, и более глубокие переживания его личной и семейной жизни, оказали определенное влияние на научные взгляды Фрейда, привлекли внимание к природе человеческой деструктивности и нарциссизма.

Фрейд стремился свести формы культуры и социальной жизни к проявлениям первичных влечений. Наиболее значительными публикациями последних лет жизни З.Фрейда являются «Лекции по введению в психоанализ» (1920), «По ту сторону принципа удовольствия» (1920), «Я и Оно» (1923), «Будущее одной иллюзии» (1927), «Цивилизация и недовольные ею» (1930). Скончался Фрейд, по сути дела, в изгнании (в Лондоне) в 1939 г. от рака гортани, страдая от мучительной болезни, разрыва с прежними учениками и последователями, преданный гражданской смерти нацистской Германией.

Классический психоанализ: теория влечений и стадии психосексуального развития

Теория личности, разрабатываемая и неоднократно видоизменяемая Фрейдом на протяжении всей его творческой жизни, предлагала «портрет невротика» рубежа XIX-XX столетий в шести различных перспективах: *топографической*, которая строится на бинарной оппозиции сознательного против бессознательного в качестве базовой модели психического функционирования; *динамической*, которая постулирует в качестве основы душевной жизни взаимодействие и конфликт инстинктивных психических сил, или влечений; *генетической*, которая раскрывает идею развития психического через трансформацию инстинктивных влечений в каждой из выделенных им фаз, или стадий, - оральной, анальной, фаллической, латентной и генитальной; *экономической*, которая позволяет видеть в психическом единые закономерности, описывающие виды трансформации психического как энергии универсального типа в терминах ее свободы и подвижности; связывания и структурирования; перемещения и распространения; задержки и застоя; кумуляции, вложения (инвестирования), затрат, разрядки и т.д.; *структурную*, которая задает основы системной организации психического в терминах Ид, Эго и Супер-Эго, и *адаптивной*, начатой Фрейдом и развитой

впоследствии Х.Хартманном (1958) и Д.Рапапортом (1953), которая полагает врожденную готовность индивида взаимодействовать с реальностью и адаптироваться к ней путем создания относительно устойчивых паттернов (представлений, репрезентаций) «среды» как нормального и предсказуемого окружения. Мы сфокусируем свое внимание в основном на *динамической, генетической и структурной* перспективах, так как они имеют наибольшее отношение к его психопатологическим и психотерапевтическим теориям.

Динамический аспект фрейдовской теории может быть раскрыт через центральный конструкт *Trieb*, который чаще всего трактуется как «толчок», «неодолимая движущая сила», «влечение» (его английский эквивалент - *Drive*) и имеет непосредственное отношение к его ранней теории сексуальности, или либидо, когда Фрейд рассматривал сексуальное влечение исключительно в качестве первопричины всех психических процессов. Лапланш и Понталис считают, что, говоря о влечении как движущей силе психического, Фрейд ставил сразу несколько вопросов, изучение которых задавало исходную теоретическую «рамку» его учения (Словарь по психоанализу, 1996. - С. 78). Имелись в виду, во-первых, естественно возникающая в организме динамика напряжения-разрядки, а во-вторых, источник, объект и цель влечения. На основании гомеостатической модели функционирования психики как организма предполагалось, что скапливаемое *изнутри* напряжение, исходящее из внутренних соматических источников, стремится к разрядке, становясь, таким образом, пружиной функционирования психического аппарата.

Итак, источником влечения являются телесные, соматические процессы, состояния телесного возбуждения; целью- устранение возбуждения. Собственно психическое возникает на пути «между», являясь промежуточным, пограничным между соматикой и психикой, представителем соматики в психике. Иначе говоря, в ранней теоретической модели Фрейда статус движущей силы получают не только сами влечения, но и их психические репрезентации, выраженные в фантазиях, желаниях, чувствах, мыслях, действиях и невротических симптомах.

Итак, влечения имеют телесное и психическое «представительство», что, по-видимому, облегчает их переводимость на язык как телесных симптомов, так и психических образов, окрашенных аффектом; и те и другие обладают качеством принудительной силы: Отличаясь настойчивостью и напором, влечения, стремясь к разрядке в качестве своей цели, нуждаются также для своего удовлетворения в объекте, хотя, вообще говоря, цель влечения может быть достигнута и в собственном теле, но, как правило, она все же обращается на внешний объект. Последний может меняться, замещаться, трансформироваться (будучи данным в репрезентациях), что, собственно, и происходит в процессе развития либидо на каждой из психосексуальных стадий.

Фрейдовская теория влечений является дуалистической в смысле постулирования двух базовых инстинктов: влечения к жизни и влечения к смерти. Вначале на основе опыта терапевтической работы с невротиками и изучения природы преимущественно позитивного эротизированного переноса сексуальное влечение рассматривалось в качестве единственно мотивирующей силы развития и одновременно источника внутренних невротических конфликтов. Исследование сексуальных извращений, а также различных форм детских чувственно-догенитальных стремлений (которые он трактовал достаточно широко - как разлитую чувственность и сензитивность детского организма к поиску удовлетворения) позволило построить генетическую теорию развития сексуальности, показать сложные отношения между влечением и объектом, которые в истории человеческой жизни претерпевают различные метаморфозы, в том числе порождают невротические симптомы.

В работах, написанных в 1920-х гг., Фрейд вынужден принять идею парности базовых влечений, так что влечению к жизни (Эросу) теперь противопоставлено влечение к смерти (Танатосу). Наблюдение явлений садо-мазохизма, сурового самонаказания (в виде бессознательного чувства вины), а также попытки теоретически осмыслить встречающиеся в терапевтическом психоанализе негативные трансферентные реакции привели к признанию

важности вклада агрессивного и деструктивного влечения в динамику бессознательного. Не касаясь здесь и по сей день незатихающих дискуссий по поводу статуса, цели, функций, роли в развитии и психопатологии инстинкта смерти, в самом общем виде отметим, что к его проявлениям обычно относят агрессию и деструктивность, в терапии манифестирующих негативной трансферентной реакцией и сопротивлением, исходящим из Сверх -Я; предполагается, что оба влечения имеют один генетический корень, а их дифференциация является результатом развития (хотя существует и прямо противоположная точка зрения); природа агрессии не может быть понята однозначно: она является врожденной биологической силой, но также является следствием психологической фрустрации и ответом на угрозу Я, результатом накопления мучительных «разочарований» и их навязчивого повторения; и либидо, и агрессия могут находиться не только в состоянии борьбы, возможно их смешение, взаимопереходы. Сложные отношения между агрессивными и либидозными влечениями, между *отношениями* любви и ненависти, их участие в создании образа мира и человека - традиционный предмет изучения теории объектных отношений, к которой мы обратимся в следующей главе; здесь же только упомянем, что современные авторы склонны подчеркивать неоднозначность функций агрессии, отмечая ее конструктивную роль в процессах сепарации и индивидуации (см., например: Э.Айке, 1972; Ф.Гринэйкр, 1953), тем самым придавая агрессии статус не столько биологического телесного влечения, сколько межличностной потребности в утверждении самооценности и автономности Я.

Как бы то ни было, ортодоксальная точка зрения принимает положение об Эросе и Танатосе как основных мотивационных побудителях интрапсихической динамики. Благодаря им человеческое существо постоянно ищет непосредственного удовлетворения сексуальных и агрессивных импульсов, между тем как социальные запреты (и Сверх-Я как их интрапсихическое представительство) накладывают на подобный способ инстинктивной разрядки суровые ограничения, что ведет к развитию невротического конфликта и его компенсации посредством защитных механизмов или возникновению невротических симптомов. Последние оберегают индивида от того, чтобы становились сознательными запретные желания, независимо от того, являются ли они либидозными или агрессивными. Утверждается, что если эти желания удалены из сознания, то они не смогут осуществиться *впрямую*, однако посредством *смещения* на Другой объект или с помощью *иных защитных маневров бессознательного* открывается множество других способов их экспрессии. Так, побуждения, исходящие из *одного* источника, могут присоединиться к побуждениям, возникающим из других источников (*что* происходит при смешении эротического влечения и влечения к нарциссическому сохранению Я); в качестве объекта катексиса либидо может выступить собственное тело (при истерической конверсии органа, ипохондрическая фиксация при нарциссизме); в том числе объектом может стать его символическая репрезентация - воспоминание, сновидение, образы и мысли.

В качестве иллюстрации сошлюсь на пример из «Психопатологии обыденной жизни», где Фрейд приводит воспоминание о сновидении одного молодого человека, относимом им примерно к пятилетнему возрасту. Малыш интересуется у своей тетки разницей между буквами тип, тетка же обращает его внимание на то, что у буквы т на одну черточку больше, чем у п. Фрейд толкует сновидение в том смысле, что оно в символической форме представляет любопытство маленького мальчика к различиям иного рода, к различиям между полами. Позволю себе привести здесь небольшой фрагмент текста из этой ранней работы Фрейда. «Когда случается уронить самого себя, оступиться, поскользнуться, это тоже не всегда нужно толковать непременно как случайный дефект моторного акта. Двусмысленность самих этих выражений ("оступиться" и "сделать ложный шаг") указывает уже на то, какой характер могут иметь скрытые фантазии, проявляющиеся в этой потере телесного равновесия. Я вспоминаю целый ряд легких нервных заболеваний у женщин и девушек, которые наступают после падения без поранения и рассматриваются как травматическая истерия, вызванная испугом при падении... Само падение как бы *подстроено неврозом* (курсив мой. -

Е. Т.) и служило выражением тех бессознательных фантазий с сексуальным содержанием, которые скрываются за симптомами и являются движущими силами их».

Защитные механизмы должны прежде всего обезопасить от переживаний тревоги и вины, вызванных бессознательными желаниями переступить через родительские и социальные нормы и табу. Чтобы защиты работали адекватно, т. е. не допускали до осознания и моторной экспрессии запретные сексуальные и агрессивные импульсы, последние должны сохраняться отщепленными от сознания. Дилемма, которую решает бессознательное, заключается в том, чтобы из двух зол выбрать наименьшее, и пускай этим злом лучше станет невроз, чем запретное или постыдное желание, таким способом обеспечивая иллюзию безопасности. Различие между нормальной и невротической личностью - это в значительной мере вопрос степени. Когда бессознательные конфликты из-за недостаточной эффективности и ограниченного набора защитных механизмов становятся слишком интенсивными, появляются *невротические симптомы*, которые, в свою очередь, можно рассматривать в качестве защитных реакций, только значительно более грубых и примитивных. В такой несколько упрощенной схеме представлялся Фрейду в начале построения его теории влечений психологический механизм симптомообразования при неврозах.

Для примера рассмотрим случай Элизабет фон Р., сложная и полиморфная симптоматика истерического расстройства которой группируется в основном вокруг астазии-абазии, т.е. очень сильных, мучительных болей в нижних конечностях, доходящих вплоть до невозможности *сдвинуться* с места. «Я не мог не думать, - замечает Фрейд, - что пациентка делает не что иное, как ищет *символическое* выражение своих тягостных мыслей и находит его в усилении своих физических страданий» [14. - С. 90]. Анализ истории болезни девушки и ее семейной истории позволяют Фрейду прийти к выводу, что благодаря действию отщепления от сознания, последующему вытеснению и смещению на телесный орган сексуальной тяги к мужу своей сестры, которая годом позже умирает от болезни сердца, девушке удается справиться с целым комплексом тягостных переживаний, имевших место незадолго до начала заболевания. Здесь и тяжелые, вызвавшие физическое перенапряжение и крайнюю усталость, заботы по уходу за внезапно заболевшими отцом и матерью, любовные мечты о зяте и отчаяние от собственного одиночества, невозможности наслаждаться семейным счастьем (которое выпало на долю сестры!), гипертрофированная тревога за здоровье и жизнь сестры (возможно, по механизму формирования реакции), по всей видимости, смешанная с чувствами зависти к ней и вины за собственные греховные помыслы. В толковании этого случая истерии, как и других, Фрейд подчеркивает теснейшую связь, почти буквальную параллель между телесными симптомами и их вербальной символизацией, когда больной как бы воскрешает в метафоре те телесные ощущения, на основе которых впервые возник тот или иной речевой оборот, впоследствии воспринимающийся буквально, вызывающий соответствующие телесные эквиваленты. В качестве иллюстраций в тексте находят толкование расхожие выражения и привычные обороты речи, которые говорят сами за себя: «нож в сердце» или «пощечина» как страдание от тяжкого оскорбления, оставленного без ответа; головная боль, подобная «игле в виске», как опознавательный знак вытесненных болезненно-неприятных неотступных мыслей и проч., что, собственно, *вполне* согласуется с двояким пониманием влечения, которое, подобно двуликому Янусу, являет себя то в своей исконно телесной оболочке, то в форме репрезентаций, в которые телесность вплетена через их аффективную заряженность и сцепленность с фантазийными образами и метафорами. Такой статус им был предписан самим Фрейдом, давшим им имена собственные - Эрос и Танатос, тем самым превратившим влечения в «мифические существа, величественные в своей неопределенности» (см. также; *Абрахам К* Сон и миф. - М., 1912). В этой связи примечательно также, что уже в самых своих первых работах, еще не вполне освободившись от влияния традиций Нанси и Сальпетриера, Фрейд находит *вербальный аналог* трансовой методики *телесного «надавливания»* - упорное, вопреки сопротивлению пациента, толкование невротического симптома через его

интерпретацию, своеобразное вербальное усиление, благодаря которому наступает исцеление: душевную боль (невроз) «как рукой снимает».

Динамический аспект теории влечений постулирует, что развитие нормальной сексуальной жизни здорового человека проходит через множество стадий организации, которые плавно сменяют друг друга; каждая стадия имеет свою форму, или подстадии, в зависимости от преобладания в ней либидозных или агрессивных «частиц». Таким образом, мы переходим к *генетическому аспекту* теории влечений.

Стадии психосексуального развития

Оральная стадия

Фрейд выделяет стадии психической жизни, основываясь на развитии сексуальности от рождения до зрелости, приняв за основу «карту» эрогенных зон тела, предложив, таким образом, нам представить развитие душевной жизни как своего рода «перемещение» либидо. Конечно, сегодня можно было бы понимать генетическую теорию З.Фрейда не столько натуралистически, сколько метафорически - как «путешествие» по оральной, анальной, фаллической и генитальной стадиям, знаменующим собой кризисные пространственно-временные вехи развития человеческого существа от рождения до зрелости.

Согласно ортодоксальной трактовке, ребенок изначально и тотально «сексуально перверзен», т.е. представляет собой чисто инстинктивное создание, управляемое недифференцированной пространственно неорганизованной сексуальностью. Фрейд называет первую фазу развития ребенка разлитым аутоэротизмом и нарциссизмом. Если бы младенец мог выразить словами свое отношение к миру, мы услышали бы: «Меня нужно любить всегда, везде, все мое тело, все мое Я, без всякой критики, без малейшего встречного движения с моей стороны» (*Балинт М.* Цит. по: [17. - Т. 1.- С. 350]). Тем не менее в процессе дифференциации эрогенных зон очень скоро после своего появления на свет младенец открывает для себя области наивысшего наслаждения. В течение первых 18 месяцев все его желания сосредоточены в оральной области, наибольшее наслаждение он получает от сосания удовлетворяющего объекта - материнской груди. Повинуясь инстинктивным побуждениям своего тела, он пассивно получает удовлетворение в течение орально-рецептивной фазы и активно его ищет в течение орально-агрессивной фазы. Оральное наслаждение здесь еще настолько диффузно и так привязано к чисто физиологическому удовлетворению от раздражения слизистой оболочки рта, что дети получают наслаждение от сосания всего на свете - груди, уголка пододеяльника, пустышки, бутылочек, игрушек или пальцев (позже Д.Винникотт обозначил эту фазу отношения с частичным объектом привязанности «обращением с переходными объектами»).

Как взрослые мы можем возвращаться к наслаждениям оральной сексуальности через поцелуи, оральное ласкание груди и других частей тела. Согласно распространенной точке зрения, считается также, что «атавизмы» оральной фазы прослеживаются у взрослых в пристрастиях и привычках, одни из которых несут следы примитивной оральной зависимости (таковы пищевые алко- и нарко-аддикции, табакокурение), другие канализируются в более или менее социально одобряемые «тяги». С этой точки зрения можно посмотреть, к примеру, на неумную страсть к болтовне и пересудам, а также на выбор профессии оратора или лектора.

Детские оральные сексуальные побуждения интенсивны и обусловлены «изнутри», но дети зависят от других людей, родителей прежде всего, поскольку те «обеспечивают» им грудь и бутылочку для получения адекватного орального удовлетворения. Не придавая решающего значения первичным репрезентациям материнской фигуры (Фрейд полагал, что на ранней стадии развития у ребенка нет еще психического объекта), как это делается в теории объектных отношений, ортодоксальный психоанализ, тем не менее, обозначает некоторые из сложностей, с которыми сталкивается младенец первого года жизни в зависимости от того, как родители откликаются на его нужды. Материнская депривация, или гиперопека, затрудняет переход от оральной стадии к последующим посредством механизма фиксации:

вся энергия конденсируется вокруг получения орального удовлетворения; реакцией на отсрочку или оральную фрустрацию может стать «оральный садизм», по Абрахаму и Фенихелю, что найдет выражение в привычке к интенсивным и повторяющимся кусаниям материнской груди. В противоположность «оральному эротизму», для которого характерна фантазия ребенка о заглатывании, инкорпорации «дающего пищу» (младенец - это маленький дикарь, от рождения наделенный магическим мышлением и даром магических превращений), чтобы стать таким образом его частью, оральный садизм связан с фантазией о разрушении «плохо питающей груди». Для гиперопеки также характерна оральная фиксация, проявляющаяся в стремлении повторять удовлетворяющие состояния. И чрезмерное потакание прожорливости, и чрезмерная пищевая фрустрация ведут к развитию «оральной» личности, приобретающей при невротических расстройствах амбивалентные черты - от пассивной прилипчивости до каннибалистских посягательств на объект с тенденциями, включающими следующие биполярные черты (К.Абрахам, 1927; Дж.Гловер, 1925): оптимизм-пессимизм; доверчивость-подозрительность; высокомерие-самоуничтожение; манипулятивность-пассивность; восторженность-завистливость. Предполагается, что на стадии оральной зависимости возникают так называемые примитивные защитные механизмы интроекции, проективной идентификации, отрицания, расщепления.

Хотелось бы подчеркнуть, что значение этой стадии младенческого развития стало проясняться вне рамок ортодоксального психоанализа, в теории объектных отношений, о чем подробно будет говориться в следующей главе. Замечу только, что уже ближайшие ученики Фрейда, сначала К.Абрахам, а затем М.Кляйн, представили отнюдь не идиллическую картину борьбы интроективных либидозных и интроективно-разрушительных каннибалистских влечений младенца к матери.

Анализируя взгляды более поздних исследователей, выделим основные задачи, с которыми приходится сталкиваться младенцу, и их исходы. Прежде всего к ним следует отнести последствия травмы рождения, переживаемой как изгнание из Рая стабильности, надежности, безопасности и взаимного слияния. Рождение, таким образом, изначально становится «столкновением» с разочарывающей реальностью (как внешней, так и внутренней организмической, которые в силу начальной нерасчлененности удваивают воспринимаемую снаружи и изнутри опасность), угрожающей самому факту существования, выживания ребенка в этом мире. М.Кляйн, а затем М.Малер особенно подчеркивали экстремальность вырабатываемых на этой стадии психических механизмов совладания с витальной угрозой, исходящей из внешнего мира, и хаотически-неорганизованной неструктурированностью внутренней реальности младенческой телесной жизни. Внутренняя раздвоенность, порожденная мощной динамикой либидозных и деструктивных импульсов, благодаря примитивным операциям расщепления, проективной идентификации, проекции и интроекции, распространяется на первичный объект - материнскую грудь. Так возникают первичные репрезентации. Злая и Добрая материнская грудь становится прообразом мира человеческих отношений и собственного Я. Если их первичная интеграция достигается, деструктивные тенденции смягчаются либидозными, а исходный хаос изменчивости и неопределенности сменяется пусть примитивной и частичной, но все-таки *константностью* объекта. Ребенок оказывается готовым переживать некоторые лишения без разрушения наметившихся эмоциональных связей. Эмоциональная связь между матерью и младенцем налаживается с помощью механизма *проективной идентификации*, благодаря которому младенец стремится на довербальном уровне установить *прочные отношения взаимозависимости*, не имеющей четко очерченных границ Я-Другой. Матери здесь уготована очень сложная роль (по выражению В.Биона, «контейнера»), куда сбрасываются избыточные и невыносимые чувства, с тем чтобы она смогла удержать их без агрессии и собственной дезинтеграции, а затем предоставить в распоряжение ребенка в более приемлемой и доступной для него форме. При благоприятном исходе агрессивные и либидозные чувства преодолевают расщепление; за счет взаимодействия либидозные и

агрессивные аффекты взаимно смягчаются, образуя основу отношений привязанности к *определенному объекту*, приобретающему персонифицированные и индивидуальные черты. На основе наметившейся тенденции к константности объекта начинают развиваться новые амбивалентные аффекты - стремление к разделению и отделению себя от другого соперничает со стремлением овладеть им целиком и полностью, поглотить (каннибализм младенца), интроецировать и сделать, таким образом, навсегда частью самого себя. Но наряду с этим рождается тревога за сохранность и жизнеспособность объекта, вина за причиненные ему боль и ущерб, стремление восстановить ущерб своей «хорошестью», т. е. возрождением либидозно-любвных чувств. Условное завершение этой стадии связывается, следовательно, с образованием зачатков Супер-Эго, началом стабилизации объекта и порождением новых тревог из-за его потенциальной потери (угроза аналитической депрессии). Успех или неудача в синтезе любви и ненависти сказывается в степени интегрированности-диффузности складывающейся самоидентичности, установлении отношений базового доверия или сохранении страха потери. В зависимости от успешности преодоления ранних и поздних страхов патология может развиваться на базе первичного аутизма и персекуторной тревоги (фиксация на аутистической или шизопараноидной стадии), либо на базе неуверенности в удержании и сохранении отношений привязанности, служа фактором предрасположенности к тревожно-фобическим и депрессивным расстройствам.

Анальная стадия

В так называемом цивилизованном обществе к функции и продукции ануса принято относиться как к чему-то неприличному и неприглядному, но Фрейд верил, что эта «грязная» область тела выступает интенсивным источником наслаждения для детей от 18 месяцев до 3 лет. Слизистая рта теряет роль ведущей эрогенной зоны и эта роль переходит к прямой кишке, слизистой заднего прохода и прилегающим участкам кожи. Воздействие содержимого кишечника, равно как и бережные прикосновения ухаживающей матери к этой области ребенка, приятно возбуждают. Дополнительное удовольствие начинают доставлять произвольные регуляции мускулатуры ануса, благодаря чему приобретает контроль над функциями сфинктера, что приносит дополнительную радость, и не только на уровне физиологического удовольствия от сдерживания-напряжения или опорожнения-разрядки (Фрейд, 1905). К.Абрахам, дополняя концепцию З.Фрейда, считает этот период развития ребенка ключевым в возникновении амбивалентности, сбалансированности либидозных и деструктивных влечений, где удельный вес последних чрезвычайно велик. Что имеется в виду? (Здесь при изложении материала мы будем опираться на положения, высказанные в работах как Фрейда, так и его ближайших последователей - Ш. Фе-ренци и К.Абрахама.)

Итак, если на первой, «изгоняющей», фазе ребенку доставляет наслаждение процесс экскреции, то на второй, «задерживающей», он научается получать удовольствие от сдерживания, чтобы затем усилить наслаждение от выделения, «отдачи». Вот почему Абрахам (1921) называет эту фазу анально-садистической. Кроме того, предполагается, что на ранней фазе фекалии приобретают двойственный статус-интроецированного внешнего объекта, «внедренного» в телесное Гребенка (объекта, роль которого на предшествующей стадии выполняла материнская грудь, также вызывавшая страх младенца «быть поглощенным ею»), и одновременно воспринимаются как часть собственного тела ребенка. Именно по причинам столь разнообразной двойственности фекалии являются источником беспокойства даже при самом дружелюбном и лояльном отношении матери к процессу и продукту дефекации. Если же мать проявляет беспокойство, неудовольствие, предъявляет исключительно высокие и строгие требования к регулярности, опрятности, если ей противен «грязный» ребенок, т.е. от матери исходит скорее фрустрация, чем поддержка, объект (как интроецированный, так и внешний) приобретает черты неудовольствия; содержимое кишечника воспринимается ребенком как нечто угрожающее и враждебное. В этом случае, выталкивая фекалии и получая удовольствие, ребенок как бы выталкивает из себя *и* часть себя, *и* часть, идентифицируемую с «плохой» матерью.

Но не стоит забывать, что «овладение» объектом ребенок отождествляет с «удерживанием фекалий в себе» и желанием «не отдавать их». Таким образом, сдерживание становится носителем ли-бидозного влечения, в то время как опорожнение - носителем деструктивных импульсов «отделения», «отвержения». А поскольку, как мы помним, испражнения, являясь частью тела ребенка, его «собственностью», уже приобрели свойства внешнего объекта (матери), то становится ясно, с каким противоречивым комплексом чувств, в которых смешаны удерживание-любовь и опорожнение-отвержение, связано отношение и к самому себе, и к объекту. На протяжении всей стадии происходит борьба между отвергающими, выталкивающими и дружески удерживающими стремлениями. Сбалансированность начинает формироваться к концу стадии и знаменуется появлением нового отношения ребенка к фекалиям: он получает удовольствие от «отдачи» и игры с фекалиями, тем самым осуществляя акт отделения их от себя (а себя - от объекта - матери); акт, прежде сопряженный исключительно с негативным аффектом отвержения, постепенно приобретает окраску «подарка», «отдачи» (себя - Другому). Кроме того, сдерживание получает дополнительный смысл своеволия, самоутверждения, независимости. Если баланс удерживания-отдачи окажется недостижимым, вместо любви-нежности как к Я, так и к объекту - возобладают черты анально-нарциссической «сдержанности» и садо-мазохизма. В свете фиксации на неразрешенном конфликте либидозных и деструктивных влечений К. Абрахам рассматривал такие характерологические особенности при неврозе навязчивых состояний, как сверхкритицизм и стремление все ставить под сомнение; амбивалентность в отношении к объекту, проявляющуюся в сомнении, надо ли объект уничтожить или его можно полюбить; депрессия, если в конфликте амбивалентных тенденций побеждают деструктивные тенденции.

Вообще же «переливы» амбивалентных чувств из одной крайности в другую - любви и ненависти, садизма и мазохизма, пассивности и активности, - равно как и прочие переходы из крайности в крайность, стоит подчеркнуть как особое свойство анальной фазы и анального нарциссизма (*Хайманн П.* Заметки об анальной фазе. Цит. по: [17.-Т. 1.-С. 602]).

3. Фрейд рассматривал дефекацию в качестве прототипа проекции. Таким образом, проекция фекалий на внешний мир является, по Фрейду, моделью, в соответствии с которой ребенок строит и оформляет собственную «картину» мира. Фрейд предполагал также, что на этой стадии устанавливается что-то вроде изоморфизма между внутренним и внешним миром ребенка, когда внешний мир он творит как бы по образу и подобию своего внутреннего мира. Отсюда антропоморфизм мировосприятия, наделение окружающего мира качествами всего живого, добрыми или злыми фантазиями, что определяется в конечном счете качествами интроецированного объекта.

Проекция (наряду с обращением в противоположность, аннулированием и обращением на себя) составляет центральный паттерн защитных механизмов анальной стадии психосексуального развития; благодаря этому психическому процессу внутренние («плохие»- враждебные, фрустрирующие, чуждые и т.д., -равно как и «добрые», - идеализируемые, воображаемые безгранично всемогущими) могут выноситься вовне, создавая переживание «магически-галлюцинаторного всевластия». Собственные душевные приобретения в виде развития мышления, растущей способности объективировать его продукты, а также *оформлять* собственные переживания посредством первичной символизации, а затем с помощью речи и слов воздействовать на других, «играть словами», как чуть раньше ребенок получал наслаждение от игры с фекалиями, - все это также подкрепляет общую нарциссическую установку на магическое всевластие. Вместе с тем если интроецированный объект вобрал в себя черты «плохости», ребенок с такой же легкостью и некритичностью населит внешний мир злыми и враждебными духами или будет *себя* воспринимать во власти дьявольских сил, что при патологическом развитии может привести к паранойе (*Фрейд 3.* Три очерка по теории сексуальности. - «О нарциссизме»). Анальная стадия в психоанализе прочно связывается с идеями детского

творчества во всех его проявлениях, духом сказочного, фантастического и удовольствия от переживания жуткого. И все же к главным приобретениям анальной фазы относятся чувства, связанные со становлением самоидентичности: самоутверждение и отстаивание своей независимости; в отношении к первичному объекту проявляются нарциссическое ощущение всевластия, всемогущества, способности управлять другими и подчинять их себе.

Мы уделили так много внимания этой стадии психосексуального развития в связи с несомненной, на наш взгляд, его ролью в развитии патологического нарциссизма. Сошлемся здесь на мнение известной представительницы современного психоанализа уже цитированной ранее П.Хайманн: «В этот период жизни, который в целом можно назвать фазой амбивалентности, нарциссизм выражается в активном самоутверждении, оппозиции, упрямстве и садизме, а чувство идентичности в основном зависит от оппозиции: *Я против Тебя*. Потребуется долгое и опасное путешествие, пока в генитальности не установится стабильное и надежное чувство идентичности, а индивид не начнет стремиться к людям с отличной от него идентичностью, т. е. к полноценным объектным отношениям, в которых индивид и объект так воздействуют друг на друга, что каждый из них усиливает в партнере чувство себя» [17. - Т. 1. - С. 612].

Предполагается, что объектное отношение к матери порождает своеобразную борьбу двух волей, заставляя ребенка отчасти приспособляться к требованиям и желаниям матери. Из-за любви к матери или из страха утратить ее любовь, ради удовольствия услышать от нее похвалу он адаптирует свою анальную функцию и испражняется тогда и так, как она того требует. В то же время ребенок пытается ей противостоять, заставляя ждать, уговаривать, умолять, выпрашивать, обещать и не выполнять, «отдавать» как подарок, с гордостью за содеянное, а также наслаждаться своей властью и материнской беспомощностью - и все это, чтобы отомстить за прошлые обиды и фрустрации. Интрузивную роль клизм, амбивалентность порождаемых аффектов и фантазий, где причудливо соединяются боль, принудительность, унижение и эротическое удовлетворение одновременно, пациенты неоднократно воспроизводят в своих анальных и садо-мазохистских фантазиях.

Давая описание так называемого анального характера, авторы подчеркивают наличие биполярных черт или двух типов анально-сти, развивающихся при анальной фиксации (З.Фрейд, 1925; О.Фе-нихель, 1945): скупость-мотовство, транжирство, сверхщедность; зажатость-безудержная раскрепощенность; упрямство-милая уступчивость, конформизм; организованность-беспорядочность; чистоплотность-неопрятность; пунктуальность-разбросан-ность»; пассивность и медлительность-персеверирующая активность, а также черты, вытекающие из садо-мазохистских тенденций перечисленные нами ранее.

Среди защитных механизмов кроме упомянутых ранее выделим изоляцию и интеллектуализацию.

Изоляция проявляется как отсутствие непосредственного переживания и выражения душевных чувств, когда ребенок рассматривает анальную функцию, а затем и все остальные проявления души и тела как механический акт, а не как инстинктивную и «живую» потребность; склонность рассматривать самих себя и других людей в том числе отчужденно-механистически; обращаясь за психотерапевтической помощью, такие пациенты ищут «хорошо владеющего методом исправления беспорядка».

Интеллектуализация как процесс нейтрализации аффекта проявляется в навязчивой склонности рассказывать с большим количеством деталей о телесных отправлениях своего организма, прочитывать много литературы, посвященной медицине; особо актуальна тема деятельности желудочно-кишечной системы; все это излагается обычно в интеллектуальных и научных терминах с пунктуальностью и точностью.

Фаллическая стадия

На этой стадии либидозное влечение катектирует (наполняет психической энергией) генитальную эрогенную область. От 3 до 6 лет у детей отмечен повышенный интерес к своим гениталиям, возрастает частая мастурбация. Отмечается интерес к гениталиям лиц

противоположного пола, который удовлетворяется в детских ролевых играх, а также во взаимном разглядывании детьми половых органов или взаимном петтинге. Этот возраст называют фаллическим, подразумевая, что психологически и для мальчика, и для девочки лишь один сексуальный орган, а именно пенис, приобретает решающее значение в развитии всей психической жизни.

Считается, что в фаллической фазе мальчик идентифицируется с пенисом, который становится (иногда и остается на всю жизнь) мерилем ценности его Я, эталоном сравнения себя с другими, что, в частности, проявляется в известной детской игре-шалости: «Давай-ка посмотрим, кто дальше (выше) пописает!» В соответствии с генерализованным механизмом проекции, а также благодаря нарциссизму мальчик изначально полагает, что «все имеют то, что есть у меня», т. е. в его фантазиях пенисом обладают все, и девочки в том числе. Открывая несоответствие фантазии реальности, мальчик испытывает «кастрационную тревогу», которая, по мнению Фрейда, инициируется филогенетическими факторами, «памятью расы». Х. Хартманн и Э. Крис считают, что скорее всего «страх кастрации» возникает вследствие множества ограничений, витающих в воздухе и значение которых мальчику знакомо по опыту фрустраций его других желаний как страх утраты объекта любви, Особость переживаний возникает вследствие появления в качестве новой «фигуры» в жизненном пространстве «незнакомца» - отца, властно заявляющего о своих правах на того, кого мальчик уже привык считать исключительно своей собственностью. Не будем забывать, что «идея» собственности со всем сложным и противоречивым комплексом чувств должна была оформиться на предшествующей анальной стадии. Теперь же появление третьего возбуждает нешуточные страсти, и отцеубийство порой совершается не только в символической форме! Однако следует различать Эдипову стадию и Эдипов комплекс.

Тревоги девочек этого возраста связаны с открытием анатомических различий в гениталиях; в ее фантазиях клитор воспринимается как нечто неполноценное или она предполагает, что и у нее когда-то был пенис, но она его за что-то была лишена (отсюда возникает постулат об исконном чувстве женской неполноценности и страхе наказания, заслуженного или незаслуженного). В этот период для девочек характерно «фаллическое соперничество»: маленькие девочки перенимают мальчишеские манеры и стремятся ни в чем не отставать от мальчиков. К.Хорни считает «зависть к пенису» социокультурным феноменом, следствием традиционного для западной цивилизации противопоставления мужских и женских ценностей и эталонов поведения или следствием «бегства от женственности». Представляется, что немалую роль в фаллическое соперничество привносит фактор исходной психобиологической бисексуальности: девочка «ищет» свою половую идентичность, опро-бывает ее образцы. Некоторые семейные обстоятельства или события индивидуальной биографии могут существенно повлиять на конечный выбор. «Бегство от женственности», отмечаемое у пациентов с так называемыми проблемами питания, несомненно, включает фактор семейной структуры (реальное или символическое отсутствие отца играет негативную роль), распределения семейных ролей, наличие или отсутствие подходящего эталона идентификации в материнской фигуре. Так, энергичная, деловая, с перфекционистскими устремлениями, эмоционально холодная мать для интеллектуально высокоразвитой девочки скорее предоставит в ее распоряжение для последующей идентификации «мужскую» роль, которая затем может подкрепляться выбором подруг по принципу дополнительности - мягких, женственных, ведомых, что закрепит «мужскую» самоидентичность.

В возрасте 3-5 лет коренным образом изменяется паттерн общения, из диадического мать-дочка он теперь преобразуется в классический треугольник, куда *именно в своей мужской роли* включается отец. Кроме того, в качестве «третьего элемента» выступают братья и сестры, сверстники, возникают сложные проблемы межличностного плана: лидерства-подчинения, необходимости соотносить и иерархизировать ролевые ниши в разных группах общения, возрастает требование к сотрудничеству и усвоению правил общения, иными словами, интенсивно формируются навыки общения и сопутствующие им эмоции.

Развивающиеся у ребенка сексуальные желания разворачиваются теперь в пространстве трехсторонних отношений. Эдипов комплекс подразумевает интенсификацию эротического компонента любви к родителю противоположного пола и ревность, соперничество, ненависть или даже желание смерти по отношению к родителю того же пола. Вместе с тем амбивалентность пронизывает чувства ребенка к каждому из персонажей этого треугольника. Материнская фигура внезапно начинает восприниматься в совершенно новом ракурсе, «знакомой незнакомкой». Очень тонкое и поэтическое описание этой метаморфозы дает Голсуорси в «Саге о Форсайтах»: «Уплетая варенье под старым дубом, он (маленький Джон) заметил в своей матери много такого, чего, казалось, никогда раньше не видел: щеки, например, цвета сливок, серебряные нити в темно-золотистых волосах, на шее спереди нет шишки, как у Бэллы, и во всех движениях что-то мягкое. Он заметил также черточки, бегущие от уголков ее глаз, а под глазами красивые тени. Она была ужасно красивая, красивее, чем "Да", или мадемуазель, или "тетя" Джун, или даже "тетя" Холли, которая ему очень нравилась; даже красивее, чем румяная Бэлла, - та, пожалуй, уж слишком костлява. Эта новая красота матери имела для него какое-то особенное значение, и он съел меньше, чем собирался... Он был до крайности возбужден... Он все смотрел на нее, пока, наконец, странная улыбка отца не заставила его поспешно переключить внимание на лежавший перед ним ломтик ананаса. Спать он отправился позднее, чем когда-либо в жизни».

Однако для идиллической картины здесь все далеко не так просто. Не меньшее внимание, любопытство привлекает теперь отец, тоже новый незнакомец, и мать в этих отношениях нередко выступает помехой в налаживании с отцом «своих», отдельных и чисто мужских отношений. Бисексуальная предрасположенность добавляет в отношение к отцу значительную дозу любви, мужской привлекательности, притягательности, восхищения, которые в развитии самоидентичности мальчика играют исключительно позитивную роль, поскольку способствуют образованию Идеала Я в качестве образца идентификации. Этот комплекс неслучайно называют кульминационным пунктом инфантильной сексуальности. «Конфликты эдиповой стадии развития, - пишут Х. Томэ и Х. Кэхеле, - имеют далеко идущие последствия для дальнейшей жизни любого ребенка, во-первых, потому, что именно в них происходит базовое структурирование психосексуальной дифференциации, и, во-вторых, потому, что принятие индивидом специфической половой роли формирует фундаментальные черты личности» [10. - Т 2. - С. 34].

Преодоление эдиповых устремлений является предпосылкой успешной интеграции всех предшествующих стадий развития, в то время как бессознательное сохранение эдипова влечения представляет собой краеугольный камень развития невроза истерии или более серьезных психических расстройств (ранее мы показывали это на примере анализа случая с Элизабет, чуть позже обратимся к случаю Человека-Волка).

Различают позитивный и негативный варианты Эдипова комплекса. При *позитивном комплексе мальчик* сексуально вожделеет к матери и в своих фантазиях ставит себя на место отца. В результате возникают позитивные сексуально окрашенные чувства к матери и амбивалентные чувства к отцу. Страх кастрации, отцовской фигуры, приводит в действие механизм *вытеснения*, и хотя частично снимает невротический конфликт, чреват остаточными тягостными переживаниями потери. Путем идентификации с отцом (защита по типу *идентификации с агрессором*) мальчику, с одной стороны, удастся справиться со своими агрессивными чувствами, направленными на «удачливого соперника», с другой стороны, идентифицируясь с отцом как со взрослым мужчиной, он получает частичный доступ к вожделенной материнской фигуре.

При *негативном* Эдиповом комплексе мальчик ненавидит мать и отвергает ее как сексуальный объект, поэтому его желания обращаются на отца, следствием чего становится гомосексуальный выбор объекта любви. Отвержение матери может иметь разные причины. Во-первых, мальчик видит, что мать не отвечает на его сексуальные желания, и тогда он «отдается» сопернику; во-вторых, его отношение к матери может корениться в догенитальных

отношениях разочарования. Несмотря на материнское отвержение, он из страха идентифицируется с ней и в фантазии перенимает ее роль по отношению к отцу» Здесь речь идет о негативном Эдиповом комплексе, который отличается пассивно-женственной установкой с угрозой нарушения в дальнейшем потенции или гомофилии (о развитии сексуальности по перверсному типу см.: Человек-Волк и Зигмунд Фрейд. - Киев, 1996).

По мнению Г. Блюм, перемена объекта у девочки происходит сложнее, так как необходим дальнейший шаг: *перенесение* (трансфер) от матери к отцу. Причиной перемены объекта является некоторое разочарование в матери, испытанное ранее: отнятие от груди, приучение к правилам туалета, рождение *других детей*. Кроме этого, в качестве особой причины разочарования в матери может выступать фантазия девочки о том, что она когда-то обладала пенисом, но он был у нее отнят матерью («эхо» смутных видений первичной сцены, когда мать-отец обладали пенисом *оба*) Конечная цель эдипова влечения и конфликта девочки заключается в требовании к отцу возмещения ущерба, в котором отказывает ей мать. В фантазиях идея «пениса» замещается идеей «ребенка», которого она хочет получить от отца, и рецептивные идеи заменяются на активные (Эдипов комплекс у девочек иногда называют комплексом Электры). Активно-требовательная генитальная любовь к отцу смешивается с чувствами вины и ревнивой ненависти к матери. Тем не менее остатки доэдиповой привязанности к матери все еще сохраняются, поэтому женщины более амбивалентны по отношению к своим матерям, чем мужчины по отношению к отцам.

Вопросы универсальности чисто биологической или социокультурной обусловленности Эдипова комплекса дискутируются. Неофрейдисты склонны рассматривать его с учетом культурных и семейных факторов. Так, А. Адлер считает Эдипов комплекс следствием материнской гиперопеки и избалованности ребенка. Сексуальный элемент отношений провоцируется и интенсифицируется преждевременным сексуальным созреванием ребенка в условиях потакания и избыточного удовлетворения всех его желаний. Ему сверх меры попустительствуют в удовлетворении мастурбационных желаний, чем еще более способствуют их сексуализации. Другим мощным фактором становятся неумеренные поцелуи и ласки повышено сексуальной матери, которая выступает инициатором и первоисточником межличностных отношений. В этом смысле ребенок сначала скорее реактивно отвечает Эдиповым комплексом, однако очень скоро открывает свою власть над матерью и по этой причине начинает выступать активной стороной. Согласно Юнгу, Эдипов комплекс отражает универсальное архетипическое стремление, свойственное обоим полам, возвращаться к матери, в «материнское лоно» как к вечному источнику защиты, пищи, покоя, наслаждения и постоянного возрождения.

Противоположной точки зрения придерживается О. Ранк, основывая свои взгляды на теории «родовой травмы». Согласно Ранку, материнское тело от рождения для ребенка - источник страха. Маленький ребенок бессознательно чувствует возможность трансформировать изначальный источник боли, материнские гениталии, в источник наслаждения. Такие попытки, однако, обречены на неудачу из-за сильной тревоги, связанной с родовой травмой. Ранк также считает, что в эдиповых желаниях ребенок стремится как соединить, так и разъединить родителей; в свою очередь, и родители могут втягивать ребенка в решение своих супружеских проблем, а ребенок способен поставить себе на службу родительское чувство вины. Иными словами, Эдипов комплекс не представляет собой чисто биологического феномена, он вполне вплетен, как мы *бы* сказали, в канву внутрисемейных коммуникаций и манипуляций.

К.Хорни также видит корни Эдипова комплекса в особом характере семейных отношений, а именно: 1) инициаторами сексуальной стимуляции являются родители, что выражается либо в сексуальных поползновениях, либо в откровенно эротическом заигрывании с ребенком, либо в изнеживающей атмосфере семейных отношений; 2) ребенок - невольная жертва своей собственной тревожности побуждающей его примыкать и привязываться к более сильному и внушающему страх родителю; целью ребенка является поиск любви, поэтому он «отдается»

тому, кто ее стимулирует. Оба варианта являются ответом на провокацию извне, по сути, эксплуатацией потребности ребенка в любви и его страхе потерять привязанность и безопасность.

Рефреном неофрейдистской критики являются возрождающиеся последние 10-15 лет исследования роли инцеста и сексуальных родительских посягательств в развитии пограничной личностной патологии. Данные клинико-демографических обследований выглядят столь впечатляюще, что игнорировать этот фактор в этиологии серьезных психических расстройств невозможно.

Общий итог обсуждения этого вопроса состоит в признании того, что некоторые факторы действительно могут оказать влияние на индивидуальную форму Эдипова комплекса. Приводим некоторые из них [2.-С. 130]:

1. Травмирующие события, такие, как преждевременное обольщение, действительное или сфантазированное; наблюдение за сексуальными сценами между родителями или другими взрослыми (первичные сцены); рождение еще одного ребенка, который отнимает внимание матери.

2. Бессознательная сексуальная любовь родителей к детям, порождающая все разновидности соблазнов и вины.

3. Более сильные страдания единственного ребенка в семье в связи с тем, что другие дети не облегчают давления на него родителей.

4. Отсутствие одного из родителей, усложняющее отношение к оставшемуся и утраченному родителю.

5. Конфликты и ссоры между родителями, особенно из-за ребенка, усиливающие эдиповы проблемы.

6. Жесткая пуританская семейная мораль, в частности по отношению к мастурбации. Что касается влияния «первичной сцены», то сошлемся в этой связи на описанный Фрейдом случай Человека-Волка, где весь процесс лечения построен на анализе сновидений и фантазий пациента, ядро которых как раз и составляет многократное повторение фантазий, наслонившихся на смутное воспоминание о коитусе родителей в положении *a torgo* (со спины). Специфический ракурс сцены в дальнейшем повлек за собой целую цепь сексуальных перверсий; фобия волка —> приступ болезненного богохульства —> болезненная набожность —> открытие сексуального влечения к отцу —> сексуальное влечение к женщине, которое он мог испытывать, только если видел ее склонившейся (в таком положении его возбуждали открывавшиеся его взору икры ног или ягодицы женщины), - сексуальное возбуждение к женщине, находящейся значительно *ниже*по своему социальному статусу, чем сам пациент, —> садо-мазохистические симптомы - нарушение работы кишечника (запоры) —> отсутствие живого эротического влечения к женщине —> гомосексуальная перверсия —> тяжелая нарциссическая патология. Кстати сказать, в самом начале заболевания — годами развивавшемуся тяжелому неврозу навязчивости - в раннем детстве предшествовали эпизоды соблазнения пациента старшей сестрой.

В итоговом анализе случая Фрейд, кроме всего прочего, отмечает рано сложившуюся у пациента идентификацию с матерью, в образ которой вкраплена ее болезненность, ипохондричность, а также специфический ракурс видения ее в сцене коитуса, в которой он поставил себя на место матери, завидовал ей в ее отношениях с отцом. Органом, в котором могло проявиться это отождествление с женщиной и пассивно гомосексуальная установка к мужчине, стал анус. *Со временем* нарушения функции анальной зоны приобрели значение гомосексуальных нежных душевных движений и сохранили это значение во время последующего заболевания. Он заболел, когда органическая *болезнь* гениталий (гонорея. - *Е.С.*) разбудила в нем страх кастрации, нанесла смертельный удар его нарциссизму и заставила отказаться от ожидания исключительной благосклонности судьбы по отношению к себе. Он заболел, следовательно, благодаря нарциссической «несостоятельности».

Применительно к случаю Человека-Волка, по-видимому, оказывается уместным замечание

Петера Цизе о позитивной роли страха кастрации: «Но если бы, — пишет он, - чтобы избежать страха кастрации, он отказался от матери как объекта, ему бы пришлось направить свои либидозные потребности на отца. Следствием этого стала бы гомосексуальная ориентация с логически вытекающей необходимостью быть похожим на мать. Тем самым мальчик оказался бы в женской позиции. Он отказался бы от своих мужских инстинктивных притязаний и создал ситуацию, равнозначную кастрации, которой он опасался» [17. -С. 359]. Но точно такая же интерпретация может быть применена к случаю Волка, стоит только обратиться к выводам Рут Мак Брюнsvик, где она констатирует у пациента негативный Эдипов комплекс, где, кстати, поводом для обращения к ней были его навязчивые идеи по поводу «испорченного профиля носа». Здесь забота о носе выступает реминисценцией старых страхов кастрации или «повреждения» носа-пениса как сомнения в своей мужской идентичности и состоятельности (игра слов уместна еще и потому, что пациент в определенный момент жизни потерял свое миллионное состояние; к тому же он всегда был ипохондрик (как его мать, с которой он сильно идентифицирован) и озабочен состоянием своего здоровья; к тому же он был невероятно скуп (т. е. очень боялся оказаться несостоятельным).

Вернемся, однако, к теории вопроса. По сути дела, сейчас мы пытаемся понять, каким образом возможно конструктивное разрешение Эдипова конфликта, и приходим к признанию неизбежности *структурных изменений* в психическом аппарате ребенка. Благодаря наличию страха кастрации мальчик идентифицируется с отцом (идентификация с агрессором) и, таким образом, отказываясь от него как объекта гомосексуальных влечений, удовлетворяет свои враждебные побуждения. В то же время, используя часть либидозного влечения, он посредством механизма идентификации интроецирует образ отца вместе с исходящими от него ограничениями в свое Я, совершая таким образом шаг в направлении развития Сверх-Я, которое теперь «изнутри» него самого накладывает запрет на инцестуозные чувства к матери. Последние, десексуализируясь, возвращаются в форме сыновней нежности.

Итак, удачное прохождение Эдипальной стадии развития в конечном счете осуществляется через *сублимацию* сексуальности в нежность, а ненависти - в идентификацию с отцом: посредством механизма идентификации с агрессором и стремления «стать, как отец», происходит смешивание части агрессивных влечений с либидозными, чем достигается их баланс и возрастает толерантность к амбивалентности чувств к обоим родительским фигурам. Результатом этих преобразований становится усложнение структуры психического и возникновение новой психической инстанции Сверх-Я как части Я.

Фрейд в своих публикациях 1920-х гг. придавал особо важное значение возникновению структуры Сверх-Я, связывая с ее функциями «работу» горя и траура по утраченному объекту любви и его «восстановление» в Я через идентификацию с ним («Я и Оно», «По ту сторону принципа наслаждения», «Печаль и меланхолия»).

Латентный период

С разрешением Эдипова конфликта устанавливается некоторое равновесное состояние; баланс либидозных и агрессивных влечений контролирует Я, направляя часть энергии на исследование и адекватную оценку реальности. Продолжается созревание и развитие Сверх-Я и Я-Идеала, благодаря их функционированию инстинктивные, направленные на объект влечения десексуализируются и возвращаются к Я, предоставляя больше возможности для его собственного нарциссического удовлетворения. Иначе говоря, *преобразованная энергия влечений направляется на развитие самого Я, т. е. на самопознание, самоуважение, совершенствование механизмов контроля влечений*. Если развитие Супер-Эго связано с интроекцией родительских запретов и ограничений, и в этом смысле ребенок склонен развивать эмоционально насыщенные и поэтому гиперболизированные, неточные родительские репрезентации, то развитие Я-Идеала позволяет меньше зависеть от оценок и мнений значимых других при формировании собственных жизненных идеалов и целей.

Таким образом, несмотря на распространенную точку зрения, что на латентной стадии ничего не происходит, мы, напротив, пытались выделить весьма существенные процессы и

психические структуры, *подготавливающие* развитие психического аппарата, целями которого становится адаптация к реальности и устойчиво-независимое самоуважение. Общение со сверстниками начинает приобретать большую ценность, чем внутрисемейное общение. Ребенок осваивает такие социально важные навыки общения, как кооперация и компромисс, послушание и исполнительность наряду с соревнованием и конкуренцией. Первоначально очень суровое Супер-Эго, «обуздав» Эдиповы влечения, оказывается более толерантным, тем более приобретаю в союзники Я-Идеал: ребенок постепенно начинает *осознавать* свои поступки, оценивать их на основе не только внешних ограничений, но и благодаря развитию чувств вины и стыда, а также под влиянием мнений сверстников. Игра и познавательное отношение к миру, который теряет (отчасти) качества враждебности, правят здесь свой бал.

Генитальная стадия

Латентный период заканчивается с началом гормональной перестройки, знаменующей собой оживление утихших было конфликтов, вследствие чего равновесие между Я и Оно нарушается. Энергия Я, прежде направляемая на познание внешнего мира, должна вновь быть инвестирована в разрешение интрапсихических баталий, причем, если продолжить эту метафору, бои идут на всех фронтах, захватывая как близлежащие (во времени), так и весьма отдаленные территории. Оживают парциальные влечения: из давно забытого орального прошлого возвращается обжорство, а к нему мгновенно присоединяются всевозможные аддикции, включая алкоголь, курение, наркотики; новое поколение добавило компьютер, азартные игры и безудержную любовь к странным, «нечеловеческим» электронным игрушкам (тамагошам). С анальной стадии надвигаются подростковая жестокость, неряшливость, бесстыдство, беспардонность и прочие «бесы» в виде подростковой делинквентности. Фрагменты Эдиповых влечений дают о себе знать в форме бесчисленных кастрационных страхов и сомнений в своей половой идентичности; оживляются мастурбационные мотивы (проявляющиеся не только в рукоблудии); муки стыда, собственного несовершенства готовы сгрызть бедного отрока, потерявшего в бездне неизведанных ощущений и отнюдь не всегда отрадных открытий Я. Бисексуальность ставит жгучий вопрос: «Кем быть?» Созревшая геитальность заставляет искать ответ, отвергнув путь отвлеченного научного поиска, ползучим эмпиризмом, в случайных, хаотических гомо- и гетеросексуальных связях. В этом же возрасте обычно окончательно оформляются сексуальные перверсии и расстройства самоидентичности: транссексуализм как противоположная биологическому полу базовая тендерная идентичность, гомосексуализм с его нарциссическим выбором объекта по двойниковому принципу.

Вдобавок ко *всем перечисленным* напастям и юноша, и девушка, чтобы избежать инцестуозного выбора объекта, должны *отделиться* от первичных объектов, иными словами, отдалиться от нежных отношений с родителями, что почти никогда не происходит гладко. Дж.Мастерсон (J.Masterson), современный американский специалист по пограничным личностным расстройствам подростков и взрослых, склонен считать оживление конфликта на стадии сепарации-индивидуации главным фактором подростковой «погра-ничности», имея в виду, в частности, хаотичность и быструю смену подростковых влюбленностей и идентификаций, производящую впечатление их «хамелеонообразности».

Вследствие отделения от семьи родительские идеалы в значительной мере утрачивают свое влияние и силу. Хочу дать здесь небольшую выдержку из книги Анны Фрейд, которая приводит аналитическое обоснование «подростковой оппозиционности»: «Но врожденная враждебность Я по отношению к инстинктам направлена не только на его отношение к внешним объектам любви; она направлена также и на его отношения со *Сверх-Я*. В той мере, в какой *Сверх-Я* в этом периоде все еще насыщено исходящими от отношений с родителями либидо, оно само рассматривается как подозрительный инцестный объект и становится жертвой последствий аскетизма. Я отчуждается также и от *Сверх-Я*... Основным следствием разрыва... становится возрастание опасности, грозящей со стороны инстинктов. Индивид

становится асоциальным» [12. - С. 131]. Отрывок почти не требует комментариев, в нем заключена мудрость понимания глубинной природы того, *что* родители с горечью называют детской неблагодарностью или предательством, а ведь дилемма нешуточная: либо инцест - либо предательство.

Считается, что исход борьбы, т. е. душевная болезнь или здоровая адаптированность, зависит от силы Эго, так называемой зрелости защитных механизмов.

Учение о защитных механизмах и модель психопатологии

Теория душевных расстройств неоднократно претерпевала изменения, развиваясь параллельно с теорией психоанализа как терапевтического метода, теорией личности и психопатологии. Рассмотрим наиболее общий конденсат психоаналитической модели невроза.

Первое различие касается неврозов как таковых, или *психоневрозов*, и так называемых *актуальных неврозов*. Первые Фрейд связывал с задержками и фиксациями на стадиях психосексуального развития и его интерес прежде всего был сосредоточен на проблеме невротического конфликта как психической причины невроза и терапевтического «фокуса» психоанализа. Актуальные неврозы первоначально были обособлены от психоневрозов в силу, как представлялось, их очевидной связи с непосредственно пережитой психотравмой или слабостью соматического органа вследствие недавнего заболевания. Однако очень скоро выявилась упрощенность подобного подхода. На самом деле уже при анализе истерии, как мы показывали, обращаясь к случаю Элизабет, выявилась системная природа невроза, где конституциональная слабость соматического органа играла роль предрасположенности, позволяющей использовать его в качестве вместилища психического симптома и одновременно его телесного эквивалента, вследствие чего причина конфликта легко считывалась и могла интерпретироваться то в телесных, то в символических репрезентациях.

Тот же случай показал роль накопленных предшествующих конфликтов сексуальной природы (сексуальная неудовлетворенность, зависть, вина, страх расплаты и т.д.). Понятие о травме, таким образом, осложнялось, поскольку в ходе психоанализа под актуальной травмой у пациента скрывались длительные, растянутые во времени или отнесенные к прошлому неразрешенные невротические конфликты. Усложнению картины этиологии невроза сопутствовал также и пересмотр цели лечения: психоанализ, первоначально направленный непосредственно на облегчение симптомов, все более трансформировался в сложную и длительную процедуру реконструкции обстоятельств их порождения, где внешние жизненные события и их фантазийно-защитная переработка (невротический конфликт) стали занимать центральное место. Происходили также и концептуальные изменения, так что в работах 1920-х гг. модель невротического конфликта опиралась преимущественно на структурную теорию, в то время как ранние модели невроза скорее восходили к теории влечений и стадий. Учитывая сказанное, обрисуем по возможности обобщенную модель невроза.

Невротический конфликт развивается из столкновения влечений (сексуальных и агрессивных), не находящих полной или хотя бы частичной разрядки из-за чрезмерного давления внутренних запретов, а также в силу их непомерной интенсивности и принудительного характера или амбивалентности и противоречивости, с которыми незрелый психический аппарат ребенка не в силах совладать. Это первая причина невротического страха и своего рода мотив порождения защитных механизмов в качестве способов психического выживания и сохранения целостности *Я* как целостности соматического здоровья и психического благополучия.

Содержательно страхи разнообразны; группируя их по некоторому общему радикалу или теме, можно выделить страхи, связанные с потерей расположения объекта любви, страх нанесения ему ущерба или повреждения; страх кастрации и производные от него, семантически близкие, - страх наказания, лишения чего-то существенного моего, ипохондрические страхи, страхи потери лица, связанные со стыдом и страхом стыда; страх потери дееспособности и

потенции. Первую группу страхов мы бы условно назвали депрессивными, вторую отнесли бы к группе нарциссических. *Страх и противодействующая ему защита создают соответствующую композицию и содержание невротического конфликта, составляющие суть аналитического понимания невроза.*

Защитные процессы и реализующие их механизмы в современном психоанализе трактуют довольно широко; также различны попытки их систематизации. Как нам представляется, за основу классификации защитных механизмов могут быть взяты следующие направления и критерии:

- 1) по соотношению со стадиями психосексуального развития, что представляется достаточно обоснованным идеями о развитии защитных механизмов, их иерархизации, эффективности и связью со структурой *Я*, зрелость и силу которой они отражают и следствием которой являются. Исходя из модели Фрейда, *интродекция* (впитывание, вбирание в себя, присасывание, уподобление себе) изначально выступает как структура и функция, образующиеся на оральной стадии; проекция (выброс *из* и *на*) - формирование противоположной реакции, изоляция (аффекта от его ментальной репрезентации), изгнание, уничтожение, отрицание, рационализация, по-видимому, берут свое начало и в простейшей форме возникают уже на анальной стадии; вытеснение, смещение, замещение наряду с идентификацией - это приобретение эдиповой эпохи; интеллектуализация и сублимация - генитальной стадии. В теории объектных отношений значительное внимание уделяется механизмам расщепления, отрицания, моторно-двигательного отреагирования вовне, проективной идентификации, идеализации и обесценивания в качестве продуктов психического развития от первых месяцев жизни младенца до полутора-двух лет;
- 2) механизмы защиты могут быть динамичны, изменчивы, специфичны в зависимости от типа угрозы, индивидуальных особенностей и структуры личности. На это впервые четко указала А. Фрейд;
- 3) защиты могут из мобильных помощников разрешения угрожающих состояний и ситуаций превратиться в навязчивых спутников на всю жизнь. В этой связи в психоанализе говорят о ригидности, о защитной структуре характера, защитной броне (В. Райх); различают орально-зависимые; анально-садистические (К.Абрахам), ригидно-догматические, авторитарные (Т.Адорно), некрофилические (Э.Фромм) характеры, или типы, личности; тойчивые типы неврозов. Образуя довольно устойчивые конфигурации, или паттерны, защитные механизмы могут быть соотнесены с преимущественно определенной патологией неврозом или более тяжелыми расстройствами пограничного или психотического уровня. В рамках ортодоксального психоанализа наибольшее внимание привлекали механизмы вытеснения и конверсии (смещения) на орган в связи с *истерическим неврозом* и многообразием симптомов, порождаемых действием этого механизма. Эдипов конфликт, направляющий страстные генитальные желания на материнскую или отцовскую фигуру, из-за страха кастрации сначала вытесняется из сознания, а затем перемещается, находя себе место в любом подходящем органе как симптом: головные боли, параличи, афазии, зрительные и слуховые расстройства, рвота и расстройства питания, глоточный зуб. Все это конверсионные симптомы истерии, и они бесчисленны, поскольку обладают способностью выступать в любом обличье. П.Куттер специально выделяет в качестве психических симптомов истерии специфические расстройства сознания и провал в памяти, истерические амнезии. Многие авторы указывали на манипулятивность и эксплуататорские тенденции истерического характера.

Невроз навязчивых состояний, проявляющийся в симптомах навязчивых мыслей, фантазий, действий или ритуалов, навязчивых влечений, преимущественно садо-мазохистского содержания (нанесение оскорбления в виде нецензурной брани, плевание, эксгибиционизм, сексуальные перверзии и т.д.). С аналитической точки зрения в качестве этиологических факторов обычно отмечают негативный Эдипов комплекс, при котором сексуальное желание мальчика перверсно направляется на отца, а мать не выступает в своей эмоционально

поддерживающей роли; к этому прибавляется страх кастрации со стороны слишком строгих (до догматичности и жестокости) родителей, пуританство, ханжество или религиозные нормы морали. Связь с защитными механизмами анальной стадии проглядывает здесь с достаточной очевидностью (см. пример Человека-Волка).

Топографическая и структурная модель личности

Структурная модель психической жизни складывалась и претерпевала изменения на протяжении всей научной деятельности Фрейда;

она доказала свою плодотворность в качестве базовой модели неврозов, психозов и расстройств личности пограничного уровня;

вызвала к жизни новые системы психоаналитической терапии и пересмотр самих основ психоанализа, его метапсихологии;

получила свое дальнейшее развитие в учении об идентичности в теориях психологии Я и теории объектных отношений.

В известном смысле теоретические усилия по построению структурной модели могут быть поняты в свете движения научной мысли, направленного на преодоление постулата непосредственности в психологии. Напомним, что согласно постулату непосредственности причина всегда однозначно определяет следствие, а внешнее воздействие — вызванный им эффект. Кстати сказать, именно с обсуждения психофизического закона Фехнера и начинается Фрейд свою знаменитую работу «По ту сторону принципа наслаждения». Структурная, как и предшествующая ей топографическая, модель познания *законов движения* психической жизни стремится, таким образом, обнаружить своего рода опосредующие переменные между травматическим событием, лежащим вне психического (биологической слабостью или дурным отношением родителей), и разрушительными его последствиями в виде невротического конфликта и вытекающими из него симптомами. Опосредующее звено — это структура и как таковая она представляет собой более высокий уровень организации психического, чем гомогенное бессознательное.

Топографическая модель является первым шагом в этом направлении, предполагая различение *трех областей* психического пространства: Бессознательного (Б), Предсознания (П), Сознания (С).

Термин «топика», или теория мест (с греческого), принадлежит философскому языку со времен античности, у древних греков, и прежде всего у Аристотеля, он обозначал разделы в логике или риторике, из которых выводятся предпосылки рассуждения. Гипотеза о существовании психической топики возникла у Фрейда в связи с идеями современной ему медицинской науки, в частности, с ала-томо-физиологической теорией мозговой локализации психических функций. Однако в отличие от узкого локационизма, господствовавшего в современной Фрейду неврологии, топика фрейдовской модели не только определяла место и границы каждой из выделенных систем, но и наделяла их разным внутренним устройством, разными функциями и выводила законы их движения, взаимодействия. Так, между областями существуют границы, на страже которых стоят Цензоры, а это значит, что проницаемость границ строго регулируется, а следовательно, и свобода перемещения, миграции и эмиграции из одной области в другую, изменяется от полной непроницаемости до прозрачности. Психические образования не закреплены навечно каждое на своем месте; родившись в одной области, название которой Б, они в соответствии с некоторыми своими признаками могут мигрировать в область П, но в область С путь им прегражден. Или же другие примеры, приводимые Фрейдом в «Психопатологии обыденной жизни»; несурзанности, значение которых при усилии удается расшифровать, перевести через границу Предсознательного и поселить в области Сознаваемого.

Материал, из которого построено Б, — нечто неопределенное, несвязанное, архаическое, снопоподобное, то текучее, то сгущающееся, то конденсирующееся, не знающее времени и

пространства, бессознательное, или первичные процессы, а проще говоря, любые желания, фантазии и мечты, самые заветные и самые запретные; в этой области странные законы и порядки, а точнее сказать, в этой стране или области они отсутствуют вовсе, тут диктаторски правит бал Само Удовольствие (Самоудовольствие, возможно, более подходящий термин). В области С порядки совсем другие (порядок, порядок и еще раз порядок!), название этого порядка - принцип реальности, постижение его дается с трудом, следуют ему «из-под палки» Родителей и других Авторитетов, захвативших и прочно удерживающих в своих руках власть. Хотя, погодите, все не так-то просто, как хотелось бы правителям С: налетят их соседи из края Б, чудовища, которых породил сон разума, и зашатаются постройки страны С и начнут рушиться! Вот страху-то нагонят! Надо бы для обороны от них, обеспечения безопасности и порядка построить более сложную и оснащенную современным оружием систему. Вот так, логично, твердо, взвешенно, обоснованно и рассудительно, говорят жители области С, такой у них язык.

Прислушался к их советам Фрейд и создал Вторую топику - Структурную модель. Теперь оставим язык метафор из страны Б и изложим суть этой модели сухим языком С.

По мысли Ж.Лапланша и Ж.Б.Понталиса, изложенной ими в «Словаре по психоанализу», одной из главных причин нового понимания структурных отношений *внутри* психического аппарата стало «открытие в процессе построения личности роли различных способов (само) отождествления, а также тех устойчивых образований, которые в итоге этих (само) отождествлений внедряются в личность (идеалы, критические инстанции, образы Я)» [б. - С. 524]. Иными словами, появлению структурной модели во многом содействовало открытие роли идентификаций в построении образа Я, значение которой авторы в первую очередь видят во внутренней дифференциации Я, усложнении его внутренней структуры; кроме того, саму идентификацию они предлагают рассматривать в качестве одного из механизмов построения личности.

Рассмотрим структурные компоненты этой новой модели: Оно, Я и Сверх-Я. Оно представляет собой полюс *влечений* в личности и по своим свойствам совпадает с областью Бессознательного в топографической модели; Я становится носителем интересов личности в целом, со всеми ее либидозными, агрессивными и нарциссическими устремлениями, инстанцией регуляции отношений с двумя другими структурами посредством защитных механизмов. Сверх-Я рассматривается в качестве вместилища интериоризованных родительских требований и запретов, как орган, инстанция суда и критики.

В порождении болезненных внутренних конфликтов фрейдовский ранний психоанализ решающую роль отводил противостоянию структур Оно и Сверх-Я. Но с открытием группы самостоятельных и относительно независимых от Ид влечений Я к самосохранению обозначилось еще одно поле битвы бессознательных сил: между нарциссическим Я с его инстинктивной потребностью в *поддержании* самоуважения и сурово-карающими функциями Супер-Эго, провоцирующими муки совести, бессознательную вину и стыд. В *дальнейшем именно на* изучение конфликтов «Человека трагического» (как назвал нарциссическую личность Х. Кохут) психоанализ направит свои *усилия*.

Своими поздними работами Фрейд наметил основные направления *изучения структурной организации Сверх-Я, предположив*, в частности, что в ходе развития Я благодаря смешению агрессивных и либидозных импульсов область *Сверх-Я* дифференцируется, и в дополнение к Я-Идеалу образуется новая структура, более мягкая, терпимая и заботливая, чем Карающее Супер-Эго. Ж. Ламбль де Гроот назовет ее позже «Идеал-Я», по смыслу приписав ей свойство служить источником и хранилищем детской мечты об идеальных родителях - добрых, терпимых и совершенных, которые все могут, все понимают и все терпят. Подобные мечты о совершенстве в качестве идеальных представлений воздействуют в дальнейшем на развитие собственной жизни двояко: они направляют и стимулируют ребенка к преодолению собственного несовершенства, но они же косвенно удостоверяют его актуальную неполноценность и заставляют обесценивать свои реальные способности и достижения (Д.

Айке).

Эти идеи не только оказали существенное влияние на развитие представлений о структурной организации Я, но и послужили толчком к принципиальным дополнениям к традиционной аналитической технике интерпретации, понимаемой в значительной степени рационалистически. Стало очевидным, что для благотворного воздействия недостаточно чисто рациональной интерпретации, пациент нуждается в интроецировании и поддерживающих, и реалистических аспектов образа аналитика в противовес фантазийно угрожающим и запрещающим, доставшимся ему в наследство. В этой связи Дж. Стрэчи предлагает понимать позитивные терапевтические изменения как следствие процесса «мутационной интерпретации», благодаря которой пациент интроецирует функции вспомогательного Супер-Эго аналитика, реалистически отличая его от фантастического архаического Супер-Эго [1. - С. 92]. Х. Кохут также подчеркивает необходимость сочетания интерпретативной техники с эмпатическим эмоциональным откликом, благодаря которым нарциссический пациент через механизм «трансмутации интернализации» становится способным «реставрировать» дефицит-гедонизм Я. В качестве иллюстрации этой важной для всей дальнейшей психоаналитической теории идеи обратимся к статье Фрейда, в русском переводе названной «Зависимости Я». Литературный стиль Фрейдовского эссе чем-то неумовимо напоминает стиль трактата средневекового алхимика: возьмем щепотку лишнего либидо (растворенные нагрузки Оно), перенесем их в Я в виде первых идентификаций противопоставляющих себя Я в форме Сверх-Я, о время как окрепшее Я позднее может проявлять больше устойчивости против таких влияний идентификации. Далее Фрейд называет первые идентификации, составляющие Сверх-Я, «наследниками Эдипова комплекса и потому самыми грандиозными объектами» Затем на примере меланхолии он раскрывает *садистический, смертоносный характер Сверх-Я*, порождающий в Я невыносимое чувство вины, *защититься от которого Я может только обратившись в манию*. Оно, со своей стороны, предъявляет Я не менее убийственные требования. Как же выжить бедному Я? Вот рецепт от доктора Фрейда: «Опасные инстинкты смерти лечат в индивидуе различным образом; частично обезвреженные смешением с эротическими компонентами, частично в виде агрессии отвлеченные наружу, они, конечно, большею частью беспрепятственно продолжают свою внутреннюю работу... Я ведет себя, собственно говоря, так, как врач во время аналитического лечения: принимая во внимание реальный мир, Я предлагает Оно в качестве объекта либидо самое себя, а его либидо хочет направить на себя... Я старается остаться в добром согласии с Оно, изображая видимость повиновения Оно, затушевывает конфликты между Оно и реальностью, а где возможно, и конфликты со Сверх-Я, часто поддается искушению стать угодливым, оппортунистичным, лживым». Поставим здесь точку, чтобы окончательно не утомить бедного читателя; однако замысел наш прост: давайте попробуем вместе разгадать, расшифровать, растолковать этот текст, как будто нарочно затуманенный, чтобы не стать достоянием «непросвещенного».

В цитируемой работе Фрейд наметил контуры ряда идей, развитием которых еще долгие годы будут заниматься его реформаторы. Это идея смешения (читай: взаимодействия) влечений смерти и либидозных влечений *в идентификации* в качестве лекарства *от меланхолии*; это *идея взаимодействия как такового* как принципа нового научного мышления, который позже его оппонент Курт Левин назовет галилеевским, противопоставив его статическому копернианскому; это идея преобразования и развития в противовес стагнации, фиксации и прочих навязчивых повторений, символизирующих безысходность смерти. Нам представляется важным подчеркнуть, что в основу функционирования системы как целого положена *идея взаимодействия* трех инстанций как частей этого целого; кроме того, внутри этих инстанций выделены более дробные образования, в частности Я-идеальное и Идеал-Я, что предполагает усложнение функционирования системы за счет подключения к *межсистемным* связям *внутрисистемных* отношений. Системный характер связей Фрейд называет отношениями зависимости [15. -С. 382], понимая под этим возможность подсоединения

либидозных влечений (т.е. положительно эмоционально окрашенных и обладающих побудительной энергией) к реализации целей неэротической природы, стимулирующих *Я* к действиям приспособительного характера. «*Я* обогащается при всяком жизненном опыте извне» [15 -С. 389].

Мы находим в этом тексте намеки на будущую концепцию самоидентичности, строить которую (мы имеем в виду самоидентичность) личности придется, преодолевая внутреннюю борьбу разнонаправленных и противоречивых сил в *Я*, сдерживая силы дезинтеграции разными маневрами и ухищрениями (интрапсихическими защитами и манипуляциями). Фрейд подает надежду, полагая, что наряду с карающими функциями Сверх-*Я* способно выполнить и спасательные, защитные функции, выступая заместителем Отца-Защитника, Провидения, Судьбы,

Помощниками *Я* в этой борьбе выступают чуть не выпущенные нами из виду вторичные процессы, которым *Я* доверило организацию восприятия и мыслительных процессов, соотнесение их с реальностью с целью проверки и уточнения, контроль за моторными разрядами иррациональных влечений Оно и Сверх-*Я*. Поставив инстинктивную «природную» силу на службу безбоязненного и заинтересованного исследования гетерогенной топки не только внутриспсихического пространства, но и пространства межличностных отношений реальной жизни, *Я* активизирует не разрушительные, а творческие потенциальные резервы и использует их не только ради собственного исцеления, но и для нормализации отношений с окружающей *Я* действительностью.

Возможно, с помощью психоанализа путешествие *Я* закончится выздоровлением, и там, где царило Оно, *Я* найдет свое достойное место. А пока мы будем знакомиться в следующей главе с перипетиями дальнейшей судьбы фрейдовских идей, нам остается довериться будущему и «ждать и надеяться», как заканчивал свое повествование-путешествие один из любимых героев моего детства, граф Монте-Кристо.

Организация психоаналитического процесса (сеттинг) и основные аналитические процедуры

В своей книге «Введение в психоанализ» Фрейд дает описание невроза и механизма выздоровления в формулах теории либидо, он пишет: «Невротик неспособен к наслаждению, потому что его либидо не направлено на объект, и он неработоспособен, потому что очень много своей энергии должен тратить на то, чтобы сохранить либидо в состоянии вытеснения и защищать себя от его напора. Он стал бы здоровым, если бы конфликт между его *Я* и либидо прекратился, и *Я* опять могло бы распоряжаться либидо. Таким образом, задача терапии состоит в том, чтобы освободить либидо от его временных, отнятых у *Я* привязанностей и подчинить его опять *Я*».

По мысли Фрейда, главное в психотерапевтическом процессе -преобразование бессознательного в осознаваемое. Для исчезновения симптомов надо осознать свое сопротивление, защищающее нас от освобождения неприемлемых импульсов. Мы должны постепенно открывать и понимать, что инстинктивные влечения являются составной частью нашей душевной жизни, что они не так опасны и разрушительны, как нам казалось, когда мы были малы и бы, и теперь, будучи взрослыми, мы можем использовать имеющиеся у нас силы более осознанно, избирательно, более конструктивно и зрело. Наконец, мы можем попытаться найти новые способы взаимодействия со старыми тревогами. Такой радикальный рост сознания, естественно, требует длительной, интенсивной работы и терапевта, и пациента.

Предварительное интервью

В предварительном интервью, которое может занимать несколько сеансов, главной задачей является *обследование пациента*, позволяющее оценить его пригодность для

психоаналитического лечения и возможность психоанализа для него. Согласно ортодоксальной точке зрения, пациенты с психотическим уровнем нарушений, «трудные» пациенты пограничного уровня расстройств, в число которых включают и пациентов с нарциссической организацией личности, не обладают достаточно эластичным и структурированным Эго, чтобы выдержать нагрузки психоанализа без грубых нарушений поведения и декомпенсаций. Серьезные требования предъявляются к эластичной способности Эго отдаваться регрессу, необходимому для продуцирования материала в свободных ассоциациях, и возвращаться к более зрелому рефлексивному способу самонаблюдения, отстраненного анализа собственного материала, понимания смысла терапевтических вторжений и терапевтических отношений. Это требование иногда называют способностью раздвоения на переживающее, чувствующее Я и Я-наблюдающее. Анализ пациентов с серьезными личностными расстройствами, у которых повреждены функции тестирования реальности, прежде всего в части недостаточно ясного различения границ Я-Другой, со слабым Эго, предоставляющим в их распоряжение архаические малоэффективные защитные механизмы, и нарушением самоидентичности составляет известный риск как для терапевта-аналитика, так и для пациентов. Однако современный психоанализ далеко ушел от фрейдовской точки зрения на психотерапевтическую безнадежность «трудных» пациентов. Учитывая чрезвычайную распространенность пограничных личностных расстройств, коморбидных самому широкому кругу психиатрических диагностических категорий от аддикции до аффективных нарушений), корректная постановка вопроса может заключаться в необходимости применения специальной диагностической процедуры, в случае если возникают сомнения в невротической природе заболевания. Наиболее разработанной из известных и апробированных процедур считается структурное интервью О. Кернберга [5. - С. 11]. Вне этой специальной процедуры можно рекомендовать воспользоваться примерным планом клинической беседы, разработанной Н. Мак-Вильямс.

Здесь же кратко отметим, что любой процесс обследования предполагает два метода сбора данных: задавание вопросов и выслушивание ответов.

Первый блок вопросов. Вопросы предполагают прояснение необходимой для начала лечения информации:

имеет ли пациент диагностированные органические расстройства мозговой деятельности или психиатрическое расстройство, тяжелые соматические заболевания;

обращается за психотерапевтической помощью впервые или повторно;

цель его обращения в данный момент, т.е. каковы его сегодняшние жалобы и проблемы, степень их остроты - не нуждается ли пациент в медикаментозной помощи;

очень важно, чтобы при жалобе на депрессивное состояние терапевт имел возможность задать прямой вопрос о наличии суицидальных мыслей, намерений или попыток; следует обратить внимание на ментальную и телесную репрезентации симптомов.

Подчеркнем, что вопросы должны служить терапевту не более чем отправными точками беседы; они не должны «выстреливаться», от них терапевт скорее отталкивается (как от картинок ТАТ), и у пациента тогда появляется ощущение, что его не допрашивают, а заинтересованы в знакомстве с его персональной картиной видения ситуации и оказании ему наиболее адекватной помощи - для того и готовы его выслушивать. Вместе с тем опытный терапевт скоро обнаружит существенный диагностический материал относительно психиатрического статуса пациента, состояния его интеллектуальных процессов: памяти, распределения-концентрации внимания, четкости и ясности-расплывчатости, соскальзываний и нецеленаправленности; что может относиться преимущественно к нарушениям познавательных процессов, а что распространено на оценку его Я.

Второй блок вопросов сконцентрирован вокруг обращения пациента именно к данному виду терапии и конкретному терапевту. Здесь обнаруживаются первоначальные ожидания пациента, иногда абсолютно нереалистические (например, в нашей сегодняшней ситуации пациент не всегда осведомлен о сути той или иной терапевтической системы и может даже

отождествлять психоанализ с ясновидением). Помимо необходимых по этому поводу разъяснений, которые предоставляются пациенту, серьезное внимание уделяется пониманию скрытых или явных терапевтических предпочтений пациента: говорят они о его зависимо-внушаемой или рационально-прагматической установке; ожидает ли он избавления от симптомов или чувствует что-то неладное в нем самом, в его отношениях с людьми. Кроме того, терапевт может понять, каковы самые общие установки пациента в отношении факта обращения за помощью. Нарциссические пациенты обычно долго колеблются, «выжидают до последнего» и после заключения терапевтического контракта выказывают большой скептицизм по поводу самой терапии, предыдущего опыта, нерадужных ожиданий от своего теперешнего обращения и т.д. Каковы надежды пациента на избавление от страданий? Каковы его опасения по поводу лечения, возможных последствий для жизни, ее реальных изменений?

Третий блок вопросов позволяет вести беседу по поводу самой личности пациента: как он мог бы представить себя терапевту для облегчения понимания терапевтом его проблем, какой портрет себя у него имеется на сегодняшний день; каким, по его мнению, видят его другие люди; что самому пациенту в себе нравится, что он относит к своим сильным сторонам, на что можно опереться в терапевтической работе с ним; что его беспокоит в себе самом, каким человеком он себя считает.

Внимательное выслушивание позволяет оценить навыки аналитической и рефлексивной работы и перспективы их развития в терапии; степень сформированности самоидентичности или скорее наличие конкретных и частных самооенок вне их целостности; степень самостоятельности суждений о себе или большая апелляция к мнениям других; избирательность внимания к сугубо определенным аспектам *Я* (позитивным или негативным) или объективное видение себя.

Четвертый блок вопросов касается людей ближайшего окружения пациента: каков их круг, каков характер отношений, есть ли у пациента друзья; не мог бы он так описать их портреты, чтобы позволить терапевту познакомиться с ними; присутствуют ли в его жизни, как ему кажется, близкие отношения, интимные (в обоих смыслах слова); семейное положение и отношения в семье; есть ли у пациента недоброжелатели или враги; как бы пациент мог охарактеризовать свои отношения с людьми в целом.

Терапевт обращает внимание на преобладающий эмоциональный тон отношений с людьми; проблемы, связанные с одиночеством, отношение к близости-интимности; наконец, начинают проясняться устойчивые паттерны *отношения к себе и другим*, индивидуальные наборы механизмов защиты и поведенческие стратегии совладания с тревогами (кошенговые механизмы).

Пятый блок вопросов затрагивает обсуждение самой существенной проблемы - как жить дальше? К моменту окончания диагностической части работы, которая иногда продолжается довольно долго, терапия, собственно, может ею и закончиться [5], а терапевт и пациент уже имеют достаточный опыт совместного обсуждения волнующих пациента вопросов. Очевидно, непосредственно на примере их собственного общения прояснились некоторые из привычных способов видения *и* понимания пациентом самого себя и других, специфика его личностной организации, так же как и характер психопатологии.

Благодаря пробным фокусировкам, прояснениям, интерпретациям становится более или менее ясно, можно ли работать с пациентом в психоаналитической манере или стоит порекомендовать другой вид терапии. Если принимается решение начинать работу, поднимаются *вопросы* так называемого контракта, иначе говоря, прояснение важных организационных принципов работы, которые оказываются глубоко ассоциированы с самыми существенными проблемами пациента и, как правило, вызывают сильные эмоциональные

реакции, при этом связь организационных вопросов с глубинными личностными проблемами самим пациентом не осознается. К главным организационным вопросам относятся обсуждение психотерапевтического запроса и принятие решения о месте, времени, частоте, регулярности сессий, приблизительной длительности общего курса, оплате, а также информирование пациента о некоторых специфических правилах проведения анализа (на кушетке или в кресле, демонстрация основных аналитических процедур, показ некоторых терапевтических интервенций - прояснения, пробной интерпретации).

Постепенно вырисовывается перспектива рабочего альянса с пациентом или, напротив, открывается картина довольно нереалистических, сугубо фантазийных, иррациональных запросов к терапевту, что чрезвычайно мешает рабочим отношениям с терапевтом, а в конечном счете делает невозможным движение к терапевтической цели.

Рассмотрим *небольшой* пример, иллюстрирующий роль контракта в качестве экрана для проекций личностных проблем. Пациентка (назовем ее А. Е.) в течение полугода дважды в неделю проходит психоаналитическую терапию. Обращение к терапевту вызвано расстроенными отношениями с мужем - «живем, как чужие». А. Е. считает виноватой себя, так как «в последнее время стала резкой, не могу держать себя в руках». Запрос к терапевту формулируется в тех же выражениях: «помогите держать себя в руках». В первые посещения, затем на протяжении полутора месяцев состояние было нестабильным, пациентка временами производила впечатление полностью дезорганизованной, теряла тему разговора, забывала слова и фразы, произнесенные 5-10 минут назад, при этом старательно улыбалась, стремилась понравиться и произвести впечатление. На этом фоне особенно заметно выделялась ее озабоченность собственным удобством: А. Е. активно изменяет терапевтическое пространство и свое место в нем (если дует от окна или мешает яркий свет, пациентка легко находит более комфортное положение); в беседе с терапевтом контролирует произносимые фразы, сглаживает резкие интонации. Историю жизни анализировать последовательно и связно не удается; спонтанно и вне всякой связи друг с другом всплывают то одни фрагменты, то другие, то из прошлого, то из настоящего. Резительные изменения начали происходить после того, как пациентка позволила *себе* заплакать. «Я так от всего устала... а здесь мне хорошо, комфортно... я знаю, что вы меня не оцениваете... я здесь могу расслабиться... я хожу к вам, чтобы получать удовольствие... вот и все... я всегда планировала свою жизнь, жизнь мужа и сына, я так устала от такой жизни... а здесь мне спокойно... хочу получать удовольствие и ни за что не отвечать» (фрагменты фраз пациентки взяты из разных сессий в хронологической последовательности). Эпизоды оперативной «амнезии» прошли полностью, ясно обозначилась тенденция избегания проработки неприятного - пациентка либо начинает плакать («после этого сразу легче становится, я как будто оттаиваю»), либо замолкает «со значением» - образ Скарлетт с ее знаменитой фразой «Я не буду думать об этом сегодня...» пациентка привела по аналогии с собой. Одна из традиционно неприятных тем связана с особенностями психотерапевтических отношений, в частности, упорным стремлением пациентки сохранить двухразовую регулярность посещений при регулярном переносе времени или дней встречи. Во время одной из наших последних конфронтации происходит следующий диалог:

Е.Т. (*подхватывая тему*): Кажется, что на терапию вы ходите не потому, что она вам действительно вот так нужна, а ради удовольствия.

А. Е. (*радостно*): Ну конечно! Именно! А в той жизни я все делаю, потому что должна! А здесь я ничего не должна, а все делать должны вы, а я просто расслабляюсь и получаю удовольствие! (*говорит с явным удовольствием, долей вызова и кокетливой полуулыбкой*).

Е.Т.: Похоже, на терапию *вы* ходите, как другие в бордель.

А.Е. (*закатывается в смехе, хохочет довольно продолжительно — обычно пациентка позволяет себе только улыбку, - затем, все еще хохоча, подносит руки к вискам, затылку, как бы надавливая на голову*): Охxxx, ну и ну, даже голова заболела!

Комментарий к примеру. В данном фрагменте проявляются черты личности гистрионного типа, гиперэмоциональной, с выраженными расщеплением, вытеснением, отрицанием,

проективными идентификациями сексуальности, контроля и инграциации. Взаимодействие с терапевтом переполнено, таким образом, сильными иррациональными побуждениями примитивного уровня, а выработка «разумного» терапевтического альянса затруднена. По общему контексту данных есть основания предполагать пограничную (нарциссическую) личностную организацию.

Прогноз: в силу того что выработка рабочего альянса проходит с большим трудом, вероятность преждевременного прерывания терапии высока. Пациентка стремится удержать контроль терапевтических отношений за собой, что дает ей необходимую уверенность в себе и чувство расслабленного удовольствия одновременно; не исключено нарастание садомазохистических тенденций.

Психоаналитический сеттинг

Обратимся к обсуждению самого психоаналитического *сеттинга*, рассмотрим, как строится ситуация проведения психоанализа.

На первый взгляд кажется, что от пациента требуется совсем немного - просто свободно ассоциировать, говорить то, что приходит в голову, какими бы тривиальными или ужасными ни были его мысли или желания, отбросив защиты и сопротивление. Предполагается, что, поскольку инстинкты обладают мощным энергетическим зарядом и заблокированы защитами, чтобы не допустить их появления в сознании, свободные ассоциации смогут «канализировать» мысли, желания, фантазии бессознательного. Положение «на кушетке» будет способствовать быстрому регрессу к инфантильным страхам и симптомам. Чтобы продолжать работу, несмотря на их террор, терапевт развивает *рабочий альянс* с рациональной частью Эго пациента, опираясь на осознанное намерение пациента избавиться от страдания. Благодаря *перенесению* пациент становится способным вспомнить и пережить в деталях детские сны, грезы и желания, даже если этот материал содержит угрожающие импульсы. *Используя перенесение в качестве «поля битвы», терапевт позволяет старым конфликтам проявиться вновь и не только в воспоминаниях, но и в отношении к врачу.* И вот здесь-то, по мысли Фрейда, разыгрывается битва между пациентом и врачом: первый хотел бы воспроизвести старые конфликты со старыми концовками, второй же, *используя все душевные силы пациента и всю меру своего влияния на пациента, хотел бы заставить его принять другое решение.*

Вот, в сущности, какими простыми словами можно описать, по Фрейду, план психоаналитической терапии (здесь и в последующем термины «психоанализ» и «психоаналитическая терапия» будут использоваться нами как синонимы). А как строится и разворачивается такая терапия? Современные представители психоаналитического направления (в широком смысле этого слова) предлагают следующую схему.

Психоаналитическая терапия может быть определена по своей конечной *цели*, как это было показано ранее. Итак, единственной целью психоанализа является увеличение силы Эго по отношению к Супер-Эго, Ид и внешнему миру. Психически здоровый или вылечившийся посредством психоанализа человек - это человек, становящийся в новое отношение к своему бессознательному - там, где было Оно, должно стать #, согласно крылатому определению Фрейда. Р.Гринсон дает определение психоаналитической терапии в качестве каузального метода лечения невроза: *«Цель ~ разрешение невротического конфликта пациента, включающего инфантильный невроз, который служит краеугольным камнем взрослого невроза. Разрешение невротического конфликта означает воссоединение с созыательной частью Эго той части Ид, Супер-Эго и бессознательной части Эго, что была исключена из нее по той или иной причине»* [3.-С. 29].

Уже Фрейд подчеркивал двойной временной «фокус» психоанализа, который к тому же является весьма подвижным и условным. «Фокусом» психоанализа являются невротические симптомы, на которые в настоящем *жалуется пациент, и в этом смысле терапия направлена на облегчение и избавление от симптомов.* Однако предполагая, что корни этих симптомов возникли из прошлых вытесненных обстоятельств, психоаналитик обращается к прошлому *па-циента*, как Маг и Волшебник *вызывает* его, *заставляет оживать ото*

прошлое; для этих целей разработан особый ритуал, создается и специально организуется пространство и время «сеанса») распределены роли и даже отчасти написан сценарий. Что имеется в виду, можно пояснить с помощью метафоры, сегодня достаточно распространенной. Роль режиссера изначально предназначена аналитику, который определяет свое местонахождение приблизительно так, как это делает заботливый и немного сверх нормы контролирующий родитель, чтобы ребенок всегда мог быть доступен его бдительному оку; роль волшебной палочки выполняет, безусловно, знаковый элемент аналитической ситуации - «кушетка»; взрослый человек, уложенный на спину на кушетку, - согласитесь, это уже совсем другой человек, это - не «существо, прямоходящее и о двух ногах». Человек на кушетке - это человек, сразу низведенный со своего пьедестала человека Взрослого и Разумного, «он низверженный, поверженный, насильно удерживаемый кем-то могущественным, в руки которого он себя отдает, во власть... которого попадает... хочет попасть... боится неизвестности... темноты... тишины... Чу!.. Чьи-то лица начинают медленно проступать, как на экране, сначала неопределенные, размытые... они шевелят губами, но голоса их доходят как сквозь вату... они что-то говорят, но язык их мне незнаком... они приближаются, как тени, все ближе.., Какие они огромные... ближе... Что они делают?!. Страшно!!! Ой... только не делайте это со мной! Ужас!!! Я - не хочу - на это - смотреть! Хочется закричать, но, как во сне, крика не слышно... Где Ты?.. Где Я?.. О-о-о-о! Кто-нибудь! Помогите!!! Скажите хоть слово! Хоть полслова!» (Молчание будет ему ответом.)

Ну что, кто первый в очереди на психоанализ?

Конечно, представлена специально гиперболизированная картина, возможно, чересчур субъективно воссоздан эффект фрустрации, воспроизведение которого становится вполне реальным при определенной сценографии психоаналитического сеанса как ритуала с заранее просчитанным эффектом. Нельзя сказать, что весь процесс спрогнозирован и неизменно воспроизводим по воле аналитика-режиссера. Как писатель, выпустивший своих героев из-под пера, в какой-то момент становится не властным над ними, а, наоборот, они направляют его перо, так и аналитик, запустивший этот процесс, в какой-то момент теряет власть и ощущает себя ведомым своим пациентом (в переносе-контрпереносе, например), запутавшимся, не знающим, куда идти; вслушиваясь в слова, интонации, неуловимые на первый взгляд душевные движения пациента, внутренне запрашивает у него помощи, полагаясь больше на инсайты самого пациента, чем на собственные интерпретации; вдруг начинает угадывать в словах (скорее *за* или *под ними*) смутный смысл чувств, которые пациент, как немтырь, пытается до него донести, временами ощущает себя самого далеко за пределами терапевтического кабинета, в своем мире «забытого, казалось бы, давно изжитого, "заглаженного", ставшего давно и невидимым и неслышимым, а тут вдруг... Карту бы мне, карту, чтобы понять, где я... в какой стране? Что за странные люди здесь живут?.. Почему мне незнаком их язык? Что это - Солнце? Луна?.. Сумерки?.. Сколько же времени я так сижу? Не пора ли уже заканчивать сеанс? Надо бы сказать пару слов, чтобы встряхнуться, да и пациент, не дай Бог, не подумал бы, что я помер или уж совсем не слушал его. ...Да, что касается ваших последних слов, я бы полагал... Ну и т.д.»

Итак, кто здесь первый в очереди на роль аналитика?

После лирического отступления, целью которого было эмоциональное вовлечение читателя в приблизительную атмосферу психоаналитического сеанса, вернемся к более трезвому способу *обсуждения нашего предмета, а именно - специальной организации психоаналитического процесса, или его сеттинга, его пространственно-временных рамок.*

Прошлое приходит в настоящее; пациент неизбежно приносит его с собой, сам не догадываясь об этом. Прошлое уже «закрепилось» в привычках, манере поведения, интонациях и оборотах речи, в телесном габитусе - позах, моторике, микродвижениях и выражении лица, в выборе позы на кушетке и т.д.; лики прошлого неисчислимы, психоаналитику придется узнавать индивидуальный и идиосинкразический язык прошлого каждого нового пациента. Прошлое может являть себя и более грубо, воспроизведением

многократно рассказанных историй о себе; человек как рассказчик историй, как *story teller*, по выражению современных конструктивистов. По этим рассказам аналитик различает так называемые паттерны, т.е. устойчивые образцы способов восприятия, мышления, чувствования, поведения, говорения. Одни образцы глубоко индивидуальны, другие представляют собой культурные, социальные, политические «коды» (Р. Барт), скорее маскирующие, чем раскрывающие человеческую уникальность; одни показывают, что человек состоялся как уникальность, другие дезавуируют его ангажированность, заимствованность, деиндивидуацию его *Я*, сросшегося с теми или другими постоянно меняющимися контекстами. Вот как блистательно показывает этот феномен Милан Кундера в своей «Шутке»: «Но кто все-таки я был на самом деле? Я должен еще раз повторить: я был человеком с несколькими лицами. Я был серьезным, восторженным на собраниях, придирчивым и язвительным среди самых близких товарищей; я был циничен и судорожно остроумен с Маркеттой; а оставаясь наедине с собой (и думая о Маркетте), становился беспомощным и пошлячески взволнованным. Было ли последнее лицо тем истинным? Нет. Все эти лица были истинными: не было у меня, как у ханжи, лица истинного и лица ложного. У меня было несколько лиц, ибо я был молод и не знал сам, кто я и кем хочу быть. (Однако несоразмерность между всеми теми лицами смущала меня, целиком я не сросся ни с одним из них и двигался вслед за ними неуклюже и вслепую.)».

Перейдем теперь на научный язык. Итак, аналитик начинает свою работу со *знакомства*, которое происходит во время назначенного и протекающего сеанса, однако с первых минут беседы сталкивается с «прошлым» пациента, с которым ему придется работать как с источником его «настоящих» страданий. Парадокс, на который следует обратить внимание читателя, заключается в том, что это «прошлое» поначалу по-разному представляется участникам беседы: пациент понимает его скорее буквально, как рассказ о прошлых событиях, детстве, в то время как для аналитика *прошлое пациента прозрачно проступает сквозь его настоящее*, и так называемая работа с прошлым началась с первого «Здравствуйте». Заметим также, именно навык различения следов прошлого «здесь и теперь» ориентирует современную психоаналитическую терапию на стратегию движения с поверхности вглубь, позволяет контролировать глубину перенесения в соответствии с тактическими задачами -форматом терапии, тяжестью нарушений у пациента и другими текущими процессами, относящимися к пациенту или терапевту. Цель анализа можно сформулировать следующим образом: отобрать у прошлого его могущественную и тянущую назад силу и вернуть эту силу настоящему.

Итак, пространственно-временная организация аналитической терапии обрамляет, оформляет терапевтический процесс, определяя его рамки и границы, задавая тем самым и определенную этику терапевтических отношений, определяет границы возможного и невозможного никогда.

Об этом уже приходилось писать, подчеркивая психологический смысл *организации* терапевтического процесса (Е. Т. Соколова, 1995 1996) в качестве терапевтической альтернативы хаотичному, размытому, нестабильному, неопределенному жизненному пространству-времени пациента с расстройством самоидентичности при пограничных личностных нарушениях. Повторяем это и здесь: *упорядоченность и стабильность пространственно-временных рамок сеанса должны соблюдаться, чтобы не навредить; регулярность и постоянство времени-места создают условия возрождения и поддержания отношений прочной привязанности; тогда возникает шанс, что ясная структурированность «социальных» {в понимании Л. С. Выготского} сетей отношений интериоризуется в связную, непротиворечивую и устойчивую самоидентичность*. Конечно, базовые принципы ортодоксального психоанализа создавались в расчете на модель невроза, а не расстройств личности, однако проанализированные сегодня многие трудные психоаналитические случаи демонстрируют наличие у пациентов более тяжелых нарушений, близких к пограничному уровню. Иными словами, соблюдение принципа «не навреди!» - это проявление уважения прав пациента как человека, каким бы ни был диагноз его заболевания.

Этика психоанализа еще со времен Фрейда накладывает запрет на реальные отношения пациент-терапевт и, конечно, означает недопустимость выхода за рамки эротических отношений по принципу «все чувства дозволены - действия запретны». «Исключено, - писал Фрейд, - чтобы мы подчинились исходящим из перенесения требованиям пациента... Человек, ставший нормальным по отношению к врачу и освободившийся от действия вытесненных влечений, остается таким и в частной жизни, когда врач опять отстранил себя» («Перенесение». - Лекция 27). Психологический смысл данного ограничения прозрачен: только *запрет* на отреагирование влечения *в действии* создает условия для процесса его *психической переработки*; по такому же закону, заметил в свое время Клапаред, возникает необходимость *осознания* как принципиально нового способа регуляции социальной деятельности, когда привычно рутинное ее течение наталкивается на *преграду!*

Основные психоаналитические процедуры

Если анализ все-таки продолжается, терапевт использует четыре основные процедуры, составляющие технику психоанализа: *прояснение, конфронтацию, интерпретацию и проработку* для анализа сопротивления пациента процессу свободных ассоциаций и развитию переноса, которые возникают по мере регресса пациента и выражения инстинктивных желаний по отношению к терапевту (Е. Биб-ринт, 1954; Р.Гринсон, 1994).

Конфронтация и прояснение. Это две фундаментальные процедуры осуществления обратной связи. В аналитической *конфронтации* терапевт удостоверяется, что пациент способен осознавать частичные действия или опыт, которые были в анализе. Например, конфронтируя пациента частично с феноменами переноса, терапевт может дать ему следующую обратную связь: «Кажется, что вы испытываете злость по отношению ко мне» или «Кажется, вы испытываете сексуальные чувства по отношению ко мне». *Прояснение*, которое часто смешивается с конфронтацией, является более тонкой и детальной обратной связью по отношению к части феноменов, переживаемых пациентом. Р.Гринсон приводит пример, как после конфронтации пациента с его ненавистью по отношению к терапевту терапевт помогает прояснить детали ненависти пациента.

«Ему хотелось бить меня, как мягкую массу, растереть меня в порошок и превратить в кровавую, слизкую, липкую массу. Затем бы он меня съел в один глоток, словно какую-то овсянку, которую его мать готовила ему, когда он был ребенком. А потом он бы испражнился мной как отвратительно пахнущим ядовитым дерьмом. А когда я его спросил: "И что же вы будете делать с этим отвратительно пахнущим дерьмом?", он воскликнул: "Я разотру вас в грязь, так, чтобы вы могли присоединиться к моей дорогой мертвой мамочке!"»

Интерпретация. Конфронтация и прояснение опыта пациента являются предварительными шагами более важной аналитической процедуры - интерпретации. Гринсон определяет интерпретацию таким образом, что она становится практически синонимом самого анализа.

Интерпретировать, полагает он, значит делать неосознанные феномены осознанными. С помощью наиболее точных вербализаций аналитика и ответных инсайтов пациента все более осознанными становятся бессознательные смыслы, источники, история или течение данных психических событий. Аналитик использует свое собственное бессознательное, свою эмпатию и интуицию так же, как и теоретические знания, в качестве способа, помогающего добраться до интерпретации. Интерпретируя, мы отстраняем то, что непосредственно наблюдаемо, и приписываем значения и каузальность психологическим феноменам.

Как только интерпретация отстраняет опыт пациента, это становится для него большим, чем просто обратная связь. Значения и причинность, приписанные психологическим феноменам, становятся детерминированными, по крайней мере частично, психоаналитической теорией. Поэтому информация, которую дает пациент в соответствии со значениями и причинностью своих ответов, является частью образования, знаний о том, как психоанализ позволяет понимать людей и их проблемы. Это не подразумевает того, что интерпретации даются в теоретических терминах. Они индивидуальны для каждого и поэтому являются обратной связью. Тем не менее благодаря интерпретации пациент получает возможность

взглянуть на свой сознательный опыт как на опыт, обусловленный бессознательными процессами, на свое поведение взрослого человека - как на обусловленное опытом детства, взглянуть на терапевта, *как будто* на своих родителей или других значимых фигур из прошлого.

Согласно психоаналитической теории, предполагается, что пациент принимает интерпретацию потому, что она представляется ему верной и переживается как откровение, инсайт. Иначе говоря, правильность интерпретации проверяется ответами, реакциями самого пациента. Если у пациента появляется когнитивное и аффективное побуждения по поводу тех аспектов своего *Я*, которые прежде были скрыты, тогда аналитик имеет основание для предположения о валидности своей интерпретации. Наиболее критический и часто критикуемый критерий для проверки правильности интерпретаций - это выявление того, приводят ли интерпретации к позитивному изменению состояния пациента.

Рассмотрение «улучшения» как критерия проверки правильности интерпретации связано с предположением, что улучшение в анализе - процесс длительный и постепенный. Терапевт и пациент должны *интерпретировать повторяющееся сопротивление*, которое возникает у пациента как протест против осознания присутствия мешающих этому сил. *Признаки сопротивления*: пациент забывает о встречах, опаздывает на сеансы, улучшения воспринимаются им драматически, или он хочет прекратить терапию из-за отсутствия улучшений, вытесняет сны и делает миллион других вещей, чтобы защититься.

Затем, как только сопротивление постепенно редуцируется благодаря инсайтам, полученным во время интерпретации, пациент начинает обращать скрытые инстинкты к терапевту, развивая *невроз переноса*. Пациент хочет удовлетворить свои импульсы, смещая фрустрированные сексуальные и агрессивные импульсы на терапевта. Так постепенно развивается невроз переноса, в котором пациент оживляет все детские отношения со значимыми людьми. В течение недель и месяцев терапевт переживается как мать, которая не заботится о пациенте; далее терапевт становится отцом, соблазняющим пациента; или чудесным родителем, который не может ошибиться; или глупым родителем, который всегда неправ. Реакции переноса служат интенсификации сопротивления: почему дальше вам так хорошо становится от того, что вы «бьете» своего терапевта или чувствуете себя в безопасности с таким заботливым родителем? Через повторяющиеся интерпретации реакций переноса терапевт стремится помочь пациенту достичь понимания, что эти интенсивные чувства, импульсы, происходящие от прегенитальных конфликтов пациента, не являются настоящими чувствами, вызываемыми непроницаемым аналитиком.

Проработка. Растянутый во времени, неспешный процесс работы с вновь и вновь возникающими инсайтами, приходящими от интерпретаций сопротивления и переноса, называется *проработкой*. На этой последней и наиболее длительной стадии психотерапии пациенты осознают множество своих защитных маневров, в том числе и симптомы. Они осознают те импульсы, от которых они защищались, и то множество способов, в том числе и симптомов, которыми эти импульсы выражались. С тех пор как пациенты начинают выражать эти импульсы в трансферентных отношениях яркими и свежими (собственными) словами и понимают, что за это их не постигнут кастрация, отвержение и подавление, они понимают, что нет необходимости сражаться с этими импульсами, подобно тому как однажды они делали это в детстве. Постепенно человек становится способным осознать, что, безусловно, есть новые и более зрелые пути контроля собственных инстинктов, которые способствуют некоторому удовлетворению без последующего чувства вины и тревоги. Постепенно пациент канализирует импульсы благодаря этим новым путям самоконтроля и освобождается от наиболее деструктивных и архаичных защит и симптомов. Использование этих новых защит и усиление осознания рассматриваются фрейдистами как актуальные изменения в структуре личности, в которой энергия, ограниченная раньше прегенитальными конфликтами, сейчас способствует более зрелому Эго.

Эмоциональный корригирующий опыт. Большинство аналитиков принимают

положение, что корригирующий эмоциональный опыт может привести к временному оживлению симптомов, особенно в случае травматических неврозов. Катарсис, однако, даже если и будет использован в анализе, не считается частью аналитического процесса. Есть лишь один фундаментальный процесс изменения в анализе - это возрастание роли сознания; и *все* шаги анализа являются частью этого процесса.

Психотерапевтические взаимоотношения

Есть две составляющие взаимоотношений пациент-аналитик, и обе они выполняют в терапии разные функции. *Рабочий альянс* адресуется к относительно не невротическим, рациональным, реалистичным установкам пациента по отношению к терапевту и терапии в целом. Этот альянс - условие успешного анализа, поскольку рациональные установки позволяют пациенту доверять терапевту и сотрудничать с ним, несмотря на дезорганизирующее влияние интенсивных «иррациональных» реакций переноса. Р. Гринсон определяет рабочий альянс как «относительно не невротические, рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, делающие возможным для пациента целеустремленную работу в аналитической ситуации» [3. - С. 145]. Фактическое проявление рабочего альянса состоит в готовности пациента выполнять различные процедуры психоанализа; способности работать аналитически с теми инсайтами, которые вызваны регрессией или причиняют страдание

Альянс формируется между сознательным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика. Важной вехой прогресса в развитии отношений рабочего альянса является временная и частичная идентификация пациента с отношением аналитика и его методами работы, которые пациент начинает применять во время терапевтических сессий.

Р. Гринсон подчеркивает, что способность пациента формировать относительно мягкие, т. е. десексуализированные и лишённые агрессии отношения, зависит от наличия в его прошлом опыте паттернов подобного рода. Сказанное не означает, что в рабочем альянсе чувства как таковые должны отсутствовать совсем: симпатия доверие, уважение или известная доля сопротивления, недовольства' раздражения придают отношениям естественность, истинность. Речь идет о другом - о страстях и влечениях, не поддающихся компромиссу, не терпящих фрустрации и стремящихся утвердиться в анализе, вытесняя, таким образом, осознанные цели терапии, подменяя их собой. В этом смысле трудности достижения рабочего альянса довольно ясно указывают на прегенитальные конфликты и возможные зоны фиксации.

Так, в приводимом нами случае пациентки А. Е. либидозные и агрессивные влечения расщеплены и попеременно возникают то в сопротивлении правилам аналитического сеттинга и «удерживании» свободных ассоциаций, то в активизации эротизированных реакций переноса.

Важно подчеркнуть, что в отличие от рабочего контакта рабочий альянс не является *данностью* аналитического процесса; в определенном смысле он выступает и его задачей, и результатом, и некоторой вехой в терапевтическом процессе. Для аналитика это означает *работу* по созданию и укреплению рабочего альянса. Аналитик содействует рабочему альянсу своими настойчивыми интерпретациями, путем анализа сопротивлений, их осознания и понимания пациентом; путем сочувственного, откровенного и понимающего отношения к уловкам пациента и в то же время настаивания на достижении понимания пациентом деструктивной роли «антирабочих отношений» в осуществлении собственно терапевтических задач. В связи с этим стоит обратить внимание на «топику» терапевтических сеансов, продумать обустройство терапевтического пространства как «совместно-разделенного пространства жизни», предоставляемого терапевтом в распоряжение пациента. Ту же роль играет время сеанса, соблюдение его границ помогает поддерживать рабочий альянс, тогда как его «безразмерность» бессознательно намекает пациенту, что терапевт целиком и полностью в его распоряжении, что отсылает к иррациональным оральным влечениям (это видно на примере пациентки А. Е).

Рабочий альянс помогает процессу совместного делания аналитической работы, в противном случае пациент начинает занимать пассивно-рецептивную позицию,

эксплуатирует аналитика и в конечном счете обнаруживает, что ничего не происходит. Надо достаточно настойчиво и вместе с тем терпимо налаживать *отношения совместной работы*. Кстати, при трудностях достижения рабочего альянса последующий анализ показывает, что нередко дело именно в том, что пациент просто не знает удачного опыта подобных отношений: либо вместе - тогда тебя будут использовать, либо вместе, так уж слившись; либо в одиночку: я - гений, и никто лучше меня не сделает, либо трудно и грустно. Отметим также, что для успеха анализа очень важно, способен ли пациент переносить своеобразное «техническое расщепление» терапевтических отношений на *рабочие*, при которых предъявляются требования к его способности переносить фрустрации, следовать инструкциям, выполнять аналитическую работу понимания, осознания, ассимиляции достигнутого, его запоминания-«удержания» и *отношения переноса*, когда, напротив, терапевт содействует продуцированию фантазий и иррациональных влечений пациента. Подчеркнем еще раз, рабочий альянс выполняет роль «страховочного средства», ясной опоры, без которых в лучшем случае анализ прерывается либо грозит разрушением обоим участникам процесса под шквалом чувств в переносе.

Перенос является наиболее важным источником содержательной стороны анализа и главным пространством баталий пациент-аналитик. В реакциях переноса пациент выражает чувства по отношению к терапевту, которые вызваны не им самим, а являются актуализацией прошлых отношений пациента со значимыми другими. Хотя смещение, импульсы, чувства и защиты направлены на других людей из прошлого, в терапевтической ситуации анализа они перемещаются на аналитика.

По преобладающим в переносе эмоциям со времен Фрейда различают *позитивный*, эротизированный перенос и *негативный*, с преобладанием агрессивно-деструктивных влечений и аффектов, хотя в добавление к ним стоит учитывать более сложные смешанные, амбивалентные, или чередующиеся, паттерны переноса. По наблюдениям Фрейда, позитивный перенос возникает скорее у разнополых пар пациент-аналитик; негативный - у однополых. Очевидно, что подобная классификация является упрощенной, тем не менее она общепринята. Обычно яркими признаками переноса считают несоразмерность испытываемых чувств, неадекватность аналитической ситуации, их чрезмерную интенсивность, сходство с чувствами, испытанными в прошлом (как правило, фрустрированными). Иными словами, в переносе пациент «доставляет» терапевту и по казывает драматургию своей *неудачной любви*, неудачной не в *житейски-обывательском* понимании, как раз в этом смысле любовь могла бы быть оценена совсем иначе.

Р.Гринсон, так же как А.Фрейд, предлагает соотносить паттерны переноса со стадиями психосексуального развития, что кажется достаточно разумным в связи с аналогичной процедурой, примененной к анализу защитных процессов, поскольку перенос одновременно выступает в двух функциях - и как движущая сила анализа, и как сопротивление-защита. «Это означает, что мы можем распределить по категориям реакции пациента на его аналитика с точки зрения инстинктивных целей, инстинктивных зон и тревог, отношений и ценностей в соответствии с этими инстинктивными компонентами» [3. - С. 198]. Например, оральный перенос будет проявлять себя преувеличенным вниманием к каждому слову, взгляду, жесту аналитика, позе пациента, как бы «склоняющейся» в его сторону, в стремлении как можно больше «впитать» и (в дело вступает амбивалентность) ненасыщаемостью, страхом отделения, страхом быть брошенным, оставленным; ревностью к другим пациентам (или другим занятиям терапевта). Чувства любви и ненависти, доверия и недоверия составляют, таким образом, паттерн орального переноса с сопутствующими этой стадии защитами: интроекцией, расщеплением, проективной идентификацией, моторным отыгрыванием вовне.

Еще одним штрихом к феноменологии переноса этого типа служит, по нашим наблюдениям, преимущественное внимание не к содержанию того, что произносит терапевт, а к интонациям его речи, общей мелодии, тембру голоса, который либо «скребет», «от него мороз по коже», «как ледяным душем окатывает», либо воспринимается как «колыбельная»,

как «нежный», «успокаивающий» и т.д. Эти своеобразные субъективные «искажения» и личные привнесения архаического уровня могут, на мой взгляд, очень много сказать о нуждах пациента, фрустрированных на оральной стадии и эмоционально окрашивающих эротизированный или агрессивный тип переноса. Меня несколько раз ставили в тупик реакции одного пациента. Он периодически «отключался», сидя в абсолютно расслабленной позе в кресле, закрывал глаза и даже тихо посапывал. После нескольких фраз я замолкала, продолжала тихо и спокойно сидеть. Когда заканчивалось время, он открывал глаза, потягивался, некоторое время с расслабленной улыбкой сидел, потом говорил «спасибо» и уходил. Так продолжалось в течение нескольких сеансов, пока я не спросила, что с ним происходит. Он ответил, что, когда меня слышит, «чувствует себя как в люльке, его слегка укачивает, он как будто бы слушает колыбельную песню, он не знает, где он, но ему хорошо, уютно, спокойно». Прошло довольно много времени, пока пациент смог начать фокусироваться на содержании слов и это позволило привлечь к делу его способность понимания, а не синкретического восприятия.

Очень сложный паттерн отношений связан с анальным переносом: все противоположности «натужного» удержания и «безудержного испражнения». Кажется, что говорение терапевту всевозможных гадостей доставляет наивысшую радость и облегчение (именно так!). То же самое относится и к характеристике речевого потока вне зависимости от его содержания: терапевту то «дарят», то от него «прячут»; то выказывают гордость - самим собой, «своим» терапевтом, то «пачкают», «мочат» и т.д. Р. Гринсон в качестве наиболее важных проблем в отношениях пациент-аналитик называет тревоги по поводу контроля и автономии, по поводу стыда, чувства злобы, упрямства, покорности, подчинения, жадности, скупости, порядка, чистоплотности и т.д.

Другими основаниями классификации трансфера могут стать соотнесение последнего со структурами Оно, Я и Сверх-Я, а также по отношению к «имаго» (или репрезентации) отца или «имаго» матери. Особенности трудности в анализе доставляет перенос по типу Карающего Супер-Эго со всеми его ужасающими атрибуциями на аналитика. Пациент перемещает и проецирует на аналитика враждебность, гнев, страх, которые он переживал по отношению к родительским фигурам до того, как они были четко отделены от его Я, и которые сохраняются и оживают в переносе благодаря недостаточно четко очерченным границам Я-Другой вследствие примитивных механизмов расщепления и проективной идентификации (при пограничной организации личности).

Во всех случаях очень важна способность терапевта «сохраняться не разрушаясь» самому, не возвращая пациенту спроецированные на него чувства - ни «хорошие», ни «плохие», проявляя ровное, доброжелательное отношение, что бы ни позволял себе пациент в его адрес (обычно запрет касается прямого отреагирования в действиях, направленных на самого терапевта; это не касается «замещающих предметов»). Способность сохранять, несмотря на производимые пациентом разрушения, составляет основу техники «кон-тейнирования» (В.Бион), применение которой позволяет вернуть пациенту все то, что он «изверг» из себя на терапевта, но в значительно смягченном, очищенном виде, не вызывая излишней тревоги пациента, и тогда отторгнутое от Я вновь может *вернуться в Я как в «свой дом»*.

Таким образом, реакции переноса представляют собой конфликты между влечениями и защитами, ядром которых является преге-нитальная личностная организация. Повторение этих импульсов и защит во взаимоотношениях с аналитиком способствует проявлению актуального содержания психопатологии в анализе. Человек Даже и не говорит о конфликтах прошлого, но эти конфликты отражаются в отношениях с аналитиком. Опыт переживания реакций переноса сам по себе не является исцеляющим процессом до тех пор, пока содержание переноса остается неосознаваемым. Пациенты знают, что они интенсивно реагируют на аналитика, но не осознают истинного значения своих поступков.

Обобщенную схему аналитической работы составляют:
содействие и активизация эмоциональных реакций переноса;

динамический процесс их опознания (в борьбе с сопротивлением пациента), прояснение значений проявившегося в переносе бессознательного материала;

проработка паттернов переноса в сопоставлении с паттернами отношений со значимыми другими «настоящего» и «прошлого» пациента;

циклические возвраты к более ранним и поздним интерпретациям на разных этапах терапии;

достижение инсайта, раскрывающего связь переноса с интра-психическим конфликтом, составляющим питательную среду болезненных симптомов;

фокусировка на старых болезненно-инфантильных защитах и попытка обнаружить возникшие в ходе терапии новые, более конструктивные и творческие способы жизни и т.д.

Контрперенос и профессионально важные качества личности аналитика

Собственные реакции аналитика по отношению к пациенту должны быть деликатно балансирующими между теплотой и гуманностью, обеспечивающими возникновение рабочего альянса, его поддержания и развития, и одновременно депривированными, достаточно непроницаемыми, стимулирующими у пациента реакции переноса. Видео- и аудиозаписи демонстрируют, что аналитик остается достаточно непроницаемым и в то же время невозмутимым и отстраненным. Однако даже в таком ортодоксальном психоанализе, как у О.Феничела (1945), было написано, что при всем этом психоаналитик должен быть гуманным. Феничел поражался тому, сколько его пациентов удивлялись его естественности во время терапии. Для того чтобы пациент смог доверять аналитику и не сомневаться в успехе анализа, аналитик должен транслировать некоторую теплоту и искренность.

С точки зрения классического психоанализа искренность и самораскрытие-далеко не одно и то же. Бесспорно, искренность благоприятствует ходу психотерапии, но если аналитик оказывается «слишком реальным», в том смысле, что пациенту становятся известными многие детали и подробности его личной жизни, то это препятствует углублению бессознательной потребности анализируемого переносить на аналитика реакции, обращенные к людям из своего прошлого. «Непроницаемость» аналитика, напротив, помогает пациентам трансформировать его в любые объекты своих желаний; для пациентов с серьезными расстройствами психотического уровня это может представлять риск возникновения так называемого психотического переноса, поскольку условная ситуация терапии «здесь и теперь» может быть с легкостью отождествлена с ситуацией «там и тогда».

Безоценочная позиция по отношению к продукции пациента способствует появлению свободного потока ассоциаций, а нейтральность молчания является наиболее приемлемой для стимулирования реакций переноса. Таким образом, все реакции аналитика на продукцию пациента должны быть нейтральными.

Эмпатия также является важной частью терапии и часто служит главным источником терапевтически точных и полезных интерпретаций.

Аналитик должен осознавать свои собственные бессознательные процессы, являющиеся другим источником интерпретаций и возникающие в ответ на реакции пациентов. В их основе, как правило, лежит *контрперенос* - чувства, представляющие желания аналитика сделать пациента объектом удовлетворения своих собственных инфантильных желаний. Например, аналитик должен быть способным анализировать свою враждебность или поддержку, поскольку пациент может напоминать ему кого-то из его собственного прошлого. Кроме того, он должен быть в состоянии распознать, что чрезмерная отдача самого себя пациенту может неосознанно для пациента служить удовлетворению мазохистических сексуальных желаний аналитика по отношению к пациенту. Естественно, аналитик должен быть достаточно душевно здоров, чтобы отделять чувства и конфликты пациента от своих собственных, различать специфические типы контрпереноса и при необходимости ставить их на службу тонкого понимания бессознательной аффективной коммуникации, которую *пытается* инициировать пациент с помощью проективной идентификации и соответствующих манипуляций*.

Эффективность психоаналитической терапии

Проблема оценки эффективности психоанализа в качестве терапевтической системы традиционно не являлась фокусом исследований, в то время как жанр описания индивидуальных случаев, напротив, исконно традиционен. Более того, именно практика обсуждения единичных индивидуальных случаев в немалой степени способствовала рождению новых теоретических концептов (как это произошло с понятиями «трансфера-контртрансфера», например) или приводила к модификациям психотерапевтических методов и систем. Такое положение вещей неслучайно для психоанализа с его пристальным вниманием к феноменологии и качественному анализу, хотя именно этой позиции психоанализ обязан обструктивизму со стороны позитивистски настроенных представителей сциентизма (см., например, почти 50-летнюю критику психоанализа со стороны Г.Ю.Айзенка).

Интересно в этой связи высказывание Фрейда, относящееся к началу оформления психоанализа как нового метода психотерапии в котором он, по сути дела, предвосхитил последующую позицию противников открытого им метода научного мышления. В «Очерках по истории истерии» он с некоторым удивлением признается: «...Мне самому кажется странным, что истории болезни, которые я пишу, читаются как новеллы и что они не поддаются оценке с точки зрения строгой научности. Меня утешает лишь то, что к этому меня привела скорее природа объекта исследования, чем моя собственная склонность» [13]. Современный психоанализ сближает подобный способ научного анализа с герменевтикой и понимающей психологией (как считают Х.Томэ и Х. Кэхеле) [10], а также со своеобразной психоаналитической археологией, воссоздающей историю целых эпох по их «обломкам». «Способность реконструировать опыт другого, - пишут авторы, - является одной из предпосылок, из которой надо исходить, если проводится психоаналитическое лечение» [10. - Т. 1. - С. 51]. Стоит заметить, что даже с учетом очевидных ограничений case study в качестве метода познания всеобщих закономерностей, на которые претендует классическая научная парадигма, современная психиатрия и клиническая психология накопили столь блистательный архив изучения индивидуальных случаев К. Ясперсом и Р. Лэнгом, Э. Фроммом и Д. В. Винникоттом (ряд имен великих может быть продолжен), что правомерность подобного метода познания «по прецеденту» вряд ли стоит оспаривать. Вместе с тем в последние два десятилетия утверждается и другая научная парадигма, связанная, с одной стороны, с ульмским направлением во главе с Томэ и Кэхеле, активно поддерживающими изучение психоаналитического процесса и его переменных, собравшими целую научную библиотеку из дословных записей (транскриптов) психоаналитических случаев, а с другой - с направлением североамериканских психоаналитиков во главе с Л. Люборским, М.Хоровицем, Л.Бенджамин, разрабатывающими когнитивно-психодинамическую модель исследования и специальный методический инструментарий анализа текстов на основе более сциентистской исследовательской парадигмы. Не стоит исключать из всего пространства исследований научную дискуссию и постоянную ревизию теории психоанализа, его объяснительных построений, основополагающих концептов (метапсихологию). Горячими дискуссиями сопровождается обсуждение прагматических вопросов о показаниях и противопоказаниях к психоанализу, о возможности интеграции психоанализа с другими психотерапевтическими процедурами и соответственно изменении традиционных форм психоаналитического сеттинга. Конечно, одним из ключевых вопросов остается оценка эффективности психоанализа, впрочем, вопрос трудноразрешимый в отношении пока всех существующих психотерапевтических систем в силу недостаточной разработанности самой методологии научных исследований в области психотерапии, ее междисциплинарного положения в науке и несоответствия в значительной мере гуманитарного понятийного аппарата с естественно-научными принципами эмпирического исследования.

Общий объем эмпирических исследований с использованием специально разработанных процедур оценки переменных терапевтического процесса, включая характер

психопатологии, стадийность терапии как процесса, роль трансфера и контртрансфера, пока невелик.

В своем обзоре современных психотерапевтических систем Дж. Про-хаска и Дж.Норкросс (1994) дают панораму эмпирического изучения эффективности психоанализа, ссылаясь на работы, выполненные по преимуществу в позитивистском ключе. Опираясь на публикацию этих авторов, опишем некоторые из них, Р.Найт (1941) провел сравнение предполагаемого прогноза в отношении пациентов, находящихся на обследовании не менее шести месяцев, с оценкой его результатов. Данные включали предварительные гипотезы аналитиков, что пациент «очевидно, вылечится»; его состояние «значительно улучшится», «не изменится» или «ухудшится» к моменту окончания анализа. Это исследование проводилось как кросскуль-турное, включало данные о пациентах, наблюдаемых в психоаналитических институтах Берлина, Лондона, Чикаго и Топека. Разделив пациентов в соответствии с клиническим диагнозом, Найт получил следующие результаты (табл. 2). В среднем приблизительно половина пациентов, завершающих психоанализ, вылечились или их состояние значительно улучшилось.

Таблица 2

Раннее исследование эффективности психоанализа в зависимости от диагноза у пациента (Р.Найт, 1941)

Диагностическая категория	Число пациентов	Излечение или значительное улучшение, %	или Без изменений или
Неврозы	534	63	37
Сексуальные расстройства	47	49	51
Расстройство характера	111	57	43
Неврозы органов и органически обусловленные (колиты, язвы)	55	78	22
Психозы	151	25	75
Особые симптомы (мигрень, эпилепсия, алкоголизм, заика-	54	30	70

Исследование Р. Найта включало только субъективные данные (суждения терапевтов о результатах лечения их собственных пациентов), но оно явилось отправной точкой для проведения более контролируемых экспериментов. Далее приводятся краткие описания репрезентативных данных сравнительных исследований.

Первое сравнительное исследование было представлено в 1953 г. Р.Хайне, сопоставившим эффективность психоаналитической психотерапии с адлерианской и роджерсианской. Восемь пациентов по каждой из трех форм терапии оценивали себя со стороны 60 благоприятных и 60 неблагоприятных изменений. Хотя статистический анализ данных самоотчетов не проводился, Хайне пришел к выводу, что пациенты ощущали улучшение при всех формах терапии. По его заключению, изменения пациентов, прошедших одну из форм терапии, не более благоприятны, чем при других формах терапии.

В 1965 г. П.Мей и А.Тума сопоставили эффективность лечения больных шизофренией следующими методами: только психоаналитическая терапия; психоаналитическая плюс медикаментозная, электрошоковая; обычный госпитальный уход без особого лечения. Больные шизофренией прошли предварительное обследование группой психоаналитиков и были квалифицированы как пациенты с прогнозом средней тяжести, лечение которых могло привести к существенным изменениям. Каждая группа состояла из 20 пациентов, впервые обратившихся в больницу. Психотерапия длилась один год, проводилась психиатрами при супервизии психоаналитиков. В качестве критериев эффективности терапии анализировали следующие показатели: повторность госпитализации в течение первых двух лет после

выписки, общее число дней в больнице в течение трех лет после первого обращения, постлечебный статус по Меннингерской шкале болезнь-здоровье (Menninger Health-Sickness Rating Scale), изученные восемью психоаналитиками на основании дополнительного интервью с пациентами и оценки поведения пациентов персоналом. Значительных различий между группами психоаналитической терапии и опекунской заботы обнаружено не было.

В. Райс (1967) проверял гипотезу, согласно которой психоаналитическая психотерапия способствует росту профессиональной эффективности и продуктивности. Терапевты, наблюдавшие 414 пациентов, работающих полную рабочую неделю, получили информацию от них относительно их еженедельного дохода до и после лечения. Для сравнения информация о доходах была получена от 145 пациентов, ожидающих лечения, по образовательному и профессиональному уровню соотносимых с экспериментальными группами. Средний доход в экспериментальных группах был 80 долларов до лечения и 112 - после лечения. В среднем длительность лечения состояла из 57 терапевтических сессий. Не было различий между начальными доходами в экспериментальных и контрольных группах, но после лечения средний доход пациентов терапевтической группы стал на 22 доллара выше, чем средний доход в контрольных группах. Статистика Департамента труда показала увеличение оплаты на 6 долларов в неделю пациентам, проходящим профессиональное обучение. К сожалению, статистического анализа и сравнения с группами плацебо и другого лечения не проводилось.

В 1973 г. О.Кернберг представил доклад по Меннингерскому проекту исследования психотерапии (Menninger Foundation's psychotherapy Research Project). Этот проект начался в 1959 г. и продолжался в течение 20 лет. Исследование включало 42 взрослых пациента (и амбулаторных, и стационарных), проходивших психоанализ или психоаналитическую психотерапию. Психоанализ длился в среднем 835 часов; психотерапия - 289 часов. Большинство пациентов достигли улучшения (по показателям HSRS-Меннингер-ской шкалы психологического здоровья), не было различий между прошедшими психоанализ и психоаналитическую психотерапию. Прямые сравнения двух лечебных методов, однако, сделать трудно, поскольку пациенты получали то или другое лечение не стихийно, а по различиям между двумя группами пациентов. Другим ограничением, для того чтобы делать выводы об эффективности двух видов терапий, было отсутствие для обеих групп сравнения с плацебо-эффектом на фоне лечения и без лечения.

В своей книге «42 судьбы в лечении» руководитель проекта Р. Валлерштейн ссылается на материал, накопленный более чем за 30 лет лечения, а также наблюдения за последующими жизненными переменами 42 пациентов, участвовавших в исследовательской программе. Параллельно с отчетом О. Кернберга (1973) Валлерштейн делает следующие выводы:

традиционное различие между «структурным изменением» и «поведенческим изменением» ставится под сомнение;

разрешение интрапсихического конфликта не всегда является необходимым условием изменения;

поддерживающая психоаналитическая психотерапия приводит к большему, чем прогнозируется, успеху;

классический психоанализ приводит к меньшему, чем ожидается, успеху.

Лечебные результаты имеют тенденцию больше к конвергенции, чем к дивергенции. Независимо от типа терапии высокий уровень силы Эго и особенно качество межличностных отношений обнаруживают значимую корреляцию с позитивными изменениями.

Д.Малан обобщил результаты серии исследований, сделанных им с коллегами в Тавистокской клинике в Лондоне с целью обнаружить, является ли краткосрочное лечение с применением тех же интерпретаций, что и при полном анализе, эффективным для пациентов, различавшихся по степени тяжести расстройства. Данные собирались через 5-6 лет после окончания лечения, с тем чтобы повысить устойчивость эффектов непродолжительной терапии. Факторы, наиболее соотносимые с отсроченными эффектами психотерапии в обоих исследованиях, были следующими: использование техники интерпретации, фокусировка на

отношения перенесения и на силе мотивации к изменениям. Позитивные результаты коррелировали с успешным динамическим взаимодействием, определяемым как взаимодействие терапевта с таким типом пациента, который стремится достичь инсайта и принимает интерпретацию терапевта, особенно интерпретации, касающиеся связи ранних взаимоотношений в детстве с текущими поведенческими паттернами. Так же как и в Меннингерском проекте, в этих исследованиях отсутствовало сравнение результатов с данными групп плацебо-эффекта и не получавших лечения, что накладывает ограничения на выводы.

В одном из блестяще задуманных исследований Р. Слоан, Ф. Стэплз, А. Кристал, Н. Йоркстоун и К. Уиппл (1975) сравнивали эффективность краткосрочной психоаналитической психотерапии с краткосрочной поведенческой терапией. По 30 пациентов были отобраны в каждую группу, 34 ожидающих лечения составили контрольную группу. Пациенты находились на лечении в университетской амбулаторной клинике, у двух третей пациентов были диагностированные неврозы, у остальных - личностные расстройства. Каждый пациент вначале оценивался одним из трех опытных психиатров-экспертов, не связанных с исследованием. Пациент совместно с оценивающим выделял три главных симптома по 5-балльной шкале. Лечение длилось 4 месяца, в среднем проводилось 15 сессий. Бихевиоральные терапевты могли свободно выбирать техники, которые, по их убеждению, должны были оказаться наиболее полезными. Главный эксперт использовал только техники контрбусливания, второй по уровню компетентности терапевт выделял когнитивное реструктурирование, третий эксперт не имел предпочтений. Психоаналитические терапевты прослеживали роль терапевтических отношений, способности пациента к самоисследованию, выражению чувств и инсайту. Среди применяемых терапевтических методов присутствовали анализ свободных ассоциаций, сновидений и интерпретация защит.

Наиболее поразительными находками исследования было то, что обе лечебные группы показали значительное улучшение по сравнению с группой, не проходившей психотерапевтического лечения, и ни одна форма лечения не была самой эффективной. По рейтингу симптомов 80% пациентов в каждой терапевтической группе достигли улучшения или вылечились (по сравнению с 49% в контрольной группе). По оценке общей саморегуляции 93% в бихевиориальной группе достигли улучшения в сравнении с 77% в психоаналитической психотерапевтической группе (среди ожидающих лечения - 47%). После четырех месяцев терапии все пациенты были свободны в выборе продолжения или начала терапии, поэтому последующие данные трудны для оценки. Год спустя после начала терапии было обнаружено, что первоначальные данные остались теми же во всех группах. Через два года не было различий в показателях улучшения по группам, но к тому времени ожидающие лечения получали терапию в таком же объеме, как и экспериментальная лечебная группа.

Было обнаружено несколько значимых различий между типами пациентов, достигших улучшения по каждому виду терапии. Наиболее поразительным различием было то, что у пациентов с наивысшими показателями истерии и психопатии по ММРІ было ухудшение на фоне психоаналитической психотерапии, тогда как пациенты с высокими показателями истерии достигли улучшения на фоне бихевиориальной терапии. Выявилась тенденция полезности бихевиориальной терапии для широкого круга пациентов.

В 1980-е гг. Х. Страпп и его коллеги опубликовали результаты серии исследований по Вандербилт-I-Проекту, которые противопоставляли опыт лечения группы невротических пациентов профессорами колледжа (нетерапевтами по профессии), специально выбранными как понимающие и сердечные, со сравнительной группой пациентов, чье лечение осуществляли опытные, психодинамически ориентированные психотерапевты. Это исследование было не просто тестом на эффективность психодинамической психотерапии; происходил поиск, каким образом можно разделить эффекты неспецифических (общих) факторов, представленных теплотой и пониманием профессоров колледжа, и специфических

факторов, представленных особыми техниками, используемыми профессиональными терапевтами. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 17 до 24 лет, с пиками по 2, 7, 0 шкалам по ММРІ (депрессия - психастения - социальная интраверсия). В обеих лечебных группах результаты были выше, чем в контрольных группах без лечения. Однако первоначальный групповой анализ полученных данных не демонстрировал более высоких результатов в группе, где лечение проводилось профессиональными терапевтами; последующий анализ обнаружил только как тенденцию для профессионалов быть более эффективными в работе со здоровыми пациентами. Ни в одной из групп терапевты не были более эффективными при лечении пациентов с более выраженными характерологическими проблемами. Очевидно, что поддержка и сердечность оказываются неспецифическими терапевтическими факторами, независимо от того, обеспечивается помощь профессиональными терапевтами или специальными техническими приемами. Кроме того, позитивные эффекты психотерапии будут более выражены при менее серьезной глубине расстройства.

В 1979 г. и затем в 1984 г. Дж. Прохаска опубликовал обзоры исследований по психоанализу, в которых был сделан вывод, что эффективность не была протестирована адекватно. С уверенностью можно утверждать, что психоанализ дает более высокие результаты, чем при отсутствии лечения *вообще*. Но нельзя сделать заключение, что психоанализ также доказал свою эффективность по сравнению с заслуживающей доверия плацебо-терапией. Фактически, по данным этих обзоров, ни в одном исследовании не обнаружено, что психоанализ или психоаналитическая психотерапия более эффективны, чем другие формы психотерапии.

Проблеме эффективности психоанализа и психодинамических психотерапий были посвящены недавние исследования методом мета-анализа, статистической техники, количественно комбинирующей результаты многих исследований. Мета-анализ был применен М. Смитом, Дж. Глассом и Т. Миллером (1980), а также М. Смитом и Дж. Глассом (1977) для изучения эффективности психотерапии по результатам 475 исследований. Приблизительно 29 исследований относились к психодинамическим формам лечения и 28 исследований проводились в отношении психодинамически эклектических форм лечения. При оценке сравнительной эффективности с другими формами психотерапии психодинамические формы терапии были оценены как более эффективные и лишь в незначительной степени менее эффективные в зависимости от интерпретации данных. Попытавшись повторить исследование М. Смита и Дж. Гласса в улучшенном варианте, Д.А. Шапиро и Д. Шапиро (1982) исключили те исследования, в которых были, по крайней мере, две лечебные и одна контрольная группы. В большинстве из этих 143 исследований применялись бихевиориальные формы терапии. Авторы пришли к выводу, что их более строгое исследование приводит в основном к тем же результатам, что и более ранний мета-анализ М. Смита и Дж. Гласса. В других работах были продемонстрированы некоторые различия в эффективности применяемых форм лечения. Так, обнаружилось незначительное превосходство бихевиориальных и когнитивных методов и соответственно относительно меньшая эффективность динамических форм терапии. Различия показателей было незначительным; в большей степени результат лечения мог быть соотносим лишь с типом проблем, подлежащих лечению, чем с самим типом лечения. В обзоре 19 исследований М. Свартберг и Т. Стайлз (1991) подтвердили, что краткосрочная психодинамическая психотерапия по результатам превосходит случаи отсутствия лечения, но уступает альтернативным формам психотерапии как в период сразу после лечения, так и через год.

Идет дискуссия о значении этих различий, обнаруженных методом мета-анализа проведенных исследований. Различия в оценке сравнительной эффективности терапевтических систем, возможно, следует приписать влиянию многих факторов, включая теоретическую ориентацию исследователей, валидность используемых для измерения переменных, индивидуальных особенностей личности изучаемых пациентов и типа расстройств. Поскольку большинство сравнительных исследований проводилось

когнитивными и бихевиориальными психотерапевтами, в замысле исследования они могли сознательно и бессознательно использовать переменные, благоприятные с точки зрения предпочитаемой ими терапии. Относительно незначительное статистическое преимущество в таких исследованиях не означает, что когнитивные и поведенческие модели обладают неоспоримым преимуществом перед другими формами терапии.

Современные модификации психоаналитической психотерапии

Вариации, вносимые в стандартно проводимые процедуры анализа, имели место на протяжении всей истории психоанализа. В некоторых случаях инновации приводили к отвержению неортодоксального аналитика (например, как это произошло с Вильгельмом Райхом или Фрицем Перлсом), и «еретик» становился основоположником какой-то новой терапевтической системы. В других случаях изменения выглядели как практическая необходимость, поскольку некоторые пациенты не могли выносить фрустрации, неизбежно сопутствующие длительному интенсивному анализу из-за слабости Эго или ограниченных финансовых ресурсов. Именно в связи с упомянутыми факторами получили распространение системы краткосрочной психодинамической терапии, с одной стороны, и современные психоаналитические направления в духе теории объектных отношений - с другой (см. следующую главу).

Критикуя традиционный психоанализ, Ф. Александер и Т. Френч (1946) утверждали, что хотя с помощью ортодоксального анализа были найдены фундаментальные объяснения развития личности и психопатологии, универсальность Эдипова конфликта не обоснована и, следовательно, психоанализ как терапевтический метод нуждается в более гибком приспособлении к индивидуальной психопатологии пациента. Классический длительный психоанализ, по мнению авторов, оправдан при работе с невротиками и характерологическими расстройствами, что же касается стрессогенных реакций и ситуационных невротических реакций средней тяжести, то прогресс в лечении может быть достигнут и в более сжатые сроки.

С целью доказательства необходимости инноваций в области психоаналитической процедуры и сеттинга Ф. Александер и Т. Френч исследовали 600 пациентов, прошедших краткосрочную психоаналитическую терапию продолжительностью от 1 до 65 сессий. Улучшение на фоне сокращенного курса терапии первоначально считалось невозможным, предпочтение отдавалось пролонгированному курсу стандартного анализа, длительность которого могла составлять 10 лет, с частотой 5 раз в неделю. Следуя принципу гибкости, психоаналитическая терапия, считает Александер, должна стать индивидуализированной и по процедуре проведения. Использование кушетки не является обязательным, терапия может проходить лицом к лицу. Беседа о текущих событиях, волнующих пациента, может сменяться свободными ассоциациями. Трансферентный невроз можно развивать или его избегать. Медикаментозное лечение и практическое переустройство условий жизни включаются по необходимости. Терапевтические советы и рекомендации высказываются наряду с динамическими интерпретациями.

Сторонники краткосрочной динамической терапии считают, что поскольку ежедневные сессии способствуют развитию исключительной зависимости, чреватые пресыщением и превращением для пациента в рутинную необходимость, допустимы сессии с большими промежутками во времени. Как правило, частота сессий более интенсивна в начале терапии, с тем чтобы между клиентом и терапевтом могли развиваться интенсивные эмоциональные отношения; затем сессии проводятся с промежутком, который кажется оптимальным для конкретного клиента. После достижения прогресса терапевт обычно прерывает лечение, чтобы дать клиентам шанс проверить их новые возможности и увидеть, насколько хорошо они могут функционировать без терапии.

Такие прерывания также подготавливают почву для более успешного окончания лечения. Перенос трактуется достаточно широко и считается неотъемлемой частью любой

психоаналитической терапии, хотя глубина трансферных отношений контролируется.

Глубокий трансферентный невроз обычно объясняется длительностью стандартного анализа, поэтому при краткосрочной терапии не поощряется развитие трансферентного невроза. Негативный перенос может также осложнить терапию, и возможно его непоощрение при работе с определенными клиентами. Когда трансферентные взаимоотношения находятся под контролем и управляемы, а терапевт опирается на позитивный перенос в помощи клиенту, терапевтические улучшения наступают довольно скоро. Клиент с позитивным отцовским переносом, к примеру, с значительно большей вероятностью примет предложение терапевта развестись, если брак деструктивен, или сменит работу на более подходящую, чем клиент с негативным переносом.

Природа трансфера контролируется соответствующим использованием интерпретаций. Если терапевт решает, что нет необходимости развивать невроз переноса, или, возможно, тот даже вреден, интерпретации будут ограничиваться текущей ситуацией, поскольку интерпретация инфантильных невротических конфликтов поощряет регрессию и зависимость. Регрессия к ранним стадиям функционирования также может интерпретироваться как избегание конфликтов, происходящих в настоящее время. С учетом этого обращение внимания на события в прошлом, приведшие к нарушению функционирования, считается целесообразным только для прояснения мотивов иррациональных реакций в настоящее время. Психотерапевт также может контролировать перенос, позволяя себе быть в меньшей степени «проекционным экраном» и в большей степени человеком того типа, какого ожидают увидеть клиенты, когда они обращаются к кому-то за помощью со своими личностными проблемами.

Когда терапевт в большей степени «реален» для пациента, реакции невротического перенесения с большей очевидностью будут выглядеть несоответствующими конкретной ситуации и развиваться с меньшей вероятностью.

Контртрансферные реакции со стороны терапевта также могут способствовать формированию более эффективных терапевтических отношений. Постепенно к контрпереносу складывается толерантное отношение (см. следующую главу); не предполагается исключительно преодоление таких реакций за счет их анализа; более того, терапевт должен сознательно решить, какие реакции могут быть полезны для терапии, и выражать именно такие реакции. Например, если у клиента был крайне отвергающий отец, то, оставаясь «проекционным экраном», терапевт может побуждать негативный перенос, тогда как выражение принимающих установок может способствовать развитию сотрудничающих терапевтических отношений.

Развитие безопасных и доверительных терапевтических отношений показывает, станет ли возможным для клиента выражение чувств беспомощности, заблокированных из-за ранних конфликтов с родителями. Открытое выражение таких эмоций и чувств, как гнев, эротические желания, зависимость, прежде находящиеся под давлением защитных механизмов, ведет к терапевтическому успеху. С этих позиций корригирующему эмоциональному опыту придается не меньшее значение, чем осознанию, исключительную важность которого ортодоксальный анализ переоценивал.

Конечно, гибкость терапии не означает хаотического направления процесса или перекоса в ту или иную сторону. В идеальном случае в процессе терапии переживается корректирующий эмоциональный опыт, интегрируемый в сознательное Эго-функционирование через интеллектуальные инсайты по отношению к истории возникновения беспокоящих эмоций.

В последние два десятилетия идеи Александера были поддержаны и развиты новыми сторонниками краткосрочной психодинамической терапии. Лидеры в теории и практике этого направления: Л.Люборски (1984), Л.Люборски и П.Кристоф (1990); Д.Малан (1976а, 1976b); П.Сифнеос (1973, 1992); Х.Страпп и Дж.Биндер, (1984). По мнению этих авторов, от классического психоанализа развиваемый ими терапевтический подход отличается рядом общих черт: более строго очерченными временными рамками (продолжительность лечения

может составлять от 12 до 50 сессий), фокусировкой на межличностных проблемах более, чем на интрапсихическом конфликте, активной и менее эмоционально нейтральной позицией терапевта. Несмотря на ряд отступлений от психоаналитического сеттинга, сторонники краткосрочной динамической терапии причисляют себя к наследникам психоанализа, использующим его основные психоаналитические принципы, включая анализ сопротивления, ценность интерпретации, важность создания сильного рабочего альянса. Они обращают также внимание на появляющиеся в литературе данные о том, что проблемы оплаты лечения, тесно вплетенные в контекст терапевтических отношений, при долгосрочной терапии рискуют стать формой социоэкономического принуждения пациента.

Краткосрочная терапия требует внимания к диагнозу и планированию. Используя все то, что известно о конкретном клиенте и динамике психопатологии, психодинамический психотерапевт может планировать более определенное лечение, учитывающее потребности клиента. В то время как стандартный анализ позволяет лечению взять собственный курс, психодинамический психотерапевт, проводящий краткосрочную психотерапию, принимает решение, ориентироваться ли в первую очередь на поддержку Эго, на обнаружение импульсов Ид или на изменение внешних условий жизни клиента. Безусловно, не все детали лечения могут быть спланированы, и терапевт будет сознательно использовать различные техники в гибкой манере, тактически подстраиваясь под то, что нужно в данный момент. Терапевт, очевидно, более активен и директивен, чем при стандартном анализе.

В заключение отметим, что современные варианты психодинамической терапии допускают пересмотр основополагающих постулатов классического психоанализа касательно целей и методов терапии. В целом принимая психоаналитическую теорию и используя отдельные элементы психоаналитической техники, они допускают столь широкие вариации, что вопрос об их принадлежности к психоаналитическому направлению ставится под сомнение (Л.Рэн-джелл). Вместе с тем нельзя не отметить, что появление модификаций психоаналитической терапии отвечает запросам практики и прежде всего - дифференциации самих потребителей психологической помощи, чье актуальное состояние, степень тяжести расстройства, сохранность или затронутость личностных структур требуют тщательного анализа и учета. В этом смысле показательна история «врастания» в психоаналитическую терапию таких ревизионистских направлений, как экспрессивная терапия О. Кернберга или реконструктивная терапия Х.Кохута, относительно недавно подвергавшихся серьезной критике со стороны приверженцев «школьного» психоанализа. Как бы то ни было, все современные психотерапевтические системы «вышли из психоанализа», в дискуссиях с его теоретическими и методологическими постулатами сформировались самостоятельные направления и школы. Психоанализ сегодня в значительной мере оплодотворен идеями гуманистической терапии, когнитивизма и психологии развития, чем доказывает архаичность позиции научной инкапсуляции в узких школьных рамках. И вместе с тем психоанализ обладает своим уникальным стилем мышления, образная метафоричность которого позволяет соприкоснуться с самыми глубокими пластами мощных человеческих страстей.

Главу, посвященную психоанализу, хотелось бы закончить отрывком - эпитафией - из книги Э.Фромма, чье противоречивое и страстное отношение к Учителю как нельзя точно отражает всю масштабность переворота, совершенного и учением и самой личностью З. Фрейда: «Это одинокий человек, он несчастлив, когда не занят активным осуществлением своих открытий или своих квазиполитических целей. Он добр, наделен чувством юмора до тех пор, пока не почувствует, что ему бросают вызов, что на него нападают; и в то же время в одном существенном аспекте его фигура трагична, и он сам остро отдает себе в этом отчет: он желает показать человеку землю обетованную разума и гармонии, но сам может разглядеть ее лишь издали - ему там не бывать... Один из величайших открывателей новых путей рода человеческого вынужден умереть с глубоким чувством разочарования, но ни его гордость, ни чувство собственного достоинства так никогда и не были поколеблены болезнью, поражением и разочарованием» (Фромм Э. Миссия Зигмунда Фрейда).

3. СОВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Средства социальных связей и есть основные средства для образования тех сложных психологических связей, которые возникают, когда эти функции становятся индивидуальными функциями... Мы сознаем себя потому что мы сознаем других, и тем самым способом, каким мы сознаем других потому что мы сами в отношении себя являемся тем же самым, чем другие в отношении нас.

Л. С. Выготский

Классический психоанализ первоначально базировался на так называемой Ид-психологии и формировался в соответствии с широко трактуемым постулатом, согласно которому влечения и конфликты, связанные с ними, рассматриваются в качестве главных первичных движущих сил развития личности и психопатологии.

Хотя психология влечений еще остается классической теорией психоанализа, несомненно, Х.Хартманн, А. Крис и Р.Левенштейн (1947), Д. Рапапорт (1958) и, с определенными оговорками, Э.Эриксон с полным правом могут рассматриваться реформаторами ортодоксальной психоаналитической теории как теории «драйвов», чьи идеи в немалой степени способствовали преобразованию современного психоанализа в единую и целостную социально-психологическую *теорию становления Я в человеческих отношениях*.

Благодаря трудам этих авторов создавались базисные основы психологии самоидентичности (Эго-психологии, а затем и селф-психологии) и теории объектных отношений, вследствие чего *объективно* готовился переход к принципиально новой теоретической парадигме и концептуальному аппарату, повлекшие за собой частичный пересмотр и переосмысление практических процедур классического психоанализа.

Эго-психология: концепция адаптации к реальности и теория Я.

В то время как Ид-психология полагает, что Эго берет все энергии от Ид, Эго-психология утверждает, что так называемые вторичные Эго-процессы, а именно память, восприятие, моторная координация, будучи также врожденными (Д.Рапапорт, 1958), обладают тем не менее энергией, отличной от энергий Ид. В то время как Ид-психология считает, что Эго выполняет только защитную функцию, стараясь достичь безопасного и удовлетворяющего баланса в конфликтах между инстинктами и нормами общества, Эго-психология полагает, что существуют свободные от конфликта сферы Эго (Х.Хартманн и др., 1947), цель и функции которой принципиально иные - адаптация к реальности и овладение окружением. Более того, утверждается, что стремление Эго к адаптации и овладению социальной реальностью является первичной (врожденной и инстинктивной) мотивацией развития личности, и в этом смысле человеческий младенец уже рождается с аппаратом «преадаптации к среднему ожидаемому окружению».

Таким образом, социокультурные условия развития все более вовлекаются в предмет интереса психоаналитически ориентированных исследователей, правда, пока еще их признание сводится, по сути, к обнаружению их преградной или фасилитирующей роли, но отнюдь не в качестве источника и побудительного фактора, движущей силы развития. Тем не менее «предательский» по отношению к психоаналитической ортодоксии шаг сделан, и, как отмечает Э. Эриксон, биологическая ориентация психоанализа все более превращается в псевдобиологическую, что, на наш взгляд, становится совершенно очевидным фактом, когда в 1950-е гг. под эгидой New Look оформляется «рабочий альянс» социальных психологов,

психоаналитиков, когнитивистов и исследователей детского развития.

Конечно, новые ревизионисты психоанализа не идут так далеко, чтобы вовсе отрицать роль конфликтов, связанных со стремлением импульсов из резервуара Ид к немедленной разрядке и удовлетворению, они признают большое влияние последних на развитие, однако отстаивают тезис о том, что стремление Эго приспособиться к внешнему миру и овладеть способами взаимодействия с ним, оказывает такое же, если не большее, влияние. В этой связи подчеркивается, что хотя развитие контроля над влечениями (механизмов психологической защиты) продолжает считаться одной из первоочередных задач Эго (Дж. Левингер, 1976), это не более чем одна из линий развития, одна из задач. Для индивидуального развития не менее важной становится реализация своего *Я* в эффективных и компетентных отношениях с реальностью, прогнозирование и контроль последней (Р. Уайт, 1959, 1960).

Таким образом, мы имеем возможность заметить, как постепенно, «изнутри» ортодоксального психоанализа, прежде всего благодаря работам Хайнца Хартманна, Дэвида Рапапорта, подготавливается почва для нового направления исследовательской мысли, а именно, приоритет изучения механизмов контроля (против традиционного акцента на механизмах защиты), индивидуального стиля как посредника медиатора, благодаря которому осуществляется тонкая подгонка природных индивидуальных особенностей и различий в познавательной активности ко все более эффективному приспособлению и взаимодействию *Я* с предметным и социальным окружением. В дальнейшем серия кросскультурных исследований когнитивного стиля, инициированная работами Германа Виткина, изучение возрастных особенностей и его специфики при мозговой патологии, пограничных и психосоматических расстройствах - целое направление, родившееся из частных исследований перцептивной ориентации человека в нестандартных условиях пространственного окружения, - подкрепляло (возможно, даже вопреки исходным посылкам исследователей) идею прижизненного культурно-исторического формирования особых «функциональных органов» *Я*, ответственных за «нормальные», «мирные» отношения *Я* с предметной и социальной средой. И вновь здесь мы имеем возможность увидеть, что фокус научных интересов исследователей самой логикой движения научной мысли смещается в сторону «культурно-экологического» изучения генеза, функций и структуры *Я* в противовес ортодоксально-психоаналитической парадигме человека как «вещи в себе», сугубо организмической и целиком конфликтной природы. Благодаря исследованиям Х. Хартманна и Д. Рапапорта, таким образом, расчищается путь для развития междисциплинарных связей психоанализа с психологией развития и обучения, социальной психологией и психологией здоровья, что в немалой степени способствует построению более миролюбивых отношений психоанализа с академической психологией, более открытых границ ради взаимопроникновения идей и обмена научными достижениями.

Из признания жизненной необходимости для индивида приобретения навыков эффективности и компетентности следовало допущение (вначале чисто теоретическое, а затем нашедшее и экспериментальное подтверждение), что развитие идет как по пути совершенствования защитных Эго-процессов, так и процессов иной природы, чем защитные механизмы, источник которых следует искать не в резервуаре влечений Ид, а в десексуализированных ресурсах Эго. Более того, становится ясно, что социальное выживание, потребность в самоэффективности, самоуважении и социальном признании не менее важны для душевного здоровья, чем удачное разрешение Эдипова конфликта. К примеру, эффективность обучения и последующего функционирования зрительно-моторной координации, перцептивных или мыслительных навыков представляют собой жизненные цели, *сами по себе* мотивирующие индивида к овладению реальностью, относительно независимо от стремления к сексуальному или агрессивному удовлетворению, зато они теснейшим образом связаны с имеющимися в наличии средствами и способами контроля, прогнозирования реальности, ее познания и освоения.

Нам представляется, что значение этой линии реформации психоанализа до сих пор

недостаточно отрефлектировано, а между тем она в значительной степени способствовала, с одной стороны, интеграции психоанализа с экспериментальной и академической психологией, что сказалось в преодолении его «местечковой» инкапсуляции в жестких рамках узко клинической психологии, с другой стороны, дальнейшее развитие экологических идей в конце концов привело к оформлению теории объектных отношений, т.е. социально-психологического направления внутри психодинамической парадигмы. Подчеркнем еще раз (более полный анализ представлялся в наших исследованиях неоднократно), что именно в контексте развития идеи Х.Хартманна и Д.Рапапорта о роли когнитивных процессов Эго при взаимодействии со средой, по-видимому, не без влияния гештальтпсихологии К. Левина с его теорией поля, оформляется методология системного и экологического подхода к изучению целостного единства «личность-среда», молярной единицей психологического анализа становится Я-Другой; несколькими годами раньше складываются и экспериментальные модели исследования «когнитивных стилей» (Г. Виткин, Р. Гарднер и др.); реинтерпретируются проективные методы. Особый акцент мы делаем на выяснении того, как благодаря теоретическим и методологическим изысканиям реформаторов-психоаналитиков 1950-1960-х гг. в рамках самого психоанализа завоевывает место совершенно новая для психоанализа проблематика, связанная с изучением *развития* в полном смысле этого слова, развития, мы могли бы сказать, *культурно-исторического*, поскольку исследование так называемых вторичных (когнитивных) процессов и личностной структурной организации, телесности да и, собственно, самого бессознательного как такового начинает прочно связываться с принципиально новыми для ортодоксального психоанализа категориями *интерна-лизации, межличностной коммуникации и отношения*. Корни психопатологии, клиничко-психологические закономерности симптомо-^ообразования, механизмы излечения и, разумеется, психотерапевтический процесс понимаются все более в тех же терминах. В дальнейшем усложняется трактовка понятия «окружение», влияние которого изучается, с одной стороны, этологически буквально, например, как реальное взаимодействие Я-Другой (мать-дитя или пациент-психотерапевт) в реальном, конкретном пространстве -времени жилой комнаты, госпиталя или кабинета психотерапевта (Д.В. Винникотт). С другой стороны, психоаналитическая герменевтика, семиотика и психолингвистика интенсивно утверждают себя в качестве основных инструментов понимания бессознательного как текста, благодаря чему под категорией «окружение» понимается прежде всего ноосфера, т. е. ментальная, интрапсихическая *смысловая репрезентация Я* и объекта (Х. Кохут, О. Кернберг).

Возвращаясь к истории оформления Эго-психологии, выделим основной ее тезис и пафос, а именно: имея собственные энергии свободные от либидозно-агрессивных инстинктов, Эго и его отношение с окружением признается основной движущей силой в развитии адаптивной и компетентной личности. Неудача в адекватном развитии таких Эго-процессов, как интернализация оценочного отношения, осуждения и моральной оценки, может так же привести в дальнейшем к развитию психопатологии, как и ранние сексуальные или агрессивные фиксации.

Поскольку считается, что Эго обладает собственными энергиями и потенциалом развития, становится ясным, что не только разрешение конфликтов сексуальной или агрессивной природы определяет стадии зрелости. Психосексуальные стадии, постулированные Фрейдом, уже не являются адекватным теоретическим конструктом для объяснения структуры личности и психопатологии. Развитие свободных от конфликта областей Эго в течение первых трех лет жизни человека так же важно, как и защита от неизбежных конфликтов оральных, анальных и фаллических импульсов. Более того, стремление Эго к адаптации, компетенции и овладению продолжится и после первых пяти лет жизни. В результате последующие стадии жизни являются столь же критическими для развития личности и психопатологии. Так, в эпигенетической теории самоидентичности, значение которой для современного психоанализа трудно переоценить, Э.Эриксон (1950, 1968) придает критическое значение оральной стадии в образовании у младенца отношения базового доверия, в то время как

латентная стадия, к примеру, рассматривается им как критическая в развитии практических навыков и способностей, создающих основу доверия к себе, исходя из чувства собственной эффективности, умелости, используемыми в сфере социальных отношений и профессиональной активности. З. Фрейд, со своей стороны, склонен был рассматривать эту стадию скорее как спокойный тайм-аут, во время которого не происходит развития новых личностных черт, между тем как очевидно, что в сфере общения со сверстниками именно неудача в развитии чувства самооэффективности может привести к переживанию собственной неадекватности, стыда и унижения, что, в свою очередь, способно породить симптомы депрессии, тревожности, избегания достижения успеха.

Иначе говоря, психологические проблемы как проявление *кризиса самоидентичности* (он возникает в течение всей жизни человека, даже если первые три стадии развития пройдены благополучно) неизменно сопутствуют и здоровой личности, свидетельствуя скорее о позитивных процессах роста и развития в противовес стагнации. Безусловно, серьезные конфликты на ранних стадиях могут затруднить гладкое прохождение последующих стадий и, скажем, личность с непреодоленными конфликтами зависимости оральная стадии, к примеру, возможно, будет иметь более серьезные проблемы в развитии самоуважения, чем личность, свободная от таких конфликтов.

Важным дополнением к стратегии психотерапии является то, что Эго-аналитики будут работать с проблемами как поздних, так и ранних стадий развития, избегая, таким образом, редукции исключительно к бессознательным конфликтам фаллической стадии и Эдипова комплекса- Стадия юности особенно богата феноменологией «спутанности», или «диффузии» Эго-идентичности, в противовес диффузии Эго (Э. Эриксон, 1950). В юности необходимо использовать процессы созревания Эго для достижения близости в противовес изоляции. Возраст зрелости использует энергии Эго для создания образа жизни, приносящего чувство творческой продуктивности, с тем чтобы прийти к ценностному ощущению жизни в противовес экзистенциальному вакууму. Задачей пожилого возраста является осмысление всей прожитой жизни, позволяющее достичь интеграции Эго перед лицом смерти и противостоять отчаянию.

В сущности, терапия сфокусирована на «здесь и теперь-реальности», которая переживается клиентом в настоящий момент. Лечение движется в направлении прошлого не далее того, что необходимо для анализа неразрешенных конфликтов детства, оказывающих влияние на адаптацию в настоящее время. Ясно, что по направлению, методическим нюансам и специфике устанавливаемых психотерапевтических отношений содержание Эго-анализа будет отличаться от содержания классического анализа. Процесс Эго-анализа, тем не менее, может очень походить на классический процесс с длительной интенсивной терапией, в центре внимания которой находятся свободные ассоциации, перенесение и интерпретация. Так работают некоторые Эго-аналитики, другие же склонны следовать более гибким правилам психоаналитической психотерапии или создавать ее собственные варианты, как, например, О. Кернберг или Х. Кохут.

Варианты теории объектных отношений

Психоанализ является постоянно развивающейся системой. Одним из свидетельств этого может быть внимание современных теоретиков к различным аспектам личностного развития как существенным принципам личностной организации и психопатологии. В то время как З.Фрейд подчеркивал, что конфликты на пути удовлетворения и контроля Ид-процессов есть центральный организующий принцип человеческой жизни, Эго-аналитики видят в Эго центральный организующий принцип; достижение базового доверия, автономия и инициатива определяют жизненный путь. Те, кто разрабатывал теорию объектных отношений: Мелани Кляйн (1946, 1952) Маргарет Малер (1971, 1975), Рональд Ферберн (1952), Отто Кернберг (1975, 1976), Хайнц Кохут (1971, 1977), Джеймс Мастерсон (1976, 1989) - подчеркивают важность взаимоотношений между Я и объектами как главного организующего принципа

человеческой жизни источника здорового или аномального развития.

Термин «объектные отношения» не однозначен. Считается, что он описывает скорее интрапсихические структуры, чем реальные межличностные отношения. Объектные отношения во многом окрашены аффектами любви-ненависти, фантазийными образами, сопровождавшими ранние межличностные отношения и, в свою очередь, сильно эмоционально влияют на последующие межличностные взаимоотношения и отношения в настоящем. Обобщая ряд определений, которыми оперирует современный психоанализ, мы определяем термин «репрезентация Я» и «объект-репрезентация» как сложный, с достаточной регулярностью воспроизводящийся комплекс или паттерн аффектов, фантазмов, синкретических образов памяти, перцепции, когний, на разных стадиях онтогенеза различающихся по степени дифференцированности, ясной очерченности и осознанности объективных и субъективных границ, внутренней связности и интегрированности в единое целое.

«Объект» - термин, используемый З. Фрейдом (1923) для обозначения «других», потому что в Ид-психологии «другие» выступают первично объектами инстинктивного удовлетворения значительно в большей степени, чем аутентичными личностями со своими собственными потребностями и желаниями.

Теоретики объектных отношений по-разному оценивают важность сил Ид во взаимоотношениях родителей и ребенка. Основательница британской ветви теории объектных отношений Мелани Кляйн значительное место уделяет взаимодействию орально-либидных и орально-деструктивных влечений. О. Кернберг (1976) видит объектные отношения частично энергезируемыми базовыми инстинктами, особенно агрессией. М. Малер, Г. Салливан, В.Р. Ферберн (1952) и Х. Кохут (1971) подчеркивают не столько влияние импульсов Ид и характер отношений с родительскими фигурами эдипального периода, сколько решающую роль значимого Другого и характера эмоциональных отношений, в которые младенец включен от самого рождения; причем определяющими дальнейшее развитие ребенка считаются отношения первого-второго года жизни.

Остановимся подробнее на некоторых основополагающих положениях указанных авторов, осознавая всю схематичность нашего изложения и ограничивая его акцентом преимущественно на аспектах *развития*, поскольку современные психоаналитические системы в теоретическом отношении, а также в обосновании методической стратегии фактически построены как системы, предоставляющие пациенту с расстройствами личности условия, корригирующие его раннее патологическое развитие.

Модель развития Я и объектных отношений Мелани Кляйн

М. Кляйн, британский психиатр и современница З.Фрейда, развивает идеи ортодоксального психоанализа и в определенном смысле стоит ближе к позиции Фрейда, чем более радикальные реформаторы фрейдизма. Согласно ортодоксальной точке зрения отношения с другими людьми, или объект-отношения, первоначально выступают как отношения с матерью или, точнее, материнской фигурой, т.е. с любым человеком, осуществляющим уход и заботу о младенце, а затем становятся прототипом межличностных отношений как таковых. Материнская фигура при такой трактовке безлична, деиндивидуализирована и функциональна. К тому же в качестве материнской фигуры долгое время остаются, не различаясь, материнская грудь или бутылочка, объединенные функцией питания, удовлетворения и доверия; все остальное воспринимается как чужое. Примитивные когнии сначала слиты с орально-либидной связью между матерью и младенцем. На втором этапе оральной стадии, когда появляются садистские влечения в форме интенсивного кусания материнской груди, можно говорить о новом типе отношений, включающем элементы амбивалентности к одному и тому же лицу. З.Фрейд связывал возникновение амбивалентности с необходимостью защиты младенца от собственных деструктивных импульсов. М. Кляйн разделяет эту позицию, исходя не только из теории, но и из практики

психоаналитической работы с детьми, добавив к чисто разговорному жанру невербальный, избрав основными методами и материалом анализа детские игры с игрушками, рисунки карандашами и красками, рисунки пальцем.

М. Кляйн считает деструктивные импульсы проявлением инстинкта смерти и тревоги преследования, берущих свое начало в травме рождения, боли и дискомфорте от утраты, и этот паттерн неизбежно накладывает отпечаток на первые отношения младенца с миром: «...Работа инстинкта смерти, - пишет она, - дает начало страху уничтожения, и это является первопричиной тревог преследования» [10. -С 60].

Таким образом, по Кляйн, с одной стороны, тревога преследования с самого начала включается в отношения ребенка, причем в той мере, в какой он подвергается лишениям. С другой стороны, между инстинктом жизни и инстинктом смерти, между любовными и агрессивными импульсами возможен относительный баланс, когда лишения усиливают агрессию, дающую начало жадности, в то время как периоды свободы от голода и напряжения являются оптимальным равновесием между ними. Кляйн предполагает далее различную врожденную предрасположенность к агрессии, и у детей с сильным агрессивным компонентом тревога преследования фрустрация и жадность легко пробуждаются, и это усложняет перенесение лишений и преодоление тревожности ребенком. Деструктивные силы, не будучи организованы и подконтрольны, грозят ребенку самоуничтожением, поэтому вынесение вовне, проекция их на внешний мир, на материнскую грудь, помогает ему «выжить», становится, таким образом, экзквизитным способом борьбы за психологическое да и само физическое существование младенца. Одновременно она оказывается средством конструирования ребенком внешнего мира, и этот момент также прибавляет ребенку чувство собственной силы и способности контролировать внешний мир, «держат его в руках». Исход этой борьбы «не на жизнь, а на смерть» определяет ключевая материнская фигура и ее способность, «приняв» агрессию, «переварив» ее, не разрушаясь самой и не отвечая агрессией или отвержением, запустить механизм интроекции, посредством которого интроецируются «хорошие» объекты, создается внутри ребенка противовес, своего рода буфер между спроецированными «плохими» объектами и интроецированными «хорошими».

Подчеркнем принципиальную важность этих положений Кляйн, по сути дела, ставших основой последующего углубленного изучения феноменов проективной и интроективной идентификации в качестве примитивно-архаических механизмов защиты, на интерпсихическом уровне выполняющих задачу организации и контроля отношения значимого Другого посредством своего рода индукции эмоциональной связи (по типу насильственного симбиоза и слияния) и «вручения» себя другому перед лицом собственной беспомощности в организации и контроле всплесков мощных агрессивных и любовных импульсов. Впоследствии эти идеи во многом инициировали изучение «отношения привязанности» (Дж. Боулби, Д.В.Винникотт), не только применялись авторами для понимания структурной организации и генеза пограничной и нарциссической личности (О.Кернберг, Х.Кохут), но также оказали существенное влияние на пересмотр роли контрпереносных чувств в терапии пациентов с серьезными расстройствами личности, способствовали открытию их позитивной функции как эмпатического понимания (Х. Кохут) в качестве общей стратегии, направленной на восстановление разрушенных эмоциональных связей, необходимости в терапии стадии «холдинга» (Д. В. Винникотт), одного из универсальных методов «контейнирования» хаотического эмоционального опыта с целью «репарации» и интеграции Я и объекта репрезентаций (В.Блон, Х.Кохут), тонкого и, возможно, наиболее эффективного метода понимания бессознательного довербального травматического опыта через вхождение в эмоциональную коммуникацию с пациентом (П. Кейсмент). Хотя воззрения М. Кляйн неоднократно подвергались критике [15. - Т. 2], признавалась, во-первых, интенциональная диадическая природа проективной идентификации, во-вторых, благодаря «реабилитации» контрпереноса продуктивность известной доли эмоциональной вовлеченности аналитика и совместного фантазирования с пациентом в качестве «окна» (Т.Огден) во внутренний мир последнего.

После нашего краткого комментария возвратимся вновь к теории М. Кляйн. Благодаря чисто эндопсихическому ритму чередования агрессии и либидо «плохие частичные объекты» и «хорошие частичные объекты» могут проецироваться вовне или интроецироваться во внутренний мир ребенка изолированно друг от друга, что обусловлено действием еще одного мощного защитного механизма - расщепления. Его функция - «развести по углам» невыносимую для хрупкого мира младенца сложность бытия в его непостижимой амбивалентности. Материнское отношение в виде удовлетворения или фрустрации, в свою очередь, является мощным стимулом для либидозных и деструктивных импульсов, для любви и ненависти. В качестве психического представления, ввиду того что мать хорошо напитывает и удовлетворяет, оказывается любимой, «хорошей»; поскольку же она одновременно выступает и источником фрустраций, она ненавидится и ощущается «плохой». Так возникает двойственное отношение к одному и тому же объекту, которое, как мы уже говорили, вначале подвергается расщеплению; его интеграция становится возможной лишь при переходе младенца в «депрессивную позицию» как следующую стадию развития объектных отношений. Множество факторов, подчеркивает М. Кляйн, обуславливающих младенческие переживания удовлетворения, таких как удовольствие от сосания, телесной близости, голоса, улыбки, становятся атрибутом «хорошей груди». Напротив, любая фрустрация и дискомфорт атрибутируются «плохой груди».

Особо выделим одно чрезвычайно важное для психотерапии положение теории М. Кляйн, которое на первый взгляд кажется спекулятивным. На основании анализа детских игр, рисунков она приходит к выводу, что в детских фантазиях ненавидимая грудь наделяется орально-деструктивными качествами самого младенца, возникающими в состоянии фрустрации и ненависти. В своих фантазиях он кусает и разрывает грудь, уничтожает ее, пожирая, и одновременно ожидает, что грудь будет в свою очередь атаковать его.

Как мы знаем, таким же образом работает механизм примитивной проекции; совершая что-то дурное (даже мысленно), мы испытываем облегчение, бессознательно полагая, что другие поступили бы в наш адрес точно так же, т.е. «око за око, зуб за зуб». Между тем по мере развертывания уретральных и анально-садистских импульсов ребенок в своих фантазиях начинает атаковать материнскую грудь, извергая на нее ядовитые потоки мочи и взрывы кала, и со страхом ожидает, что грудь ответит ему с той же ядовитой взрывчатостью. Детали таких садистских фантазий определяют содержание его страхов, боязнь внешних и внутренних преследований. В то же время, столь жадно и ненасытно любя материнскую грудь, ребенок со страхом ожидает такой же неистовой, всепожирающей ответной страсти.

Заметим, кстати, что приведенная в данном отрывке попытка реконструкции детского эмоционального опыта теряет свою одиозность, как только мы заключим физиологические описания в кавычки и попробуем воспринимать их метафорически, что не дано младенцу, который иного, кроме физиологического, языка не знает и «говорит» как умеет, т.е. языком телесных отправлений. В этом смысле «прочитывая» и «толкая» предложенную реконструкцию, мы вполне смогли бы отыскать намеки на сходные переживания у себя самих и вокруг себя, обращая внимание на расхожие обиходные словоупотребления. Разве порой «с пеной у рта» мы не стараемся «втиснуть» в другого нечто, как полагаем, для него полезное, и не мы ли иногда «брызжем слюной», «обливаем грязью» (эвфемизм более сильного выражения), изничтожаем другого «градом обвинений», норювим любить так сильно, что «съесть», «сожрать», «проглотить» его готовы. Этот ряд метафор с легкостью мог бы быть продолжен. Для психотерапевта, на наш взгляд, очень важно позволять своей фантазии пускаться в путешествие, «спускаясь» порой в мир обыденного опыта, вобравшего в себя древние мифологические архетипы бессознательного в виде расхожих выражений, смысл которых легко доступен профанному сознанию и с успехом используется разного рода парапрофессионалами для «ясновидения» (именно!), но, к сожалению, все еще пренебрежительно недооценивается профессиональными психотерапевтами.

Таким образом, по М. Кляйн, базовый интрапсихический конфликт сосредоточен вокруг

борьбы оберегающе-любовных и разрушительно-ненавистных влечений, причем бессознательно младенец как бы вручает ответственность и контроль за ними в руки матери. Как мы уже отмечали, здесь обнаруживаются корни и интенциональное предназначение феномена проективной идентификации.

Первые переживания ребенка, связанные с кормлением и присутствием его матери, по утверждению М. Кляйн, инициируют объектное отношение к ней, определяя *позицию* — единый комплекс ведущих побуждений любви и ненависти, включая внутренние репрезентации объекта.

1. *Параноидная* или *параноидно-шизоидная позиция* длится от рождения до 3-4 месяцев (ориентировочно) и определяется травмой рождения, потерей чувства безопасности и встречей с враждебным миром. Преобладают страх преследования и нападения извне; в качестве защиты от невыносимых аффектов запускаются механизмы *проекции, интроекции, расщепления, примитивной проективной идентификации*; позже к ним добавляются механизмы *идеализации и всемогущества*.

Объектные отношения характеризуются частичностью. Имеется в виду, что младенец в качестве матери способен воспринимать пока еще только грудь - кормяще-удовлетворяющую, дающую либо фрустрирующую. Смешивая и путая «свое» и «чужое» (что является следствием слабой дифференциации границ *Я* и не-*Я*), младенец в своих фантазиях мучит и терзает материнскую грудь, а его интроекты (ответные ожидания) столь ужасны, что спасает только их *расщепление*, благодаря которому он может разделить один и тот же объект, одни части которого (хорошие) защитно идеализируются, другие же (плохие) обретают черты могущественного преследователя. Благодаря защитному механизму расщепления эти части существуют во внутреннем мире изолированно, а потому не создают конфликта амбивалентности, вынести который ребенок пока не способен. «Идеальная грудь» возникает, следовательно, в противовес «ужасной» и «преследующей», поскольку только она идеальная, вечно дающая, всегда готовая предоставить всю себя в полное распоряжение для немедленного и вечно длящегося удовлетворения и блаженства - таковы грезы насмерть перепуганного младенца, спасти которого от ужаса смерти может только равновеликая или даже превосходящая всемогущая сила *идеализации*. Счастье тому, сказали бы мы, кто способен создать подобную идеализацию, и счастлив тот, у кого она есть! Благодаря постоянной и неуклонной способности матери выдерживать агрессивные атаки младенца и продолжать предоставлять себя в его распоряжение младенец, не дифференцирующий себя от материнской груди, получает возможность, идеализируя «дающую» часть материнской груди в противовес ее угрожающим и преследующим аспектам, тем самым переживать *всемогущество Я* (точнее было бы сказать - *всемогущей части Я*).

2. *Депрессивная позиция* (после 6 месяцев). Исключительная важность приписывается Кляйн депрессивной позиции; считается, что в этом периоде младенческой жизни достигается относительная интеграция, воссоединение любви и деструкции по отношению к одному и тому же объекту - груди, что является предпосылкой роста депрессивной тревоги, вины и стремления к «репарации поврежденного объекта любви - хорошей груди». Тотальное расщепление сменяется еще нестойкой, но все же амбивалентностью, т.е. способностью удерживать вместе плохие и хорошие чувства; испытывая плохие, ощущать свою вину и возвращаться к хорошим, стремиться загладить свою вину, что говорит о стремлении сохранить объект любви, а также о возросшей силе любви над силой ненависти, а следовательно, о превалировании процессов интеграции над процессами фрагментации и распада. Благодаря возрастанию переносимости амбивалентности, с одной стороны, и развитию познавательных процессов и способности к тестированию реальности, интеграции перцептивных образов и памяти - с другой расширяется и становится более целостным образ матери, прежде сведенный к частичному; прежняя размытость границ *Я* и не-*Я* постепенно преодолевается и, таким образом, наконец образ матери приобретает черты *константности*. Можно считать, что утверждающаяся *константность объекта* закладывает основы как

будущего доверия и постоянства, как отношений с объектом привязанности, так и будущего самоуважения и самопостоянства, т. е. самоидентичности. Кроме того, интроекция обеих аспектов материнской груди, равно как и появление чувства вины, указывает на начало формирования Супер-Эго в зависимости от интернализированного материнского объекта, наделяемого чертами преследующего и карающего или поддерживающего и заботливого, что будет в дальнейшем иметь самое непосредственное отношение к способности Я сохранять целостность, постоянство и интегрированность в случае возникновения мощных фрустраций или раскалываться, расщепляться, размываться, как это случается при пограничных расстройствах личности.

Претерпевает существенные изменения и характер доминирующих тревог, возникает так называемая депрессивная тревога, или страх потери объекта любви. Теперь они в значительной степени направлены на контроль агрессии и восстановление либидных отношений с объектом. *Расщепление* объекта и самости ставится на службу сохранения объекта любви от угрозы повреждения со стороны Эго с целью предупреждения опасности для любимого объекта. Но ведь потерять можно только то, чем ребенок обладает, иными словами, как полагают некоторые последователи М.Кляйн, достижение ребенком депрессивной позиции есть свидетельство движения ко все большей «константности объекта», что знаменует собой существенный прогресс в направлении более зрелой, эдиповой стадии психосексуального развития. Таким образом, страх потери матери в качестве единственного объекта любви побуждает к интенсивному поиску его заместителя. У детей обоего пола интерес обращается к отцовской фигуре, которая из депрессивной позиции имеет возможность восприниматься более целостно и реалистично. Тревога не исчезает совсем, одновременно с уменьшением пер-секуторной тревоги возрастает депрессивная тревога из-за страха потери, позитивной стороной которой является усилие по репарации поврежденных объектов. «Когда ребенок ощущает, что его деструктивные импульсы и фантазии направлены против *целого* объекта, любимого им и воспринимаемого как личность, - подчеркивает М. Кляйн, - происходит сильный рост чувства вины, а вместе с ним нарастает стремление восстановить, оберегать и воскрешать поврежденный любимый объект» [9. - С. 79]. М. Кляйн считает чрезвычайно важным новообразованием описанный комплекс чувств маленького ребенка, свидетельствующий о появлении способности печалиться, горевать и оплакивать утрату, а значит, преодолевать состояние скорби, что в значительной степени способно защитить его в дальнейшем от депрессии (меланхолии - делаем отсылку к известной работе З. Фрейда «Печаль и меланхолия») как патологического состояния.

Сознательно ограничивая изложение взглядов М. Кляйн на процесс развития до-эдипальными стадиями, мы подчеркиваем ее вклад в расширение фрейдовской концепции влечений, реинтерпретацию стадийности психосексуального развития на службе объектных отношений, указание на конструктивную роль таких «негативных» переживаний, как амбивалентность, вина и печаль в качестве своего рода движущей силы формирования детской эмпатии и постоянства объекта любви. В свою очередь, это знаменует обеспечение условий для интернализации поддерживающих и устойчивых паттернов позитивного самовосприятия.

Концепция сепарации-индивидуации Маргарет Малер

М.Малер - венский педиатр и детский психоаналитик, чьи воззрения оформились в 1950-е гг., чему немало способствовал ее интерес к роли нарушения самых ранних отношений мать-дитя в происхождении психотических расстройств. и в частности аутизма. Своеобразным новаторством воспринимался современными ей аналитиками метод непосредственного наблюдения за взаимодействием матери и ребенка в естественной обстановке, который, несмотря на последующую критику со стороны детских психологов-этологов и экспериментаторов, оказался существенным вкладом в социально-психологическое направление психоанализа. Впервые ясно и недвусмысленно была сформулирована и

разернута логика развития интрапсихических структур - репрезентаций Я и репрезентаций объекта, исходя из реально складывающихся отношений матери и ребенка, а также обозначен вклад межличностных отношений в развитие интрапсихической патологии ребенка.

У нас есть основания, таким образом, полагать, что не без влияния теории М.Малер в дальнейшем получили развитие системная семейная психотерапия, коммуникативная концепция шизофрении и модель патогенной «шизофреногенной матери». Пересмотр теории развития психопатологии повлек за собой и изменение формата и сеттинга психотерапии, в фокусе терапии оказался не изолированный от естественного окружения «пациент-на-кушетке», а семья как целое, т.е. «пациент-в-системе-внутрисемейной коммуникации-в-кабинете-терапевта».

Практически все концепции генеза и терапии личностных расстройств в своих базовых положениях опираются на концепцию М.Малер, в этом смысле роль именно ее концепции в модификации психоанализа для так называемых трудных пациентов с пограничной и нарциссической патологией Я оказалась наиболее значимой. Теория М. Малер оказала, таким образом, революционное воздействие на теорию и практику психотерапии, породила новые ее направления и организационные формы, которые, как бы они ни открепивались от психоанализа как такового, уже инкорпорировали его настолько глубоко, а дальнейшее развитие коммуникативного контекста психопатологии оказалось столь плодотворным что, собственно, и позволяет современному психоанализу считаться междисциплинарной и базовой теорией и практикой психотерапии. На наш взгляд, концепция М. Малер, так же как и несколько недооцененная межличностная теория шизофрении Г. Салливана, действительно заложила теоретические основы на сегодняшний день уже классических систем психотерапии объектных отношений (Х. Ко-хут и О. Кернберг, Дж. Мастерсон и др.)

Возвращаясь к концепции М.Малер, отметим, что именно пристальное внимание к характеру эмоциональных связей между младенцем и матерью позволило исследовательнице увидеть отношения мать-дитя как динамическое единство противоположных стремлений - к тесной (в том числе и телесной) привязанности к матери, с одной стороны, и усилий ребенка по установлению четких разделений и границ своего Я в этих отношениях - с другой. Этот интерактивный процесс, разворачивающийся как более или менее удачное преодоление конфликта разнонаправленных тенденций развития, в терминологии Малер получил название процесса «сепарации-индивидуации». Термином *сепарация*, или *разделение*, Малер называет процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутриспсихическую репрезентацию самого себя, отличную и отделенную от репрезентации его матери (Mahler, 1952, Mahler et al., 1975). Речь идет не о физическом, пространственном, отделении от родителей или о разрыве межличностных отношений, а о развитии внутреннего чувства возможности нормального и полноценного психического функционирования независимо от матери. *Индивидуация* означает усилия маленького ребенка по построению собственной уникальной идентичности, восприятию своих индивидуальных характеристик, восприятию самого себя как отличающегося от всех других людей. В оптимальном варианте отношения сепарации и индивидуации разворачиваются одновременно, но могут и расходиться в силу задержки или ускорения развития какого-либо его аспекта. Отношения проходят несколько стадий, каждая из которых обслуживает витальные потребности и младенца, и матери; к ним относятся, в терминологии Малер, *аутизм*, *симбиоз*, собственно *сепарация* и *индивидуация* с подфазами. Опишем этот процесс подробно.

I. *Аутистическая фаза* (не путать с патологическим аутизмом) начинается с биологического рождения, т.е. отделения младенца от телесно-паразитического существования внутри материнского организма. В этот период, длящийся приблизительно 3-4 недели, младенец являет собой квазизакрытую систему в том смысле, что не осознает наличия внешнего мира и других людей вокруг себя, не дифференцирует Я и не-Я, хотя и жизненно нуждается в Другом, который выступает скорее не конкретным человеком, а, мы бы сказали, *донором, тем, кто дает молоко*. Другой, таким образом, безличен, младенец в этом

смысле действительно не способен увидеть персонального другого, да и не испытывает в нем нужды, и в этом смысле действительно *аутистичен*. Другой функционален, поскольку необходим для снижения внутреннего напряжения. Вместе с тем хотелось бы, избегая упрощения, подчеркнуть чрезвычайно важную роль материнского терпения к безучастности младенца, которая похожа на безучастность возвращающегося к жизни тяжело больного человека, который тихо и старательно накапливает силы для жизни и просит не тревожить его без нужды. Так и младенческая «тихость» исполнена глубочайшего смысла, возможно, связанного с психофизиологической травмой биологического рождения сепарации, и на время требует от матери некоторого воздержания от активных любовных притязаний и избыточного торможения младенца. Даже более того, ее предназначение состоит в том, чтобы стать буфером, барьером между ребенком и сверхстимулирующей, а потому опасной окружающей средой. Вместе с тем известные случаи послеродовой депрессии у рожениц указывают на необходимость некоторого рефрактерного периода передышки и для самой матери. Заметим, что и мать, и ребенок на фазе аутизма пребывают в глубоком единении друг с другом, просто это единение тихое, спокойное, не сверхстимулирующее и не тревожно-навязчивое. Английское слово *availability*, используемое многими теоретиками объектных отношений, передает, на наш взгляд, материнскую установку - быть всегда «в доступности», заботиться и ухаживать, чутко прислушиваясь к нуждам младенца, и не навязывать себя. Безусловно, многие зрелые люди способны постичь мудрость и целебность отношений подобного рода, которые, в сущности, означают - просто любить младенца, заботиться о нем, быть чутко-отзывчивым и не подавлять его, «быть вместе; но не вместо». Если период аутизма спокойно прожит, мать предоставляет в распоряжение ребенка соответствующий образец отношений для интернализации, в котором присутствует дифференциация репрезентаций *Я* и объекта. Нам кажется, что нечто подобное воспроизводится в терапевтических отношениях: только терпение, спокойствие и глубокая вера терапевта в то, что «все окончится хорошо», могут поддержать пациента в прохождении его через глубинно-младенческий ужас, неизбежный в настоящем самопознании и отказе от ложного, неистинного *Я*.

2. *Фаза нормального симбиоза*. Приблизительно со второго по шестой месяц и мать, и ребенок переходят на стадию нормального симбиоза. Другой (мать) вначале неотделим от младенческих ощущений телесного тепла, комфорта и удовлетворения его нужд; это пре-объектная фаза, целостный и конкретно-индивидуальный образ матери отсутствует, он соединен с разлитой чувственностью младенца и матери. Постепенно, однако, в число нужд младенца все больше начинают включаться интерактивные элементы общения - материнская улыбка, звук материнского голоса, прикосновения и различные манипуляции с его телом, о чем он и сигнализирует матери, очень эмоционально реагируя на их удовлетворение или отсутствие такового.

В развитие идей М. Малер хотелось бы добавить следующее; нам представляется, что для нормального формирования образа телесного *Я* младенца важно, чтобы материнское обращение с его телом, телесными отправлениями и органами как можно более точно совпадало с ее душевным отношением, буквально передавалось посредством ее рук и тела в целом, т. е. в том смысле, чтобы они были конгруэнтны. Как кошка вылизывает котят, заботясь не только о чистоте их шкурок, но и стимулируя процессы метаболизма, кислородного насыщения и обмена, активизируя деятельность внутренних органов и т. д., так и «облизывающие» материнские движения и активные манипуляции будут содействовать развитию дифференцированной и целостной схемы тела младенца и завершено-целостного «эллипсоидного» телесного «пра-мы», первично-архаического на стадии симбиотического единства с матерью. При соблюдении этих первичных (базовых) условий можно надеяться, что заложен фундамент внутренне непротиворечивой, дифференцированной (развитой), целостной и устойчивой самоидентичности.

Принципиальное выдвигание и последовательное развитие тезиса о взаимосвязи и взаимопереходах интерпсихических коммуникативных структур в интрапсихические

репрезентации Я и значимых других позволяет услышать явственную переключку с глубоко близкими нам идеями культурно-исторической концепции Л. С. Выготского и со всей отечественной школой патопсихологии. Так, в наших исследованиях, выполненных отчасти под обаянием идей Малер, удалось показать, к каким массивным искажениям образа телесного Я и самоидентичности в целом приводит дефицит или разрушение тесных эмоциональных связей между матерью и ребенком, в анамнезе имевшие место у пациентов с такими серьезными психическими расстройствами, как пищевые аддикции, аффективные и ипохондрические расстройства.

Малер, широко использовавшая метафоры, источником которых была интроспекция и опыт работы с пациентами, описывала нормальный симбиоз как «иллюзорное переживание общих границ», в патологии доходящее до «галлюцинаторного, соматопсихического, основанного на всемогуществе, слиянии без границ». Улыбка в ответ на появление в поле зрения материнского лица, а затем возникающая при ее обращении к малышу или просто в ее присутствии и плач при ее исчезновении, *даже если малыши сыты и сухи*, знаменуют собой начало процесса сепарации, хотя, по мнению Малер, последняя выступает скорее как цель будущего. В реальности образ матери составляет всего лишь часть общего интерперсонального пространства «мать-дитя». Подобный преобъектный опыт содержит примитивные расщепления, когда, как изолированные острова, противопоставлены друг другу два монолитных генерализованных и сверхобобщенных паттерна качеств взаимодействия мать-дитя, где синонимически уравнены «хорошее», приятное, «доброе», минимально стимулирующее против «плохое», неприятное (приносящее боль), «злое», сверхстимулирующее (т.е. травматогенное).

М. Малер, отмечая значение фазы нормального симбиоза, в частности, пишет: «Специфическая бессознательная потребность матери состоит в том, чтобы из многообразия потенциальных возможностей ребенка выбрать такие, которые создают для каждой матери "ребенка", отражающего ее собственные уникальные и индивидуальные потребности. Взаимные сигналы во время симбиотической фазы образуют неизгладимо запечатленные конфигурации - комплексные паттерны, - лейтмотив которых - "стань ребенком своей необыкновенной мамы...". Другими словами, материнские послания, передающиеся всевозможными неисчислимыми способами, создают что-то вроде "зеркаливающей системы эталонов", к которой примитивное Я ребенка автоматически подстраивается».

Заметим, что Г. Салливен также придавал большое значение «прототаксической» невербальной эмоционально чрезвычайно насыщенной, эмпатической коммуникации между матерью и ребенком на самых ранних стадиях детского развития, а дефицит ее рассматривал в качестве одной из причин шизофрении. «Прототаксический модус», по Г. Салливену, может спровоцировать и искажения восприятия (материнской фигуры или терапевта), когда восприятие другого строится - целиком на идентификации с ним, т. е. на нереалистической основе слияния и отождествления себя с другим. В дальнейшем ожидаемое неодобрение родителей или других значимых людей, зависимость от которых может не осознаваться, серьезно модифицирует его собственное восприятие и отношения, заставляя усваивать и пускать в ход те образцы, которые способны снизить его тревогу. По той же причине он становится избирательно селективным к тем качествам в себе, которые нравятся значимым для него взрослым; впоследствии эта привычка распространяется на самый широкий круг людей. На основе такой концентрации на оценках других строится, по мнению Салливена, самость ребенка, навязанность и искаженность которой он впоследствии стремится исправить путем «установления согласованности» между собственными оценками и оценками других людей*.

Таким образом, мы видим всю сложность и неоднозначность роли симбиотических связей. В начале человеческого развития, когда младенец психологически еще не созрел для сепаратного существования, симбиоз витально необходим для его выхаживания и выживания; «продлевающийся» симбиоз, отвечающий уже не столько нуждам младенца, сколько личностной незрелости самой матери способен превратиться в «злокачественный» и

насильственный, фиксирующий зависимость и препятствующий психологическому рождению человеческой индивидуальности. Именно из этих посылок исходит М.Малер, очерчивая подфазы сепарации-индивидуации, каждая из которых знаменует собой шаг на пути достижения независимости в диаде. В соответствии с их временной последовательностью они обозначаются как *дифференциация, практикование, сближение и либидинальная константность объекта*.

3. Фаза сепарации-индивидуации.

А. Началом подфазы *дифференциации* М. Малер считает возраст 6-10 месяцев. Наибольшего развития в этот период достигает способность к перцептивному различению и усложнению дистантной сенсорики, благодаря которым ребенок начинает выделять материнское лицо, отличая его от незнакомых и чужих лиц, о чем свидетельствуют чередование улыбки и плача. Еще одно открытие ребенка - различие между миром, доступным его протянутым ручкам, и миром недостижимым, как к нему ни тянись.

Б. Подфаза практикования (10-11 месяцев - 1,5 года) богата открытиями, совершаемыми благодаря развитию локомоторных движений, активному освоению пространства посредством ползания и первых шагов. Этот период М. Малер называет началом «психологического рождения» ребенка. Впервые ребенок, повинаясь собственному интересу, способен физически отдаляться и возвращаться к матери, пространство их взаимодействия за счет этого существенно расширяется, более того, ребенок пробует себя в самостоятельном управлении физической дистанцией, как, впрочем, и мать получает большую свободу перемещения. Здесь следует подчеркнуть, что практикование взаимного дистанцирования - процесс, полный как радостей, так и тревог. Эмоционально ребенок остается очень зависимым, неуверенность балансируется сохранением зрительного контакта (оба - и мать, и ребенок стараются не выходить из поля зрения друг друга, поддерживать и вербально-интонационную связь). Малыш начинает также более активно вовлекаться в игры с другими детьми, однако время от времени поглядывая в сторону мамы, а то и внезапно прерывает игру, бросаясь в ее объятия или утыкаясь ей в колени, как бы возвращаясь в свой родной дом.

В. Ключевой и решающей, от которой зависят нормальное здоровое чувство уверенности или глубокая интрапсихическая травма чреватая расстройством пограничного уровня, считается под-Фаза *сближения*, или, как ее иначе называют, фаза *воссоединения* (15 -18 месяцев - 2,5 года). К локомоторной свободе добавляется овладение языком и членораздельной речью, что расширяет жизненное пространство и за счет возможности символизации отношений. Ди-адические отношения все более трансформируются, включая третьих лиц, особую роль играет полноценное появление отцовской фигуры и его более активное участие во взаимодействии как диа-дическом, так и триадическом. В результате всех этих изменений усиливается чувство уверенности в себе (порой доходящее до абсурдной, «бесшабашной» и экспансивной самоуверенности) и настойчиво отстаивается желание существовать «отдельно», независимо и одновременно возникает, ясно оформляясь, острая потребность в сохранении поддержки и положительной эмоциональной связи с матерью. Мать должна обеспечить ребенку и инициацию автономии, и оказание поддержки в то время, когда ребенок и нуждается в поддержке, и отталкивает ее, громко провозглашая знаменитое «Я сам!», даже когда падает и плачет от боли и разочарования.

Знаменитый «кризис трех лет», или кризис стадии сближения, как феномен рождения Я широко известен и признан этапной вехой развития личности. М.Малер привлекает внимание к важности наличия «либидного» (читай: любовного), а не отталкивающе-агрессивного, материнского отношения к детской «неотложной» потребности «возвращения к неизменно хорошей маме» на этом отрезке достижения, если так можно сказать, взаимного взросления. Если же мать в своем реальном поведении или фантазии окажется не готовой принять ребенка вместе с его противоречивыми чувствами и отношениями в «свой дом», последствия для развития дефицитарного и нарциссически уязвимого образа Я будут весьма вероятны. «Если первичная забота матери о своем ребенке, ее функция отзеркаливания оказывается

непредсказуемой, нестабильной, тревожной или враждебной, тогда процесс индивидуации ребенка протекает без надежной и прочной точки опоры (frame of reference) для перцептивной и эмоциональной проверки. Результатом станет нарушение примитивного чувства Я» (цит. по: Masterson J. - Р. 26). Интерпретируя М. Малер, содержание базового конфликта Дж. Мастерсон видит в неразрешимости дилеммы между стагнацией в развитии (и в этом смысле - сохранением зависимости, перерастающей в прилипание, а затем в страх поглощения) и попыткой движения в сторону автономии, заранее обреченной на изоляцию от матери и ее отвержение.

Подобные тупиковые паттерны имеют тенденцию к фиксации и навязчивому воспроизведению, особенно при встрече с неопределенностью или в ситуациях, генерализованно воспринимаемых как угроза потери самоуважения, независимости, привязанности и т.д., что хорошо иллюстрируют примеры из психотерапевтической практики, к которым мы обратимся в последней главе нашей книги. Сейчас же укажем только, что, согласно М. Малер, своего рода гарантией выхода из описанного тупика могла бы стать способность матери выдерживать весь комплекс противоречивых чувств, и собственных, и чувств ребенка, включая как негативизм, так и прилипание, сохраняя эмоциональную поддержку, теплоту и толерантность к амбивалентности, свойственной на данном этапе развития как ребенку, так и ей самой.

Г. Подготовленная всеми предшествующими подфазами, последняя из них максимально связана с собственно интрапсихическими процессами, относящимися к «либидной объект- и Я-константности», иными словами, с образованием внутреннего стабильного и позитивного образа (репрезентации) самого себя и позитивного образа (репрезентации) матери в их отдельности, неслитности друг с другом. При условии, что эта важная задача развития успешно реализуется, ребенок оказывается способным переносить физическое отсутствие матери, «не теряя ее», внутренне ощущая ее поддерживающее отношение, а следовательно, сохраняя устойчивый и поддерживающий образ самого себя и паттерн стабильных надежных поддерживающих человеческих отношений.

Достижение «либидной константности» означает также, что достигнута и интеграция позитивных и негативных материнских интроектов, т.е. в значительной степени преодолено примитивное расщепление; если интеграция не полностью завершилась, велика вероятность, что взрослеющий ребенок сохраняет (иногда до взрослости) два прямо противоположных и чередующихся паттерна отношения к себе и другим - либо чрезмерно зависимый, нереалистичный, идеализированный, либо столь же нереалистичный, но враждебно-отвергающий, порицающий и карающий. Подобные паттерны Я- и объект-репрезентаций, фиксируясь, ведут к серьезным нарушениям объектных отношений во взрослом возрасте и увеличивают риск личностной психопатологии. Именно эта проблема, т.е. связь нарушения объектных отношений, сложившихся в первые три года жизни ребенка (в доэдипальный период), с развитием нарциссической и пограничной патологии будет специально выделена при дальнейшем изложении концепций Х. Кохута и О. Кернберга; расстройств психотического уровня здесь мы затрагивать не будем.

Хайнц Кохут и его вклад в психологию нарциссизма

В серии статей и двух книгах Х. Кохут предложил совершенно особую метапсихологию, клинические объяснения и терапевтические процедуры для нарциссических расстройств личности. В сущности, он доказывает, что существует группа пациентов, чья психопатология занимает промежуточное место между психозами и пограничными условиями, с одной стороны, и психоневрозами и легкими расстройствами характера - с другой.

Х. Кохут развивает теорию дефицита, в отличие от фрейдовской теории конфликта. Психоаналитическая модель конфликта и психоаналитическая модель дефицита сравнимы по следующим категориям: 1) основная стадия развития - эдипова/преэдипова; 2) основные взаимоотношения - триада/диада; 3) цель психотерапии - проработка конфликта/новая

структура Я; 4) фактор изменения -инсайт/эмпатия; 5) «модус операнди» - терапевтическая нейтральность и интерпретация/эмпатия и возмещение раннего дефицита.

В своей ранней работе «Анализ селф» (1971) Х. Кохут оперирует фрейдовскими терминами «нарциссическое либидо» и «объектное либидо», понимая их иначе. Он предполагает, что нарциссическое либидо и объектное либидо имеют независимые источники энергии, независимые линии развития и трансформации и отражают различные виды опыта. И нарциссическое, и объектное либидо катектируют на объектах. Объектное либидо катектирует на «истинных» объектах, сепаратных от субъекта; нарциссическое либидо катектирует на Я-объектах, где объект переживается как продолжение Я. Сцепленное и сепаратное Я формируются в процессе трансформации нарциссического либидо. Это означает, что развитие Я происходит независимо от развития объектного либидо. Ранний нарциссический либидозный опыт присутствует в двух видах: грант диозных Я-конфигураций, связанных с «отзеркаливающими» Я-объектами, и Я-образов, слитных с архаическими идеализируемыми Я-объектами. Первое переживается как «Я совершенен, ты оцениваешь и отражаешь мое совершенство», второе - «Ты совершенен, и Я часть тебя».

Х. Кохут описывает процесс здорового развития как постепенное отпадение наиболее грубых нереалистических аспектов Я-объектных образов с медленной интернализацией внешних взаимоотношений с Я-объектами в устойчивые психические структуры. Этот процесс называется «трансмутующей интернализацией», т. е. «превращающей» интернализацией. Процесс «запускается» естественными и неизбежно увеличивающимися разочарованиями в самом себе и в идеализируемых Я-объектах с самого раннего детства. Если фрустрация, приводящая к разочарованию, является оптимальной фазой развития, это приводит к росту и зрелости. Грандиозное Я в течение первых нескольких лет жизни развивается в зрелое Эго характеризующееся самоуважением, амбициями и способностью к удовольствию, процесс этот протекает главным образом во взаимоотношениях с матерью. «Идеализированное родительское имаго» развивается в возрасте 4-6 лет в процессе взаимодействия с обоими родителями в «идеализированное Супер-Эго», выполняющее функции, связанные с идеалами и целями. Однако если фрустрация желания слияния является разрушающей, т. е. экстремальной и хронической (а не оптимальной), то происходит фрагментация личности, наблюдаемая при пограничной патологии, вплоть до разрушения личности при шизофрении. Средняя по интенсивности фрустрация ведет к задержке развития на уровне архаичных Я-структур, грандиозной и идеализируемой, образующих биполярную конфигурацию.

В работе «Реставрация Я» (1977) Х. Кохут одновременно и критикует теорию влечений, и пытается примирить свои представления с классической фрейдовской теорией. Он рассматривает влечение как продукт личностной дезинтеграции, подчеркивая при этом, что поиск удовлетворения, жадность и(или) гнев выступают на первый план только в случаях тяжелой патологии. Кохут вводит принцип комплиментарности, в соответствии с которым предполагается, что психология Я адресуется другой области человеческого опыта, дополнительной по отношению к той, что находится в фокусе классической теории влечений. Он вводит метафоры «человек трагический» и «человек виновный». «Человек виновный», рассматриваемый в теории влечений, вытесняет содержание, включая влечения и кастрационную тревогу. «Человек трагический», исследуемый психологией Я, вытесняет структуры, т. е. расщепленные и фрагментарные аспекты Я.

Х. Кохут вводит диагностические различия между «структурными невротами» и «расстройствами Я». Он считает, что объяснительный контекст теории влечений адекватен для структурных невротозов, когда Я уже сформировалось. Не конфронтируя прямо с классической теорией, Х. Кохут шаг за шагом переносит акценты с импульсов и конфликтов как движущих сил развития на межличностные отношения. Его концепт «отзеркаливание» к 1977 г. значительно расширился по своему значению и стал включать в себя целую матрицу взаимодействия «мать-ребенок». Под «отзеркаливанием» понимается не только отражение

грандиозности, но и надежность, забота, эмоциональная адекватность, эмпатическое отношение в целом. При том, что в клинических иллюстрациях Кохута обращается внимание на всю комплексность взаимоотношений ребенка с родителями, в своих теоретических формулировках он центрирует все межличностные категории вокруг понятия «нарциссических потребностей». Поэтому значимые другие в развитии личности остаются, скорее, схематичными фигурами, важность которых определяется только выполнением ими ролей (удовлетворения либо фрустрации нарциссических нужд). В этом обнаруживается сходство с теорией влечений, где объекты важны с точки зрения удовлетворения или торможения влечений. Кохут атрибутирует всю психопатологию нарциссическим поражением из-за; недостаточности «от-зеркаливания» или идеализации, поскольку понятие «нарциссизм» является для него центральным.

Психотерапия. По Х. Кохуту, пациенты с нарциссическими расстройствами личности подходят для психоанализа, только надо принимать в расчет присущие им специфические трансферентные манифестации. Диагностировать нарциссическую личность в психоаналитической ситуации можно по двум типам трансфера: «идеализирующему» и «зеркальному». В «зеркальном» трансфере выделяются три уровня. Наиболее архаичным является уровень слияния где происходит распространение грандиозного Я на аналитика. Менее архаичной формой является уровень альтер-Эго, или двойника. Наименее архаичной формой является зеркальный трансфер в узком смысле. Каковы генетические корни подобных трансферентных паттернов? Ответ на этот вопрос надо искать в реконструкции паттерна репрезентации матери в качестве первичного объекта.

Хрупкость грандиозного Я требует эмпатии и нормальных зеркальных функций матери как Я-объекта, чья любовь и служение позволяют вначале консолидироваться грандиозному Я, а позднее развиться в более зрелые формы самоуважения и уверенности в себе через все менее архаичные типы «зеркал». Оптимальные отношения с отзеркаливающим Я-объектом также фасилитируют развитие нормальной идеализации, которая заканчивается «трансмутирующей интернализацией» идеализируемого Я-объекта в интра-психическую структуру как Эго-идеал, формируя идеализирующие качества Супер-Эго и обеспечивая, таким образом, новую внутреннюю регуляцию самоуважения. Иными словами, только благодаря материнскому «зеркалу любви», в котором малыш видит («нутром») свое преобразенное любовью отражение (а любовь - это всегда кристаллизация идеализации, как заметил Стендаль), он приобретает способность к интериоризации образа идеализирующей и, в свою очередь, идеализируемой матери; результатом этого процесса становится образование идеализирующих (любящих) качеств Супер-Эго, обеспечивающего поддержку самоуважения «изнутри», т.е. посредством самоконтроля, самоподдержки, любви к самому себе. Воистину, «через других мы становимся самими собой» (Л.С.Выготский).

Нарциссическую патологию Х. Кохут рассматривает как следствие травматической слабости материнской эмпатии и нарушения развития процессов идеализации. При проведении психотерапии, считает он, психоаналитик не должен мешать развитию нарциссической идеализации или разрушать ее интерпретацией. Это позволит постепенно развиться и зеркальному трансферу. Психоаналитик становится Я-объектом, обеспечивая процесс трансмутирующей интернализации. Психоаналитику следует быть эмпатичным, фокусироваться на нарциссических нуждах пациентов и на фрустрациях, а не на конфликтах, вызывающих нарциссическую фрустрацию.

Слабость эмпатии со стороны аналитика ведет к частичной фрагментации грандиозного Я, нарциссическому гневу, диффузной тревожности, ипохондризации и даже более тяжелым состояниям деперсонализации и патологической регрессии с холодной параноидной грандиозностью. В каждом таком случае аналитик вместе с пациентом исследуют, когда и как аналитик не проявил эмпатии и как это соотносится с травматическими ситуациями в прошлом. Кохут считал, что речь идет лишь о модификации стандартной психоаналитической техники для лечения нарциссических пациентов, подчеркивая эмпатию аналитика по

контрасту с «объективной нейтральностью» и фокусируясь на превратностях *Я* больше, чем на влечениях. В технике нарциссического удовлетворения можно отчетливо увидеть освобождение от пут «правила абстиненции». По сути, Х. Кохут отстаивал принцип безопасности [16. -Т. 1. -С. 316].

Сторонники психотерапевтической линии Кохута обращают внимание на то, что частый негативный терапевтический результат при использовании стандартной техники анализа отражает недостаток психотерапевтической поддержки. При ограниченности ресурсов Эго это становится неадекватным в мобилизации и проработке вариантов трансфера (Дж. Патрик, 1985). Дефекты структуры *Я*-«плохость, никчемность» возникают в связи с обесценивающими и эксплуатирующими материнскими установками. Нарциссический гнев является защитой, позволяющей регулировать самоуважение. Конфронтация с враждебностью и завистью только усиливает первичное чувство «плохости». При слабом реалистическом базисе терапевтических отношений и выраженном структурном дефиците конфронтация результирует в «невыносимый баланс хорошесть», «плохости» и «власти» (Л. Эпштейн, 1979). Проработка нарциссического гнева в трансфере не ведет к интрапсихической интеграции, а лишь подтверждает «во-всем-плохость». Тяжелые нарциссические пациенты способны принять только позитивную обратную связь, которая воспринимается ими как ответ на собственные усилия «быть хорошими».

Я-психология подчеркивает, что именно эмпатическое понимание позволяет смягчить гнев и успокоить, как это и должно происходить в раннем детстве. Эмпатическая отзывчивость терапевта как возмещение раннего дефицита способствует трансмутирующим («превращающим») микроинтернализациям. Исправление структурных дефектов совершается за счет постепенного принятия пациентом функций терапевта как *Я*-объекта по регуляции гнева и пониманию нарциссических нужд. Таким образом, концепция самоуважения Х. Кохута и разработанные им принципы поддерживающей и восстанавливающей *Я*-терапии отчетливо демонстрируют тенденцию к интеграции идей психодинамического и гуманистического направления. Х.Кохут, так же как и К.Роджерс, подчеркивает важность эмпатии и безусловного позитивного уважения и, как и представители экзистенциальной терапии, во главу угла ставит аутентичность. Первое переключается с отзеркаливанием, второе - с идеализированием; сочетая отзеркаливание с возможностью идеализации, психотерапевт может заполнить пустоту, переживаемую клиентом с самого детства. Удовлетворяя некоторые из нереализованных нарциссических потребностей клиента, психотерапевты создают возможность для развития зеркального или идеализирующего трансфера. При развитии таких перенесений аналитик может использовать традиционные техники интерпретации, способствующие расширению осознания, и тем самым помочь клиентам понять, каким образом они стараются организовать свою жизнь вокруг нарциссических взаимоотношений. Затем клиенты могут начать развивать более автономное *Я*.

Отто Кернберг и его вклад в теорию нарциссической и пограничной патологии *Я*

О. Кернберг проходил обучающий тренинг по психоанализу в Южной Америке, где было выражено влияние М. Кляйн на психодинамическое мышление. В дальнейшем в США на него оказала влияние Эго-психология с ее вниманием к процессам развития. В своем подходе к лечению «трудного» пациента О. Кернберг интегрировал идеи М. Кляйн с идеями З. Фрейда, Х.Хартманна, М. Малера, Э.Джекобсона и Р. Спица.

О. Кернберг относит нарциссических пациентов к подгруппе пациентов с пограничной личностной организацией, подчеркивая при этом, что нарциссическим пациентам свойственно лучшее, чем у пограничных пациентов, социальное функционирование, у них более выражен контроль импульсивности и выше толерантность к тревоге. То, что специфично для нарциссических пациентов и отличает их от пограничных, это необычно «раздутое» представление о себе и огромная потребность в восхищении и шумном одобрении. При прекращении внешнего нарциссического обеспечения (подпитки самоуважения восхищением) они чувствуют беспокойство и скуку.

Нарциссические пациенты идеализируют тех, от кого ожидают нарциссического удовлетворения;
обесценивают и презирают остальных;
завидуют окружающим, даже тем, кто не достиг особого положения в жизни;
их отношения с окружающими носят эксплуататорски-паразитический характер с уверенностью в своих «особых правах».

Их эмоциональность поверхностна, они холодны и безжалостны. Могут демонстрировать черты зависимости, так как нуждаются в признании и поклонении; глубинно же они неспособны к зависимости из-за недоверия к другим и их обесценивания. Аналитическое исследование обнаруживает интенсивный оральный гнев, занимающий центральное место в их психопатологии, а также патологию объектных отношений: неспособность зависеть от «хороших» внутренних объектов при завышенной значимости отношений с «угрожающими» объектами.

Вслед за Ван дер Ваалс (1965) О.Кернберг утверждает, что выраженный нарциссизм не является простой фиксацией на ранних стадиях развития и простым отклонением в развитии объектной любви, но характеризуется одновременным развитием патологических форм самолюбви и патологических форм объектной любви. Отмечая, что уже А. Рейх (1953) описывала в качестве защиты слияние примитивного Эго-идеала с Я, О.Кернберг постулирует слитность в патологическом грандиозном Я (термин используется вслед за Х. Кохутом, но в другом смысле) идеального Я, идеального объекта и актуальных Я-образов. За счет этого становится возможным отрицание нормальной зависимости от внешних объектов и их внутренних репрезентаций. Для нарциссических пациентов зависеть - значит завидовать, ненавидеть и быть в опасности эксплуатации и фрустрации. Неприемлемые Я-образы проецируются вовне, на объекты, которые обесцениваются. При патологическом нарциссизме не происходит нормальной интеграции Супер-Эго; интернализуются лишь чрезмерно высокие родительские требования, которые в своем примитивном агрессивном качестве не интегрируются с любящими аспектами Супер-Эго. Глубинный образ Я нарциссических пациентов О. Кернберг описывает как голодное, пустое Я, полное гнева из-за фрустраций и обнаруживающее себя в мире, полном ненависти и мести.

Продолжая развивать теорию патологического нарциссизма, О. Кернберг (1984) постулирует, что нарциссическая личность обычно имеет *интегрированный Я-образ* (в отличие от пограничной личности), но этот Я-образ является патологическим и грандиозным. Однако нарциссическая личность ясно презентует *недостаточную интеграцию образа значимых других*. Структурные характеристики нарциссической личности обычно обнаруживаются только в средней фазе интервью. До этого пациент демонстрирует хорошую способность к тестированию реальности и достаточную интегрированность Я-образа. Но затем становится очевидной поверхностность описаний значимых других с одновременным тонким самовозвышением и неуловимым, а часто и не столь уж неуловимым, унижением интервьюера.

Исследования О. Кернбергом психопатологии и лечение нарциссических личностей обеспечили ему клинические доказательства в поддержку целого ряда идей.

Хотя нормальный нарциссизм отражает либидозное вложение в Я, нормальное Я интегрирует вложенные и либидо, и агрессию. Интеграция «хороших» и «плохих» Я-репрезентаций в реалистический образ Я, инкорпорирующий, а не диссоциирующий, различные компоненты Я-репрезентаций, есть необходимое требование для либидозного вложения в Я.

Специфические нарциссические сопротивления пациентов с нарциссической патологией отражают патологический нарциссизм, отличающийся и от обычного нарциссизма взрослого, и от фиксации, или регрессии к нормальному инфантильному нарциссизму.

Патологический нарциссизм указывает на либидозное вложение не в нормальную интегрированную Я-структуру, а в патологическую. Это патологическое грандиозное Я

включает в себя реальное Я, идеальное Я и идеальные объектные репрезентации. Обесцененные или агрессивные Я- и объектные репрезентации отщеплены или диссоциированы, подавлены или спроецированы.

Патологический нарциссизм может пониматься только в терминах и либидо, и агрессии.

Структурные характеристики нарциссических личностей не могут быть поняты только в терминах фиксации на нормальных условиях развития или в терминах дефицита определенных интрапсихических структур в ходе развития, а должны рассматриваться как следствие патологического развития Эго и Супер-Эго.

О. Кернберг проводит следующую классификацию нарциссизма: *нормальный инфантильный, нормальный взрослый и патологический*. В свою очередь, патологический нарциссизм бывает двух видов: с нарциссическим выбором объекта при гомосексуальности и с выраженностью патологического грандиозного Я.

Особое внимание в своих работах О. Кернберг уделяет агрессии У нарциссических личностей. По его мнению, некоторые нарциссические личности, функционирующие на более высоком уровне, могут проявить сублиматорную интеграцию агрессии с относительно адаптивными Эго-функциями, достигая амбициозных целей. По отношению к остальным могут быть обнаружены три варианта: 1) пограничное функционирование нарциссических личностей с выраженной импульсивностью, склонностью к параноидному развитию и нарциссическому гневу; 2) манифестация садистических перверзных фантазий; 3) малигнанный (злокачественный) нарциссизм с прямой инфильтрацией патологического грандиозного Я примитивной агрессией. В последнем, наиболее тяжелом, случае пациент достигает триумфа над страхом и болью, вызывая страх и причиняя боль другому.

Структурные критерии пограничной личностной организации

На формирование взглядов О. Кернберга оказала влияние теория объектных отношений М. Кляйн и Эго-психология с ее вниманием к процессам развития.

О. Кернберг использует термин «структурный анализ» для описания отношений между структурными дериватами интернализированных объектных отношений и различными уровнями организации психического функционирования. Интернализированные объектные отношения, считает он, конституируют субструктуры Эго, которые, в свою очередь, иерархически организованы. О. Кернберг утверждает, что существуют три структурные организации: невротическая, пограничная и психотическая. Основными структурными критериями уровня личностной организации являются: уровень интеграции идентичности, уровень защитных операций, способность к тестированию реальности. Диагноз пограничной личностной организации, по О. Кернбергу, базируется на трех структурных критериях:

диффузия идентичности;

уровень примитивных защитных операций;

сохранная, но при этом сниженная, способность к тестированию реальности.

Диффузия идентичности определяется недостаточной интеграцией Я-концепции или концепции значимых других. Это обнаруживается в переживании пациентом хронической пустоты, в противоречивых самовосприятиях, нелогичном поведении, в обедненных и противоречивых восприятиях других и в неспособности выражать свой переживания и описывать значимые взаимодействия с другими в беседе с интервьюером (который, в свою очередь, испытывает трудности эмпатического контакта с такими пациентами и их значимыми другими).

По контрасту с невротической личностной организацией, где защитная организация пациента основывается на подавлении и других развитых или высокоуровневых защитных операциях, пограничный и психотический уровни организации демонстрируют преимущественно примитивные защиты, основанные на механизме расщепления. Расщепление и другие связанные с ним механизмы (примитивная идеализация, проективная идентификация, отрицание, всемогущий контроль и обесценивание) защищают Эго от конфликта

диссоциированных противоречивых переживаний себя и значимых других. Наличие расщепления и сопутствующих им защитных механизмов может быть выявлено при анализе личности пациента, как отражающиеся во взаимодействиях одновременно и со значимыми другими, и с интервьюером.

И на невротическом, и на пограничном уровнях личностной организации, в отличие от психотического уровня, способность к тестированию реальности сохраняется. Для невротической личностной организации характерна более реалистическая и глубокая оценка себя и других, для пограничной личностной организации - переменчивость, неустойчивость оценок реальности. Пограничная личностная организация также обнаруживает себя во вторичных структурных характеристиках, таких как неспецифические проявления слабости Эго (отсутствие контроля импульса, низкой толерантности к тревожности и отсутствие развитых каналов сублимации), патология Супер-Эго (инфантильная или аморальная система ценностей, противоречивые внутренние моральные требования, даже антисоциальные черты), и в хронических и хаотических объектных отношениях, являющихся прямым следствием диффузии идентичности и распространенных примитивных защитных операций.

Для постановки структурного диагноза О. Кернберг в сотрудничестве с М. Стоуном разработал структурное интервью. Особенность взаимодействия с интервьюером, в том числе манипулятивные усилия пациента, учитываются при постановке диагноза. Постановка структурного диагноза опирается на интерпретацию вербального и невербального взаимодействия пациента и интервьюера. Кроме того, в исследовательских целях используются специальные процедуры анализа дословных текстов-транскриптов терапевтических сессий, разработанные представителями современной психодинамической терапии - ССРТ Л. Люборски, SASB Л. Бенджамин и др. Особое внимание обращается на такие критерии, как доступность понимания пациентом психоаналитических процедур, отношение к пробным интерпретациям защитных механизмов и манипулятивных транзакций, уровень защит, степень интеграции самоидентичности и качество тестирования реальности.

О. Кернберг, постулируя четыре стадии в развитии нормальных интернализированных объектных отношений, считал, что пограничная патология определяется фиксацией на третьей стадии, в норме приходящейся на период с 4-го по 12-й месяцы жизни. Такая стадия характеризуется диссоциацией либидозно-детерминированных («хороших», «добрых») и агрессивно-детерминированных («плохих», «злых») Я- и объектных репрезентаций, т.е. определяется объектными и частичными Я-репрезентациями, а также примитивными защитными операциями и слабой способностью к тестированию реальности. Патологическая фиксация на этом уровне развития может детерминироваться как биологическими факторами (конституциональная нетолерантность к тревоге, агрессивность, генетическая Уязвимость к определенным аффектам), так и факторами окружения такими как необычно интенсивные или грубые, brutальные ранние фрустрации (абыюсы). Позднее О. Кернберг стал разделять представления о соотношении пограничной патологии с субфазой «восстановление дружественных отношений» стадии «сепарации-индивидуации», по М. Малер. (Эта идея принадлежит Дж. Мастерсону (1976), взгляды которого на пограничную и нарциссическую патологию будут подробно обсуждаться в этой же главе.)

Понятие «пограничная личностная организация» ряд авторов считает диагностически неспецифичным на том основании, что структурный диагноз «пограничной личностной организации», по Кернбергу, эквивалентен клиническому диагнозу любого из личностных расстройств. При этом различные адаптивные стратегии образуют специфические симптомы личностных расстройств; на глубинном же уровне все расстройства имеют пограничную личностную организацию. Другие авторы вслед за Кернбергом считают понятие «пограничная личностная организация» полезным, так как этот уровень реально наблюдаем и диагностируем (Х. Нельсон и др., 1985; Дж. Каллгрэн, 1987).

О разногласиях, существующих между аналитическими теоретиками в вопросе о том,

должен ли термин «пограничный» обозначать «уровень личностной организации» или «тип личности», пишет и Н. Мак-Вильямс (1998). Она считает возможным придерживаться представлений О. Кернберга, а не Дж. Гандерсона, поскольку «модель Кернберга имеет большее влияние на клиническую практику» [12. - С. 76]. Н. Мак-Вильямс вводит наряду с диагностическим измерением «уровень личностной организации» такое диагностическое измерение, как «типологическое».

Модель психотерапии при патологическом нарциссизме, по О.Кернбергу

О.Кернберг настаивает на интерпретации проявлений грандиозного Я в позитивном и негативном трансферах как на основном принципе психотерапии нарциссических пациентов. Им подчеркивается необходимость интерпретации, среди прочего, механизма всемогущего контроля, при помощи которого нарциссический пациент пытается использовать аналитика в соответствии со своими нуждами. Сочетание двух стратегий - толерантности аналитика и его настойчивой интерпретации патологических личностных механизмов позволяют пациенту интегрировать позитивные и негативные аспекты в трансфере - идеализацию и доверие с гневом, презрением и параноидным недоверием. О. Кернберг согласен с А. Мо-делл (1975) и В.Волкан (1976), которые считают, что на инициальной стадии анализа нарциссических личностей выраженность нарциссической идеализации и неспособность пациента абсорбировать интерпретации требует от аналитика «холдинговой» функции, корреспондирующей с фазой «кокона» в анализе, поэтому градуальное и постепенное использование интерпретации на начальных фазах терапии становится центральной тактикой «ближе к продвинутым» стадиям лечения.

О.Кернберг предполагает, что психоаналитическое лечение будет эффективно с большей вероятностью при выраженности следующих прогностических показателей:

1. пациент отчасти сохранил способность к депрессии и грусти;
2. пациент достаточно креативен и обладает истинным, а не псевдосублиматорным потенциалом;
3. пациент честен, сдерживает обещания, иногда чувствует стыд, если нарушает правила (т. е. обладает отчасти интегрированным Супер-Эго);
4. пациент находится в таких жизненных обстоятельствах, которые препятствуют отреагированию вовне потребностей во власти, социальной важности и восхищении;
5. пациент не является «открыто» пограничным, т.е. обладает хорошим контролем, и не поглощен фантазиями;
6. пациент имеет выраженную мотивацию справиться с проблемами эмпатии, внутренней холодности и внутренней пустоты, а не движим мотивацией «стать совершенным».

О. Кернберг считает, что даже при выраженности агрессии в «психопатическом трансфере» следует лечить пациента как ответственного взрослого, стоящего перед болезненной необходимостью осознать, каким образом в реакции на травму пациент идентифицируется с преследователем. Настаивая на принципиальной важности интерпретации как основного инструмента анализа, О. Кернберг придерживается мнения, что при тяжелых формах самодеструктивности нужна поддерживающая психотерапия с проработкой защитных механизмов неинтерпретативным путем. Поддерживающая психотерапия позволяет улучшить понимание отношений с другими, сформировать более реалистические притязания, увеличить толерантность к переживаниям пустоты и скуки.

Модель экспрессивной терапии О.Кернберга при пограничных расстройствах личности

О.Кернберг (1975, 2000) подчеркивает важность ограничений при проведении сессий с пограничными пациентами. Ограничения в звонках по телефону, запрет на отреагирование агрессии вовне, запрет частой критики психотерапевта пациентом являются основными при проведении психотерапии с пограничным пациентом. Запрет на отреагирование вовне провоцирует тревожность, что позволяет прояснить смысл, лежащий, в основе

отреагирования.

Только ясные ограничения, при которых возможен сеттинг с такими клиентами, сохраняют возможность эффективной интерпретации. Поскольку в терапевтических отношениях сочетается эмоциональная поддержка с ясными ограничениями в сеттинге, клиенты могут начать осознавать и реинтегрировать ранее расщепленные части своего Я. Без ясного упорядочивания терапевтического процесса на основе необходимых правил и ограничений посредством структуриации пространственно-временных рамок отношений между пациентом и терапевтом, без определения безопасных границ этих отношений расщепленные части Я и объектов могут нести угрозу дезинтеграции как интраиндивидуальных, так и терапевтических отношений. По мнению О. Кернберга, Х. Кохут внес фундаментальный вклад в понимание нарциссических трансферов, описав идеализацию и грандиозность в качестве их характеристик. Он считает, что психотерапевтическая техника Кохута ведет к адаптивному использованию грандиозности нарциссических пациентов, что может быть уместным в наиболее тяжелых случаях. В остальном О. Кернберг критикует концепцию Х. Кохута и его психотерапевтические принципы.

Однако Х. Кохут не видит различий между нормальными и патологическими типами идеализации в трансфере. Кроме того, он не разделяет понятия «сепаратность» и «отличность»; первая, по мнению О.Кернберга, отсутствует у шизофренических пациентов, а вторая - у нарциссических. Главное же, что Х. Кохут не делает различий между нормальным грандиозным Я в детстве и патологическим грандиозным Я. Такое неразличение нормальной и патологической грандиозности О.Кернберг считает основной проблемой теории Кохута. То, что Х. Кохут отвергает интерпретацию негативного трансфера и даже искусственно усиливает идеализацию в трансфере, О.Кернберг считает ошибочным. По его мнению, поддерживающий, переобучающий подход Х. Кохута к терапии нарциссических пациентов помогает последним рационализировать их агрессивные реакции как естественный результат неудачных действий других людей в их прошлом. При этом не происходит радикальной реорганизации бессознательного прошлого через проработку трансферного невроза. О.Кернберг полагает, что, ограничивая понятие эмпатии эмоциональным осознанием аналитиком состояния пациента, Х.Кохут тем самым отвергает другие стороны психоаналитической эмпатии, позволяющей аналитику одновременно осознавать и то, что пациент переживает, и то, что он диссоциирует, подавляет или проецирует. Раз эмпатия понимается как защита психоаналитиком пациента от болезненной правды о нем, особенно через усиление нарциссического сопротивления, значит, это понятие слишком сужено. О.Кернберг отмечает, что эмпатия нигде не иллюстрируется Кохутом как эмпатия к удовольствию от агрессии. Таким образом, не замечается, что жестокость и садизм могут доставлять нарциссическому пациенту удовольствие, соотносясь с фрустрирующими условиями как мотивирующей силой агрессии. Агрессия в трансфере связывается с неудачей аналитика, а не с активизацией бессознательной агрессии к раннему интернализированному объекту.

Внутренний мир, по Х.Кохуту, состоит только из идеализированных образов Я и Других, нигде не упоминается, к примеру, образ «плохой» матери. Подобных трактовок О. Кернберг принять не может.

Критикую взгляды Х.Кохута, О.Кернберг одновременно более отчетливо формулирует собственные. В отличие от Х.Кохута он понимает грандиозность как защиту от собственного гнева и зависти. Нарциссические пациенты не способны быть лицом к лицу со своим гневом и завистью, страшась того, что эти чувства разрушат аналитика, убьют надежду на хорошие отношения с ним и помощь. На более глубоком уровне пациенты боятся, что их агрессия разрушит не только потенциальной любящий и дающий объект, но и их собственную способность любить и испытывать чувство любви. Нарциссические пациенты пытаются, отрицая реальность эмоциональных отношений с аналитиком, не признавать, таким образом, опасность своей деструктивности. Интерпретация негативных аспектов трансфера, по мнению О.Кернберга, может помочь уменьшить страх пациента по отношению к собственной

деструктивности. Х.Кохут, по мнению О.Кернберга, считает антитезой нарциссизму объектную любовь. По убеждению О.Кернберга, такой антитезой являются объектные отношения, эмоциональная глубина которых определяется и любовью, и ненавистью, и толерантностью к этим чувствам.

Критикуя подход О.Кернберга С. Туттман (1981) предлагает различать два типа аналитических моделей подчеркивающие нейтрально-интерпретативную позицию аналитика и значение реконструирующего опыта заботы во взаимодействии с аналитиком. С этой точки зрения подход О.Кернберга является примером первой модели, а позиция Х.Кохута - второй. С.Туттман считает, что нейтрально-интерпретативная позиция аналитика не может не порождать непреодолимого сопротивления, а слишком частая интерпретация агрессивных компонентов аналитиком приводит к тому, что пациент начинает воспринимать ее следующим образом: "Пациент, вы плохой. Ненависть в вас, и вы плохой". В ответной самозащите пациент начинает проецировать ненависть, зависть и гнев, атрибутируя их аналитику, и таким образом возникает непродуктивный порочный круг. Дж.Патрик (1985) подчеркивает, что неэмпатичность аналитика вновь наносит нарциссическую рану; О.Кернберг, тотально отвергая в своем подходе требования грандиозного Я, ставит аналитика в позицию неэмпатической матери, что способствует сохранению структурных дефектов.

Концепция пограничной и нарциссической патологии Джеймса Мастерсона

Как отмечает Н. Мак-Вильямс (1998), по поводу этиологии пограничной патологии в обширной литературе обнаруживается приводящее в замешательство расхождение воззрений профессионалов. Некоторые исследователи (например, М.Стоун, 1977) подчеркивали конституциональную и неврологическую предрасположенность. Другие (Дж. Мастерсон, Дж. Адлер, 1985) видели фокус проблемы в нарушениях развития, особенно на стадии сепарации-индивидуации, описанной М.Малер (1971). Третьи (О.Кернберг, 1975) сделали предположение об отклонениях от нормы в отношениях родители-ребенок на ранней стадии детского развития. В своем фундаментальном труде «Психодинамическая психотерапия пограничных пациентов» (Psychodynamic Psychotherapy of Borderline patients. - 1998. - С. 14) О.Кернберг разделяет представления Дж. Мастерсона об этиологии пограничной патологии. Таким образом, можно считать, что идеи Дж. Мастерсона получили достаточно широкое распространение.

Дж. Мастерсон (1971; 1976) связывает пограничную патологию с задержкой развития на субфазе «восстановление дружественных отношений» (16-24-й месяцы жизни) процесса сепарации-индивидуации, по М.Малер (1971; 1975). В этот период мать пограничного пациента, не поощряет усилий ребенка по сепарации-индивидуации и вознаграждает (осуществляет либидозную поддержку) регрессию. Отец не выполняет своей роли объекта, поддерживающего индивидуацию; часто, наоборот, ребенок вынужден «цепляться» за мать, так как отец отсутствует. Дж. Мастерсон считает, что отец пограничного пациента может страдать и от пограничного синдрома, и от нарциссического расстройства личности, и даже быть больным шизофренией. Мать пограничного пациента, с наибольшей вероятностью (по Мастерсону), страдает от пограничного синдрома. Оказавшись неспособной сепарироваться от собственной матери, она стремится сохранить симбиотическое единство с ребенком, поощряя зависимость. Она склонна депер-сонифицировать ребенка, видеть в нем не его самого, а спроецированный образ родителя или сиблинга. Она может воспринимать своего ребенка «вечным» ребенком или объектом; во всех случаях ребенок используется матерью для защиты от переживания покинутости.

С точки зрения Дж. Мастерсона, переживание покинутости у пограничных пациентов является ведущим, центральным. Покинутость субъективно означает «рандеву со смертью». Переживание покинутости включает в себя депрессию, гнев, панику, вину, пассивность и беспомощность, а также пустоту (Дж. Мастерсон называет эти чувства «шестеркой всадников

Апокалипсиса»). Депрессия имеет черты аналитической, по Р. Спицу (1946); потеря, ощущаемая пациентом, угрожает выживанию. Депрессия сопровождается гневом. Иногда депрессия и гнев «маскируются» страхом кинутости. Такой страх выражен тем сильнее (вплоть до паники), чем чаще мать угрожала покинуть ребенка в качестве дисциплинарной меры. Поскольку мать не поощряла усилий ребенка по сепарации-индивидуации, это привело к возникновению чувства вины. Пассивность и беспомощность защищают от чувства вины; «прилипчивость» и требовательность принимают хронический характер. Ощущение пустоты связано, по Мастерсону, с отсутствием позитивных поддерживающих интроектов. Для защиты от переживания покинутости используются такие механизмы, как отрицание, растепление, отреагирование вовне, которые позднее усиливаются защитами невротического уровня.

Два типа интерперсональных отношений матери с ребенком -не предоставляющий либидозной (т.е. любяще-понимающей) поддержки усилиям по сепарации-индивидуации и поощряющий регрессию - интернализируются, образуя пограничную расщепленную интрапсихическую структуру Эго. Дж.Мастерсон описывает две «единицы» интрапсихической структуры: агрессивную (лишающую поддержки) и либидозную (вознаграждающую). *Агрессивную* «единицу» представляет «атакующая, критическая, враждебная, не предоставляющая поддержки усилиям по сепарации-индивидуации» частичная материнская объект-репрезентация; ей соответствует в Я-репрезентации переживание покинутости, «неадекватная, плохая, беспомощная, виновная, пустая, безобразная» частичная Я-репрезентация, *Либидозную* «единицу» создают «поддерживающая, поощряющая регрессию и прилипчивое поведение» материнская частичная объект-репрезентация; приносящая переживание «накормленности», удовлетворенности желания в воссоединении; «хорошая, пассивная, исполнительная» частичная Я-репрезентация.

Психотерапия. Основной целью психотерапии пограничного пациента Дж.Мастерсон считает создание новой интрапсихической «единицы» объектных отношений. Психотерапевт интернализуется в качестве позитивной объект-репрезентации, поощряющей усилия по сепарации-индивидуации. «Способная, развивающаяся личность» становится новой Я-репрезентацией. Ведущим переживанием оказывается переживание себя «хорошим», обеспечиваемое опытом конструктивного совладания с реальностью и умелостью, а не регрессивным поведением. Психотерапевтическая поддержка, по Мастерсону, заключается в том, чтобы демонстрировать позитивную установку в отношении индивидуации и конфронтировать с Деструктивностью защитных механизмов.

Особое внимание Дж.Мастерсон обращает и на то, что «пограничный пациент является профессионалом провокаций и манипуляций» (Дж.Мастерсон, 1976). Пограничному пациенту удалось выжить в концлагере, охраняемом «всемогущими» родителями, только благодаря манипуляциям. Будучи необычайно сен-зитивными, пограничные пациенты легко находят «ахиллесову пяту» психотерапевта; они провоцируют и манипулируют, чтобы проверить компетентность психотерапевта, удовлетворить свои нужды, а также сопротивляются лечению. Дж. Мастерсон подчеркивает, что психотерапевту следует рассматривать маневры пациента в качестве лакмусовой бумажки, способствующей лучшему пониманию. Обсуждая обобщенные типы психотерапевтов, недостаточно удачно справляющихся с манипулятивными атаками пациента, Дж. Мастерсон утверждает, что наибольший вред может принести «директивный» психотерапевт, воспринимаемый пациентом как «атакующая мать». Подчиняющийся психотерапевт воспринимается «не заботящимся», компульсивный оказывается чрезмерно конфронтующим, зависимый обрекает пациента на повторение задержки развития. Дж. Мастерсон отмечает, что «гибкость» психотерапевта является главным условием успешного лечения.

Пограничный пациент, по мнению Дж. Мастерсона, вызывает в психотерапевте интенсивные контрпереоисные чувства, которые должны быть «утилизированы» для понимания того, какой из страхов пациента - изоляции или поглощения - в данный момент выступает на первый план. Пограничный пациент «втягивает» в отношения, «прилипает»,

чтобы избежать переживания покинутости, а затем дистанцируется, чтобы избежать поглощения. Толерантность психотерапевта к выраженной амбивалентности является залогом углубления контакта с пограничным пациентом.

Нарциссическую патологию Дж. Мастерсон связывает с задержкой развития на более ранней субфазе процесса сепарации-индивидуации, на субфазе «практика» (8-15-й месяцы жизни). Основной проблемой нарциссических пациентов Дж. Мастерсон, вслед за О. Кернбергом, считает неспособность к эмпатии. В этиологии нарциссической патологии Дж. Мастерсон придает решающее значение поощрению нарциссической матерью необоснованно раннего чувства автономии и использованию ребенка в качестве нарциссического объекта.

Психотерапия, сфокусированная на проективной идентификации (интегративная модель на основе теории объектных отношений)

Благодаря исследованиям феномена проективной идентификации М. Кляйн стала, по мнению Х. Томэ и Х.Дэхеле, провозвестницей социально-психологического направления в психоанализе [16. -Т. II. - С. 212]. Хотя сама М. Кляйн рассматривала проективную идентификацию как раннюю и примитивную фантазию, т.е. в интрапсихическом аспекте, ее исследования послужили толчком к пониманию защитных механизмов не только как интрапсихических, но и как интеркоммуникативных феноменов. *Современные исследователи проективной идентификации обращают все больше внимания на метакоммуникативный аспект этого процесса как процесса вл^ю действия на Другого посредством скрытых посланий-требований.* В связи с этим особое значение придается рефлексии терапевтом собственных контрпереносных чувств в качестве уникального метода понимания жизненно важных потребностей пациента, «запускающих» процесс проективной идентификации.

Напомним, что М.Кляйн, одна из первооткрывателей процесса проективной идентификации, подчеркивала, что «описание такого примитивного процесса наталкивается на большие препятствия, так как эти фантазии возникают в то время, когда ребенок еще не начал мыслить словами» (цит. по: [16. - Т. 2. - С. 210]). По сегодняшний день концепция проективной идентификации остается одной из самых малопонятных в психоанализе (Т. Огден, 1979). По нашему мнению, существующие различия в понимании и описании этого феномена во многом определяются различиями в представлениях о характере метакоммуникативных требований к Другому, навязываемых ему в процессе проективной идентификации.

Кажется возможным выделить три основных типа таких требований: требование контроля над неуправляемыми чувствами Я; требование ответственности за «плохие» чувства (и части) Я; требование признания «хорошести» Я. Далее, при рассмотрении точек зрения ведущих исследователей проективной идентификации, будет приниматься во внимание, какие из требований Я ими в большей степени берутся в расчет. Прямо или косвенно, феномен проективной идентификации соотносится с метакоммуникативным требованием контроля над неуправляемыми чувствами в работах В. Биона (1959; 1967), Г.Розенфельда (1971), Д.В.Винникотта (1965), П.Кейсента(1995).

В.Бион использует метафору «контейнирования», позволяющую представить, каким образом ребенок пытается справиться с неуправляемыми чувствами в процессе проективной идентификации. Неспособный в силу незрелости Эго контролировать собственные чувства, ребенок испытывает страх перед неуправляемыми чувствами и «вкладывает» его в мать, как в контейнер. Бион считает, что способность матери к выполнению «контейнирующей» функции имеет решающее значение для нормального развития ребенка. По Биону, нормальное развитие происходит при условии, что отношения между младенцем и грудью позволяют ему, спроецировав страх на мать, реинтроецировать его после пребывания у груди в виде, приемлемом для психики. Если мать неспособна принять проекцию, то страх реинтроецируется в значительной степени усиленным, как безымянный ужас. Способность матери принять проекцию зависит от ее психической уравновешенности; сверхохваченная тревогой мать

будет стараться дистанцироваться от неуправляемых чувств ребенка, не выполняя навязываемой ей в силу жизненной необходимости функции контроля. В последнем случае Ребенок оказывается вынужденным прибегать ко все более сильной и более частой метакоммуникации в надежде, что мать разделит с ним неуправляемые чувства. В.Блон иллюстрирует свои и рассуждения с помощью следующего, весьма наглядного, примера: «Если ребенок чувствует, что умирает, это может вызвать страх его умирания у матери. Хорошо уравновешенная мать может принять это и отреагировать психотерапевтически, т. е. таким образом, что бы ребенок почувствовал, что он получает обратно свою испуганную личность, но в той форме, в какой он может вынести, - страхи управляемы самой личностью ребенка. Если мать не может вынести эту проекцию, ребенок подвергается постоянной проективной идентификации, развивающейся все сильнее и со все большей частотой» (цит. по: [7. - С. 190]). По мнению В. Блон, одной из функций аналитика должна быть контейнирующая функция. Выполнение такой функции способствует восполнению дефицита контейнирования, пережитого пациентом на самых ранних этапах развития. Позиция Блон, считающего необходимым контейнирование аналитиком неуправляемых пугающих чувств пациента, наряду с их интерпретацией, отличается от классической позиции М.Кляйн, настаивающей на интерпретации ранних и примитивных фантазий, составляющих основу проективной идентификации, как единственном способе психотерапевтического взаимодействия. По сути, Блон, придавая особое значение способности аналитика «вынести» и «метаболизировать» проекцию, тем самым подчеркивает, что восполнение дефицита контейнирования оказывает решающее влияние на изменение характера коммуникации. При условии успешного контейнирования пациент перестает нуждаться во все более сильной и все более частой метакоммуникации и становится способным напрямую обращаться к «прошедшему проверку» психотерапевту и делиться с ним самыми болезненными переживаниями.

Г.Розенфельд (1971), так же как и В.Блон, обращает внимание на коммуникативную функцию проективной идентификации, на потребность пациента в разделенности неуправляемых чувств с Другим, обеспечивающим возможность их контроля. Розенфельд считает, что проективная идентификация может использоваться также для избавления Я от нежелательных элементов и в случаях психотических нарушений, в бессознательной надежде контролировать и тело, и разум Другого. Розенфельд особо подчеркивает, что во взаимодействии с пациентом-психотиком следует учитывать, что проективная идентификация используется пациентом в том числе и для коммуникации (а не только с бессознательной надеждой контролировать изнутри тело и разум аналитика). Тем самым Розенфельд, по сути, привлекает внимание к метакоммуникативному требованию контроля, жизненную необходимость в котором испытывает пациент.

В концепции психотерапевтического холдинга Д. В. Винникотта (1965) идея контейнирования является одной из центральных, о чем свидетельствует само использование термина «холдинг», буквально означающего: «вмещение», «удержание». Винникотт описывает особого рода «немыслимое беспокойство», которое переживает младенец, охваченный неуправляемыми чувствами и лишенный Эго-поддержки со стороны матери. Винникотт пытается передать суть этого переживания, используя выражение *falling for ever*, которое означает одновременно и «бесконечное падение», и «нескончаемая гибель». «Достаточно хорошая мать», по Винникотту, способна вместить страх такой интенсивности и «вернуть» младенцу его переживания в «переработанном» виде как более подконтрольные. Психотерапевт, выполняя холдинговую функцию, способствует тем самым преодолению травматического опыта, пережитого пациентом в условиях «недостаточно хорошего материнства» на ранних этапах развития. Инновации, *вносимые* в терапевтическую технику принципом холдинга, могут резко контрастировать с методами психоаналитической терапии: допускается увеличение времени терапевтических сессий, телефонные разговоры для сохранения постоянной связи с терапевтом, чтобы тот всегда «был в доступности». Винникотт

считал допустимым прибегать в качестве поддержки пациента в моменты сильной экспрессии чувств к физическим прикосновениям. Считая «чистую интерпретацию» малоподходящей техникой для пациентов, чья потребность заключается прежде всего в поддержании эмоциональной связи, Винникотт практиковал специальные предваряющие интерпретацию формулировки типа: «Не кажется ли вам, что...», «Мне представляется, что, если пофантазировать...», «Возможно, что...», оставляя, таким образом, место для «мягкой», а не авторитарной интерпретации. Подобная техника сродни не столько интерпретации, сколько приглашению помечтать, а как известно, бессознательное живет и оживает в воображении, фантазиях, оно родом «оттуда».

Сторонники Д. В. Винникотта подчеркивают особое значение холдинга в психотерапевтическом взаимодействии с шизоидными пациентами. Поскольку такие пациенты оказываются неспособными утилизировать проективную идентификацию через ее вербальную интерпретацию, более того, они не верят в саму возможность существования объекта, принимающего и контейнирующего проекцию, поэтому о любящем объекте им действительно «можно только мечтать». Принимая во внимание отсутствие хорошего и способного к контейнированию внутреннего объекта, холдинговая терапевтическая техника призвана восполнить дефицит внутреннего контейнирующего объекта.

П. Кейсмент (1995), в основном разделяя взгляды В. Биона, Г. Ро-зенфельда и Д. В. Винникотта на «контейнирование», привлекает внимание к необходимости как холдинга, так и интерпретации во взаимодействии с пациентом, осуществляющим проективную идентификацию. В отличие от традиционных представлений о проективной идентификации как ранней и примитивной форме проекции П. Кейсмент считает проективную идентификацию более мощной (сильной) формой проекции. Проективная идентификация рассматривается им как аффективная коммуникация, в основе которой лежит потребность проектирующего (обычно бессознательная) сделать так, чтобы другой человек осознал, что передается и на что надо реагировать. «Последовательность в общем виде такова: 1) проектирующий испытывает какое-то чувство, с которым не может справиться, скажем, такое, как у ребенка; 2) возникает бессознательная фантазия переложения состояния этого непреодолимого чувства на другого человека, например, на мать, чтобы либо избавиться от него, либо справиться; 3) возникает напряжение взаимодействия (интеракции), такое, например, как плач ребенка, бессознательная цель которого - заставить другого человека испытать аналогичные чувства вместо ребенка (или пациента); 4) если эта коммуникация с помощью проективной идентификации помогает соединиться с другим человеком, создается аффективный резонанс у реципиента, чувства которого приобретают "одинаковость", основанную на идентификации» [7. - С. 99-100]. П. Кейсмент специально подчеркивает неконтролируемый, неуправляемый характер передаваемых чувств: «То, что передается, может иметь отношение к любому состоянию чувств и воспринимается как неконтролируемое со стороны проектирующего: сильная подавленность, беспомощность, страх, гнев, самобичевание и т.д.» [7. - С. 100]. Для возникновения психотерапевтической реакции реципиент - мать или психотерапевт - должен в большей степени управлять способностью соединиться с такими чувствами, нежели ребенок или пациент. Когда требуемый ответ-реакция обнаружен, прежде неуправляемые чувства делаются более управляемыми. Они становятся менее пугающими, чем прежде, поскольку другой человек смог почувствовать и пережить их. После этого проектирующий может «забрать назад» свои чувства, теперь он в состоянии с ними справиться и наряду с этим может отчасти заполучить способность реципиента выносить стычку с тяжелыми переживаниями.

В самом определении проективной идентификации как аффективной коммуникации П. Кейсмент акцентирует неуправляемый характер чувств, подлежащих проективной идентификации, которые, по сути, рассматриваются им как аффекты. Тем более интересно обсуждение им особенностей аналитической поддержки, обеспечивающей сдерживание аффектов. В общем и целом, утверждает П. Кейсмент, психотерапевты должны уметь интерпретировать, равно как и успокаивать (контейнировать). Пассивного успокоения

недостаточно, поскольку оно оказывается почвой для представления о том, что психотерапевт оказывается не в состоянии действовать как психотерапевт. Одной лишь интерпретации недостаточно тоже, поскольку она может быть воспринята как дистанцирование от требующихся пациенту коммуникаций. П. Кейсмент подчеркивает необходимость реального эмоционального контакта (аффективного резонанса) и в то же время интерпретации, доказывающей, что психотерапевт продолжает функционировать. Таким образом, П. Кейсмент привлекает внимание к возможности совмещения таких психотерапевтических установок, как «холдинг» и «интерпретация» для случаев выраженной проективной идентификации с ме-такommunikативным требованием от Другого контроля над неуправляемыми чувствами. Напомним, что М.Кляйн соотносила процесс проективной идентификации с периодом, когда ребенок еще не начал мыслить словами. Надо полагать, что именно недостаточная функция символизации порождает своего рода «глухоту» к попыткам терапевта вербально «расшифровать» метакоммуникативные послания, «передаваемые» посредством проективной идентификации. (Как терапевту мне не раз приходилось наталкиваться на такого рода сопротивление пациента, природа которого долгое время оставалась неясной, пока однажды мне не привиделась сцена традиционно «стекленеющих» глаз ребенка и материнский возмущенный возглас; «Ты же на самом деле не слушаешь меня!») Обычно в ответ на материнскую тираду ребенок почти дословно воспроизводит сказанное. Похожий феномен был когда-то описан в исследованиях Л. И. Божович и назван «смысловым барьером».) Если все же попробовать «вербализовать» метакоммуникативное требование контроля над неуправляемыми чувствами, то, возможно, оно будет звучать приблизительно следующим образом: «Я боюсь своих собственных чувств. Раздели со мной этот страх и дай почувствовать, что справишься со всем, что вот-вот готово вырваться наружу». По всей видимости, такое метакоммуникативное требование свойственно самым ранним этапам формирования Эго, когда выражена нужда в помощи со стороны Другого в усилении механизмов контроля, защиты, адаптационных механизмов в целом.

Что касается метакоммуникативного требования ответственности за «плохие» чувства (части) Я, которое может «навязываться» Другому в процессе проективной идентификации, то такое требование кажется свойственным более поздним этапам развития Эго, когда ребенок начинает чувствовать вину и стыд. По нашему мнению, феномен проективной идентификации рассматривается в том числе и в связи с такого рода метакоммуникативным требованием в работах Т.Огдена (1982), С.Кашдана (1988), О.Кернберга (1989).

Т. Огден полагает, что процесс проективной идентификации «запускается» бессознательным желанием избавиться от части Я, переместив ее на другого человека. Он считает, что на другого человека могут перемещаться как угрожающие разрушением изнутри, так и «плохие» части Я. По сути, им подразумеваются два типа метакоммуникативных требований, «навязываемых» другому человеку; быть «носителем» неподконтрольной, неуправляемой части Я, способствуя тем самым ее большей подконтрольности, либо быть «носителем» «плохой» части, за которую Я может испытывать стыд или вину. Результатом проективной идентификации становится отношение, в котором реципиент вынуждается думать, чувствовать и действовать в манере, конгруэнтной с вышеописанными чувствами. Целью проективной идентификации является укрепление аффективной связи с реципиентом, при этом пациент выигрывает даже тогда, когда поддерживает связь с «плохим» объектом, поскольку позволяет себе не столь остро переживать по поводу собственной «плохости». «Проигрыш» заключается в том, что в нерасторжимом единстве с «плохой» репрезентацией Другого терпит фиаско «хорошая» Я-репрезентация.

Проективная идентификация рассматривается С. Кашданом как бессознательная проекция «плохой» части Я на другого человека в значении превращения внутренней борьбы вокруг «плохости» и «непринятия» во внешнюю. Автор выделяет четыре основных вида проективной идентификации: *зависимость*, *власть*, *сексуальность* и *инграцию*. В процессе проективной идентификации зависимости реципиент посредством метакоммуникации завлекается в рамки

образа сильного, могущественного, способного обеспечить поддержку слабому и беспомощному Я. В процессе проективной идентификации власти реципиент дискредитируется, завлекается в рамки образа некомпетентного, неэффективного в своих действиях, вынужденного признать превосходства Я. В процессе проективной идентификации сексуальности реципиент завлекается в рамки образа соблазнителя Я. В процессе проективной идентификации инграциации реципиент завлекается в рамки образа «воздающего по заслугам» Я.

По нашему мнению, из четырех рассматриваемых видов проективной идентификации под определение последней как процесса перемещения внутренней борьбы вокруг «плохости» и «непринятия» в плоскость межличностных отношений более всего подпадает проективная идентификация сексуальности. Выстраивая образ реципиента-соблазнителя, «ответственного» за сексуальное возбуждение Я, пациент тем самым пытается «побороть» стыд за свойственную «плохость» (из-за испытываемого сексуального возбуждения). Что касается остальных видов проективной идентификации, то представляется возможным обсуждать их под углом зрения содержащихся в них метакоммуникативных требований. Если проективная идентификация сексуальности содержит в себе, по нашему мнению, метакоммуникативное требование ответственности за «плохость» Я, испытывающего сексуальное возбуждение, то проективная идентификация зависимости содержит в себе метакоммуникативное требование контроля над неуправляемым чувством отчаяния из-за собственной беспомощности. (Вообще название, данное С. Кашданом такому виду проективной идентификации, кажется не совсем удачным, поскольку зависимость является неотъемлемой составляющей любого вида проективной идентификации.) Проективная идентификация инграциации является, по сути, бессознательной попыткой добиться от реципиента признания «хорошести» Я.

Сходное метакоммуникативное требование навязывается реципиенту и в процессе проективной идентификации власти (более подробно о метакоммуникативном требовании признания «хорошести» Я речь пойдет далее). Возвращаясь к обсуждению феномена проективной идентификации как попытке Я разделить с Другим ответственность за собственную «плохость», рассмотрим концепцию проективной идентификации О.Кернберга (O.Kernberg, 1965; O.Kernberg et al., 1989). Процесс проективной идентификации характеризуется, по мнению Кернберга, *во-первых*, тенденцией к переживанию импульса, который в то же время проецируется на Другого; *во-вторых*, страхом этого Другого, воспринимаемого находящимся во власти этого импульса; *в-третьих*, потребностью контролировать Другого, часто осуществляемой путем выявления в Другом «знаков» поведения, как бы подтверждающего «справедливость» проекции. О. Кернберг рассматривает проективную идентификацию как раннюю архаическую форму проекции. В отличие от проекции проективная идентификация не позволяет полностью атрибутировать Другому агрессивный и(или) либидозный импульс.

Однако в процессе проективной идентификации все-таки удается частично «оправдать» собственную «плохость» «плохостью» Другого. Переживаемые агрессивность и(или) сексуальное возбуждение начинают казаться «вторичными» по отношению к агрессии и (или) сексуальному возбуждению Другого, что защищает от чувств вины и стыда. Так, если собственная агрессивность считается необходимой реакцией на агрессию со стороны Другого, представляясь единственной формой контроля этого Другого ради собственного выживания, то она уже не влечет за собой столь разрушительного чувства вины.

В модели экспрессивной терапии, разработанной О. Кернбергом, утверждается необходимость интерпретации проективной идентификации, т. е. недвусмысленное дезавуирование метакоммуникативного требования, заключенного в ней. На наш взгляд, интерпретация как достаточно сильная терапевтическая интервенция применима к проективной идентификации лишь на относительно «продвинутом» этапе терапии. На начальных фазах процесса кажется уместной более *щадящая* тактика. При обсуждении особенностей психотерапевтического «ответа» на метакоммуникативное требование контроля

над неуправляемыми чувствами уже затрагивалась проблема соотношения «контейнирования» и интерпретации как тактик психотерапевтического взаимодействия с пациентом, для которого проективная идентификация является идиосинкразическим защитным механизмом и способом коммуникации. Когда психотерапевту диктуется такое метакоммуникативное требование, как «Раздели со мной ответственность за мою "плохость", наиболее адекватным психотерапевтическим "ответом"», по мнению большинства исследователей проективной идентификации, становится исследование реальных событий во взаимодействии.

Х. Томэ и Х. Кэхеле в развернутой форме описывают последовательность этапов этого исследования, обращая внимание на эмпатический контакт с пациентом, предшествующий интерпретации: «Поведение пациента навязывает взаимодействие, которое аналитик не может понять до тех пор, пока он не даст этому происходить в течение некоторого времени. Эмпатический контакт с проецируемыми компонентами Я, который подчеркивают многие авторы, основывается на бессознательном понимании текста этого взаимодействия. С помощью аналитика, вовлеченного во взаимодействие и его интерпретаций пациент может осознать проецируемые на Другого компоненты своего собственного Я. Это признание своего Я предшествует реинтеграции отдельных компонентов. До тех пор, пока индивид отчуждается от компонентов своего Я, они не могут быть приняты и объединены» [16. - Т. 2. - С. 215].

До сих пор шла речь о неуправляемых и неприняемых чувствах, вкладываемых в Другого в процессе проективной идентификации. Обсуждались позиции авторов, в большей степени интересующихся деструктивными аспектами проективной идентификации, Традиция исследования проективной идентификации как деструктивного «вложения» в Другого берет свое начало от классических работ М. Кляйн, которая рассматривала проективную идентификацию как прототип агрессивных объектных отношений. Исследовались ранние и примитивные фантазии, свойственные шизоидно-параноидной позиции, о внедрении в мать или проецировании в тело матери отделившихся (в результате расщепления) частей своего тела для причинения ей вреда (М. Klein, 1946; М. Klein et al., 1952). Позднее Паула Хайманн (1966) отмечала, что в процессе проективной идентификации происходит идентификация пациента со своей отвергающей матерью. М. Пордер в более общем виде утверждает, «что наилучшим образом можно понять проективную идентификацию как компромиссное образование, включающее в качестве главного компонента идентификацию с агрессором» (цит. по: [16. - Т. 2. - С. 214]). Р. Урсано, С. Зонненберг и С. Лазар отмечают, что в процессе проективной идентификации пациент «продолжает идентифицировать себя с враждебностью» (Урсано Р. и др., 1992.-С. 135).

В связи со столь распространенным пониманием проективной идентификации как агрессивного «вложения» в Другого, Н. Хамилтон (1986) специально привлекает внимание исследователей к ее позитивным аспектам. Им обсуждается процесс «позитивной проективной идентификации», когда на другого человека проецируются «хорошие» и «любящие» Я-репрезентации, с тем чтобы через повторную интроекцию активизировать развитие позитивных объектных отношений, используя эмпатическую связь с принимающим объектом. По мнению Х. Томэ и Х. Кэхеле [16], представления Н. Хамилтона о «позитивной проективной идентификации» отчасти перекликаются с представлениями Х. Кохута об «идеализируемом» и «отзеркаливаемом» Я-объектах.

Кажется очевидным, что использование позитивной проективной идентификации как способа активизации развития позитивных объектных отношений возможно в случаях нормального, не нарушенного дефицитом идеализации и отзеркаливания развития личности. В клинических случаях само наличие «хороших» и «любящих» Я-репрезентаций находится под вопросом. Именно поэтому в процессе проективной идентификации Другому навязывается ме-таккоммуникативное требование признания «хорошести» Я. При обсуждении видов проективной идентификации, выделяемых С. Кашданом (1988), отмечалось, что кажется возможным рассматривать в качестве бессознательной попытки добиться признания

«хорошести» Я проективную идентификацию не только инграции, но и власти. Если в процессе проективной идентификации ин-грации Я пытается заслужить подтверждение собственной «хорошести», то в процессе проективной идентификации власти такое подтверждение агрессивно завоевывается. Напомним, что Х. Кохут рассматривал нарциссический гнев как попытку сохранить самоуважение в условиях дефицита «отзеркаливания». По сути, проективная идентификация власти является крайним способом сохранить самоуважение, требуя от Другого признания превосходства, «лучшести» Я. Если не удастся заслужить признательности и восхищения Другого ни лестью, ни самопожертвованием, ни демонстрацией необыкновенных способностей (такие «техники» инграции описываются исследователями манипулятивного поведения: М.Джонс, 1964; А.Якубик, 1983), то приходится завоевывать уважение к Я как сильному и могущественному, дискредитируя Другого, «вкладывая» в Другого чувства слабости и неэффективности. В таком случае признание «хорошести», даже «лучшести» Я становится необходимым условием получения поддержки (в форме властного руководства), обеспечивающей выживание Другого.

Метакоммуникативное требование пациента «Признай мою хорошесть» ставит психотерапевта перед выбором интерпретации либо эмпатического восполнения дефицита «отзеркаливания» в качестве ведущей тактики психотерапевтического взаимодействия. Преимущества каждого из этих способов взаимодействия обсуждаются в работах О. Кернберга и Х. Кохута.

Таким образом, мы попытались прояснить различия в понимании *функций проективной идентификации*, соотнеся их с характером метакоммуникативных требований. Как уже отмечалось, различия в понимании проективной идентификации касаются и того, представляется ли этот процесс преимущественно интрапсихическим интерперсональным, либо тем и другим одновременно. Сторонники кляйнианского направления рассматривают проективную идентификацию как *интрапсихический феномен*. Начиная с работ с В.Биона, все большее внимание обращается на *коммуникативную функцию* проективной идентификации и при этом подчеркивается, что проективная идентификация бессознательно используется ради воздействия на другого человека. Такие исследователи, как Дж. Гротштейн (1981), Х. Ракер (1968), Дж. Сандлер (1987), отмечают, что проективная идентификация «выводит» проекцию из внутреннего мира и переносит ее в реальность интерперсональных отношений. Т. Огден (1982) описывает проективную идентификацию как паттерн интерперсонального поведения, вынуждающий другого человека вести себя в строго ограниченном режиме. Проективная идентификация, по Огдену, представляет собой трехстадийный процесс. За первой стадией проективной фантазии следует стадия индукции «внушения» реципиенту, что тот должен идти по пути проективной фантазии. На третьей стадии реципиент отвечает теми чувствами и реакциями, которые вызваны проективными манипуляциями. Сходным образом описывает этапы процесса проективной идентификации С.Кашдан (1988), определяя проективную идентификацию как «поведенческий отпрыск» проективных фантазий. На первом этапе желаний, вызванных проективной фантазией, трансформируются в метакоммуникативные сообщения, предназначенные контролировать поведение реципиента. На втором - поведенческой индукции-реципиент увлекается в рамки образа, задаваемого той или иной проективной идентификацией. На третьем этапе происходит внедрение проективной идентификации в ответ реципиента.

Различия в понимании проективной идентификации относятся и к проблеме ее генеза. В кляйнианской традиции речь идет о врожденных фантазиях, лежащих в основе проективной идентификации. Другие исследователи склонны обнаруживать в генезе проективной идентификации паттерны интерперсонального поведения (по сути, метакоммуникативные паттерны), складывающиеся у человека в самом раннем детстве с целью вынуждения других людей, ответственных за выживание, вести себя определенным образом.

Несмотря на ряд различий в понимании феномена проективной идентификации, всеми

исследователями признается направленность этого процесса на формирование и поддержание симбиотических отношений с Другим (внутренним объектом и (или) другим человеком). Об этом свидетельствует сама лексика описания проективной идентификации с использованием таких метафор, как «вкладывание» «внедрение», «контейнирование», «завлечение», «удержание». В отечественной традиции в исследованиях проективной идентификации (Е.Т.Соколова, 1995, 1996, 1997; Е.Т.Соколова, В.И.Бурлакова, 1986; Е.Т.Соколова, Е.П.Чечельницкая, 1997, 1998, 2001) также акцентируется направленность проективной идентификации на подконтрольность симбиотической эмоциональной связи. Проективная идентификация понимается нами одновременно в интра- и интерпсихическом аспектах: как примитивная форма самосознания, в которой образы себя и другого недостаточно дифференцированы; но это также и паттерн (шаблон, стиль) общения («метакоммуникация», по П. Вацлавику), в котором находят свое не прямое выражение базовые потребности, нужды Я, удовлетворение которых было травматическим образом фрустрировано в раннем детстве неотзывчивым отношением Другого. (Заметим, что на быденном языке феномен проективной идентификации описать значительно проще: уловки, самообманы и окольные пути, которыми человек стремится достичь желаемого, если «прямой» путь к цели прегражден.) С точки зрения регуляторных функций, выполняемых проективной идентификацией, их цель состоит в восполнении дефицитарной самооценности и обеспечении подконтрольности симбиотической эмоциональной связи со значимым Другим. Спроецировав в Другого часть своего Я или «позаимствовав» ее от Другого, пациент становится с ним неразрывно связанным, поскольку только во взаимозависимости он способен компенсировать собственную самонедостаточность

Наряду с общим для большинства современных исследователей представлением о направленности проективной идентификации на сохранение симбиотической эмоциональной связи их объединяет повышенный интерес к контрпереносным чувствам, которые рассматриваются как «вложенные» в психотерапевта «части личности пациента» и поэтому считаются крайне важными для диагностики личностных особенностей и выбора тактики психотерапевтического взаимодействия.

Контрперенос - главный метод понимания метакоммуникативного требования, передаваемого посредством проективной идентификации

Среди современных исследователей феномена контрпереноса (О. Кернберг, Дж. Мастерсон, Х. Мейерс, Т. Огден, С. Кашдан, Х. Томэ, Х.Кэхеле, П.Кейсмент, М.Кан, П.Хайманн и др.) достаточно широкое распространение получила классификация контрпереносных чувств, представленная в работе М.Кана (1997). Резюмируя позиции, представленные в литературе, М.Кан предлагает различать четыре вида контрпереносных чувств:

- 1) являющиеся результатом реалистических, свободных от конфликта реакций терапевта на чувства и поведение пациента внутри и вне сессии;
- 2) являющиеся результатом реалистических реакций терапевта на собственные превратности судьбы;
- 3) являющиеся результатом стимуляции пациентом неразрешенных конфликтов в терапевте;
- 4) являющиеся результатом интенсивных, примитивных, регрессивных перенесений пациента и представляющих собой следствие примитивных защит пациента в переносе.

К последнему виду относятся и контрпереносные чувства, «вкладываемые» пациентом в терапевта в процессе проективной идентификации. Вслед за П.Хайманн (1950), утверждавшей, что такие контрпереносные чувства создаются пациентом и являются частью личности пациента, большинство авторов склонны видеть в них «инструмент исследования бессознательного пациента». При этом во-первых, привлекается внимание к проблеме распознавания такого вида контрпереносных чувств, к необходимости супервизии либо

«внутренней супервизии» для прояснения их природы. Во-вторых, обсуждаются вопросы повышения эффективности использования «вложенных» контрпереносных чувств в диагностических и терапевтических целях. В-третьих, рассматриваются особо интенсивные контрпереносные чувства, возникающие в процессе взаимодействия с пациентом с личностным расстройством.

Если в своей ранней работе П.Хайманн (1950), опираясь на кляй-нианскую концепцию проективной и интродективной идентификации, утверждала, что все контрпереносные чувства созданы пациентом, то позднее она стала говорить о необходимости различения контрпереноса как эмоциональной ответной реакции на перенос пациента и «переноса аналитика», связанного с непроработанными бессознательными конфликтами. Вначале основной задачей П. Хайманн являлось привлечение внимания к «положительной ценности контрпереноса» [16. - Т. 2. - С. 135], к возможности использования контрпереноса в качестве инструмента исследования бессознательного. Она подчеркивала: «Наше основное положение заключается в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Это взаимопонимание на глубинном уровне достигает поверхности в форме чувств, которые отмечает аналитик в реакции на своего пациента, в своем "контрпереносе". Это наиболее динамичный путь, когда голос пациента достигает сознания аналитика. Сопоставляя чувства, возникающие в нем благодаря ассоциациям и поведению его пациента, аналитик владеет наиболее ценными средствами для проверки того, понял ли он или не смог понять пациента» [16. - Т. 2. - С. 138].

Таким образом, эмпатия терапевта к собственным чувствам и способность к «самосупервизии» в терапевтической ситуации позволяют различать и использовать контрпереносные чувства для углубленного понимания трудновыразимых в словах смутных чувств и неясных неоформленных переживаний пациента.

О важности различения контрпереносных чувств и распознавания тех, которые являются «ключом» к пониманию метакоммуникативного замысла пациента, пишут разные авторы. Так, П.Кинг (1978) в своей статье «Аффективная реакция - ответ аналитика на коммуникацию пациента» подчеркивает: «Самое важное - различать контрперенос как патологическое явление и аффективную реакцию-ответ аналитика на коммуникацию пациента» (Цит. по: [7. - С. 113]). При этом акцентируется необходимость супервизии и «внутренней супервизии» для понимания природы контрпереносных чувств, с тем чтобы повысить эффективность их использования в диагностических и терапевтических целях.

Эффективность использования «вложенных» контрпереносных чувств в качестве «инструмента исследования бессознательного пациента» (а значит, и «психотерапевтического» инструмента) зависит, прямо или косвенно, от целого ряда факторов. К наиболее значимым можно отнести следующие:

восприимчивость психотерапевта к воздействию, оказываемому на него пациентом в процессе проективной идентификации;

способность психотерапевта к адекватному «обращению» с «вложенной» частью Я пациента; умение психотерапевта реконструировать, «расшифровывать» метакоммуникативное послание-требование.

По сути, решающее значение восприимчивости психотерапевта как фактору, обеспечивающему «продвижение» лечения, придавал уже З.Фрейд (1910), когда подчеркивал, что ни один психоаналитик не продвинется дальше, чем позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления. Иными словами, акцентировалось, что если психотерапевт «полон» внутренними комплексами, то не остается места для части Я пациента; что внутреннее сопротивление не позволяет воспринять чувства пациента во всей полноте.

Восприимчивость психотерапевта к бессознательной коммуникации пациента проявляется, с точки зрения П.Кейсмента (1995), в его резонансе на интерактивное давление. Подобная реакция возникает в результате совпадения того, что относится к личности психотерапевта, и материала, исходящего от пациента. Для того чтобы стать более

восприимчивым к пациентам, психотерапевту необходимо получить доступ к бессознательным резонансам в пределах как можно более широкого диапазона чувств. Каждый человек обладает потенциальной способностью резонировать на любые переживания, но пока сохраняются неразрешенные сферы подавления или длительного неблагоприятного воздействия, продолжают оставаться и такие чувственные уровни и зоны, которые омертвели и неспособны к реакции-ответу. Поэтому психотерапевту следует стремиться к расширению диапазона эмпатического резонанса и особенно к открытию «инаковости» другого человека. Чем более свободно, по мнению П. Кейсмента, резонирует психотерапевт на незнакомые «ключи» - или диссонирующие «гармонии» - других, тем сильнее это будет повышать чувствительность к тому, что бессознательно передается пациентом в процессе проективной идентификации.

Когда психотерапевт, в силу открытости воздействию, смог воспринять, «вместить в себя» передаваемое содержание, перед ним встают новые задачи. Нужно быть способным к адекватному «обращению» с контрпереносными чувствами и уметь расшифровать метакоммуникативное требование, навязываемое пациентом. Адекватное «обращение» с контрпереносными чувствами предполагает, что, с одной стороны, они неотреагируются вовне, а с другой - могут выражаться, если это способствует прогрессу в лечении. Бывают случаи, когда аналитику особенно необходимо улавливать проявления контрпереноса и возможность их открытого выражения через включение в интерпретацию. П.Хайманн (1978) в статье «О необходимости аналитику быть естественным со своим пациентом» описывает случай, когда ее самосупервизия не смогла предложить ей ничего лучшего, чем прямое сообщение пациентке о своих чувствах, проясняя тем самым пациентке, как та воздействует на объект. П.Кейсмент (1995) подчеркивает, что психотерапевту следует избегать сообщений о своих переживаниях до тех пор, пока не станет окончательно ясно, что имеет место бессознательная коммуникация, так же как необходимо воздерживаться от отреагирования вовне, «вкладываемых» пациентом чувств. Х.Томэ и Х. Кэхеле (1996) обращают внимание на тот существенный, по их мнению, момент, когда сообщения о чувствах следует давать с точки зрения комплиментарности, т. е. с позиции наблюдения и реалистического опыта, доступной терапевту, но недостающей пациенту. В этом смысле в психоанализе говорят о дополнительной роли, которую терапевт разыгрывает в альянсе с пациентом (Дж.Сандлер).

По сути, разными авторами подчеркивается, что решение о выражении либо невыражении контрпереносных чувств во многом определяется характером метакоммуникативного требования. Расшифровка, реконструкция метакоммуникативного требования, «ключом» к пониманию которого становятся контрпереносные чувства, предполагает ряд шагов. Х.Томэ и Х. Кэхеле описывают их в рамках процесса, начинающегося с признания «вложенного» характера контрпереносных чувств и заканчивающегося выяснением, что является целью проекции: «Первым шагом аналитика должно быть признание того, что некоторое определенное переживание в контрпереносе было в действительности вызвано пациентом. Затем он должен обнаружить доступ к предполагаемым фантазиям пациента и соотнести их со средствами (выражения, жесты, поведенческие паттерны и т.д.), которые пациент использует в ходе взаимодействия для того, чтобы вызвать у аналитика соответствующее переживание. И, наконец, аналитик должен выяснить, что является целью проекции: напасть на связь пациента с аналитиком и лишить аналитика способности мыслить или передать внутреннее состояние, не выраженное вербально» [16. - Т. 2. - С. 213].

В качестве одного из этапов реконструкции метакоммуникативного требования разные авторы описывают процесс выдвижения гипотезы о комплиментарном либо конкордантном характере контрпереносных чувств.

Само понятие «комплиментарная позиция» было введено в употребление Э.Дейч (1926); различать же комплиментарные (дополнительные) и конкордантные (согласующиеся) контрпереносные чувства предложил Дж. Ракер (1957), основываясь при этом на клинических представлениях о проективной и интроективной идентификации. О.Кернберг (1989)

подчеркивает, что конкордантная идентификация помогает тонкому эмпатическому пониманию пациента а комплиментарная - значимого Другого.

В то же время, отмечает О. Кернберг, конкордантная идентификация несет в себе риск сверхидентификации, а комплиментарная -снижения эмпатии к текущему центральному переживанию пациента. Такие риски следует учитывать при реконструкции метакоммуникативного требования с опорой на контрпереносные чувства. Одной из попыток «расшифровки» метакоммуникативных требований является их формулирование на языке ролевой теории. Дж. Санд-лер (1977) констатирует, что важную часть отношений с объектом составляют манипуляции, с помощью которых пациент старается заставить аналитика вести себя определенным образом, «быть в роли». Он отмечает, что осознание навязываемой роли позволяет проследить взаимодействие до интрапсихических ролевых отношений. По существу, в терминах ролей обсуждается, от кого к кому адресовано метакоммуникативное требование. Как уже отмечалось, способности психотерапевта к адекватному «обращению» с контрпереносными чувствами и к расшифровке метакоммуникативного требования проверяются во взаимодействии с пациентом, страдающим личностным расстройством. Особенности контрпереноса на пациента, страдающего личностным расстройством, обсуждаются в работах О.Кернберга (1989), Р.Урсано и др. (1992), Р.Чессика (1993), В. Мейсснера (1993) и других авторов, привлекающих внимание к интенсивности, некоторой хаотичности контрпереносных чувств и необходимости их «утилизации». Для такого пациента типично использование примитивных защитных механизмов, в том числе проективной идентификации. О.Кернберг (1975; 1984; 1989) считает, что в процессе проективной идентификации на психотерапевта проецируется часть Я, от которой следует защищаться (вину за «плохость» которой пациент стремится разделить с терапевтом). Пациент при этом выискивает в Другом признаки поведения, подтверждающие, что тот находится под влиянием спроецированной части. Пациент бессознательно пытается спровоцировать терапевта на воплощение патологических проекций. В этих условиях терапевту следует быть особенно внимательным, не допуская ни отрицания, ни отреагирования вовне «вложенной» в него «плохости» О. Кернберг придает решающее значение супервизии, в процессе которой становится возможным использовать контрпереносные чувства для лучшего понимания пациента, в том числе и его метакоммуникативных требований. Он особо подчеркивает, что стремление уйти от профессиональной экспертизы, отказ от записей и обсуждения случая следует рассматривать в качестве признаков выраженного контртрансфера. В целом О.Кернберг считает, что контрпереносные чувства являются «окнами» во внутренний опыт пациента. Аналогичной точки зрения придерживаются большинство современных исследователей контрпереносных чувств, полагая, что последние выполняют «критическую сигнальную функцию»

Исходя из отечественной традиции, мною развивается сходная идея: «Специфика контакта с пограничными пациентами в силу недоразвития или несформированности отношений привязанности со значимым Другим и образовавшейся в Я "дыры", "пустоты" состоит в целенаправленном систематическом использовании контрпереносных чувств как главной терапевтической альтернативы сверхзависимости. Благодаря эмоциональному отклику терапевта... восстанавливается одновременно оборванная связь со значимым Другим (в роли которого выступает терапевт) и прямая непосредственная связь с актуальными нуждами, потребностями и чувствами» [14.-С. 202].

Использование контрпереносных чувств становится главным терапевтическим методом восстановления эмоциональной связи в диаде Я-Другой на этапе «актуализации базовой структуры внутреннего диалога» (Е.Т.Соколова, Н. С.Бурлакова, 1986). Контрпереносные функции на этом продвинутом этапе психотерапии:

1)дают тонкое, дифференцированное понимание «пустоты» в пациенте, области внутренней жизни пациента, которая дефицитарна или отсутствует; а также понимание скрытых манипуляций пациента, его защитных стратегий;

2) являются катализатором, эмоционально вовлекающим пациента в психотерапию, отчасти ускоряющим ее течение. В этом смысле контрпереносные чувства способствуют организации выражения чувств;

3) помогают выбрать точную позицию себя как психотерапевта с опорой на свой личный опыт, на свои сильные стороны;

4) в виду того, что исток душевных расстройств пациента сдвигается к нарушенным отношениям с матерью на самых ранних этапах онтогенеза, контрпереносные чувства, используемые в качестве инструмента в психотерапии, отвечают довербальному эмоциональному характеру нарушений;

5) дают право психотерапевту не только формально, но и по сути показать изначальную, «метакоммуникативную» природу манипуляций в силу того, что психотерапевт сам испытал их воздействие на себе.

Теоретический анализ проблемы метакоммуникации показывает что этот феномен, по-разному называясь, в течение многих десятилетий находится в центре исследовательского интереса. Особенностью большинства исследований метакоммуникации является то, что исследователь (он же психотерапевт) вовлечен в исследуемый процесс двояко: он позволяет своему Я оказываться в раздвоенной позиции: эмоционально включенной и исследовательски нейтральной' при этом каждой из позиций предписано выполнять свою терапевтическую функцию. «Включенная позиция» исследователя может как препятствовать, так и способствовать развитию представлений о метакоммуникации. Когда исследователь оказывается «сверхвовлеченным», ему не удастся избежать строгой этической оценки манипулятивных действий, и такая оценка становится препятствием на пути их научного исследования. Когда исследователь пытается полностью абстрагироваться от своей включенности в процесс метакоммуникации, он описывает этот процесс максимально формально. С одной стороны, это способствует развитию представлений о возможных стадиях (этапах) процесса метакоммуникации, с другой - значительно затрудняет формирование гуманистической установки у «реципиента» по отношению к «проектанту». Наиболее оптимальным является осознанное использование исследователем своей «включенной позиции» для получения ценной информации о переживаниях пациента. Тогда становится возможным и существенно расширить теоретические представления о генезе, структуре и функциях метакоммуникации, и выбрать адекватную стратегию психотерапии. *Рефлексия контрпереносных чувств способствует лучшему пониманию нужд пациента, лежащих в основе метакоммуникации* [15].

Сравнительный анализ существующих в литературе точек зрения на жизненно важные потребности как способы психологического выживания, дефицит удовлетворения которых приводит к развитию жесткой системы метакоммуникации, показывает следующее. Большинство авторов прямо или косвенно подчеркивают, что для младенца имеет жизненно важное значение удовлетворение матерью таких потребностей, как потребность в признании, утверждающем существование Я, и потребность в разделении с Другим «невыносимых» переживаний, угрожающих разрушить Я изнутри. По сути, описываются две формы отзывчивости Другого как неотъемлемые составляющие «достаточно хорошего материнства»: «отзеркаливание» и «контейнирование». Младенец требует постоянного «отзеркаливания» своего существования, ему необходимо «быть замеченным», «быть увиденным» любящей, равнодушной матерью; в противном случае он переживает ужас аннигиляции. В те Моменты, когда младенца переполняют невыносимые, неконтролируемые переживания, угрожающие разрушить Я изнутри, он требует, чтобы мать обеспечила «контейнирование» и метаболизацию пугающих переживаний, разделила страх и «напитала» покоем. При дефиците каждой из этих форм отзывчивости со стороны матери возникает необходимость в манипуляциях, становящихся ведущими способами интрапсихической и интерперсональной коммуникации.

4. КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В чем же заблуждаются все люди, когда желают счастливой жизни? В том, что принимают средства к ней за нее самое и чем больше к ней стремятся, тем дальше от нее оказываются.

Взгляни, что доводит нас до безумия и что мы теряем со слезами, - и ты поймешь, что горек не урон, а мнение о нем. Никто не чувствует потери, - о ней только думают.

Луций Анней Сенека

Видный современный методолог, теоретик и исследователь в области когнитивно-конструктивной терапии Майкл Мэхоби (1993) видит неслучайную параллель между принципами и практиками самовоспитания души и разума, провозглашенными еще античными стоиками и эпикурейцами, и «жизненной философией» когнитивной психотерапии. Из учений античных философов была почерпнута идея панкогнитивизма, согласно которой в основе природы лежит «логос» - разум, идея, разлитые во всем сущем, обеспечивающие неодушевленным предметам устойчивое состояние, растениям - произрастание, животным - самодвижение, а богам и человеку - разум. Следовательно, для человека жить согласно своей природе, значит «жить по разуму», что и будет соответствовать его главной нравственной цели - достижению добродетели. Этика стоиков (Зеннона, Клеанфа, Хрисипа) требовала максимальной рационализации эмоций и страстей, в качестве основных добродетелей человека провозглашала независимость, бесстрашие, обуздание неумных желаний и умеренность. «Диалоги» Платона и «Письма к Луцию» Сенеки - прекрасная иллюстрация метода самосовершенствования. Это живая беседа, напоминающая одновременно и проповедь и беседу друзей-единомышленников; поучение, убеждение, опора на примеры из жизни, легко запоминающиеся и входящие в душу сентенции - вот главные приемы воспитания души.

Позже рационалистическая философия Бэкона с ее оптимистической оценкой возможностей человеческого разума, эмпиризм Локка и Гоббса с его принципом доверия эмпирическому опыту и эмпирической проверке логических выводов, так же как и философия позитивизма У. Джемса, завоевавшая огромную популярность в XIX в., несомненно, составили философское основание когнитивизма и когнитивной терапии.

Когнитивно-ориентированная терапия сегодня - это более 20 различных систем и модификаций направления, у истоков которого в 1950-1960-е гг. стояли А. Бек, А. Эллис, Дж. Келли, каждый из которых, в свою очередь, отличался мерой близости к клинической практике, философско-этическим системам и экспериментальной психологии.

Иными словами, говоря о когнитивной психотерапии, мы по необходимости, в сугубо дидактических целях, упрощаем реальную карту неоднородного пространства когнитивно-ориентированной терапии, одни модели которой на сегодняшний день гораздо ближе к психодинамической ориентации; другие тяготеют к рефлексии эпистемологического аспекта когнитивизма как теории познания; третьи представляют собой специальные узкоспецифические технологии модификации когнитивно-поведенческих схем и т.д. Естественно, далеко не все нюансы мы сможем учесть при их обобщенном изложении.

Обрисуем схематично пространственно-временной контекст оформления когнитивной терапии в рамках когнитивизма 1950-1960-х гг. в США. Нет сомнения, что кроме «философии оптимизма» впечатляющие достижения теории информации и кибернетики, а несколько позже интеграция когнитивизмом достижений психобиологии «подпитывали» гуманистический пафос формирующейся модели человека. В противовес «психоаналитическому человеку» с его беспомощностью перед лицом мощных сил иррационального и бессознательного провозглашалась модель «человека познающего», способного прогнозировать будущее, контролировать настоящее и не обращаться в раба своего прошлого.

Кроме того, широкой популярностью этого направления способствовала вера в позитивные изменения, достичь которые человек способен, перестраивая способы своего мышления, тем самым изменяя субъективную картину мира. Таким образом укреплялось представление о «человеке разумном» - *исследующем* способы своего познания мира, *перестраивающем* их, *создающем* новые представления о мире, в котором он - *активный деятель*, а не пассивная пешка.

В дальнейшем, правда, клиническое приложение этих принципов значительно снизило градус их оптимизма, заставило изменить представление о мере свободы человека, осознать серьезные ограничения в способности самоисследования человека-пациента» кардинально изменить стиль общения с пациентом (с платоновско-диалогического на прямолинейно-директивный), увидеть узость (хотя и прагматическую выигрышность) симптомо-фокусированной терапии.

Со второй половины 1980-х гг. значительной ревизии подвергается и первоначально упрощенное представление о бессознательном как об исключительно разрушительной силе, «искажающей» реалистическое видение реальности и приспособление к ней. Особенно в варианте структурного когнитивизма (В. Гвидано, Дж. Лиотти) возрождается интерес к психологии развития, причем не только развития собственно познавательных процессов, но в первую очередь эмоциональных отношений со специальным акцентом на роли «отношения привязанности», «истории образования и разрушения эмоциональных уз» (Дж. Боулби). Естественно, что новый пересмотр соотношения аффективных и когнитивных процессов в порождении когнитивных ошибок не мог не повлиять на теоретическую модель терапии. Гораздо больше внимания стало отводиться сложной динамике терапевтических отношений в качестве фактора, облегчающего или затрудняющего когнитивную перестройку.

Среди тенденций 1990-х гг. отметим также общее усиление интегративных тенденций, благодаря которым укрепилась связь конструктивистского направления с гуманитарными дисциплинами - семиотикой, психолингвистикой и герменевтикой, что выдвинуло на первый план проблему «значения» и поставило задачу разработки новой методологии, способной сочетать принципы феноменологической понимающей психологии и классической экспериментальтики (вариант конструктивной психотерапии М.Мэхони, Р.Неймейера и др.). Намечился союз клинических направлений с социально-психологическими и этологическими (например, «диатез-стресс модель» аффективных нарушений, союз индивидуальной когнитивной терапии с системной семейной). Личностные и психосоматические расстройства все более ставятся во главу угла, заставляя пересматривать базовые теоретические конструкции, «добавляя» к разработанным ранее системам «включения» из современных психодинамических концепций и теории объектных отношений.

Тем не менее, несмотря на пестроту подходов, изменения в наибольшей степени затрагивают, на наш взгляд, скорее концептуальный аппарат и теоретическую рефлексию исходных положений, в то время как практика психотерапии оказывается более консервативной, сохраняя в целом приверженность ставшим уже классическими стратегии и методам. Имея в виду названные вкратце тенденции, обратимся к изложению наиболее общих положений двух фундаментально разработанных терапевтических систем - когнитивных моделей А. Бека - А.Эллиса и структурной модели В. Гвидано и Дж.Лиотти.

Модели когнитивной терапии А. Бека и А.Эллиса

Аарон Бек - один из пионеров и общепризнанных лидеров когнитивной терапии депрессий. Степень доктора медицинских наук он получил в 1946 г. в Йельском университете, в настоящее время является профессором психиатрии Пенсильванского университета. А. Бек - автор многочисленных публикаций (книг и научных статей), в которых подробно излагаются как основы теории, так и практические рекомендации по оказанию психотерапевтической помощи при суицидальных попытках, широком круге тревожно-фобических расстройств и депрессий. Его фундаментальные руководства (*Cognitive Therapy and the emotional disorders*,

Cognitive therapy of depression) впервые увидели свет в 1967 и 1979 гг. соответственно и с тех пор считаются классическими трудами и неоднократно переиздавались. Один из последних трудов А. Бека (1990) представляет когнитивный подход к терапии личностных расстройств.

Альберт Эллис - автор и создатель рационально-эмотивной терапии - РЭТ, разрабатывает свой подход с 1947 г., в том же году он получил докторскую степень по клинической психологии в Колумбийском университете (Нью-Йорк). Там же в 1959 г. А. Эллис основал Институт рационально-эмотивной терапии, исполнительным директором которого он является и по сей день. А. Эллис - автор более чем 500 статей и 60 книг, которые раскрывают возможности применения рационально-эмотивной терапии не только в индивидуальном формате, но также в сексуальной, супружеской и семейной психотерапии (см., например: *The Practice of Rational-Emotive Therapy*, 1973; *Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive approach*, 1973; *What is Rational-Emotive Therapy (RET)*, 1985 и др.).

А. Эллис активно содействует интеграции различных направлений современной психотерапии. В 1993 г. при поддержке его института была организована конференция «Встреча умов, ментали-тетов» (*A Meeting of the Minds*), в которой приняли участие такие известные в мире психотерапии фигуры, как О.Кернберг, Дж.Норкросс, Э.Бёрн.

А. Бек и А. Эллис начинали свою профессиональную практику с применения психоанализа и психоаналитических форм терапии; оба, испытав разочарование в этом направлении, направили свои усилия на создание терапевтической системы, способной оказать помощь клиентам в более короткие сроки и более сфокусированной на задаче улучшения их личной и социальной адаптации за счет осознания и коррекции неадаптивных мыслительных схем. В отличие от А. Бека, А. Эллис в большей мере склонен был рассматривать иррациональные убеждения не сами по себе, но в тесной связи с бессознательными иррациональными установками личности, которые он называл убеждениями. Перейдем теперь к изложению теории и практических следствий каждой из этих двух моделей.

Модель когнитивной терапии А. Бека

В сжатом виде А. Бек определяет когнитивную терапию (КТ) как краткосрочный вид психотерапевтического воздействия для обнаружения и последующего исправления ригидно устойчивой связи между привычными мыслительными ошибками и психопатологией. Иными словами, сами психологические нарушения - тягостные чувства, дезадаптивное поведение и психопатологические симптомы, по А. Беку, являются следствием присущего человеку «неадаптивного» способа восприятия и переработки (структуриации) информации о происходящем с ним и с его окружением. *Когниции* - вербальные суждения или образы восприятия любой модальности - связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями; делаемые далее выводы рассматриваются как гипотезы, подлежащие проверке. Сочетание вербальных методов и техник модификации поведения применяется для обнаружения и последующей коррекции искажающих реальность представлений, а также более общих дисфункциональных убеждений, лежащих в их основе.

Таким образом, отличительными особенностями КТ являются ее *активность, структурированность, краткосрочность, симптомо-ориентированность*. Считается, что терапевтические изменения в патологических состояниях пациента происходят вследствие того, что его мышление и поведение становятся более реалистичными, гибко приспособляющимися к актуальным ситуациям и адаптивными.

КТ получила наиболее широкое распространение при лечении депрессий (А. Бек, 1976, 1985), тревожности, агора- и клаустрофобий и (А.Бек, Дж.Эмери, 1979, 1985; Р.Колеман, 1981), психосоматических нарушений, кризисных состояний (А. Бек, Дж. Эмери, 1979, 1985), супружеских и семейных конфликтов (Н. Эпштейн, 1983), одиночества (Дж. Янг, 1981). Руководства по КТ, выпущенные в последние годы, направлены на апробацию методов когнитивной терапии для лечения расстройств личности (А. Бек, 1993). Наряду с дальнейшей экспансией классической КТ в клиническую психологию все большее число сторонников

завоевывают интегративные модели, активно осваивающие подходы селф-психологии и теорию объектных отношений (В.Гвидано, 1987, 1991; Дж.Котро и Д.Моллард, 1986; Дж. Лиотти, 1988). Исследования в области эффективности КТ традиционно отличает строгое выполнение методологии экспериментальной психологии, тяготение к естественно-научной «объективистской» парадигматике с ее предпочтением точных методов оценки эмпирических данных. В то же время среди современных тенденций КТ наметился явный интерес к гуманитарным (философско-религиозным, феноменологическим) принципам познания человека, отчетливо выраженный у представителей психологии конструктивизма (М.Мэхони, 1993; Р.Неймейер, 1995).

Теоретические положения концепции А. Бека и модели психопатологии

В рамках когнитивной модели считается, что способы структурирования ситуаций и событий сильно влияют на аффективные состояния и поведение. Знания о событиях (в мыслях и образах) зависят от отношений и схем прошлого опыта, которые используются при классификации, интерпретации, оценке и обозначении этих событий. *Интерпретация* стрессовых ситуаций - активный и непрерывный процесс адаптации, включающий их сукцессивную оценку, мобилизацию способностей человека и риск, выбор, а также использование различных стратегий совладания со стрессом. В психопатологии в силу фрустрации витальных потребностей и возникающего ответного гиперстресса этот нормальный адаптивный процесс видоизменяется в основных своих звеньях, активизируется примитивная эгоцентрическая когнитивная система и повышается готовность к крайне односторонним, сверхобобщенным умозаключениям, решениям глобального масштаба. В связи с индивидуальной предрасположенностью и специфической уязвимостью к определенным стрессам неправильные интерпретации (концептуализации) событий вызывают ту или иную эмоцию, причем аффективная психопатология трактуется как сильное преувеличение нормальной эмоции. Так, *печаль* провоцируется готовностью воспринимать, концептуализировать, интерпретировать происходящее преимущественно в терминах *потери, лишения* чего-либо или *поражения*. При депрессии «нормальная» печаль будет трансформирована во всеобъемлющее чувство тотальной потери или полного фиаско; обычное стремление к предпочтению душевного спокойствия превратится в тотальное избегание любых эмоций, вплоть до состояния «эмоциональной тупости» и пустоты. На уровне поведения в этом случае возникают дезадаптивные реакции отказа от движения к цели, полный отказ от всякой активности. *Тревога* или *гнев* являются ответом на восприятие ситуации как *угрожающей*, а в качестве совладающей стратегии при тревожно-фобических расстройствах чаще всего становится избегание или агрессия на «агрессора» при активации эмоции *злости*.

Таким образом, в противоположность фрейдовской концепции приоритета «первичных» (архаических неосознаваемых аффективных) процессов в генезе и клинической картине психических расстройств КТ постулирует слабость и особую искаженную организацию «вторичных процессов» (когниций), выражающуюся в неадекватности способов переработки информации или неудаче в структурировании жизненных ситуаций, что приводит к трансформации «первичных процессов» в патологические симптомы. Иными словами, «сон разума порождает чудовищ». Практика КТ состоит в последовательном размыкании порочного круга неадаптивных мыслей, негативных эмоций и дисфункционального поведения через «мишенеориентированное» воздействие на когнитивное звено. На одно из замечаний А. Бека мы бы хотели обратить внимание в связи с его значением для дифференциации терапевтической стратегии. Мы имеем в виду различие индивидуальной чувствительности и уязвимости к стрессам и стрессорам определенного типа, что зависит, по мнению А. Бека, как от биологической предрасположенности (конституциональный фактор), так и от индивидуального биографического опыта. Например, человек, склонный к автономии и независимости, чувствителен к попыткам препятствовать свободе его выбора или достижению

цели. Более социально зависимый человек чувствителен к разрыву межличностных отношений, эмоциональным потерям и разочарованиям. Отсюда, на наш взгляд, можно сделать весьма эвристичный вывод о дифференциальной диагностике и психотерапии *двух видов* депрессий. Один из них в большей степени провоцируется фрустрацией потребностей в автономии, самоутверждении, достижении («перфекционизме») и как следствие ведет к развитию компенсаторной структуры «грандиозного Я». Другой же в большей степени связан с эмоциональной депривацией и развивается по типу «анаклитической депрессии» с последующим неустойчивым паттерном межличностных отношений, где эмоциональное избегание, изоляция и «эмоциональная тупость» сменяются сверхзависимостью и эмоциональным прилипанием к Другому. Если принимать во внимание личностный контекст депрессии, который до последнего времени в КТ игнорировался, то первый вид депрессии мы склонны соотносить с нарциссической личностной организацией, в то время как второй - с пограничной. Соответственно должны различаться стратегии терапевтической работы: одни пациенты требуют более бережного (по типу «контейнирования») отношения к обостренному самолюбию, уязвленной гордости и чувству стыда, с другими пациентами более подходящей будет, по-видимому, «холдинговая» стратегия по принципу эмоционального «допитывания».

Исходя из схемы А. Бека, внимание следует обращать прежде всего на когнитивную перегруженность, ригидность и логическую непоследовательность когнитивных процессов в случае их интенцио-нальной затронутости; отмечается снижение функций внимания, памяти, волевого самоконтроля; подчеркивается тенденция к генерализации, фиксации и воспроизводимости подобных неадаптивных когнитивных схем. Вместе с тем в своих работах последних лет, где когнитивные нарушения трактуются в более широком личностном контексте, А. Бек отмечает, что «различия в индивидуальной сензитивности связаны с различиями в личностной организации. *Автономная* и *социотропная* (курсив мой. - Е. Т.) личности реагируют на стрессогенные факторы, относящиеся к разным классам. Поэтому вероятность возникновения психологических нарушений во многом зависит от уязвимости человека, которая связана с его личностной структурой» [4. - С. 307].

Когнитивная триада и психопатологическая симптоматика при депрессии

Депрессия, по А. Беку, характеризуется «когнитивной триадой», отражая три основных паттерна негативных оценок - себя, окружающего мира и своего будущего. В соответствии с первым компонентом триады человек считает себя неполноценным и неадекватно действующим, беззащитным и «обделенным», с многочисленными моральными и физическими недостатками, источник и причина которых кроются в нем самом. Негативная оценка окружающего мира выражается в убеждении, что жизнь предъявляет к нему непомерные требования, что существуют непреодолимые препятствия для достижения жизненно важных целей, что мир абсолютно лишен каких бы то ни было удовольствий и радостей, а общение с окружающими людьми ничего, кроме плохого, не несет. Негативная оценка будущего хорошо заметна в убеждении, что текущие неприятности никогда не кончатся, будущее не сулит никаких радостей, а намеченные цели не смогут быть реализованы, так что, находясь в подобном состоянии, человек начинает рассматривать суицид как единственно доступный выход из безнадежности и тупика.

Мотивационные, поведенческие и физические симптомы депрессии образуются на базе этих когнитивных паттернов, фактически как их следствие. *Повышенная зависимость* появляется в связи с убеждением в собственной неспособности справиться с событиями или контролировать их. Таким образом, налицо отвращение к каким-либо целеполаганиям, пессимизм, *паралич воды* и часто отказ от всякой активности. *Суицидальные желания* также покоятся на пессимизме и безнадежности и, кроме того, отражают низкую толерантность к сложностям и противоречиям жизни, потребность избежать ее неподконтрольности и невыносимости. *Соматические проявления депрессии* - потеря энергии,

апатия, утомляемость, инертность - также связываются с когнитивным паттерном негативных ожиданий. Последнее находит наглядное подтверждение в позитивной динамике состояния при стимуляции активности пациента, которая уменьшает его заторможенность и снимает утомление, а опровержение негативных ожиданий и демонстрация позитивных достижений, включая активизацию его моторики, показывают возможность позитивных изменений всего депрессивного симптомокомплекса. Негативно ориентированное мышление - центральный процесс при депрессии. Предрасположенность концентрировать внимание преимущественно на негативном, похоже, рано складывается через индивидуальный опыт отождествления себя со значимыми другими и осознание отношения к себе других. Таким образом, эти отношения и убеждения, усвоенные в детстве, могут сохраняться и влиять в дальнейшем на когнитивные процессы.

Когнитивную модель депрессии удобно представить как искажение трех основных параметров:

- когнитивных элементов;
- когнитивных процессов;
- когнитивного содержания [2].

В процессе когнитивной терапии работа идет с когнитивными элементами двух уровней: а) *автоматическими мыслями*, образами отражающими процесс переработки текущей информации; б) когнитивными конструктами, или *базисными схемами*, применяющимися для классификации, интерпретации, оценки, обозначения событий, сложившимися в прошлом опыте. Остановимся подробнее на характеристике когнитивных элементов обоих уровней.

Автоматические мысли отличает своего рода рефлекторность, свернутость, сжатость, неподвластность сознательному контролю, быстротечность. Субъективно они переживаются как бесспорная данность, истина, не подлежащая проверке или оспариванию, по замечанию А. Бека, подобно словам родителей, услышанным маленькими и доверчивыми детьми. Этим комментарием, на наш взгляд, А. Бек обозначает, по сути дела, условность жесткого разведения автоматических мыслей и базисных схем - и те и другие испытывают влияние аффективного опыта прошлого, на основании которого и сложились. Для иллюстрации сошлемся на простые примеры: абитуриент, испытывающий панический страх перед экзаменом, «автоматически» считает получение низкой оценки «полным провалом»; человек, скорбящий по поводу смерти близкого, убежден, что «жизнь кончена». Анна Каренина, бросаясь под поезд, «уверена» в измене Вронского: «Гуда, на самую середину, и я отомщу ему!» Автоматические мысли такого рода «автоматически» ведут к эмоциональным и поведенческим реакциям, степень дезадаптивности которых варьирует в зависимости от индивидуальных особенностей и степени аффективной патологии от дисфорических колебаний настроения до суицидальных действий.

Неадаптивность автоматических мыслей, выражающаяся в искажении оценки внешней ситуации, объясняется дисфункциональностью лежащих в их основе *базисных посылок, или схем*. Последние представляют собой глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию. Индивидуальные базисные схемы могут быть адаптивными и неадаптивными, позитивными или негативными, идиосинкразическими или универсальными (М.Райт, А.Бек, 1984). При депрессии схемы неадаптивны, негативны, идиосинкразичны, чрезвычайно ригидны и имеют тенденцию к многократному повторению (персеверации), превращаются в устойчивые стереотипы и сопротивляются изменениям.

Складываясь в раннем детстве из опыта отношений с родителями, по-видимому, по механизму эмоционального запечатления, импринтинга, они впоследствии образуют что-то вроде обыденной философии жизни, ложатся в основу «жизненных сценариев», создавая *frame of reference*, призму, искажающую восприятие настоящего момента.

Для иллюстрации приведу здесь выдержку из «Письма к отцу» Ф.Кафки, где взрослый человек и знаменитый писатель признается в том, какое разрушительное воздействие на всю

его жизнь оказали (и, как свидетельствует текст, продолжали оказывать всю жизнь!) самые ранние детские впечатления: «Невозможность спокойного общения имела еще и другое, в сущности совершенно естественное, последствие: я разучился разговаривать. Я бы, конечно, и без того не стал великим оратором, однако обычным беглым человеческим разговором я все же овладел бы. Но Ты очень рано запретил мне слово. Твоя угроза: "Не возражать!" - и поднятая при этом рука сопровождают меня с незапамятных времен... я замолчал, сперва, возможно, из упрямства, а затем потому, что при Тебе я не мог ни думать, ни говорить... это сказывалось в дальнейшем на всей моей жизни».

Кстати, Ф.Кафку действительно всю жизнь мучила неуверенность в себе, убеждение в своей полной ничтожности и недееспособности, ему с величайшим трудом давались самостоятельные решения житейских вопросов, и, по-видимому, он страдал серьезным психическим расстройством типа депрессии или пограничной личностной патологии.

Задача изменения базисных посылок очень непроста, они сопротивляются изменениям и тяготеют к самоподкреплению по известному механизму «самореализующегося пророчества».

С усилением депрессии автоматические мысли все больше начинают зависеть от базисных посылок, чем от способности воспринимать эти негативные мысли или другую информацию объективно. Сверххвалентные, аффективно-заряженные схемы, лежащие в основе систематических ошибок мышления, называются «когнитивными искажениями». *Когнитивные процессы*, непосредственно вызывающие когнитивные искажения, характеризуются рядом специфических особенностей, совокупность которых мы называем «депрессивным стилем», и который согласно современным исследованиям не является узкоспецифичным исключительно для депрессий, но может быть обнаружен также при расстройствах тревожно-фобического круга (П. Жаре, А. Раш, 1988; Дж. Котро, Д. Моллард, 1988), ипохондрии (О. Рычкова, 1998), расстройствах питания (Р. Макферсон, 1988), соматизированной депрессии (Е. Рахманкина, 2000), пограничных расстройств личности, с которыми указанные расстройства коморбидны (Е.Т.Соколова, 1989, 1995; А.Бек, А.Фреман, 1990). Интегрируя результаты проведенных разными авторами исследований, дадим наиболее полное перечисление особенностей когнитивного стиля, генерирующего систематические когнитивные искажения (А.Бек, 1967; Н.Г.Гаранян 1996; Е.Т.Соколова. Базовые теории и методы психотерапии: Курс лекций, 1980-2000):

а) *произвольные умозаключения* - извлечение выводов в отсутствие подтверждающих факторов или даже при наличии факторов, про тиворечащих заключениям (перефразируя П.Вацлавика: «Если ты не любишь чеснок, значит, ты не можешь любить и меня!»);

б) *сверхообобщение* - выведение общих принципов поведения на основе одного или нескольких инцидентов и широкое применение их как к соответствующим, так и к несоответствующим ситуациям, например, квалификация единичной и частной неудачи как «пол ного провала» при психогенной импотенции;

в) *избирательные произвольные обобщения, или селективное абстрагирование*, - понимание происходящего на основе вырывания де талей из контекста при игнорировании другой, более значимой информации; селективная избирательность к негативным аспектам опыта при игнорировании позитивных. Например, пациенты с тревожно-фобическими расстройствами в потоке сообщений средств массовой информации «слышат» главным образом сообщения о катастрофах, глобальных природных катаклизмах или убийствах;

г) *преувеличение* или *преуменьшение* - искаженная оценка события, понимание *его* как более или менее важного, чем оно есть на самом деле. Так, депрессивным пациентам свойственно преуменьшать собственные удачи и достижения, занижать самооценку, преувеличивая «ущерб» и «потери». Иногда эту особенность называют «асимметричной атрибуцией удачи (неуспеха), что подразумевает склонность ответственность за все неудачи приписывать себе, а удачи «списывать» за счет случайного везения или счастливого случая;

д) *персонализация* - видение событий как результатов собственных усилий при отсутствии последних на самом деле; склонность соотносить с собой события, в действительности не

связанные с субъектом (близко эгоцентрическому мышлению); усматривание в словах, высказываниях или поступках других людей критики, оскорбления в свой адрес; с определенными оговорками сюда можно отнести феномен «магического мышления» - гиперболизированную уверенность в своей сопричастности любым или особо «грандиозным» событиям или свершениям, вера в собственное ясновидение и прочее;

е) *максимализм, дихотомическое мышление, или «черно-белое» мышление*, - причисление события к одному из двух полюсов, например, абсолютно хороших или абсолютно плохих событий. Как сказала одна из наблюдаемых нами пациенток: «Из того, что я сегодня дня себя люблю, не следует, что завтра я не буду себя ненави-деть» феномен тесно связан с механизмом защитного расщепления свидетельствует о нестабильной самоидентичности, недостаточной ее интегрированности («диффузная самоидентичность»).

Когнитивная модель тревожности

Как и при депрессии, симптомы тревожности отражают работу специфических адаптационных систем: когнитивной, аффективной, поведенческой, мотивационной и физиологической. Основным механизмом борьбы с угрозой у нормального человека тот же, что и у пациентов с синдромом тревожности: быстрое принятие решений, физиологическая подготовка организма для бегства или борьбы, физиологические реакции в организме одинаковы как при психосоциальной, так и при физической угрозе. Различие между нормальным человеком и подверженным синдрому заключается в том, что последний воспринимает опасность некорректно, поскольку опирается на ложные предпосылки или преувеличивает опасность, в то время как нормальный человек использует более точные оценки степени опасности. Поэтому у нормального человека ошибки при восприятии опасности могут быть исправлены реальной проверкой. В экстремальных случаях, таких как паника, пациент кажется неспособным даже начать что-либо делать, как будто «когнитивные обходные пути» мешают ему найти рациональные способы действия.

Таким образом, *в случае тревожности содержание когнитивных процессов тесно связано с предвосхищением опасности, крайней собственной уязвимости и неспособности справиться с угрозой, страхом потерять опору в людях, способных помочь справиться с угрозой, и, как следствие этого сложного комплекса, страх оказаться осмеянным, презируемым, отвергнутым.*

Когнитивная оценка опасности влияет на работу других систем. Действительно, человек ощущает реакции нервной и мышечной систем через увеличение или падение мышечного напряжения, когда организм стремится к борьбе, бегству, готовится к оцепенению или обмороку. Работа этого моторного компонента облегчается вегетативной нервной системой, которая может мобилизовать (симпатическая нервная система) или сохранить (парасимпатическая нервная система) ресурсы. Желание убежать - мотивационный ответ, но поведенческой реакцией, как ни парадоксально, может быть также остановка речи или оцепенение. Когнитивная система, далее, отвечает умножением страха, паническими интерпретациями, задержкой памяти на прошлые успехи в аналогичной ситуации.

Работа вегетативной нервной системы должна мобилизовать организм человека для ответа в ситуации реальной опасности путем изменения артериального давления, температуры тела, процессов метаболизма. Но при отсутствии опасности такая реакция является излишней и непродуктивной. Дальше она разрушается, так как фактически человек не может применить свое умение, потому что нет реально существующей опасности. Однако автономно происходящее возбуждение санкционируется специфической когнитивной установкой, основанной на переживании опасности и оценке собственной уязвимости. Например, «установка сверхбдительности» подготавливает организм к защите и борьбе и проявляется в устойчивом состоянии с повышенным артериальным давлением и частотой сердечных сокращений благодаря активизации симпатической нервной системы. Парасимпатическая нервная система, наоборот, активизируется «когнитивной установкой беспомощности» и

приводит к резкому ослаблению защитных реакций, сопровождающемуся падением артериального давления и уменьшением частоты сердечных сокращений.

Когнитивная модель фобий отличается и от бихевиористской, и от психоаналитической. Терапевты бихевиористского направления считают, что человек боится объекта фобии не из-за его специфического влияния, но по причине возникновения условной связи. Дж.Волпе (1969) так описывает развитие фобии: во-первых, происходит угрожающее событие, вызывающее тревогу, в это время воспринимается и какой-нибудь нейтральный стимул; во-вторых, нейтральный стимул через временную ассоциацию становится связанным с вызванной ранее тревогой. Далее человек начинает демонстрировать симптомы тревожности в присутствии только нейтрального стимула.

Когнитивный подход к изучению фобий должен исследовать вопрос о том, какие, на взгляд пациента, ситуации могут вызывать фобию. Другими словами, важно найти в поведении пациента индикаторы, подтверждающие, что не сами объекты, события или ситуации вызывают его страх, а антиципируемые им следствия влияния этих объектов, событий или ситуаций. Например, пациент, жалующийся на «страх толпы», на самом деле боялся, что не сможет управлять собой, что, находясь в толпе, он не сможет полностью контролировать себя, ослабнет или его вырвет, или он впадет в истерику. Другой пациент, боящийся врачей и больниц, мог в прошлом иметь травму или госпитализацию в хирургическое отделение. Лечивший его хирург стал для него «режущим глотку без обезболивания», а страх - результатом убеждения, что на приеме у врача он *обязательно должен* прекратить дышать. Основываясь на словах пациента, важно найти индивидуальные когнитивные схемы, связанные с антиципируемыми последствиями. Одинаковая фобигенная ситуация вызывает разные мысли и образы у разных людей. Терапевт, выявляя их, возможно, обнаружит центральные факторы или общие закономерности генерализованных фобических реакций.

Исследования показывают связь индивидуальных страхов с возрастом полом и культурным фактором. Некоторые страхи (такие как страх незнакомых людей) могут быть врожденными и выполнять защитную функцию до тех пор, пока ребенок не станет способным действовать в более конкретной обстановке. Страхи ребенка могут поддерживаться и усиливаться родителями, имеющими такие же страхи. Фактором, отличающим фобию от страха, является преувеличенное значение, придаваемое опасности, степень ожидаемого ущерба, доходящие до катастрофических. Таким образом, природа фобий относится к реальным, но маловероятным опасностям травмирующим событиям, детским страхам или страхам, перешедшим от значимых для пациента лиц.

Когнитивная модель агорофобий

Интерес к агорофобиям вызван стремлением исследовать их природу, этиологию и методы лечения ввиду чрезвычайной распространенности фобической симптоматики. Конкретно изучались страхи открытых и закрытых пространств, панические атаки, социальные фобии и прочие или сложные фобические комплексы в синдромах аффективной патологии и тревожно-фобических расстройств.

С когнитивной точки зрения агорофобия - уязвимость, возникающая в результате перехода от переживания внешней или внутренней опасности к потере эффективности пациента в межличностных отношениях. Пациент панически боится оказаться в ситуации, когда его жизнь могла бы оказаться под угрозой физической или психологической катастрофы, и когда нет доступа к так называемым «сигналам безопасности» - выходу, больнице, врачу, другу, и пациент окажется один на один с враждебным ему миром. Оказавшись в одиночестве, человек ожидает либо неминуемой смерти, либо сумасшествия. Пациент полагает, что расстройства можно предотвратить, если быстро принять меры; объясняя свое возбуждение как признак надвигающегося страдания, пациент усугубляет нарастание соматических симптомов, которое ведет к всеохватывающему приступу паники.

Ситуации, предвещающие тревожность (нахождение в закрытых помещениях, под арками,

в подземных переходах, на мостах и т.д.), обычно рассматриваются как препятствия к возможному подходу помощи. Вероятно, они приближаются по эффекту к угрозе сохранения жизни пациента. Пациент с синдромом агорофобий, с которым случались приступы паники в помещениях склада, боялся споткнуться на эскалаторе или попасть в аварию в лифте. Точно так же туннели и подземные переходы могут быть завалены, а пациент может задохнуться и погибнуть. Мосты могут рухнуть, а пациент -погибнуть. Автомобиль может попасть в аварию. Избежать подобных ситуаций для пациента, быть может, так же важно, как и получить скорую помощь немедленно после катастрофы. Возникновение агорофобии может начинаться и с переживания *предчувствия быть захваченным врасплох, удушенным или атакованным*.

Многие из этих страхов подобны детским, однако пациент с синдромом агорофобии считает, что у него нет защиты от внешней опасности. Свои реакции он интерпретирует как внутренние страдания, укрепляя представление, будто *он жертва не зависящих от него обстоятельств*. Страхи при агорофобии некорректно считать установившимися в результате возникновения ассоциаций между жизненными ситуациями и аффектами, поведенческими и психическими реакциями на них (Д.Чамблес и А.Голдштейн, 1980; В.Гвидано и Дж. Лиотти, 1983), это скорее результат уменьшения способности пациента справляться с ними. *Потеря уверенности в себе* -результат сложного комплекса заторможенности, склонности покоряться и негативного возбуждения пациента, ведущих к возникновению диспропорции во взаимоотношениях, страха попасть в ловушку или под влияние других людей.

У пациентов с синдромом агорофобии хорошо заметны когнитивные конфликты, возникающие из-за страха принуждения или страха одиночества, мыслей о защищенности и свободе, о зависимости, самоконтроле и самостоятельности, они уделяют повышенное внимание к подготовке себя к чему-либо в будущем, более чувствительны к опасности быть стесненным кем-то или подконтрольным кому-либо, чем другие психиатрические пациенты.

Панические атаки, часто возникающие у пациентов с синдромом агорофобии, воспринимаются ими как специфический признак наступающего расстройства и, естественно, вызывают соответствующие эмоции. Точно так же эпизодическая деперсонализация может рассматриваться как факт «наступления безумия», сопровождающегося увеличением частоты сердечных сокращений как признака сердечного приступа и гипервентиляции легких, ведущей к остановке дыхания.

Отсюда делается вывод, что предполагаемыми последствиями неминуемо будут смерть от сердечного приступа, апоплексический удар, остановка дыхания, стыд быть публично осмеянным, страх потери контроля над собственной импульсивностью вплоть до убийства кого-то.

Содержание терапевтического процесса: стратегия и методы

Когнитивная терапия - обучающий курс, в котором терапевт играет активную роль, помогая пациенту обнаружить и исправить когнитивные искажения и дезорганизирующие убеждения. Ближайшая цель терапии - содействовать когнитивным преобразованиям через исправление систематических отклонений в мышлении. Это предполагает:

1) *обнаружение, опознание «автоматических мыслей»;*
2) *реконструкцию «базовых схем», или глубинных смысловых структур, на основе систематического анализа автоматических мыслей (текущих когнитивных процессов) и выявление их повторяющихся центральных тем* (А.Б.Холмогорова, 1996);

3) *целенаправленное изменение дисфункциональных базовых посылок на более конструктивные*. Усилия терапевта здесь должны быть направлены на то, чтобы заинтересовать пациента в сотрудничестве, вовлечь его в неформальное выполнение предлагаемых методик, призванных выявить негативные когнитивные процессы, заставить соответствующим образом реагировать на них во время терапевтической сессии (сделать их «горячими», возбудив соответствующую аффективную тему);

4) *закрепление конструктивных поведенческих навыков, полученных в ходе*

терапевтических сеансов.

Когнитивную терапию отличает большой объем работы, который предписывается пациенту в качестве домашних заданий, выполняемых им вне терапевтических сеансов, а затем проверяемых в совместной с терапевтом работе, что предполагает более быстрые темпы позитивных изменений у пациента и возможность самому стать когнитивным терапевтом.

Психотерапевтические взаимоотношения при КТ

Когнитивный терапевт выполняет двойную функцию: 1) он помогает понять роль иррациональных убеждений и установок пациента в его патологических аффективных реакциях и поведении; 2) выступает катализатором, содействующим коррекции опыта и обучения адаптированным навыкам. Терапия предполагает совместные усилия терапевта и пациента, при этом придается большое значение факторам взаимодействия: теплоте, полной эмпатии, искренности. Демонстрируя теплое отношение, терапевт активно направляет внимание пациента, помогает концентрации на важных вопросах, в выборе и апробировании методик.

Эмпирическая ориентация терапии имеет своей целью превращение скрытой системы «автоматических мыслей» и «базовых схем» в открытые. Беседа является главным терапевтическим приемом, а поведенческий эксперимент - главным способом исследования действенности индивидуальных когнитивных схем. Такой эксперимент и цели заданий осуществляются при полном понимании и одобрении пациента. Более того, мнение пациента о сеансах, терапевте, ходе терапии и т.д. необходимо для сотрудничества, проверки правильности выбранного метода лечения. Вопросы «перенесения» и «сопротивления» рассматриваются в связи с подсознательной работой дезорганизирующих схем, влиянием терапевта на процесс и структуру совместного с пациентом исследования (требование отчета, понимание или непонимание пациента, недостаточная находчивость терапевта при беседе) или потребностью в согласовании целей терапии,

Во время ознакомительной беседы пациент узнает о базовых принципах КТ, терапевт демонстрирует основной метод работы извлекая из материала первой встречи примеры идиосинкразических автоматических мыслей, наглядно демонстрируя возможность их модификации при условии отношения к ним не как к застывшим догмам, а как к гипотезам, подлежащим проверке. Выбор конкретных процедур в значительной мере зависит от интуиции терапевта, его умения быстро обнаружить области индивидуальной уязвимости пациента и оптимально доступные «каналы» индивидуального восприятия.

После выявления реальных тревог и симптомов терапевт совместно с пациентом решают, какие проблемы рассматривать в первую очередь. План терапии формируется терапевтом; в идеале он может содержать следующие пункты:

- привычные модели поведения пациента;
- индивидуальная уязвимость, стрессы, пагубно влияющие на уязвимые схемы пациента;
- активизирующие паттерны соответствующих симптомов, факторы, вызывающие патологические изменения, и когнитивные стратегии решения пациентом текущих проблем.

Параллельно общему плану лечения на каждый сеанс составляется план с учетом того, какие проблемы будут рассматриваться, что необходимо повторить из предыдущего сеанса, и с учетом плана домашней работы. Текущий план сеанса отражает активную природу когнитивной терапии, помогает терапевту и пациенту использовать время сеанса эффективно и продолжать дальнейшую совместную работу. Используя свои наблюдения за пациентом во время сеансов, терапевт показывает, что когнитивные процессы могут правильно отражать события реальности или исказить их. Проверить соответствие или несоответствие выводов текущим событиям можно не иначе, как путем эмпирической проверки, последующего выдвижения гипотез, поиска альтернативных объяснений. В этом процессе исследования терапевт и пациент не только формулируют конкретные гипотезы, но и планируют эксперимент для их проверки. Проверка гипотез во многом происходит вне сеанса, во время домашней работы. Например, женщина, предполагавшая, что ее подруга не позвонила ей

потому, что была сердита, звонила ей, чтобы проверить, верно или нет ее предположение. Точно так же мужчина, думавший, что все смотрели на него в ресторане, позднее обедал там, с тем чтобы убедиться, что другие более заняты своей едой и разговорами с приятелями, чем им. Наконец, первокурсница, находясь в состоянии сильной тревожности и депрессии, попыталась, используя предложенный терапевтом метод парадоксальной интенции, действовать наперекор своему базовому убеждению «Если я *могу* сделать что-то, я *должна* сделать это» и предпочла не стремиться к престижным целям, на которые была ориентирована изначально. Это вернуло ей чувство самоконтроля и уменьшило дисфорию.

Эмпиризм сотрудничества и управляемость открытиями пациента - фундаментальные понятия когнитивной терапии. Союз между пациентом и терапевтом, концентрация на конкретных целях, выявление круга актуальных проблем, исследование мыслей и образов, составляющих содержание этих проблем, - вот компоненты эмпирического подхода. Под руководством терапевта пациент обучается делать маленькие открытия о своем образе мышления и мировоззрении; терапевт для этого применяет любые приемы, способные инициировать и облегчить этот процесс самопознания. Через сократовский диалог пациент обучается выявлять неадаптивные когнитивные процессы, находить, где реальные проблемы, а где ложные страхи, проверять их через альтернативные гипотезы. В специально организованных поведенческих упражнениях («экспериментах») ставится под сомнение, *уточняется* валидность дезорганизующих когнитивных навыков и конструктивность вновь сформированных, достигается новая интерпретация, закрепляются когнитивные преобразования в практике их применения.

Терапевтические процедуры и методы

Когнитивная терапия использует как ряд специфических методов, так и заимствованные из других терапевтических систем процедуры - вербальные, поведенческие, игровые - в зависимости от сущности проблем и потребностей пациента. Когнитивные методики называют «экспериментами», имея в виду общую стратегическую линию КТ, цель которой состоит в предоставлении пациенту условий для исследования, выявления и проверки индивидуальных ошибочных когнитивных конструктов и способов их конструирования. Следующий этап терапии заключается в создании терапевтических условий, при которых становится возможной выработка новых адаптивных навыков, их проверка опытным путем и закрепление на практике. В определенном смысле КТ представляет собой пример реализации замысла отечественных клинических психотерапевтов (С. И. Консторум, В. М. Мясичев и др.), в 1930-е гг. писавших о необходимости создания обучающей и воспитывающей психотерапии, которую называли «психагогией».

Когнитивная терапия в варианте А. Бека в создании и применении своих методических процедур тяготеет к структурированным Учебным приемам - экспериментам и тренировкам, которые осуществляются и в ментальном плане, и в поведении; они призваны помочь пациенту овладеть следующими операциями:

обнаруживать свои негативные автоматические мысли (знания); находить связь между знаниями, аффектами и поведением; находить факты «за» и «против» этих автоматических мыслей; подыскивать более реалистичные интерпретации для них; научить выявлять и изменять дезорганизующие убеждения ведущие к искажению навыков и опыта.

Вербальные методики используются для исследования логического базиса индивидуальных выводов. Бихевиористские методики применяются не только для того, чтобы изменить поведение но и с целью выявить автоматические мысли. Например, экспозиционная терапия ценна не только потому, что считается контробус-ловливающей, уменьшающей чувствительность и влияющей на поведение методикой, но и потому, что она вызывает мысли и образы, которые могут сопровождать агорофобное избегание.

Основные методы, применяемые в когнитивной терапии, рассматриваются ниже.

Выявление и опознание автоматических мыслей

Пациента обучают замечать внешние события (включая болезненные симптомы) и скрупулезно выявлять весь комплекс своих эмоциональных реакций на них. Эта терапевтическая процедура получила название «заполнение пробелов».

Автоматические мысли отражают определенное *когнитивное содержание*, «темы» и соответствующий им комплекс сплавленных с когницией эмоциональных реакций, специфичных, по мнению А. Бека, для различных симптомокомплексов. Опознание и выявление автоматических мыслей значительно облегчается, если терапевт «держит в уме» типичные паттерны содержания «базовых схем».

А. Бек и А.Эллис, исследовавшие фантазии, сновидения и спонтанные высказывания *депрессивных пациентов*, обнаружили в качестве содержания базовых схем три основные темы:

1) фиксированность на реальной или мнимой утрате - смерти близких, крушении любви, потери самоуважения;

2) негативное отношение к себе, к окружающему миру, негативная пессимистическая оценка будущего;

3) тирания долженствования, т. е. предъявление к себе жестких императивов, бескомпромиссных требований типа «я всегда должен быть самым первым» или «я не должен позволять себе никаких поблажек», «я никогда и ни у кого не должен ничего просить» и т.д.

В современной когнитивной терапии принимаются некоторые гипотезы психодинамической психотерапии относительно «детских корней» депрессивных «тем». Это ранняя материнская депривация и необратимая анаклитическая депрессия (депрессия «утраты»); неблагоприятное семейное окружение, в частности наличие депрессии у одного из родителей; жестко-ригидная система семейных традиций и правил-требований, а также идентификация ребенка с родителем, страдающим комплексом неполноценности; ограниченность социальных контактов ребенка, создающая дефицит обратной связи, отягощенная излишней застенчивостью, например из-за какого-либо физического дефекта.

Темы тревожно-фобического расстройства тесно связаны с предвосхищением опасности, собственной крайней уязвимостью и стойким убеждением в неспособности справиться с угрозой. Если попытаться дать *более* дифференцированную картину соотношения конкретного вида расстройства с конкретным паттерном когнитивного содержания, то можно заключить, что генерализованную тревогу вызывают базовые схемы, содержащие следующие темы:

1) предвосхищение отрицательных событий в будущем, так называемая антиципация всевозможных несчастий;

2) расхождение между высоким уровнем притязаний и убежденностью в собственной некомпетентности;

3) опасение потерять поддержку;

4) устойчивое представление о неизбежном провале в попытке наладить межличностные отношения, оказаться униженным, осмеянным или отвергнутым.

Для агора- и клаустрофобии в сочетании с паническими атаками характерен страх потери самоконтроля, что иногда звучит как катастрофический страх сумасшествия или смерти. В своих фантазиях или кошмарных сновидениях пациенты обычно видят себя в замкнутом пространстве (транспорта, туннеля, комнаты), откуда надвигающейся опасности ничто (и никто) не может противостоять: если случится сердечный приступ, не будет ни лекарства, ни врача, ни дружеского участия, следовательно, «я должен держать себя в руках во что бы то ни стало». Здесь страх потери самоконтроля по смыслу отождествлен со страхом смерти или потери «лица», что приравнивается к социальной смерти. Онтогенетические корни базовой когнитивной схемы «опасности» Ж.Котро и Д. Моллард (1988), в частности, видят в сложившейся в детстве устойчиво-патологической модели межличностных отношений по типу «тревожной привязанности», «небезопасной привязанности», в терминологии Дж.

Боулби и М. Эйнсворт.

Все сказанное представляет интерес в той мере, в какой может помочь терапевту обнаружить автоматические мысли пациента, ориентируясь на содержание его жалоб через продуцируемые фантазийные образы, метафоры, игровые ситуации или коммуникативные паттерны, или даже на примере обсуждения того, чего ожидает пациент от предстоящего курса терапии.

Следующая задача заключается в обучении пациента навыкам самостоятельного выявления автоматических мыслей. Здесь может быть полезен принцип «заполнения пробела», а именно: пациента обучают выявлять мысли, появляющиеся в интервале между событием и эмоциональной реакцией. Автоматические мысли могут быть продемонстрированы и во время домашней работы, в задачу которой входит наблюдение за своими эмоциональными реакциями на внешние события в течение, допустим, недели и их дневниковая регистрация.

Автоматические мысли отличаются от обычных размышлений тем, что представляются непреложной истиной, появляются очень быстро как готовые решения, не требующие внимания, а тем более - проверки. Более того, они предстают пациенту стойкими и имеющими влияние, несмотря на попытки заблокировать их. Учитывая их сильное влияние и прочность, для *изменения автоматических мыслей* требуется их повторная или даже многократная переформулировка в форме подлежащих проверке гипотез, а не твердых выводов.

Накапливая опыт выявления когнитивных противоречий и устанавливая связи с их следствиями, пациент научается обнаруживать искажения в собственном мышлении. Составление каталога собственных когнитивных ошибок, а затем их классификация и категоризация (необоснованные выводы, черно-белое мышление, поспешные выводы и оценки) в сочетании с выяснением их влияния на принятие решений, эмоции, поведение может стать убедительным уже с самых первых шагов терапии.

И *Эмпирическая проверка* автоматических мыслей продолжается в стиле «научного поиска» - в виде накопления данных, их оценки и последующих выводов. Планируя и проводя эксперименты, подвергаящие их автоматические мысли объективному анализу, пациент узнает, что его видение мира может сильно отличаться от реальности. Пациент учится мыслить объективно, постоянно сравнивая собственные суждения с их эмпирической проверкой, в согласии с принципом «не принимай ничего на веру без проверки», и этот принцип продолжает работать против иррациональных суждений и после окончания терапии.

Способы выявления и проверки автоматических мыслей:

Первый способ состоит в пересмотре имеющихся данных, с тем чтобы найти аргументы «за» и «против». Например, пациентка утверждает: «Ни один мужчина не найдет меня сексуально привлекательной до тех пор, пока я не избавлюсь от лишнего веса», но это суждение легко опровергается фактически качеством и количеством любовных знакомств при имеющемся весе.

Второй способ заключается в том, чтобы построить эксперимент для проверки суждений. В этом случае пациент продолжает накапливать данные и пытается предвидеть исход. Данные могут опровергать или подтверждать гипотезы, так что терапевту важно не отвергать эти гипотезы автоматически как иррациональные.

Третий способ применяется в случае, когда автоматические мысли с трудом подтверждаются проверкой в эксперименте, тогда терапевт может опереться на свой опыт, заимствовать его из литературы, статистики, солидных ученых трудов и т.д. Важно только, чтобы пациент испытывал доверие к источнику информации. Например, пациенту, который считал, что недостаточное удовлетворение в избранной им профессии означает для него тотальную неудачу во всех остальных, были сообщены статистические данные об успешном опыте перемены профессии широко известными людьми.

При *четвертом* способе терапевт начинает задавать вопросы с целью выявить логические ошибки в убеждениях пациента. Пациент, в прошлом настрадавшийся от последствий

недостаточно квалифицированной хирургической помощи, испытывал на протяжении длительного времени постоянные боли; иногда они бывали сильнее, иногда слабее, но избавиться от них окончательно не удавалось. Автоматическая мысль «Я не могу справиться с этой болью» опровергалась тем фактом, что он не только мог справиться с болью (на работе, в семье, в социальной роли...), но и справлялся с еще большей болью в прошлом. Его новой адаптивной реакцией на эту возобновляющуюся автоматическую мысль стало рассуждение: «Эта боль неприятна мне, но я справлялся и с худшей».

Строя гипотезы для проверки, необходимо индивидуализировать и конкретизировать их. Таким образом, общие категории, обобщения, туманные рассуждения необходимо операционально определить. Человека, считающего «Я не взрослый», попросили перечислить, насколько это возможно, каким считают его другие взрослые и оценить себя в сравнении с каждым из них. Пациентка с синдромом депрессии, убежденно заявлявшая: «Я никогда не буду такой, какой была прежде», затем перечисляла качества, нравившиеся ей в себе в прошлом (дружелюбие, инициативность, оптимизм), и далее операционализировала их в специфические приемы, как то: спрашивала у других о себе, просила друзей начать фиксировать ее позитивные мысли; потом в течение следующих нескольких недель она стала использовать такие приемы постоянно. Очевидно, что пациентка, характеризуя себя, применяла слишком обобщенные категории, что вело к дальнейшим искажениям категоризации, сверхобобщениям и поляризации мышления.

Обнаружение автоматической мысли, изменение признаков и создание континуума оценок («Я удачен на 100% по сравнению с успехами родителей») помогает устранить эти неадаптивные модели мышления и скорректировать ошибочные суждения пациента.

2. *Методика переоценки.* Применяется для испытания предположений пациента с помощью проверки вероятности действия альтернативных причин того или иного события. Пациенты с синдромом депрессии или тревожности часто винят себя в происходящем и даже возникновении своих синдромов («Я неправильно думаю, и потому я болен»). У пациента есть возможность сделать свои реакции более соответствующими реальности после обзора множества факторов, влияющих на ситуацию, или применяя логический анализ фактов. Женщина с синдромом тревожности печально объясняла, что чувствовала тошноту, головокружение, возбуждение и слабость, когда «была растревоженной». После проверки альтернативных объяснений она посетила врача и узнала, что заражена кишечным вирусом.

3. *Децентрация* (деперсонализация мышления) применяется при работе с пациентами, чувствующими себя в центре внимания окружающих и страдающими от этого, например при социофобии. Такие пациенты всегда уверены в собственной уязвимости к мнению окружающих о них и всегда настроены на ожидание негативных оценок; они быстро начинают чувствовать себя смешными, отвергнутыми или подозреваемыми. Молодой человек привычно думает, что люди сочтут его глупым, если он не будет выглядеть совершенно уверенным в себе, на этом основании он отказывается от поступления в колледж. Когда подошло время подачи документов в учебное заведение, он провел эксперимент с целью выявить действительную степень неуверенности. В день подачи документов он спросил нескольких таких же, как и он, абитуриентов об их самочувствии накануне предстоящих экзаменов и прогнозе собственных успехов. Он сообщил, что 100% абитуриентов дружелюбно отнеслись к нему, и многие, так же как и он, испытывали неуверенность в себе. Он также почувствовал удовлетворение оттого, что смог быть полезным для других абитуриентов.

Самовыражение относится к традиционному поведенческим методикам. Цель ее применения заключается в противодействии автоматическим мыслям и уточнении суждений на основе мониторинга. Она используется также и для коррекции аффективных уровней при депрессии и тревожности. Депрессивные или с хроническими ипохондрическими недомоганиями пациенты могут полагать, что их депрессия или недомогание постоянно контролируется высшим уровнем сознания. Корректируя эти процессы, они могут добиться изменений, часто ассоциируя их с временем дня или степенью активности. Осознание

изменений в настроении или в чувстве комфорта помогает модифицировать убеждение, что недомогание или депрессия постоянны и интенсивны. Коррекция степени тревожности помогает пациенту увидеть, что даже во время приступа его страх имеет начало, пик и конец. Это знание позволяет сохранить выдержку, разрушает деструктивное представление о том, что должно случиться самое худшее, и укрепляет пациента в мысли, что он может пережить страх, что страх непродолжителен и что просто следует переждать волну страха. *«Декастрофизация»* - методика «что, если...» - используется для описания картины наихудших случаев, прогнозируемых пациентами с синдромом тревожности. Ставя вопросы о предполагаемых пациентом силе и продолжительности приступов, терапевт постепенно увеличивает объем информации, на основе которой пациент делает прогнозы, а также расширяет его временную перспективу. А. Бек (1976) ссылается на пример студента медицинского колледжа, у которого страх публичного выступления был связан с убеждением, что он никогда не сможет не казаться глупым своим однокурсникам. В этом случае терапевт спросил пациента о том, что на самом деле должно было бы случиться, если бы он показался глупым своим однокурсникам. Испортило бы это его карьеру? Отреклась бы от него его семья? Почувствовал бы он себя плохо? Как долго? Что случилось бы потом? Использование вопросов позволило пациенту прийти к выводу, что он преувеличивал ценность планируемого публичного выступления. Более того, использование фактора временной перспективы («как долго?», «что потом?») ведет к пониманию, что тревожность и даже растерянность могут иметь временные рамки, в противовес убеждению, что «этот ужас никогда не кончится». Трезвая оценка и исследование наихудших страхов также устраняют заблуждения пациента (о психических расстройствах и расстройствах здоровья, о «нормальном» поведении) и позволяют уменьшить его страдания.

4. Использование воображения. Польза воображения подтверждается наблюдением, что 90% пациентов с синдромом тревожности сообщают о визуальных образах в первую очередь или наряду со своим страхом. Действительно, некоторые пациенты описывают себя скорее «фантазерами», чем «мыслителями», и гораздо раньше обнаруживают у себя визуальные фантазии, чем автоматические мысли. Спонтанные художественные образы дают богатый материал о системе конструкторов пациента; вызванные в релаксации и тренировке навыков фантазии затем используются при переструктурировании в сноподобном состоянии.

Выявляя детали грез, терапевт и пациент начинают исследовать понимание последним обрисованной (воображением) ситуации и его реакции в ней. Если данный образ относится к предстоящему событию и когнитивные искажения направлены на избегание когнитивных аффектов, такие искажения могут быть скорректированы.

6. Методика прекращения. Подобно остановке травматических мыслей, образы и воспоминания о травмирующих событиях могут быть разрушены при громкой команде «прекратить!». Неприятная фантазия может смениться ее разрушением и появлением ранее репрессированного приятного образа.

7. Методика повторения. Иногда успешно возобновленные фантазии становятся более упорядоченными и реалистичными по содержанию, а их продукты изменяются от маловероятных к более вероятным. В других случаях уровень тревожности закономерно снижается или тревожность даже исчезает при успешном возобновлении образа, хотя содержание последнего не изменяется.

8. Использование метафоры. Яркий метафорический образ может указать альтернативное или конструктивное и творческое видение ситуации или способ поведения.

9. Модифицирующее воображение. Селективное восприятие при сверхтревожности ведет к асимметрии: опасность преувеличивается, а позитивные стороны действительности из поля зрения выпадают. Обсуждение образа ситуации в его целостности дополняет в нем недостающие элементы и позволяет пациенту отличить реальное от надуманного. Хорошей процедурой для этих целей служит *модифицирующее воображение*: постепенно изменяя образ от негативного к нейтральному или позитивному, пациент убеждается в своей возрастающей

способности контролировать самосознание и представлять свое поведение более адаптированным, чем в настоящее время. *Позитивное воображение* использует опору на релаксирующий образ: он снимает напряжение и может применяться в качестве замены негативного образа.

10. *Целенаправленное повторение* включает проигрывание желаемого поведения, многократное опробование различных позитивных самоинструкций на практике, что ведет к усилению самоэффективности.

11. *Конструктивное воображение*, или десензитизация. Пациенту предлагается ранжировать «ступеньками» ожидаемое событие. Благодаря разыгрыванию в воображении и шкалированию прогноз лишается своей глобальности, оценки становятся более градуальными, а негативные эмоции - более доступными самоконтролю и управляемыми.

Процесс осуществления изменений

Систематизации когнитивной активности и ее четкому структурированию придается решающая роль в терапевтических изменениях, однако на сегодняшний день признается, что основными компонентами эффективной терапии являются сочетанное вызывание в рамках психотерапевтической структуры *горячих мыслей и эмоций* и предоставление пациенту возможности проверить эти мысли на соответствие действительности. Этот процесс моделируется независимо от того, какие конкретные методики применяются.

Таким образом, в современной когнитивной терапии, как и в психодинамической и, скажем, гештальт-терапии, признается существенная роль непосредственного живого эмоционального переживания. Любые конкретные терапевтические приемы окажутся эффективными, если удастся активизировать лежащие в основе патологических симптомов соответствующие когнитивные конstellации и сопутствующие им эмоции. Только в случае, когда когнитивные конstellации становятся столь сильны, что способны вызвать аффекты, можно начинать проверку реалистичности понимания ситуации и ее когнитивную переоценку.

Главным механизмом осуществления терапевтических изменений является *открытие доступа* к когнитивным конstellациям, ответственным за неадаптивное поведение. Этот механизм в какой-то мере аналогичен тому, что в психоанализе называется превращением бессознательного в осознаваемое.

Факторы эффективности терапии

Дж. Янг и А. Бек (1984) указывают на два типа проблем в терапии: трудности во взаимоотношениях терапевт-пациент и неправильное применение методик. Сторонники КТ настаивают, что только недостаточно разбирающийся в когнитивной терапии может рассматривать ее как ориентированный на методики подход и, следовательно, не учитывать всей важности взаимоотношений пациента и терапевта. Хотя КТ - это директивный и довольно хорошо структурированный процесс, терапевт должен оставаться гибким, готовым отойти от стандартов, когда это потребует, приспособивая методические процедуры к индивидуальности пациента.

Вовремя заметить, что пациент не удовлетворен, раздосадован, враждебно настроен и отчужден, очень важно для терапевта. Он вместе с пациентом проверяет точность своих наблюдений, старается как можно более верно понять, что чувствует и о чем думает пациент. Обратная связь, будучи составной частью каждого сеанса терапии, влияет на поддержание хороших отношений между пациентом и терапевтом и служит тормозящим фактором для некорректного течения автоматических мыслей пациента. Тем не менее автоматические мысли о терапевте и терапии могут возникнуть и вне сеанса, а пациент может думать и чувствовать соответственно им в ходе последующих сеансов, заставляя иногда терапевта врасплох.

Терапевту необходимо помнить, что частые интервенции могут быть истолкованы пациентом не в его пользу и, если он попытается тщательно обосновать рациональность

каждого своего вмешательства в ход сеанса, задаст слишком медленный или слишком быстрый для пациента темп сеанса или не приспособит стиль своей работы к потребностям каждого конкретного пациента, эти частые вмешательства вызовут смятение пациента и будут неправильно поняты.

Терапевт прибегает к самораскрытию, если почувствует обезличенность терапии, и проверяет реакции пациента, когда, как ему кажется, пациент считает, что терапевт его не понимает. Использование обратной связи для корректного представления о правильности формулировок мыслей пациента здесь будет и уместным и терапевтичным.

Пациенту дается столько времени, сколько необходимо, чтобы описать события и вызываемые ими ощущения. Терапевт активно участвует в этом процессе, задавая вопросы, помогая выделять автоматические мысли. Сообщая они накапливают материал и пытаются найти ему альтернативное объяснение. У терапевта также имеются автоматические мысли о своем пациенте, что замедляет процесс терапии. В этом случае необходимо незамедлительно исследовать собственные искажения и конструкты и пересмотреть их. Важно не судить о пациенте критически и не вешать на него ярлыки пассивно-агрессивного, упрямого или иррационального. Такие оценки ограничивают возможность продвижения в понимании реакций пациента и его ошибочном восприятии взаимоотношений в ходе терапии.

Затруднения в ходе терапии возникают по нескольким причинам. Пациент может испытывать затруднения при выполнении заданий, так как не понимает их или не видит в них пользы, или считает, что они составлены для него некорректно. Подробное объяснение заданий, репетиция их выполнения - когнитивно или бихевиориально - помогут пациенту с ними успешно справиться. Ожидание неременной «пользы» от домашних заданий обычно является проявлением автоматических мыслей, в то время как терапевт, напротив, побуждает относиться к заданиям как к естественному эксперименту и источнику новой информации. Выяснение преимуществ и недостатков методики домашних заданий может быть проведено пациентом и терапевтом, или же терапевт предлагает проверить на практике с помощью эксперимента свое представление о том или ином способе терапии. Составление распорядка выполнения домашних заданий, временное планирование или «список предписаний себе» помогают пациенту лучше организовать и спланировать собственную жизнь, что усиливает чувство уверенности в себе и своей способности к самоконтролю. Система самоощущений может также улучшить выполнение домашних заданий. Наконец, если пациента угнетает тревожность или мысли типа «Я не смогу сделать это правильно», важно объяснить ему, что задания на самоощущение нельзя не применять, что частичное выполнение заданий более полезно, чем отсутствие попыток их сделать, и что наилучшее обучение достигается благодаря успешным попыткам начать, а также благодаря самокоррекции.

Нереальные ожидания о качестве и скорости прогресса терапии могут демонстрировать и терапевт, и пациент, и оба одновременно. Исследование эффективности КТ депрессии показало, что улучшения достигаются в ходе 20-24 сессий. Некоторые пациенты, знакомые с этим фактом, прибегают к терапевтической помощи с уверенностью, что такое «случится» именно в указанный срок. Пациенты, быстро достигающие прогресса в начальной стадии терапии, стремятся ограничить лечение глубинных симптомов или закончить его до того, как базовые конструкты были бы изменены. В этом случае наилучшим выходом был бы пересмотр целей пациента в пользу продолжения курса, демонстрация фундаментальной роли базовых конструктов или схем в ежедневных проблемах и подготовка пациента к когнитивным изменениям. Пациенты, удовлетворенные избавлением от симптомов, могут, конечно, предпочесть завершение курса терапии на выполнении этой цели, но начальные сеансы в первые несколько недель должны быть направлены на укрепление связей с проблемами, могущими повториться. Терапевту и пациенту полезно помнить, что в ходе терапии могут случаться «взлеты и падения» и что фактически «падения» дают возможность пациенту испытать вновь приобретенные навыки решения проблем или увидеть себя в проблемной ситуации. Один терапевт даже поздравил своего пациента с приступом паники, возникшим в

помещении склада, сказав: «Великолепно! Наша цель - увидеть приступы паники в самых разных, насколько это возможно, местах без боязни. Таким способом вы убедитесь, что можете справиться с собой в любой из этих ситуаций».

Довольно часто прогресс в терапии не наступает при неправильном использовании когнитивных методик. Они могут применяться некорректно, без учета конкретного момента, не систематически и в неподходящее время. Улучшение состояния не наблюдается из-за поспешного, необдуманного применения методики или ее угрожающего воздействия на пациента. В этом случае важно иметь обратную связь от пациента, чтобы знать эффективность альтернативного варианта, смягчить или устранить влияние тревожности.

Наконец, прогресс терапии может быть незначительным потому, что терапевт и пациент занимаются второстепенными проблемами, или потому, что действительная проблема пациентом скрывается. Так, обсуждаются трудности на работе, в то время как о семейных проблемах, влияющих на эти трудности, пациент умалчивает. Женщина, выражающая желание сбросить вес, не касается проблем с самооценкой и спутанностью ее сексуальной ориентации. Другой крайностью являются примеры пациентов, демонстрирующие «прогресс» в уменьшении тревожности, не чувствующие больше страха по той причине, что они избегают провоцирующих ситуаций.

По мнению сторонников КТ, прогресс в терапии должен оцениваться по нескольким критериям, среди которых достижение согласованности целей, позитивные изменения поведенческих стереотипов, когнитивных схем, улучшение саморегуляции, реалистическая оценка результатов терапии.

Модель рационально-эмотивной терапии А.Эллиса

Мои желанья исполняй,
Ай-яй-яй-яй!
Мне обид не причиняй,
Ай-яй-яй-яй!
Если что-то вдруг не так -
Это просто полный крах!
Я тогда рассыплюсь в прах,
Аха-хаха-хаха-хах!

А. Эллис

Теоретико-методологическое обоснование рационально-эмотивной терапии

Этой шуточно-нешуточной песенкой, сочиненной самим доктором А. Эллисом, мне хотелось бы начать краткое изложение его специального вклада в общую когнитивно-ориентированную традицию психотерапии. Его подход отличает свобода, с которой он не боится ассоциировать когнитивистские концепции с психодинамическими и гуманистическими, панорамность видения следствий и практических приложений развиваемых им взглядов, я уже не говорю о юморе и мягкой самоиронии, которые пронизывают его тексты, придавая им свежесть и истинность.

Главное, что отличает РЭТ и что можно считать терапевтическими целями этой системы, - направленность всей терапевтической стратегии и конкретных методических приемов на помощь в осознании и корректировании клиентом своего *внутреннего диалога*, в частности, избавление от непомерных требований к самому себе и к жизни в целом.

Главное дополнение, которое он считает необходимым внести в когнитивную модель аффективных расстройств, состоит в утверждении решающей роли абсолютистского, своеобразно детерминированного мышления, которое возлагает на человека бессмысленные обязанности, не обоснованные рационально; своего рода *must-урбации*, т. е. с навязчивым постоянством воспроизводимые тиранические атаки бесконечных долженствований. Именно абсолютистское, догматическое мышление является основной причиной депрессивного восприятия мира. В этой связи А. Эллис подвергает ревизии центральный механизм

порождения депрессивных расстройств по А. Беку - когнитивную триаду, доказывая, что необходимым, но незаслуженно игнорируемым элементом депрессивного эмоционального состояния является тирания долженствования. Здесь А.Эллис идет вслед за идеей, высказанной еще К. Хорни, о патогенной роли перфекционизма и идеализированного Я в генезе невротических расстройств. А. Эллис пытается, таким образом, выйти за пределы узкокогнитивистской парадигмы, построить холистическую модель психопатологии, учитывая сложное взаимодействие и взаимопереплетение когнитивных и аффективных процессов. Кроме того, обращаясь к внутреннему диалогу как мишени терапевтического воздействия, А.Эллис, по сути дела, обращается к структурам Я и Супер-Эго, даже если сама эта терминология в его концепции не присутствует, более того - подвергается критике.

Обратимся сейчас к логике рассуждений самого А.Эллиса, где он обосновывает необходимость обращения к концепту долженствования. Если люди просто (разрядка А. Эллиса) хотят чего-то достичь, ставят высокие цели (например, в своей профессиональной деятельности), ориентируясь при этом на достаточно высокие эталоны, а затем терпят неудачу и испытывают угнетенность, досаду, печаль, они даже могут испытывать тревогу, что подобная неудача может повториться, - все это совершенно нормальные чувства, и к депрессии они не имеют никакого отношения. Другое дело, если они превращают (скорее бессознательно, чем осознанно) свои желания и цели в безусловные требования и приказы, начинают убеждать себя в том, что они *должны, просто обязаны* в любых условиях и при любых обстоятельствах добиваться максимального, что успех и только громкий успех единственно достоин их самоуважения; что все свои желания они должны удовлетворять немедленно и «по полной программе», вот тогда люди «погружают» себя в депрессию, тогда она становится просто неизбежна.

Таким образом, соглашаясь в целом с положением А. Бека о решающей роли когнитивных факторов в развитии депрессии и принимая модель «когнитивной триады», А.Эллис вносит весьма существенные дополнения, на наш взгляд, серьезно трансформируя исходные постулаты в направлении более целостной интеграции когнитивных и аффективных процессов, учета личностного компонента (по выражению Б. В. Зейгарник), специфики образа Я и межличностных отношений в этиологию депрессии. «Большую часть того, что мы называем эмоциями, можно другими словами назвать просто-напросто мышлением - предубежденным и сильно кренищимся в сторону оценочности мышлением... Мышление и эмоции настолько сильно взаимосвязаны, что обычно идут рука об руку, являясь взаимоопределяющими, и иногда (хотя и не во всех случаях) становятся, по существу, одним и тем же - мысль превращается в эмоцию, а эмоция - в мысль» (цит. по: [4. - С. 214]),

Теоретические взгляды А.Эллиса, начиная с 1950-х гг. постоянно развивались, претерпевали серьезную эволюцию в своих основополагающих постулатах, поэтому осветим кратко первоначальную модель АВС и ее дальнейшие реформации.

Собственно говоря, в своем простейшем варианте она является повторением усложненной поведенческой схемы стимул-реакция с включением промежуточных переменных, где А (Activating Events) активирующие события, происходящие в жизни человека и вносящие свой вклад в формирование эмоциональных и поведенческих нарушений; В (Beliefs) - система наших убеждений по поводу этих событий; С (Consequences) - сами эмоциональные и поведенческие нарушения. Модель АВС означает, что любое актуальное событие воспринимается сквозь фильтр нашего прошлого опыта, убеждений и ценностей, и, следовательно, прогнозировать последствия встречи с тем или иным событием мы не можем, не зная содержания системы убеждений. Поясним на примере. Предположим, в переполненном транспорте некто х наступает вам на ногу, да еще и не извиняется. Вашими действиями в качестве последствий могут стать-отдаление от грубияна; высказывание в его адрес всего, что вы думаете о нем; о нем и современных мужчинах; о нем, современных мужчинах и о стране, в которой нет ни культуры, ни порядка, и т. д. и т. п. Теперь представьте себе другие варианты выхода из этой ситуации. Вы набрасываетесь с кулаками на обидчика и

наносите удар ниже пояса; вы, не доехав до нужной остановки, выходите из автобуса в состоянии глубокой подавленности и бросаетесь под первую попавшуюся машину и т. п. Чтобы понять логику последствий, будь то действия или чувства, нам придется найти доступ к внутренней системе В, тому, что вы думаете по поводу произошедшего, каковы ваши более общие представления о мире, о людях, о самом себе. Вот тогда прояснится, какой смысл имеет для вас событие А, как оно соотносится с вашей общей системой мировосприятия.

Конечно, это в известной мере «вольное» толкование психологического смысла АВС-модели, однако мы постарались передать ее дух, не прибегая к громоздким построениям А.Эллиса, старавшегося облечь эту часть своей концепции в максимально сциентистскую форму.

Теперь сосредоточим свое внимание, по сути дела, на центральном звене этой модели. Система убеждений представляет собой что-то вроде базовой философии человека, она может содержать как вполне разумные рациональные убеждения, проверяемые опытным путем, так и иррациональные; последние в значительной степени являются реакциями на неблагоприятные активизирующие события, имевшие место не раз и не два, а много раз, как в детском, так и в более позднем возрасте. К примеру, в ответ на инцидент в автобусе может возникнуть вполне понятная реакция обиды на оскорбление; при рациональной системе убеждений, например, вы подумаете с горечью или грустью; «Я позволил наступить себе на ногу, а жаль, ну да ладно, до свадьбы заживет! В следующий раз я этого не позволю», или эмоция может стать более генерализованной и сильной: «Вечно я жертва нападок окружающих!»; при еще большей доле иррациональных убеждений ваши переживания выльются в бурю негодований в свой адрес: «Что же я за ничтожество! Я больше не способен выносить их оскорблений! Они не имеют никакого права притеснять меня!»; в адрес своих родителей: «Я должен, я просто обязан доказать им, что я не половая тряпка, о которую все могут вытирать ноги! Я обязан стать способным защитить себя, что бы они ни говорили о моей беспомощности и неприспособленности в этой жизни!» или «Я не имею никакого права позволять им оскорблять меня! Если я такое ничтожество, что даже этого не могу сделать в память о моих родителях, которые всю свою жизнь положили, чтобы сделать из меня уважаемого и достойного человека, а я коту под хвост спустил все их надежды, то...» Совершенно очевидно, что последствия здесь могут быть самыми плачевными.

Естественно, иррациональная система убеждений своя у каждого человека и вербально выражается в индивидуальной и идиосинкразической форме, и вместе с тем типология «мастурбаций» достаточно ограничена, по мнению А. Эллиса, и может быть сведена к трем обобщенным иррациональным убеждениям.

1.«Я должен добиваться успеха и получать одобрение значимых других, а если я не делаю того, что *должен и обязан*, значит, со мной что-то не в порядке. Это ужасно, и я ничтожество». Это иррациональное убеждение ведет к тому, что человек впадает в депрессию, испытывает тревогу и отчаяние, сомневается в самом себе. Это - требование Эго. «Я *должен* добиваться успеха, иначе Я- ничтожество».

2.«Вы - люди, с которыми я общаюсь, мои родители, моя семья, мои родственники и сотрудники, — *должны, обязаны* относиться ко мне хорошо и быть справедливыми! Просто *ужасно*, что вы этого не делаете, - гореть вам за это в адском огне!» Отсюда озлобленность, ярость, убийства, геноцид.

3.«Условия, в которых я живу, - окружающая среда, общественные отношения, политическая обстановка, — *должны* быть устроены так, чтобы я с легкостью, не прилагая больших усилий, получал все, что мне необходимо. Разве не кошмар, что эти условия трудны и причиняют мне огорчения? Я не могу переносить этого! Я *никак* не могу быть счастливым; я или навсегда останусь несчастным, или убью себя!» Отсюда низкая устойчивость к фрустрации. (Эволюция психотерапии. - Т. 2. - С. 202).

Как подчеркивает Эллис, самого по себе наличия даже очень завышенных требований к себе или другим, даже их чрезвычайной обобщенности, в силу которой негативно оценивается

не поступок, а личность как таковая, все еще недостаточно, чтобы привести к депрессии; эти же факторы способны мобилизовать человека в экстремальных условиях к дальнейшему преодолению стресса. «Па-тологичность» кроется в другом. Дело в том, что большая часть преувеличений, сверхобобщений, произвольных выводов возникает вследствие скрытых *устойчивых представлений, не разрешающих человеку быть неэффективным, плохо выполнять что-либо или не контролировать себя.* Именно в наличии категорических императивов, требующих всегда выполнять все великолепно, всегда быть эффективным (и во всем), всегда контролировать себя, каждое свое душевное движение или действие, кроется источник самооговоров самоукоров, самоосуждений, чувства вины за собственную неэффективность, стыда перед другими, обязавшими тебя быть всегда и.. вот тогда людям ничего не остается, как впасть в депрессию, спрятаться в нее, как в «депрессивную тюрьму».

Мы неслучайно в почти дословный текст А. Эллиса ввели термин Моллона и Перри (1984) «депрессивная тюрьма», авторов, исследования которых разбирались нами в связи с проблемой так называемой депрессивной личности, т.е. особой личностной структуры, личностной организации, личностного стиля. Как было показано нами и в исследованиях, выполненных под нашим руководством, главными «измерениями» личности, предрасположенной к широкому спектру аффективных расстройств и коморбидных им расстройств личности, можно считать низкую дифференцированность познавательных процессов от аффективных, низкую толерантность к стрессу, психологическую зависимость от «окружения» -«внешнего», т. е. социальных нормативов, оценок и требований значимых других. Зависимость от «внутреннего» окружения означала слабый самоконтроль со стороны недостаточно дифференцированных и зрелых механизмов защиты, что в конечном счете и приводит к размытости границ Я-Другой, недостаточной связности и интеграции частных образов Я в итоговую самоидентичность. Феноменологически это переживается как существование во внутреннем мире двух «расщепленных» Я: Истощенного Я с чувством сильной зависимости от значимого Другого, «связанности» с ним через механизм «проективной идентификации», страхом потери и потерянности, отсутствием «внутренней точки опоры» и Я-Грандиозного с сильной мотивацией сверхдостижения (перфекционизмом), страхом близости и сверхавтономией, изоляцией и одиночеством (Е.Т.Соколова, 1989, 1995; Н.О.Федотова, 1985; А.Н.Дорожевец, 1986; И.М.Кадыров, 1990; О.В.Рычкова, 1997; Е.Т.Соколова, Н.С.Бур-лакова, 1996; Е.Т.Соколова, Е.П.Чечельницкая, 1997, 1998; Е.Рахманкина, 2000; Лэонтиу Фотула, 2000; и др.). Подробно сопоставлялись данные проведенных исследований с воззрениями современных теоретиков концепции объектных отношений и Я-психологии; подчеркивалась близость взглядов на роль пограничной и нарциссической организации личности в генезе аффективных расстройств, особо выделялась линия изучения роли динамики внутрисемейных отношений на разных стадиях онтогенеза ребенка в формировании интрапсихической структуры Супер-Эго (Карающего или Любящего), ответственного за интернализацию самоуважения или самоуничижения взрослого человека. Как мы тогда подчеркивали, продуктивное изучение роли личностной структуры в аффективных расстройствах требует интеграции психодинамического (аффектофилического) и когнитивного направлений, что сегодня фактически разделяется многими клиническими психологами (Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова [2], М.Линехан, 1993; В.Гвидано, Дж.Лиотти, 1983, 1991; и др.).

Вернемся вновь к концепции А.Эллиса, отступление от которой позволило высветить не совсем обычное положение, которое, на наш взгляд, она занимает в когнитивной терапии. По сути дела, она выводит КТ из тупика узкого когнитивизма, примыкая, с одной стороны, к отпочковавшейся от него ветви конструктивизма, с другой стороны, впуская в когнитивизм гуманистическую и экзистенциальную ориентации. Прежде чем перейти к концепции личности и терапевтической системы А. Эллиса, позволю себе привести пространную, но выразительную цитату, в которой заключается вся философия и квинтэссенция его подхода: «...Человек будет расстроен или опечален, пусть и жестоко, но не до глубины депрессии, если

он придерживается примерно таких взглядов: "У меня все и не должно быть лучше, чем у остальных людей, - так уж происходит в жизни! Чертовски плохо, да! Но даже если все это так и будет продолжаться, и даже если я никогда не получу многого из того, что хотелось бы иметь, то, возможно, так тому и следует быть. Это чертовское невезение, но это не конец света. Я могу не брать все это в голову и принять мир таким, каков он есть, - пусть и неприятным!"» Свою близость к философии стоицизма А. Эллис и сам не раз подчеркивал во «внутреннем диалоге», борясь с жестокой «философией» Иеговы, стремясь прежде всего в себе самом вырабатывать «философию принятия вместо философии требования и долженствования».

Концепция психического здоровья и цели РЭТ

А.Эллис определяет конечную цель РЭТ в обучении людей не только тому, чтобы свести к минимуму эмоциональные и поведенческие нарушения, но и тому, как использовать свой потенциал личностного роста, как сделать жизнь насыщенной и осмысленной. В этой связи он и дает основные характеристики психического здоровья не столько в качестве критериев эффективности, сколько своеобразных стратегических ориентиров РЭТ: в той мере, в какой человек приближается к «идеалу» психически здоровой личности, он *движется* в эффективной терапии. Это существенный момент, отличающий гуманистическую, по сути, направленность оценки эффективности не на результат, а на процесс изменения.

1. Эмоционально здоровых людей отличает здоровый эгоизм: они действуют в своих интересах, а не против них. Совсем рядом со своими интересами они ставят интересы немногих близких им людей, да и весь остальной мир не оставляют далеко позади.

2. Психически здоровые люди достаточно общительны и компетентны в общении; они способны к сотрудничеству и испытывают неподдельную заинтересованность в других.

3. Ответственность за свою жизнь и самостоятельность составляют важные качества эмоционально здорового человека; ему небезразлично отношение и одобрение окружающих, но они не поставят свою жизнь в зависимость от них.

4. Терпимость к другим означает принятие факта, что всем людям свойственно ошибаться, но это не означает отвержение человека как личности.

5. Существенной чертой душевно здоровой и зрелой личности является принятие факта известной неопределенности, непредсказуемости мира, в котором мы живем; возможно, в мире, где правят абсолютная необходимость и однозначность, жить было бы проще, зато в *этом* мире больше азарта, приключений и открытий.

6. Гибкость означает открытость новому, способность воспринимать перемены не со страхом, а с любопытством; непредвзято относясь к разнообразию людей и точек зрения, отстаивать свою позицию и изменять представление о реальности на основе свежей информации.

7. Способность относиться к миру с объективных позиций, активно изучать его, строить гипотезы, извлекать новые знания, согласуясь при этом с законами логики, но и доверяя своей интуиции.

8. Душевно здоровым людям свойственно радоваться жизни; они полностью и безусловно принимают себя (К. Роджерс) в том смысле, что наделены «мужеством быть» (П. Тиллих). Они оценивают свои дела и поступки в свете собственных целей и ценностей, но избегают оценивания себя и своей сущности как целого.

9. Отсутствие перфекционизма и приверженности утопиям отличают душевно здорового человека, который спокойно принимает факт отсутствия в этом мире совершенства, что не мешает им иметь идеалы и строить планы на будущее. К идеалу стоит стремиться, но не стоит упускать из виду, что путь к нему тернист и долог и полон разочарований.

10. Ответственность за свое нездоровье (как и здоровье) человек принимает на себя, а не приписывает ее обстоятельствам или людям. Поскольку душевно здоровые люди принимают себя независимо от того, как они себя ведут или что о них думают окружающие, они предпочитают быть компетентными и получать одобрение, но они не считают, что они все и

всегда должны и обязаны делать только хорошо. Поскольку они принимают себя, следовательно, они не думают, что они хорошие, когда все удастся, и плохие - когда их постигает неудача.

Общая стратегия РЭТ

Общая стратегия РЭТ не расходится с другими когнитивно-поведенческими моделями, иначе говоря, принципиально не отличается от них ни по применяемым методам, ни по общетеоретической ориентации. Основное отличие лежит в «фокусе» терапевтической работы. Для РЭТ это выделенный еще К. Хорни диктат долженствования, именно он представляет «мишень» воздействия в РЭТ. И здесь представляется, что дальние цели и методы их достижения не вполне реалистичны. Поясним, что имеется в виду. Определив в качестве мишени терапевтической стратегии тиранию долженствования, а в качестве терапевтического замысла - раскрытие потенциала личностного роста, А. Эллис тем самым определил и жанр терапии, по сути дела, как личностно-ориентированной. Если мы обратимся к критериям душевно здоровой личности, то заметим, что многие из них вторят критериям, также сформулированным в гуманистической традиции К. Роджерса. Мы имеем в виду роль безоценочного и безусловного принятия, уважение в пациенте его свободы и ответственного выбора (отсюда, в частности, предпочтение в использовании терминов «клиент» и «работа» вместо традиционных для КТ терминов «пациент» и «терапия»); принципиальный отказ от исследования в терапии «прошлого», сосредоточение на «здесь и теперь». Далее предполагается, что в результате РЭТ с человеком произойдут радикальные и глобальные изменения, а именно: «люди чувствуют любовь к себе и придерживаются направления, которое дает им психотерапевт; их слушают, учат и подталкивают» [4. - С. 177]. Кажется, что при подобном видении характера терапевтических отношений у пациента остается не так уж много возможностей, чтобы почувствовать свободу. Обсуждая преимущества и ограничения РЭТ, А. Эллис признает, что разработанный им метод может помочь далеко не всем, перечислив далее не без юмора 15(!) механизмов, «помогающих людям противостоять благоприятным переменам». (Как здесь не вспомнить П. Вацлавика с его блистательным эссе «Как стать несчастным без посторонней помощи»?) Мы не будем перечислять все 15 злобредных качеств, но на некоторые обратим внимание:

привычка (от которой трудно отказаться) мыслить, чувствовать и вести себя дисфункционально;

склонность к физической, эмоциональной и интеллектуальной инерции;

желание получить удовольствие немедленно и любой ценой;

совершение некоторых действий, приносящих очевидный вред (азартные игры, алкоголь);

чрезвычайные внушаемость, доверчивость и конформизм;

тенденция поддаваться панике и подозрительности, вместо того чтобы быть внимательным и осторожным;

склонность к мании величия;

приверженность принципу «все или ничего»;

нереалистическое мышление;

желание тянуть время и избегать того, что не нравится;

нежелание быть настойчивым;

склонность к чрезмерным обобщениям и другим логическим ошибкам;

бездумность и торопливость;

склонность создавать свои эмоциональные расстройства а потом обвинять себя в этом;

наличие таланта догматического, абсолютистского, жесткого антинаучного мышления.

Возникает вопрос, если людям с подобным набором черт (отчасти невротического, а в совокупности скорее уже пограничного уровня) РЭТ не может помочь, то кому же она может помочь и нужна ли она вообще? Сам А. Эллис утверждает, что его метод наиболее эффективен при работе с умными, образованными, с высокой мотивацией клиентами. Говоря о сфере

применения, указывает сферы образования, общения, бизнеса; клиника им не упоминается и, похоже, неслучайно, поскольку именно там размещаются все те, кто столь неразумно сопротивляется благотворному воздействию РЭТ!

А. Эллис подчеркивает также краткосрочный характер РЭТ, однако очень трудно представить, чтобы столь масштабные личностные изменения, как отказ от диктата долженствования, любовь к себе и ближнему, ответственность, гибкость и прочее, что мыслится в качестве терапевтического «замысла», могли совершаться в течение 10-12 сеансов, рекомендуемых доктором А.Эллисом. Вместе с тем специальный акцент на роли инсайта как основного посредника в осуществлении личностных изменений заставляет думать, что РЭТ действительно может сыграть роль «толчка», запускающего механизм дальнейшего саморазвития.

В практике применения РЭТ используется тот же арсенал методик, что и в КТ, за исключением особого предпочтения методики «активно-директивного оспаривания» иррациональных «мастурбационных» убеждений, с помощью которой терапевт вместе с клиентом организует условия исследования его базисных долженствований и помогает заменить их на более разумные, лучше согласующиеся с жизненной философией принятия жизни такой, какая она есть. Используя любой прием КТ, но главным образом опираясь на методику «конфронтирующего диалога» и методику «диалога с самим собой», терапевт ставит своей целью добиться трех видов инсайта: 1) неважно, что произошло с вами в прошлом (в детстве, в начале семейной жизни), - важно, что реакции на произошедшее были *вашими* и именно вы несете ответственность за то, что реагировали так, а не иначе; 2) неважно, когда и как возникло нарушение, неважно, какой была ваша реакция на ваших родителей, учителей, обстоятельства вашей жизни - все это в прошлом, ваши сегодняшние проблемы связаны не с детскими реакциями, а с тем, что эти реакции *остались теми же — детскими и неизменными*; 3) человеку от природы свойственно привыкать к иррациональному образу мышления, чувствования, поведения; чтобы преодолеть эту привычку, необходима долгая и упорная работа, работа и тренировка (А.Эллис, 1962).

Подводя итог кратко изложению вклада А.Эллиса в общую когнитивную ориентацию терапии, я бы хотела отметить три важных замечания, сделанные им. Первое относится к обращению внимания на внутренний диалог, который, по сути дела, раскрывается во внешне монологических высказываниях клиента. Примеры, на которые мы ссылались при изложении материала, наглядно демонстрируют присутствие в высказываниях значимого Другого, чьи контуры, а порой и интонации и даже внешний облик можно воссоздать, а реконструировав внутренний диалог, терапевт получает возможность «встроиться» в него и тем самым изменить обычно безысходное хождение по замкнутому кругу замкнутого в самом себе самосознания. Здесь, на наш взгляд, А. Эллис чрезвычайно приблизился к идее диалогической структуры сознания и, по сути дела, предложил методы работы, направленные на изменение внутреннего диалога как посредника глубоких личностных изменений. Второе замечание касается идеи А. Эллиса о центральной роли иррациональных долженствований в дисфункциональных расстройствах. Эта идея перекликается с идеей Я- и объект-репрезентаций в теории объектных отношений, тем самым доказывая свою психологическую обоснованность. Наконец, третье замечание относится к попытке автора РЭТ создать целостную систему с учетом реального единства и целостности внутренней душевной жизни человека, где деление на когнитивные и аффективные процессы не более чем научная абстракция, а как известно, «суха теория, мой друг...»

Структурная когнитивная терапия: структура индивидуального знания

Структурное направление в когнитивной терапии исходит из признания главенствующей роли отношений между различными аспектами и уровнями познавательной системы, иными словами, настаивает на системном строении индивидуального знания человека о самом *себе* и об окружающем мире. В своем происхождении и функционировании когниции вступают во

взаимодействие с аффективными (в том числе неосознаваемыми) и интерперсональными процессами. Основы СКТ закладывались на всем протяжении развития когнитивной психологии и в 1950-е гг. нашли воплощение в теории личностных конструктов Дж.Келли и соответствующем терапевтическом направлении конструктивизма. Из идеи структурной организации познавательной системы исходят, как было показано выше, и А. Бек и А. Эллис; отличительной особенностью СКТ является интеграция когнитивизма с эволюционной эпистемологией, психологией развития и психологией Я (В. Гвидано, 1987 1991 и Дж.Лиотти, 1983). СКТ, опираясь на идеи Ж.Пиаже, привлекает внимание к истокам и процессу развития когнитивных структур в онтогенезе индивида, к условиям внутрисемейных взаимоотношений, благодаря которым у ребенка формируются определенные когнитивные схемы, или «структуры», которые из-за аффективной насыщенности отношений закрепляются, становятся ригидными и навязчиво воспроизводящимися. Теория эмоциональной привязанности Дж. Боулби представляется создателям СКТ наиболее подходящей интегрирующей парадигмой для понимания межличностного происхождения, динамики и реорганизации познавательных структур в процессе индивидуального развития, психопатологии и психотерапии.

Основные положения структурного подхода, сформулированные в 1960-1980-х гг. применительно к модели человеческого познания, состоят в следующем.

Порядок. В индивидуальном потоке сознания имеют место различные события: восприятие, мечты-образы, образы памяти, вербализованные мысли и чувства разной интенсивности, которые возникают и смешиваются друг с другом. В недрах этого хаоса, изменяющегося содержания потока сознания с точки зрения структурной теории существует порядок, или структура.

Рассмотрим простой пример. Вот человек пробуждается от печального сна. Вставая с постели, он настроен тоскливо и мрачно. Детали сна невольно припоминаются ему, вот он подходит к окну и выглядывает на улицу. Его взгляд на какой-то момент приковала яркая герань на подоконнике, затем он перевел его на голые деревья во дворе. «Моя жизнь похожа на холодную зиму, она такая же безрадостная, как эти деревья, - подумал он, - но моя зима не сменится весной». Воспоминания об одиноком детстве автоматически всплыли в памяти и завладели его мыслями, как бы доказывая безнадежность всей его жизни как в прошлом, так и в будущем. Новый день показался ему невыносимым придатком к бессмысленному существованию.

Есть структура, порядок, лежащие в глубине потока перемежающихся элементов сознания главного героя этого эпизода. Детали сна, грусть, избирательное внимание к голым деревьям, а не к ярким цветам, внутренний диалог о безнадежности существования, безрадостные воспоминания, негативная окраска предстоящего дня образуют часть депрессивного опыта. То, что А. Бек (1976) назвал «когнитивной триадой депрессии», есть часть структуры, связующей фрагменты перцептивного, творческого, эмоционального и интеллектуального опыта.

Иерархия структуры. Структура человеческого познания представляется как иерархическая по своей природе и по определению взаимодействующая с эмоциями и поведением. Высшие уровни иерархии определяют стратегические цели деятельности субъекта, в то время как решение конкретных ситуативных жизненных задач входит в компетенцию нижележащих подчиненных уровней.

В когнитивной организации депрессивной личности иерархически высший уровень квалифицирует (категоризирует) большое количество действий как «бессмысленных» и тем самым санкционирует бездействие и пассивность как наиболее «благоразумное» решение сохранить силы, не тратя их на указанные действия. Подчиненные уровни когнитивной структуры руководствуются этим решением (не тратить усилия на бессмысленные действия) с учетом окружающей обстановки: когда есть выбор (либо оставаться дома, либо идти на встречу с друзьями), пациент выбирает первый вариант; когда его призывают принять участие в беседе, он говорит по возможности мало и уклоняется от прямых взглядов; когда он получает

приглашение принять участие в каком-либо совместном мероприятии, начинает отказываться, и т. д.

Конструктивная активность. Люди активно создают и моделируют (представляют) себя и «реальность», на которую они реагируют, иными словами, придают «значения» внутренней и внешней реальности и действуют, исходя из созданной ими системы «означивания». Мы все - «активные решатели проблем». С детства мы склонны рассматривать и исследовать неразрешимые, трудные и странные аспекты физической и социальной реальности; с этой точки зрения мы постоянно только тем и заняты, что исследуем возможности «решения проблем». Мы включаем в свой арсенал процессы решений и сами решения, которые находим в моделях, репрезентирующих, представляющих образы *Я* и мира. Неосознанные, бессознательные процессы, бесспорно, играют существенно важную роль как в формировании самих репрезентаций, так и в процессе принятия решения.

Биологические возможности. Активное моделирование образов *Я* и мира обусловливается и ограничивается врожденными пред-расположенностями и формами поведения. Опыт и обучение дорабатывают такие врожденные формы, но не могут полностью их заменить. Депрессивный пациент может моделировать образ себя как одинокого и полагать, что другие отвергают его. Он может выработать своего рода привычку конструировать образ своего *Я*, отражающий хроническое чувство самонедостаточности. Эти модели и формы поведения тем не менее не могут полностью вытеснить или заменить присущую человеческому существу врожденную предрасположенность быть «аффективно связанным с окружающими» (Дж.Боулби, 1977, 1980, 1982).

Неосознанные процессы. Есть уровень психической активности вне контроля сознания, или «неосознанный» уровень. Структурная теория, не отождествляющая неосознаваемые процессы с идеей Фрейда о бессознательном, скорее приближается в их толковании к точке зрения, принятой в современной нейропсихологии. **Неосознаваемые процессы**, вероятно, неизменны при работе сознания и функционируют посредством: а) оценки контраста между воспринимаемой сенсорной информацией и накопленными априорными моделями опыта; б) устранения различий между притоком информации и имеющейся априорной информацией (схемами).

По терминологии Ж. Пиаже, неосознанные процессы функционируют в психике через динамику аккомодации и ассимиляции. Новая информация, частично отличающаяся от закодированной в схемах памяти, сначала аккомодируется (оценка контраста), а затем ассимилируется (устранение различий) в процессах когнитивного предструктурирования. Согласно этой теории, невозможно ощутить (в условных единицах ощущения) даже неожиданную абсолютно новую информацию.

Конкурирующие между собой неосознанные процессы, постоянно абстрагируя характерные признаки взаимодействия с реальностью, являются, следовательно, центральным звеном в организации, хранении и изменении наших знаний о себе и мире.

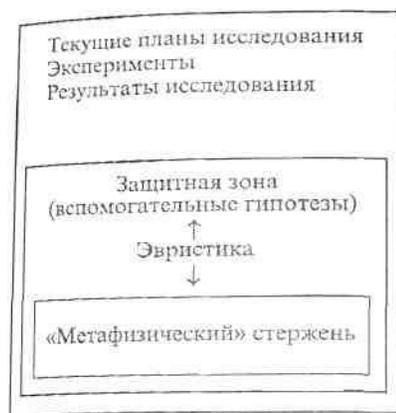
В клинической практике можно найти случаи, подтверждающие существование процессов аккомодации. Один пациент утверждал, что «интеллектуально» он понимал и принимал объяснение (или интерпретацию), предложенное терапевтом, но и поныне склонен действовать согласно своим прошлым представлениям о себе и реальности. Новая установка, возникшая в результате «принятия» терапевтического вмешательства, оказалась аккомодированной в его познавательной структуре, но еще не ассимилировалась.

Влияние прошлого опыта. Когнитивная структура пополняется элементами, накопленными в различные периоды жизни. Эпизодические воспоминания о детстве, ранние эмоциональные схемы и вербализованные представления, полученные позже, - все эти процессы участвуют в оценке происходящих событий в актуальном настоящем, в выборе путей решения проблем и влияют на поведение.

Организация. Различные аспекты и уровни индивидуального познания могут быть представлены в моделировании как элементы интегрированной организации. Для наглядности

полезно сравнить структуру программы научного исследования (И. Лакатос, 1970) с целостной структурой знаний о себе и мире. Так, любая программа научного исследования имеет «метафизический» стержень. Этот стержень основывается на гипотезах, которые не могут быть подвергнуты сомнению или опровергнуты во время выполнения программы исследований, так как они - основной источник, на котором базируется программа. Отталкиваясь от основной гипотезы, ученый эвристически развивает ряд вспомогательных гипотез, образующих защитную зону, которая схематично может быть представлена как расположенная вокруг стержня (рис. 1, А).

А. Структура программы научного исследования



Б. Модель структуры когнитивной организации человека

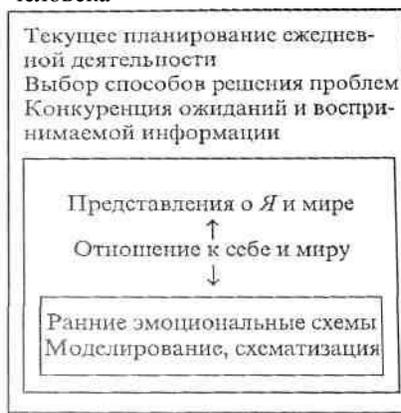


Рис. 1. Сравнение структуры научной теории и когнитивной организации Человека

Защитная зона предохраняет основную гипотезу от опровержения: неожиданные результаты исследований приписываются недостаткам скорее вспомогательных гипотез, чем основной. Если противостояние вспомогательных гипотез и ожидаемого результата исследований ведет к предполагаемым изменениям, коррекции или фактически подтверждает действенность защитной зоны, программа, как сказано, ведет к прогрессивным сдвигам. Если не предполагаемые исследованием результаты противоречат новой модели защитных гипотез, можно говорить о «замутнении» проективной зоны и о том, что программа исследований ведет к регрессивному сдвигу.

Можно выявить три уровня когнитивной организации психики человека, которые являются аналогами соответственно «метафизического» стержня, защитной зоны и уровня текущих планов исследования, определяемого ходом и результатами исследования (рис. 1,Б).

Центральный уровень когнитивной организации психики содержит схемы, возникшие обычно в период детства и отрочества и неосознанно сохраняемые человеком как не подлежащие сомнению представления о важных аспектах своего Я и окружающего мира.

Человек не может усомниться в действительности и ограничить генерализованное влияние старых, ранее приобретенных схем ввиду действия ряда факторов: ребенок имеет ограниченную способность откладывать или разбивать на части выполнение действия в течение длительной стадии раннего умственного развития, предшествующей возникновению практического мышления и овладению конкретными операциями (Дж.Флавел, 1963). Следовательно, в этом возрасте ребенок не может рефлексировать и тем более сравнивать критически узнаваемое с тем, что демонстрируют окружающие его люди;

у любого ребенка регулярно вызывают эмоции в основной ситуации внутрисемейного общения. Стиль взаимодействия у каждой семьи довольно стабилен во времени. Следовательно, эмоциональные схемы ребенка, возникшие под влиянием эмоциогенных

семейных взаимодействий, возможно, повторно проигрываются и усиливаются при последующих взаимодействиях ребенка с семьей, ведя, таким образом, к возникновению прочных представлений о себе и других людях;

процесс моделирования, схематизации у ребенка повторно усиливается, подкрепляется процессом обучения и самоидентификацией в подростковом возрасте;

догматическое изображение характера ребенка или важных аспектов реальности может навязываться ребенку родителями, учителями и другими, имеющими на него влияние лицами, и быть принятым на веру, не помогая, а, напротив, препятствуя его активным попыткам самостоятельного самоисследования. Если такая догматическая репрезентация в ущерб собственно детскому опыту сильна, становление когнитивной организации психики ребенка может стать почвой для развития серьезной психопатологии в будущем.

Нередко во время психотерапии депрессии видно, как один из родителей пациента (вероятно, имевший несчастливое детство) боится напоминания о прошлых злоключениях и полагает, что остановка на печальных воспоминаниях неизбежно приведет к возникновению депрессии. Пациент при этом может вспомнить, что родители всегда хотели видеть его счастливым и уверенным, что мир всегда хорош и приятен. Один из пациентов (Дж. Боулби, 1985) в конце терапии так объяснил свою детскую привычку: «Я сейчас вижу, что в детстве мне было страшно одиноко, но я никогда не позволял себе это знать».

Промежуточный уровень когнитивной организации психики составляют вербализованные, осознаваемые представления о себе, других людях и мире. Отношения между эксплицитными представлениями на промежуточном уровне и центральным эмоциональным уровнем сродни отношениям между семантической и кратковременной памятью (Дж. Боулби, 1980; Э.Тулвинг, 1972). Четкая проекция образа Я на промежуточном уровне способна функционировать как «защитная зона» центральных конструктов, что подтверждают результаты исследований, проведенных В. Сваном и К. Хиллом (1982). Согласно данным этих исследований, самопортрет (или образ Я) удивительно легко *на некоторое время изменить*: достаточно предложить альтернативный вербальный вариант, так как пациент, занятый нейтральной когнитивной задачей, отвлечен от диалога с человеком, предлагающим этот вариант. Тем не менее спустя несколько минут или часов, пациент, самопортрет которого оказался измененным, приступает к внутреннему или внешнему диалогу, призванному изменить автоматически принятый самопортрет, так что в конце диалога подтверждается исходный вариант видения себя, что демонстрирует защитную функцию устойчивого образа Я на центральном эмоциональном уровне. Эти исследования наталкивают на мысль, что эксплицитные, вербализованные представления о себе конкурируют (в неосознанной форме, автоматически) с центральными конструктами и что такая конкуренция имеет сильную тенденцию подтверждать превосходство последних. Вербализованные, коммуникативные аспекты личности (легко изменяемые сами по себе) защищаются от опровержения неосознаваемыми конструктами представлений о себе. Именно поэтому такое подтверждающее соперничество между самопортретом и конструктами ведет к стабильности эксплицитных аспектов личности. При исследовании динамических взаимоотношений между центральными конструктами и словесным самопортретом используется термин «отношение к себе». Иллюстрация того, что подразумевается под термином «расположение», или «отношение», к себе, может быть найдена в современной когнитивно-бихевиористской литературе в рубриках «Избирательное внимание к себе», «Самоусиление или самоублажение как стиль саморегуляции», «Деиндивидуализация», «Самообман», «Слепота по отношению к себе» и «Отворачивание от себя» (Р. Баумейстер и М. Джонс, 1978; М. Элайк, 1985). Полагаем, что настоящая проблематика имеет непосредственное отношение к изучению структуры интегрального образа Я и механизмов его стабилизации и защиты, иначе говоря, позволяет приблизиться к пониманию некоторых из когнитивных механизмов формирования и патологического функционирования самоидентичности. Кроме того, очевидно, что сама логика развития когнитивизма и

когнитивной терапии вела и ведет к осознанию необходимости изменения исходной методологии с ее переоценкой когнитивных процессов и недооценкой аффективных. Современное стремление КТ приблизиться к «трудным» для традиционно когнитивной курации пациентам с расстройствами личности, по всей видимости, и обусловило появление таких интегративных (на методологическом, теоретическом или «технологическом» уровне) моделей, как структурная терапия, конструктивная терапия, «когнитивно-динамическая терапия» (Дж. Норкросс, 1993; М.Мэхони, 1994; М.Линехан и Д.Тытек, 1993). В русле идеи интеграции когнитивного и психодинамического подходов к исследованию нарушения самоидентичности было показано (Е.Т. Соколова, 1989), что для пациентов с отличающейся личностной структурой при невротическом и пограничном уровнях расстройства характерны некоторые специфические стратегии, или стили, защитной саморегуляции эмоционально-ценностного отношения к себе. Оказалось, что в своей внутренней организации каждый индивидуальный стиль обязательно содержит в качестве ядра единство образов себя и значимого Другого. Целостная структурная единица Я-Другой и была положена в основу категоризации защитных паттернов как устойчивых структурных единиц самосознания. Исследование, проведенное с помощью методик ТАТ, ОРТ, теста Роршаха, показало, что пациенты с близкой к пограничной организацией личности обнаруживают некоторые типичные стили, а именно: самоприукрашивание или идеализация Я - дискредитация Другого; самоинвалидация и самоинфантилизация - самоэффективный Другой; ипохондрическая соматизация образа Я - преувеличение физической силы и привлекательности Другого; эмоционально голодный Я - напитывающий Другой. Полученные данные обсуждались как в контексте взаимодействия аффективных и когнитивных процессов в самосознании и саморегуляции, так и в связи с особенностями самоидентичности при расстройствах (аномалиях) личности.

В метафорическом сравнении моделей научного исследования и когнитивной организации, проведенной И. Лакатосом, отношение к себе похоже на эвристическую процедуру выработки ученым вспомогательных гипотез в зависимости от основной.

В рамках предлагаемой модели периферический уровень когнитивной организации психики отражает планы деятельности человека и способы решения проблем, которые он изо дня в день использует, находясь в окружающем мире. Оценка внутренних (эмоциональных) и внешних (межличностных) событий также может быть понята как процесс, протекающий на периферийном уровне. Новые навыки аккомодируются на периферическом уровне через процессы каузальной атрибуции, прежде чем стать ассимилированными внутри предструктур промежуточного уровня.

Концепция психопатологии в структурной когнитивной модели

Рассмотрим идеальную модель «здоровой» когнитивной организации психики, взяв за основу категории «онтологического доверия миру» (Э.Эриксон, 1965) и «устойчивой безопасной привязанности» (Дж.Боулби, 1969-1980; М. Эйнсворт, 1964, 1978). Центральные конструкты, составляющие стержень такой организации, заключали бы в себе тогда:

оценку других людей как полезных и находящихся «в доступности», как только потребуются;

позитивный образ Я в аспекте способности справляться с нормальными трудностями и неприятностями жизни, а также в аспекте чувства собственного достоинства и способности любить в отношениях со значимыми людьми.

Доказано, что сильная и стабильная привязанность положительно коррелирует с доверительным и конструктивным отношением к исследованию новых мест и к встречам с незнакомыми людьми. Такое доверительное отношение к исследованию новой обстановки могло бы, вероятно, перерасти (когда когнитивное развитие по окончании подросткового возраста позволяет это) в доверительное отношение к исследованию себя, т.е. «внутреннего мира» своих чувств и мыслей. Тогда промежуточный уровень когнитивной организации

психики никогда не приобретал бы черт догматического максималистского или агрессивного характера. Мировоззрение в этом случае было бы гибким к изменениям «точки отсчета», переоценке ценностей и ассимиляции нового опыта. Установки на видение себя и мира не функционировали бы, как ригидная защитная зона центральных конструктов, человек, следовательно, был бы способен осмыслить свои требования к себе и окружающим, из которых вырастает и видение себя. Противоречивые и несовместимые установки были бы выявлены и по возможности исправлены. Соответственно текущее планирование деятельности, выбор способов решения проблем и готовность ассимилировать новый опыт (регуляция процессов оценки и каузальной атрибуции воспринимаемой информации) оставались бы гибкими и вели к адаптации личности в окружающем мире.

Что же происходит, когда в силу вредоносных средовых условий нормальный процесс развития доверия и привязанности оказался поврежденным? В предложенном теоретическом контексте представим теперь описание основных невротических расстройств эмоций и поведения.

Агорафобия и связанные с ней сложные фобии

Ядро когнитивной организации включает в себе дилемму: желаемая свобода подразумевает одиночество, которое пугает, а общество или чья-нибудь опека несут в себе смысл принуждения со стороны других. Далее. В согласии со сложившимися когнитивными структурами ожидается, что дружеские отношения и опека должны поддерживаться за счет сильной редукции личной свободы исследовать жизнь и наслаждаться ею. От покровителя согласно центральным конструктам пациента ожидаются принуждение и сверхконтроль. Незнакомые люди кажутся потенциальными врагами или, по крайней мере, равнодушными к затруднениям и нечувствительными к его страданиям. Пациент воспринимает себя как «ослабленного» и склонного к физическим недомоганиям. Причина возникновения такого ядра когнитивной организации психики усматривается в сложившейся в детстве модели тревожной привязанности, иными словами, устойчивом убеждении в непостоянстве отношения близких людей.

В истории детства пациентов с синдромом агорафобии нетрудно бывает найти такой объект привязанности, который систематически:

был бы сверхопекающим и сверхконтролирующим и вследствие этого ограничивал свободу исследования и укреплял в мысли, что пациент «ослабленный» и «больной»;

отвечал отказом на желания пациента дружбы и помощи;

часто угрожал бы бросить его одного, чтобы заставить подчиниться;

испытывал бы тревожность сам, вследствие чего стимулировал возникновение конструктов страха за себя и страха окружающего мира.

В ходе решения проблем, порожденных конфликтом между свободой-одиночеством и опекой-стесненностью, потенциальный агорафобик обычно в детском возрасте становится сверхконтролирующим себя и других людей. Контролируя свою «ослабленность» (чувство непригодности), можно избежать тревоги и сверхопеки со стороны встревоженной матери и получить разрешение идти играть с друзьями. Если бы такая «ослабленность» была обнаружена, последовал бы немедленный запрет на прогулки, возможно, на много дней, и лишение связанных с ней приятных моментов; возможно, дело дошло бы и до ограничения «места проживания», иногда вплоть до «обездвиживания» укладыванием в постель. Контролируя поведение других через демонстрацию им своей «мощи» или с помощью искусного «обольщения», можно добиться их расположения при надобности или же избавиться от них, если их общество становится в тягость.

Благодаря такой склонности к сверхконтролю (манипулятивному контролю) ребенок обретает способность справляться с разными сложными коммуникативными проблемами и со своим эмоциональным возбуждением.

Когнитивное развитие происходит при сильном и постоянном влиянии «фильтра»

сверхконтроля, ведя к оформлению и вербализации совершенно определенных и жестоких представлений о себе и межличностной реальности. Эти представления в период между окончанием подросткового возраста и началом клинического синдрома выражаются в тревогах, касающихся личной свободы, нежелания терпеть даже малейшую зависимость от других, противоречивых переживаний самоущербности и личного (физического, социального и морального) «могущества» - в качестве вторичных защитно-компенсаторных черт Я. С такого рода защитной зоной ядра пораженных тревожностью конструкторов - представлений о себе и окружающем мире - подростки нередко способны вырасти здоровыми и жизнерадостными и часто становятся предприимчивыми молодыми людьми, уважаемыми своими сверстниками и вполне удачливыми на выбранном профессиональном пути. Тем не менее в такой когнитивной организации есть слабое место. Способность контролировать свои эмоции «слабости» и манипулировать межличностными взаимоотношениями - не лучшее средство получить четкое представление о них. Желание как можно скорее поставить под контроль названные феномены с целью подавить их или изменить несовместимо с возможностью всестороннего знакомства с ними. Самоконтроль, осуществляемый без должного предварительного самонаблюдения, скорее будет неэффективным и препятствующим накоплению динамично изменяющихся знаний о себе. Это, в частности, верно в отношении собственных эмоций неудовольствия, которые необходимо *прожить*, чтобы понять их связь со всей психической и внутриличностной жизнью; агорафобик стремится немедленно поставить их под свой контроль, тем самым преграждая путь к *само*-исследованию и *само*-познанию. Когда такой человек сталкивается с событиями которые он не в состоянии контролировать, увеличивающими риск остаться в одиночестве или стеснить личную свободу, он видит себя неспособным ассимилировать необходимый в таких случаях эмоциональный опыт. Пациент пытается скорее контролировать, чем пережить и прочувствовать свои эмоциональные переживания и межличностные взаимоотношения, вызывающие их. Обнаружив свою неспособность подойти к эмоциям конструктивно, пациент склонен выдвигать неточные (отвлекающие внимание) гипотезы о причинах своих эмоционально неприятных привычек. Будучи неспособным контролировать свои эмоции, он с трудом связывает это с природой своей личности (ведь все, что внутриличностное, это *моя* собственность и должно подчиняться *моему* контролю) и потому склонен приписывать свои болезненные эмоциональные реакции влиянию независимых от него обстоятельств: например, болезни, угрожающей его способности сохранить контроль над собой (характерный страх «потери контроля», «безумия», слабости и т.д.). Конечно, такая ошибочная каузальная атрибуция способна вызвать реакции страха и замкнуть характерный искаженный цикл неприятных эмоций и искаженных суждений.

Единственный способ контролировать ошибочно понимаемые реакции страха в период возникновения синдрома - избегать ситуаций, чаще всего вызывающих такие реакции (фактическое «одиночество», при котором, вероятно, никто не поможет «больному» пациенту, когда он в очередной раз «пытается» контролировать).

Это ведет к генерализации стратегии избегания, замыкая в порочный круг причины и следствия агорафобии.

Депрессия

Ядро когнитивной организации, соответствующее клинической невротической депрессии, характеризуется оценкой себя как «приговоренного» к одиночеству. Часто такой основной конструкт вырастает на почве реальных или символических потерь, перенесенных в детстве, при этом травматическое воздействие символической потери (родительского участия и любви скорее, чем реальная смерть объекта привязанности) может быть более сильным.

С беспомощностью человека, переживающего непоправимую утрату, связаны два вида каузальной атрибуции. Первый объединяет внутреннюю атрибуцию, принятие на себя ответственности за беспомощность и даже за потерю, вызвавшую состояние беспомощности,

второй - внешнюю атрибуцию: все окружающее - источник зла и ответственно за потери и субъективный опыт беспомощности пациента. Самопортрет, даваемый в условиях такой внутренней атрибуции, можно легко представить: *Я* видится как нелюбимое никем, как достойное забвения и одиночества (которое оно уже испытывает). Точно так же легко представить видение окружающего мира под влиянием каузальной атрибуции в ситуации потери: мир и люди в нем будут казаться холодными, безжалостными, неспособными любить. Неудивительно в этом случае, что степень близости в отношениях с оставшимися жить родителями и поддержка и понимание семьей ребенка, рано пережившего потерю, считаются сильным защитным фактором против развития клинической депрессии в зрелом возрасте. Когда испытывается потребность в понимании, поддержке и близости отношений, ребенок, переживший реальную или символическую потерю, стоит перед единственным решением проблемы одиночества: напрягать максимум усилий как для преодоления своих видимых и предполагаемых дефектов и недостатков (внутренняя атрибуция), так и для борьбы с врагами, бездушным окружающим миром (внешняя атрибуция) путем манипулятивной индукции и принудительного доверия к себе.

Подобно установке сверхконтроля при агорафобии, склонность напрягать максимум усилий перед лицом жизненных трудностей позволяет иногда удовлетворительно адаптироваться к условиям. Если старательно работать, иметь достаточно сил и способностей, выстрадать и добиться успеха, признания другими, вероятно, можно избежать ожидаемого одиночества и несчастья. Самопортрет тогда будет основываться на этой базовой установке. Следует ожидать сильную тенденцию к глобальным решениям, оценкам, «ожиданиям» и «долженствованиям». Соответственно быть снисходительным к собственным недостаткам или промахам других почти невозможно. В текущем планировании деятельности, в выборе способов решения проблем основным объектом внимания будет мысль об одиночестве, о напряженных попытках преодолеть трудности и препятствия. Удовлетворение собой и расслабление позволительны только после того, как будут затрачены должные титанические усилия.

Однако когда, вопреки затраченным максимальным усилиям, жизнь готовит новые испытания реальными и символическими утратами, депрессивная когнитивная организация теряет свою незначительную компенсаторную силу. Подобное может случиться и при достижении цели своих усилий - характерным примером является профессиональный успех - и последующее открытие, что пациент «одинок», как и прежде. Тогда в любом случае «высокое» усилие покажется ему бесполезным.

Мысль, что всякое усилие бесполезно, конечно, заметна в оскудении познавательной деятельности, клинической картине депрессивной апатии, уходе в себя, падении активности, потере интереса и мотивации. Не защищенные более представлениями о себе, основанными на недавнем положительном отношении к собственным усилиям, основные схемы представлений о себе и мире депрессивного характера вырываются из когнитивного ядра. Типичная когнитивная триада депрессии вливается в поток сознания.

Обсессивно-компульсивные расстройства

Ядро когнитивной организации этого типа характеризуется симметричным видением себя и других, в котором любой полюс диады «*Я*-Другие» либо «хороший», либо «плохой» (если один из них «хороший» - «светлый», позитивный, то другой, конечно, «плохой» - «темный», негативный). Более того, любой полюс этой диады изменяется в континууме «плохой» - «хороший». Иными словами, и образ *Я*, и образ объекта привязанности представлены всегда в шкале сравнения, которая почему-то норовит сдвинуть баланс «хорошего-плохого» в сторону последнего (как в известном примере: стакан наполовину с водой видится скорее полупустым, чем полунаполненным).

Для того чтобы понять психологический механизм и истоки подобной картины мира, предлагается обратиться к модели амбивалентной привязанности (М.Эйнсуорт, 1982;

Дж.Боулби, 1973, 1982; В.Гвидано, Дж.Лиотти, 1983, 1987, 1991). Амбивалентно привязанный к кому-то ребенок демонстрирует частую смену стремления к предмету привязанности его избеганием. Есть различные модели родительского отношения, которые могут быть связаны с развитием у ребенка модели амбивалентной привязанности. Наиболее типичный пример - ригидные, эмоционально-холодные и правдолюбивые родители, предпочитающие строгое нравственное и физическое воспитание ребенка, но не умеющие удовлетворить его потребность в игре с ним и испытать к нему искреннюю любовь и участие. Ребенок имел бы одинаковую возможность для предположения, что такие родители «хорошие» (на основании своего морального и физического благополучия и, следовательно, любви к нему родителей) либо «плохие» (их чуждость, эмоциональная неотзывчивость на его нужды). Он может считать себя «плохим», если вспомнит что избегает «хороших» родителей или, наоборот, «хорошим», если подумает, что правильно сделал, когда отдалился от таких «плохих» родителей.

Двойственность, дихотомизированное видение себя и других создает условия для невыносимой неопределенности. Любое решение дилеммы «Хороший ли я, а другие - плохие, или все наоборот?» неудовлетворительно, но сомневаться дальше без какого-либо определенного ответа - еще хуже. Следовательно, ребенок, скорее всего, будет искать абсолютно однозначное решение дилеммы. Развивается абсолютизированное отношение к себе и другим. Ошибка или недостатки рассматриваются как доказательство совершенной, «на 101 %», «непригодности» себя и других и, следовательно, скрываются, насколько это возможно. «Идеальный» портрет себя и других, построенный таким способом, вероятно, будет абстрактным, максималистским и ригидным. Когда конкретный человек (с его более или менее положительными, вредными или нейтральными поступками) должен быть оценен в соответствии с такой абстрактной системой ценностей, характеристика его становится либо невозможной, либо догматически абсолютизированной. Поиск реальных качеств, адаптивных характеристик своего Я или других, очевидно, затруднен, и тем самым подготавливается фундамент для складывания разнообразных проблематичных моделей эмоциональных реакций и поведения перед лицом будущих событий.

Расстройства питания

Люди, страдающие нервной анорексией или различными формами предрасположенности к излишнему весу, или более сложными расстройствами питания по типу так называемого хаотического диетического синдрома, имеют сходное ядро когнитивной организации. Аффективные узы, дружеские отношения здесь представлены как ситуации взаимного полного понимания и безусловного принятия и в то же время как переполненные огорчениями и разочарованиями.

Сотоварищ по аффективным узам, если он не демонстрирует безупречного понимания и принятия, немедленно вызывает разочарование и развитие защитного отчуждения. Это - как если бы схема, отражающая отношения любви, исключала промежуточные состояния во взаимоотношениях от абсолютно принимаемых до болезненно воспринимаемых, тотально болезненных, которые пациент не приемлет ни в малейшей степени. Люди, не подходящие в качестве совершенного партнера (по стандартам родителей), скорее всего будут считаться неспособными и неготовыми понять, склонными критиковать поведение или физические особенности, а также навязывать ему свое мнение.

Семейная атмосфера, в которой выражение своих мыслей и эмоций не поощряется, может привести к (упорно не замечаемому другими) развитию расстройства у одного из членов семьи и, вполне вероятно, способствовать возникновению такого когнитивного стержня. Сверхценное отношение к аффективным узам отождествляется с мгновенным и полным взаимопониманием (почти без потребности в словах), которое, естественно, передается ребенку. Когда он обнаруживает, что такое понимание любви, дружбы не соответствует реальной картине отношений между отцом и матерью или между ним и родителями, переживание разочарования неизбежно и крайне болезненно.

Тому, кто хочет защитить себя, кажется логичным избегать встреч или предложений кого-либо, кто не убеждает в своем «совершенстве» и влюбленности так, чтобы сделать разочарование невозможным. Конечно, такое отношение делает выражение более интимных чувств и мыслей редким событием. Вербализация собственных чувств и мыслей не поощряется, и, следовательно, вербально обозначенные аспекты личности пациента, связанные с миром эмоций, оказываются неявно представленными в его когнитивной организации. Самоидентичность, таким образом, остается по многим важным ее аспектам тождественной идентичности границ собственного тела.

Когда бы ни возникало неприятное самочувствие (под влиянием критических замечаний в адрес поведения пациента или его физических особенностей, сделанных сверстниками или значимыми для него людьми), оно оформляется интроспективно в негативный образ тела, часто искаженный полнотой. Тучные пациенты, как ни печально, принимают такой образ, тогда как больные анорексией отчаянно борются с ним, начиная голодать.

Взаимоотношения в ходе терапии

Отношения сотрудничества между пациентом и терапевтом являются главными условиями успешного лечения. Структурная когнитивная терапия полностью принимает эту точку зрения. И терапевт, и пациент должны выработать объединяющий их общий смысл целей и задач терапии, и сотрудничать в осуществлении предложенных терапевтом планов.

В терапевтических отношениях сотрудничества разные формы сопротивления заданиям терапевта и другим его усилиям не возникают или возникают в более управляемой и выгодной для терапевта форме, чем в отношениях другого типа. Если наладить сотрудничество, спокойные терапевтические отношения, можно ожидать, что пациент будет видеть в них «надежную опору» для исследования более болезненных аспектов своей эмоциональной жизни и самоидентичности. При установлении отношений сотрудничества с пациентом для терапевта важно знание общих видов патологической когнитивной организации, соответствующих им моделей неудачного родительства и нарушения отношений привязанности. Личная идентичность пациента с синдромом агорофобии зависит от потребности контролировать взаимоотношения с кем-либо, по крайней мере, до тех пор, пока он не научится доверять партнеру. Терапевту, следовательно, необходимо предоставить пациенту широкие возможности для контроля в начальной стадии терапии.

Депрессивный пациент обычно идентифицирует себя в связи с идеей «усилия». Терапевт, следовательно, должен показать пациенту, что он признает и уважает эту черту его личности, спрашивая например: «Вы полагаете, что вам есть что терять, когда вы готовы напрячь свои силы, чтобы привлечь меня к исследованию ваших затруднений?»

Пациент с расстройствами питания, по всей вероятности, будет неохотно идти на самораскрытие и сотрудничество. Терапевту хорошо бы признать, что у пациента, по видимому, сложилось давнее и твердое жизненное убеждение, что не стоит раскрывать свои мысли и чувства перед незнакомыми людьми, а терапевт, действительно, новый и незнакомый человек, по крайней мере вначале. Во время первых терапевтических встреч терапевту лучше принять уклончивую позицию тучных пациентов или больных анорексией и не требовать детальной информации до появления ощутимого терапевтического прогресса.

Многие обсессивные пациенты во время первых встреч с терапевтом демонстрируют явно амбивалентное отношение к лечению. С одной стороны, они возмущены тем, что их подготавливают к «жертвам», пусть даже ради улучшения их самочувствия. С другой стороны, они боятся, что могут претерпеть слишком много, стремясь к выздоровлению (они, кажется, представляют себе невыносимые тотальные, «настоящие» страдания). Терапевт, помогая, может тогда попросить пациента быть готовым сохранить малую часть прежней установки к концу курса терапии - именно малую часть, которая потребуется, чтобы избежать ненужных эмоциональных переживаний и одновременно быть способным вести иную, нормальную и удовлетворительную жизнь. Так терапевт частично удовлетворяет обсессивную потребность

пациента в определенности, показывая ему, что точное предположение результата лечения возможно. В то же время терапевт непринужденно размыкает установку пациента, что имеют ценность только «полные» (100%) решения проблемы, подкрепляя эту более реалистическую установку на примере достигнутых даже незначительных или частичных улучшений. В структурной когнитивной терапии некоторые феномены, частично относящиеся к терапевтическим взаимоотношениям, могут стать объектом совместных исследований пациента и терапевта. Наиболее значительным из них является способ, которым пациент склонен истолковывать поведение терапевта во время терапии. Таким способом может быть обнаружен искусный намек на приближение и изменение взаимосвязей между различными уровнями когнитивной организации пациента. Женщина с синдромом агорофобии, например, может намечать обсуждение с терапевтом недавнего эпизода с приступом боязни и бегством и знать, что это делается согласно обоюдному с терапевтом договору. Когда на очередном сеансе пациентка будет описывать этот эпизод, она неосознанно сравнит происходящее взаимодействие со своим идеализированным самопортретом (ущербность, не позволяющая ей быть зависимой от кого-либо). Такой идеальный самопортрет связан с основным конструктом, отражающим взаимодействие с деспотичным отцом, вынуждавшим ее выполнять очень неприятные для нее вещи, угрожаям оставить ее одну на улице, если она откажется подчиниться. Во время сеанса терапевт заметил изменения в отношении пациентки к нему. Теперь она, кажется, понимает его вопросы, касающиеся эпизода с бегством, как если бы они были нацелены на то, чтобы вынудить ее разговаривать и продемонстрировать болезненную ситуацию бегства. В ответ на вопросы терапевта об изменении ее отношения к нему пациентка, во-первых, объяснила свой страх зависимости («Я боюсь, что стану слишком зависимой от вас, доктор») и затем упомянутое ранее опасение, что терапевт - «всемогущий» и пытается вынудить ее проявить невыносимую активность, подобную тому, чтобы остаться одной на улице.

Осознание противоречия между таким способом понимания представленной ситуации и ее намерением рассмотреть эпизод в дружеской атмосфере терапевтического сеанса дает пациентке возможность припомнить болезненные эпизоды взаимодействия со своим строгим отцом. Случайно может быть замечено, что это вообще не «бессознательные» воспоминания. Просто пациентка не связывала их со страхом зависимости и обычным способом оценки межличностных взаимодействий. Вероятнее всего, толкование пациенткой своей болезни (мысль о физической и умственной неспособности) и озабоченности сохранением контроля над собой и другими мешала ей понять взаимосвязь прошлого опыта, мировоззрения и актуальных мыслей, эмоций, оценок и поступков.

Содержание и стратегия психотерапии

Когда возникает желаемый терапевтический климат, терапевт надеется, что пациент: повысил свое мастерство самонаблюдения; по крайней мере, понял некоторые аспекты структуры когнитивной организации; самостоятельно может продолжить выявление и коррекцию на основе описанных навыков, аспектов своей внутренней жизни, приводящих к нежелательным «невротическим» переживаниям.

Для приближения и достижения этих целей требуется динамическое, последовательное взаимодействие наблюдаемых и изменяемых процессов, предусмотренных соглашением между пациентом и терапевтом.

Договоренность в терапии. Как правило, во время первых сеансов терапевт осторожно расспрашивает пациента о цели его прихода. Затем он выражает готовность в пределах своей профессиональной компетенции помочь пациенту достичь целей своего прихода. Исключения составляют крайние случаи (пациент сообщает о желании причинить вред себе и другим), которые терапевт осторожно обходит, не подтверждая эффективности и правильности такой цели. Даже если изъявленное желание явно связано с главными проблемами пациента,

терапевт должен попытаться переформулировать их, но не отвергать как патологические или не имеющие отношения к делу.

Исследования эффективности когнитивной терапии

За последние десятилетия в проблему изучения эффективности психотерапии именно когнитивная модель внесла наиболее существенный вклад. Центральные направления эмпирических исследований решали задачи сравнения эффективности когнитивной терапии и других терапевтических систем и медикаментозных воздействий; оценки эффективности когнитивной терапии применительно к конкретной психопатологии; разработки исследовательского инструментария, адекватного, статистически надежного и компактного; сравнительной эффективности модифицированных моделей когнитивной ориентации (имеется не очень много данных). Дадим краткий обзор результатов проведенных исследований, выделив несколько наиболее типичных и «образцовых».

А.Раш, А.Бек, М.Ковач и др. (1977) сравнивали эффективность когнитивной терапии с применением антидепрессантов при лечении невротической депрессии. Результаты показали, что улучшения отмечаются в обеих группах и ведут к редукции депрессивной симптоматики, однако улучшения были более выражены у получавших когнитивную, а не медикаментозную терапию; отсроченный эффект психотерапии длился дольше; число повторных госпитализаций было в несколько раз больше в группе чисто медикаментозной терапии. Результаты в значительной мере расшатали устоявшуюся точку зрения, что при лечении депрессии приоритетным должно быть медикаментозное лечение.

В том же году Б. Шоу опубликовал данные о сравнительной эффективности когнитивной, бихевиоральной и клиенто-центрированной терапии студентов с депрессивными расстройствами, причем при сравнении результатов учитывалось, что одна группа пациентов во время обследования вообще не получала никакого лечения. Результаты продемонстрировали наибольшую эффективность когнитивной терапии, измеряемой как опросником А. Бека (BDI), так

и психиатрической оценкой по окончании терапии; бихевиоральная и клиенто-центрированная терапия оказались эффективны при сравнении с группой, не получавшей никакого лечения, но никаких преимуществ той или другой терапии выявлено не было.

В 1983 г. Л.Миллер с соавторами опубликовал сравнительные данные, свидетельствующие о большей эффективности когнитив-но-бихевиоральной терапии по отношению к плацебо-эффекту и спонтанному улучшению состояния пациентов с тревожно-фобическими расстройствами, не получающими лечения. К.Добсон (1989) обобщил результаты оценки эффективности КТ депрессий с другими видами психотерапии; он изучил 28 опубликованных на эту тему исследований и пришел к выводу, что по всем замеряемым переменным КТ оказывается в 98 % случаев более эффективной, чем любая другая форма терапии, включая психофармакологию, плацебо-эффект и отсутствие лечения.

Проведенный Л.Робинсон, Дж.Берман и Р.Неймейер в 1990 г. мета-анализ подтвердил полученные ранее фактические данные о преимуществе КТ перед другими видами терапии при лечении депрессий и тревожно-фобических расстройств, подчеркнув, однако, некоторую некорректность исходных установок и гипотез исследователей, априорно исходивших из постулата, что КТ более эффективна, чем любая другая терапия.

Приблизительно такого же типа исследования проводились в отношении более «узких» психопатологических синдромов. Так, при исследовании панических атак Д.Кларк и др. (1993) нашли, что из 86% пациентов, проходивших КТ, 82% от них избавились; причем КТ показывает большую эффективность при сравнении с методами поддерживающей терапии и тренингом релаксации.

Применительно к расстройствам питания, булимии в частности, Г.Вильсон и К.Ферберн показали большую эффективность КТ при сравнении ее с лечением антидепрессантами и плацебо-эффектом; терапевтический эффект имел длительное последствие.

Д.Барлоу и А.Кларк (1992), а также Дж.Маграф (1992-1993) в недавних исследованиях катамнеза пациентов с тревожными расстройствами, социальными фобиями и паническими атаками доказали, что позитивный эффект КТ стабильно удерживается в течение полутора-двух лет.

В серии из нескольких исследований, проведенных С. Бетлер (1991, 1993), определялись личностные факторы, ответственные за индивидуальные изменения в КТ. Оказалось, что многое зависит от особенностей копинговых стратегий (поведенческих стратегий контроля и совладания в стрессовых ситуациях) и стратегий психологической защиты. Так, депрессивные пациенты, использующие в большей мере экстернализацию, чем интернализацию, показывают большую эффективность при применении КТ, в то время как использующие интернальную стратегию показывают, лучшую динамику состояния при использовании поддерживающей терапии, пациенты с менее защитными установками достигают больших улучшений в КТ. Эти результаты позволяют более обоснованно «назначать» КТ, учитывая индивидуальные особенности пациентов, и одновременно прогнозировать результат, эффективность которого детерминирована как спецификой самих терапевтических процедур, так и их релевантностью индивидуальным особенностям пациентов. Когнитивная терапия на сегодняшний день прочно завоевала репутацию наиболее научно обоснованной, эмпирически воспроизводимой, хорошо структурированной терапевтической системы КТ хорошо комбинируется с медикаментозной терапией, в ряде случаев демонстрируя свое преимущество перед последней. Современные тенденции в ее развитии доказали возможность концептуального рабочего альянса КТ с теорией коммуникаций и системной семейной терапией (Н.Аккерман, М.Боуэн, С.Минухин, 1988; П.Вацлавик, В. Сатир), с психодинамической терапией и изучением неосознаваемых ментальных и интерперсональных структур Я (Р.Тернер, 1993б; М.Горовиц, 1989; П. Крис-Кристоф, Л.Люборски), с неоклассическим конструктивизмом (М.Мэхони, 1993; Р. Неймейер).

5. ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ - ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЛИЧНОСТНОГО РОСТА

И должен ни единой долькой
Не отступаться от лица,
Но быть живым, живым и только.
Живым, и только до конца.

Б. Л. Пастернак

Фредерик (Фриц) Перлс (1893-1970) - один из основоположников гештальт-терапии, ее главный теоретик, а также блестящий мастер практической демонстрации ее использования в рамках так называемых воркшопов (практических семинаров и тренингов), чья работа всегда оказывала глубокое и захватывающее воздействие на участников и в немалой степени способствовала широкому распространению групп личностного роста. Между тем Ф. Перлс, как и многие другие создатели психотерапевтических систем гуманистической ориентации, начинал с изучения психоанализа в Берлине и Вене. Его персональным психоаналитиком был В. Райх, оказавший большое воздействие как на становление личности Ф. Перлса, так и на его учение. Сам Ф. Перлс признавался, что, если бы не угроза фашизма, заставившая его покинуть Европу, он всю свою профессиональную жизнь мог бы потратить на психоанализ нескольких своих пациентов. Однако в 1934 г. он принял предложение известного психоаналитика Эрнста Джонса и основал Институт психоанализа в Йоханесбурге (Южная Африка), где и провел последующие 12 лет, разрабатывая собственную версию психоанализа. В 1947 г. вышла в свет его первая книга «Эго, голод и агрессия: ревизия фрейдовской теории и метода». В это время он еще не вполне освободился от влияния фрейдовской теории инстинктов, хотя и предпринял ее ревизию, что сказалось, в частности, на его трактовке голода как ключевого инстинкта в процессе выживания индивида. В 1946 г. под давлением режима апартеида Ф. Перлс покидает Южную Африку и поселяется в США с женой Лаурой, психотерапевтом и специалистом по нарушениям питания. Постепенно, в полемике с ключевыми положениями психоанализа, оформляется новое направление в психотерапии: в Нью-Йорке Ф.Перлс основывает **Институт**

гештальт-терапии, в 1951 г. вместе с Ральфом Хафферлином и Полом Гудменом публикует труд «Гештальт-терапия: возбуждение и рост человеческой личности», где излагаются не только начала теории созданной им психотерапевтической системы, получившей название «гештальт-психотерапия», но и структурированная практика Психотерапевтических методов или «упражнений», своего рода «экспериментов», соединяющих в единое целое опыт активного переживания, действия и осознания. И, наконец, в 1969 г. выходят «Введение в гештальт-терапию» и «Гештальт-терапия дословно» с подробным изложением базовых положений нового психотерапевтического подхода и многочисленными иллюстрациями его применения Ф.Перлсом в практике консультирования и в рамках учебных семинаров.

В опубликованных трудах Ф. Перлса отчетливо проступает его портрет. Он не скрывает своей парадоксальности, порой граничащей с безумием, демонстрирует любовь к юмору и острословию, необыкновенное жизнелюбие и презрение к общепринятым условностям. В своих многочисленных воркшопах, в 1960-е гг. привлекавших толпы профессионалов и просто интересующихся личностным ростом людей в Эсален на Калифорнийский берег Тихого океана, Ф. Перлс предстает человеком тонко чувствующим и вдохновенным пронизательным, провоцирующим, умело манипулирующим; его показательные сеансы терапии порой напоминают захватывающие мистерии или колдовские исцеления в духе шаманизма.

Ф.Перлс точно отразил умонастроение американских «шестидесятников», жаждавших свободы, необычных ощущений, не знающих, как порвать пути рутинной жизни и вернуть жизни смысл и прелесть новизны. Неслучайно, что именно на 1960-е и 1970-е гг. приходится пик расцвета гештальт-терапии; ее теория и практика благодарно впитали ставшие широким достоянием интеллектуалов «опрошенные» идеи французского экзистенциализма и эзотерический опыт «предельных» переживаний любителей ЛСД. Кажущаяся простота технических приемов вкупе с иллюзией мгновенного исцеления, в значительной степени намеренно провоцируемые харизматической фигурой самого Ф.Перлса, немало содействовали быстрому распространению гештальт-терапии прежде всего среди учителей, социальных работников и психологов-консультантов.

После смерти Ф.Перлса в 1970 г. остались неосуществленными многие проекты и разработки. Так, Перлс мечтал создать в Британской Колумбии учебный центр и при нем общину, в организации которой смогли бы воплотиться его представления о человеческой природе, о развитии индивидуальности и аутентичности. Спустя десятилетия стала очевидной утопичность ряда идей Ф. Перлса, обозначились пробелы в теории и практике, особенно неоправданны оказались надежды на применение гештальт-терапии в клинике, но популярность ее в среде психологов-консультантов возросла, В последние годы можно отметить и некоторую, хотя и весьма существенную, ревизию методологии, особенно заметную в российском варианте, исторически свободном от «школьных» рамок: гештальт-терапия несколько отдалась от своей исходной организмической парадигмы и приблизилась к гуманистически-ориентированной; заметно возросла тенденция к интеграции с современными концепциями когнитивной психологии и неопсихоанализом.

Теория личности и личностного роста

Разработанная в гештальт-терапии теория личности первоначально была направлена на реабилитацию биологической, организмической природы человека, в своей методологии строилась как оппозиция интеллектуализму Декарта и отстаивала необходимость воссоединения индивида со своими телесными частями *Я*, без которого невозможны полная самоактуализация человека как личности и целостность его существования. В теории личности Перлс различает два типа движущих сил: «*финальные цели*» и «*социальные роли*». К первым он относит базовые «конечные цели», к которым в процессе роста и самоактуализации стремится индивид, биологические по своей природе: голод, секс, выживание, кров и дыхание. Социальные роли скорее вынужденно принимаются индивидом как средства удовлетворения этих конечных целей. Скажем, социальная роль терапевта - это способ, которым он как

профессионал зарабатывает на жизнь, и тем самым - средство удовлетворения конечных целей-удовлетворение голода и обеспечение крова. Будучи здоровыми существами, мы позволяем себе центрацию на каждодневных частных целях, проявляющихся в осознании и требующих удовлетворения. Стоит прислушаться к своему телу, как тут же в осознании проявляются, образуя фигуру, неотложные нужды организма, и мы будем отвечать на них именно как на неотложные, без всяких колебаний и избеганий. Например, предпримем активные действия для поиска продуктов, чтобы удовлетворить голод.

Конечные цели воспринимаются (переживаются) как «давления» или «неотложные нужды» до тех пор, пока они не будут закончены или исполнены в процессе взаимодействия (обмена) с окружением. Процесс удовлетворения потребностей ~ это постоянно развертывающийся и длящийся процесс дополнения до целого потребностей (нужд, «нехваток»), процесс формирования целостности, или гештальта. И этот процесс Ф.Перлс постулировал как фундаментальный закон поддержания интегрированности организма. Имея в виду жизнь «среднего человека» на Западе в 1950-1960-е гг.,

Ф. Перлс полагал, что современный человек преступно мало энергии времени отпускает на удовлетворение естественных биологических потребностей и нужд, отдаваясь социальным «играм» и «ролям», когда последние - всего лишь средства удовлетворения ко-

печных естественных нужд организма. К сожалению, нередко мы воспринимаем эти социальные средства как конечные цели, идентифицируя с ними существенные части своего Я, и поступаем таким образом, как будто мы почти всю свою энергию должны отдать исполнению роли студента, терапевта, родителя. Значительная часть интеллектуальной энергии и изобретательности тратится на то, чтобы как можно лучше играть наши роли, как можно эффективнее манипулировать социальным окружением, чтобы убедить себя и других в непреложной и истинной ценности этих ролей. От бесконечного повторения роли и игры превращаются в привычки - ригидные поведенческие паттерны, которые мы по ошибке принимаем за сущность нашего характера. Так как мы развиваем и «совершенствуем» наш социальный характер, то превращаемся в фиксированно неизменное существо, ошибочно идентифицируемое как личность. Таким образом, как полагал Ф. Перлс, если мы сами трансформируем нашу природную сущность в псевдосоциальное существование, то это означает, что мы сами несем ответственность за собственную патологию - неистинность, невротичность своего существования.

В здоровом человеке-организме жизненный цикл представляет собой систему, открытую постоянно появляющимся в сознании потребностям. Поскольку мы остаемся центрированными на процессе, протекающем в нас в данный момент, постольку мы можем довериться мудрости нашего организма, который сам выберет самые лучшие средства для удовлетворения насущных потребностей.

При здоровом существовании жизненный цикл включает естественный процесс взросления и зрелости: индивид развивается и движется от инфантильной зависимости от окружения и поддержки близких к нахождению внутренней основы в самом себе. Младенец полностью зависит от матери в удовлетворении своих естественных потребностей. Но по крайней мере свой первый вздох новорожденный совершает самостоятельно. Постепенно ребенок учится стоять на своих ногах (буквально и фигурально), все более доверяя свидетельству своих органов чувств, мускулов, пробных действий. В конце концов приходится признать: что бы мы ни переживали и ни совершали, все это наш собственный выбор и наша ответственность, и только наша. Став здоровым и взрослым, человек вынужден признать свои поступки, чувства и мысли как нечто, весьма существенно отличающее его от всех других людей, создающее его неповторимость и уникальность. Именно это означает естественное признание ответственности за свое Я, свою жизнь, ответственным быть тем, кто ты есть, что означает просто: «Я - это Я, Я - это то, что Я есть».

Как взрослые люди мы признаем, что другие взрослые и зрелые люди способны также отвечать за себя, и, таким образом, зрелость предполагает отказ от ответственности за кого бы то ни было, кроме себя самого. Нам приходится оставлять в прошлом детские представления и чувства всемогущества и всезнания и принимать тот факт, что другие знают себя гораздо лучше, чем мы когда-нибудь могли бы узнать их, что они сами способны управлять своей жизнью без наших советов и руководства. Мы позволяем другим находить опору в самих себе, а не в нас, и позволяем себе не вмешиваться в их жизнь. «Я есть Я, а не есть Ты», - гласит одна из заповедей гештальт-терапии, «Другие живут не для того, чтобы соответствовать моим ожиданиям, так же, как и Я живу не для того, чтобы соответствовать их ожиданиям», требует другая заповедь. Здоровая личность не обременяется социальными ролями, поскольку они не более чем набор социальных ожиданий относительно себя и других. Зрелая личность не стремится приспособиться к обществу, особенно, как считал Ф. Перлс, к такому нездоровому обществу, как американское. Здоровый индивид не цепляется за отжившие традиции и привычки - они хоть и служат его безопасности, но, по сути, абсолютно мертвы. Принимая ответственность за свою жизнь целиком и полностью, такие люди дорожат каждым мгновением и стремятся ощутить его свежесть и неповторимость.

И все же каким образом, вопреки столь привлекательной возможности жить, ощущая всю

прелесть обыденности, каждого мгновения жизни, открывая перспективы для творчества в любом акте человеческой активности, некоторые люди как бы останавливаются в своем развитии и зрелости, цепляясь за детские привычки к зависимости? По-видимому, следует предположить, что этому способствует некий детский опыт, сдерживающий естественное здоровое развитие. В одних семьях это случается из-за того, что родители уклоняются от поддержки и необходимой родительской опеки, в то время как у детей не сформировалась еще способность к внутренней самоопоре. Ребенок оказывается в тупике - опоры и безопасности нет ни в его ближайшем окружении, ни в нем самом. В другом случае тупик возникает, когда родители требуют, чтобы ребенок «стоял на своих ногах», но его мускулы еще недостаточно окрепли для этого, а способность удерживать равновесие недостаточно развита! Все, что может испытывать ребенок, - это страх неудачи, «падения». Эти-то тупики и приводят к трудностям достижения зрелости, по мнению Ф. Перлса.

Самый частый источник конфликта происходит из убеждения родителей, что они абсолютно точно знают, что для ребенка лучше всего.

Дети в таких семьях боятся «кнута», который для них что-то вроде наказания за независимость. У детей складывается система катастрофических ожиданий в качестве «расплаты» за самостоятельность: «Если я рискну положиться на себя, никто не будет любить меня, родители откажут мне в одобрении и поддержке». Ф. Перлс, однако, полагал, что «катастрофические ожидания» суть не столько реальные воспоминания о реакции родителей на детское стремление к независимому положению, сколько детские проекции на родителей собственных страхов последствий независимого поведения в частности, страха ответственности за свою жизнь, т.е. следствие незрелости. Конечно, мы, взрослые, начинаем осознавать, что выбор собственного пути - это всегда риск: если мы сильно отличаемся от наших родителей или друзей, конечно, мы рискуем потерять их любовь и поддержку. Если мы отказываемся играть социальные роли и приспосабливаться к социальным ожиданиям, мы рискуем оказаться в аутсайдерах, потерять любимую работу, друзей, состояние; но никто другой не будет виноват, если мы откажемся от своего истинного Я или от риска быть здоровым ценой отказа следовать социальным нормам. Страх - наиболее частая, но не единственная причина неудач в достижении зрелости. Другой причиной нередко становится родительское попустительство и потакание ребенку в его желании сохранить как можно дольше удобную позицию безответственности и безопасности. Ф. Перлс полагал, что многие родители более всего стремятся дать своим детям все то, чего они сами были лишены. В результате дети предпочитают оставаться как можно дольше в зависимости и позволяют родителям делать для них (и за них) все что угодно. Многие родители также избегают и боятся фрустрировать детей, но, по убеждению Ф. Перлса, только благодаря фрустрации мы вынуждены обратиться к собственным внутренним ресурсам, активизировать их и тем самым преодолеть то, что нас фрустрирует. Давая слишком много, а фрустрируя слишком мало, родители создают столь безопасную и удовлетворяющую среду для своих детей, что детям, естественно, ничего не остается, как желать, чтобы все оставалось неизменным.

Здесь воззрения Ф. Перлса перекликаются с точкой зрения З. Фрейда о родительском потакании как источнике инфантильной фиксации и невроза. Однако Ф. Перлс вовсе не обвиняет родителей - дети сами ответственны за эти издержки воспитания, поскольку они используют массу манипулятивных приемов, включая крик и плач, чтобы добиться участия и поддержки, улыбки и проказы «милого ребенка», если это является подходящими приемами для вызова ответного отклика. Обвинять родителей в своих проблемах - значит демонстрировать свою незрелость и попытку избежать принятия ответственности за собственную жизнь, что составляет существенную часть процесса реального взросления.

Ф.Перлс полагал, что истоки психических отклонений следует искать в приостановке или прерывании процесса роста и развития. Соответственно этапам развития личности он выделяет 5 уровней психической патологии: 1) уровень фальши; 2) фобический; 3) тупиковый; 4) импловивный и 5) эксплозивный. Первый уровень существования отличает общая установка «как будто бы» жизни; люди играют в игры и играют роли: милых женщин, сильных мужчин, робких подчиненных, властных начальников, роли жалующихся, всезнаек, заблудших и зависимых и т.д. Наша «как будто бы» установка требует, чтобы мы жили в согласии с ожиданиями и представлениями других, с их фантазиями, идеализациями и отвержениями. Например, мы можем полагать для себя идеалом действовать и поступать по заветам Христа, но Ф. Перлс рассматривал бы это как своего рода проклятие, поскольку это была бы всего лишь попытка уйти от себя реального. Так, невротики предпочитают актуализировать скорее отвлеченные концепты или идеи, чем актуализировать свое реальное Я. Ф. Перлс сравнивает невротическое стремление подобного рода с желанием слона быть розовым кустом. Мы отказываемся быть теми, кто мы есть, и хотим быть кем-то другим; мы полагаем, что, нуждаясь в большем одобрении и поддержке, большей любви, вместо того чтобы жить в согласии со своим аутентичным Я, мы предпочитаем вести иллюзорную фантастическую жизнь, названную Ф. Перлсом «майя», как если бы она была реальностью. «Майя» замещает собой реальность в защитных целях: нас страшат или разочаровывают определенные аспекты Я или окружающего мира, и мы боимся отвержения. Вследствие борьбы за то, чтобы быть теми, кем мы не являемся, мы отторгаем те аспекты нашего Я, которые могли бы вести к неодобрению или отвержению. Если глаза наши соблазняют нас и ведут к краху, вырвем наши глаза. Ф.Перлс, развивая далее библейский завет, доводит мысль до максимы: мы отвергнем, отторгнем от себя все качества нашего Я, которые вызывают недовольство у нас или у значимых других, и мы создадим «дыры», мы создадим «пустоту», «ничто» вместо чего-то реально существующего. На месте пустоты мы построим нечто искусственное и фальшивое. Если мы отречемся от наших гениталий, например, мы можем действовать, как если бы мы были по природе набожны и святы. Таким образом, мы строим *фальшивые характеры*, фальшивые, поскольку они представляют только часть, влучшем случае, может быть, половину, нашей действительной сути, притом исключительно ту половину, которая одобряется обществом и им востребована. За этим фасадом, тем не менее, скоро обнаружим *полярность*, противоположную, скажем, доброжелательности и уступчивости, и *множество других полярностей, создающих аутентичное существование*.

Здоровая личность стремится обрести целостность, принимает и выражает противоположные полярности; патологические личности предпринимая всяческие попытки спрятать, замаскировать свои полярности, полагая, что их сущность состоит целиком и полностью из фальшивого фасада.

Ф.Перлс назвал наиболее изученную в гештальт-терапии пару полярностей «собакой сверху» и «собакой снизу». «Собака сверху» дает о себе знать голосом совести; это «всегда - правая» часть нашего Я; она стремится всегда быть хозяином - управлять, приказывать, требовать, поучать, наставлять и т.д. «Собака снизу» - рабская часть нашего Я. Кажется, что она действует в согласии с запугиванием «собаки сверху», на самом деле она манипулирует «собакой сверху» через пассивное сопротивление. «Собака снизу» - это та часть Я, которая действует глупо, лениво, неуместно, такими способами саботируя выполнение приказов «верхней собаки». Пока люди избегают принятия того, что их сущность - это не только то на что они претендуют, но и прямо противоположное - сила и слабость, жесткость и доброта, хозяин и раб, они неспособны дополнить гештальт своей жизни, неспособны переживать ее во всей целостности.

Встречая без страха все, чем мы в действительности являемся, мы сталкиваемся со вторым, фобическим уровнем психопатологии - страхом и болью, ожидаемыми от

соприкосновения с неудовлетворительными частями нашего Я. Мы бежим прочь от душевной боли, даже если она - сигнал неблагополучия и потребности нашего организма в каких-то изменениях. *Фобический уровень* включает все наши детские катастрофические ожидания: если мы станем самими собой, наши родители перестанут нас любить; если мы станем делать то, что нам действительно хочется, общество подвергнет нас остракизму и т. д. В этом смысле жизнь на фобическом уровне позволяет избегать всего того, что действительно может травмировать.

За фобическим уровнем (или ниже) расположен наиболее серьезный уровень психопатологии - *тупиковый*. Это самая критическая точка в достижении зрелости и одновременно самая болезненная. Это переживание безнадежности и прямой угрозы выживанию при отсутствии смысла жизни внутри нас и поддержки извне. Человек не может сдвинуться с этой точки из-за панического страха умереть или совершить грубый промах, поскольку не может стоять на собственных ногах. Невротик также отказывается двигаться дальше, поскольку для него вообще легче манипулировать окружением и контролировать его через поддержку; он продолжает разыгрывать беспомощность или непонимание, или безумие, или ярость с целью позволить другим заботиться о себе (включая и терапевта). И как же много времени и энергии он тратит на создание и совершенствование эффективной манипуляции, вместо того чтобы использовать их для развития *доверия к себе* и *опоры на себя*.

Переживание на *импловивном уровне* - это переживание смерти, умирания отчужденных частей Я. Невротик будет переживать отмирание ушей или сердца, или гениталий, или даже души в зависимости от тех фундаментальных процессов бытия, от которых он отрекся. Ф. Перлс сравнивает импловивный уровень с кататонией, с переживанием трупной оледенелости. Кататония является следствием задействия энергии в развитие ригидных рутинно-привычных структур характера» спасающих и охраняющих, но абсолютно неживых. Проходя через импловивный уровень, человек должен быть готов расстаться с защитной структурой характера, так долго служившей опорой его самоидентичности; он оказывается перед лицом собственной смерти, чтобы затем возродиться.

Отказ от привычных ролей, привычного собственного характера означает освобождение огромного количества ранее сдерживаемой энергии, использовавшейся долгое время ради избегания ответственного и ощущения полноты существования. Человек теперь встречается с *экспловивным уровнем* невроза, который влечет за собой освобождение огромной жизненной энергии, своего рода «взрыв». Чтобы стать полностью живым, человек должен быть способен «взорваться» в оргазме, разразиться гневом, разрядиться агрессией, бурными печалью и радостью. Позволив себе переживание взрыва, невротик сможет сдвинуться с мертвой точки в развитии и сделает гигантский шаг навстречу радостям и печалям истинной зрелости.

Теория терапевтического процесса и терапевтические процедуры

Взрывное освобождение от невротического стиля жизни похоже на катарсис. Мощное высвобождение эмоций гнева, оргазма, бурной радости и глубокого горя влекут за собой волнующее переживание целостности человеческой природы. Неудивительно, что толпы народа собирались на знаменитые воркшопы Ф.Перлса в надежде на сильные неожиданные переживания и возрождение. Однако Ф.Перлс предостерегал против необоснованных ожиданий чуда: катарсических переживаний можно достичь только в упорной борьбе с защитными уровнями жизни, ценой отказа от дальнейших масок и игр, осознавая и вновь присваивая отторгнутые части Я, пересматривая детские фантазии и катастрофические ожидания, претензии быть тем, кем ты на самом деле не являешься.

Возрастание осознания - магистральный путь освобождения от «майя», от фальшивого, воображаемого уровня существования. Поскольку «майя» представляет собой «надуманный» мир - мир концептов, идеалов, интеллектуальных изысков, Перлс полагал, что освобождение от него требует отказа от интеллектуализаций. «Оставь разум и вернись к

чувствам!» - таков девиз гештальтистов. Это также радикальный способ изменения осознания - от теоретизирования и предвосхищения к актуальному, «здесь и теперь» чувственно наполненному осознанию. На этом феноменологическом уровне осознания мы живем полностью с чувственным переживанием своего существа и мира в целом, а не просто проверяем или реализуем идеализированные теоретические схемы. Мы переживаем состояние сатори, или просветления. Внезапно мир оказывается у нас перед глазами, точно мы пробудились от долгой спячки, живой, переливающийся, изменчивый, и мы ощущаем свою глубокую сопричастность с ним.

Работа клиента в терапевтическом процессе выглядит очень просто - находиться «здесь и теперь». Осознание текущего момента позволяет клиенту следовать главному гештальтистскому принципу: самые важные неоконченные дела сами появятся в сознании и будут разрешены, если сконцентрироваться на «здесь и теперь». Однако очень скоро клиент открывает для себя, что быть просто «здесь и теперь» - далеко не так просто, как ожидалось. Как только клиент садится на «горячий стул», что означает, что он готов к работе с терапевтом, оказывается, что в готовности скрыты защитные, фальшивые уровни его невроза. Одни клиенты начинают играть роль беспомощного, неспособного продвигаться в терапии без одобрения или прямых указаний терапевта; другие вступают в смертельную схватку за позицию всезнающей «собаки сверху»; третьи доказывают свое превосходство, демонстрируя преувеличенную готовность быть «самым лучшим пациентом» и делать все, что терапевт мог бы ожидать от них.

Пациенту предлагают участие в гештальт-упражнениях, чтобы помочь ему в осознании фальшивых ролей и игр. Упражнения сами по себе не являются терапевтическими; они используются как метод предупреждения избегания конфликтов, эмоций. В упражнении «собака сверху» - «собака снизу», например, клиент сидит на стуле «верхней собаки» и «выстреливает» всеми своими «долженствованиями» в «нижнюю собаку», затем он пересаживается на стул «нижней собаки», чтобы выразить все свои извинения по поводу своего несовершенства. Или пациенту могут предложить заметить и в игровой форме многократно повторить какие-то образцы его невербального поведения, например, автоматическое качание ногой или гримасу, с тем чтобы интенсифицировать осознание спроецированных и тем самым отторгнутых «частей» Я.

Способ, каким клиент живет в предложенных условиях того или иного упражнения, открывает, делает очевидным и доступным осознанию присущие ему и в более широком контексте способы *контакта или избегания настоящего*, его инфантильные катастрофические ожидания, его оправдания и извинения этих избеганий. Клиент, к примеру, может испытывать сильный гнев из-за того, что терапевт не оказывает поддержки, но боится его выразить из-за страха, что врач откажется от него. Клиенту могут предложить «вернуть свои проекции» отвержения и проиграть ситуацию, в которой прояснились бы для него источники и адресаты этой проекции «здесь и теперь». Каждый раз клиенту предлагают *не столько рассказывать о происходящем в сознании, сколько выразить в действии свои переживания*, например иницируя диалог с «пустым стулом», олицетворяющим кого-то из родителей. Клиента поощряют ко все более энергичному выражению конфликтных чувств, в результате чего достигается их более ясное и глубокое осознание; осознание всего, что мешает его способности жить в настоящем, а не избегать его, включая и сами способы избегания.

Терапевтические отношения

Особенностью гештальт-терапевтического подхода, отстаиваемого Перлсом, можно считать *значение*, придаваемое им *фрустрации пациента терапевтом*. Терапевт фрустрирует прежде всего инфантильные ожидания пациента в защите и поддержке перед лицом неприятных эмоций; терапевт фрустрирует попытки клиента избежать ответственности и

выбора. Фрустрация - естественное сопровождение и продукт межличностного взаимодействия и терапевтических интервенций, которые специально предназначены для того, чтобы высветить моменты, избежать которых всеми силами и способами стремится пациент, включая попытки манипулировать терапевтом и переложить на него ответственность за собственное благополучие. Если терапевт возьмется «помогать» клиенту, он изначально потерпит поражение, так как в очередной раз «победит» незрелость пациента.

Помогающие установки трактуются «как паттерналистские», и пациент обязательно «отомстит» терапевту за то, что нуждается в нем; терапевт почувствует дискомфорт, вину и профессиональную недееспособность. Ф.Перлс специально подчеркивал ответственность клиента за терапию. Например, вот как выглядела его инструкция участникам одного из воркшопов: «Итак, если вы хотите сходить с ума, совершить суицид или усовершенствоваться - давайте; или вы выбираете получение опыта, который изменит вашу жизнь - это зависит от вас. Я делаю свое дело, и вы делаете свое. Любой, кто не хочет принять на себя ответственность за это, пожалуйста, не присутствуйте на этом семинаре. Вы пришли сюда не по своей свободной воле, я не знаю, насколько вы зрелы и взрослые, но суть взрослого человека - это способность взять ответственность за себя на себя - за свои мысли, чувства и т.д.» (1969. - Р. 79). Конечно, гештальт-терапевты прекрасно осознают, что такая инструкция сама по себе не способна удержать клиента от попыток «вручить свою жизнь» профессиональному консультанту. Только одним способом терапевт может избежать подобных манипуляций - быть зрелым самому, т. е. принимать ответственность за свою жизнь и позволять другим брать на себя ответственность за свою жизнь. Зрелый человек (клиент или терапевт) обладает внутренней опорой и не зависит от того, нравится ли он другим, нуждаются ли они в нем или как его оценивают коллеги. Ф.Перлс, например, считал что если клиент заикливается на бессмысленном монологе, он может позволить себе захрапеть, задремать, даже если такой ответ будет принят в штыки профессионалами и может не понравиться клиенту. Такая честная и искренняя реакция, конечно, будет фрустрирующей для клиента, который хотел бы сделать его, Ф. Перлса ответственным за то, чтобы превратить терапию в волнующее приключение (1969).

Терапевтические процедуры, или упражнения

Существенная часть ответственности терапевта заключается в его присутствии «здесь и теперь», так же как к жизни в настоящем приглашают клиента. *Быть сфокусированным на настоящем, в частности, означает отказ от заранее определенных и жестко регламентированных терапевтических процедур (упражнений).* Какое-то определенное упражнение выбирается терапевтом «к месту» в качестве помощника пациенту в осознании того, что уводит его от настоящего. Если клиент постоянно скатывается к жалобам и обвинениям родителей в своих невзгодах, терапевт предлагает, например, «посадить» родителей на «пустой стул», представить, что они находятся «здесь и теперь» перед клиентом, и клиент волен высказать им все, что накопилось годами и не выражалось никогда. Возможно, это упражнение даст шанс клиенту осознать «игру в обвинение».

Хотя применение конкретных упражнений невозможно запланировать заранее, в гештальт-терапии накоплен богатый арсенал упражнений, направленных на возрастание осознания, и в этом смысле универсальных. Вообще говоря, идеи гештальт-терапии способны поощрять творчество терапевта в создании бесконечного числа новых упражнений или вариаций классики.

Среди наиболее известных упражнений (или игр) выделяют следующие.

1. **Диалог.** Пациента втягивают в диалог полярностей, одна из которых доминирует, другая обычно подавляет. Диалог помогает развертыванию каждой из них, конфронтации и интеграции.

2. Игра, в которой клиента просят заканчивать каждое высказывание о себе фразой «...и **Я принимаю ответственность на себя за...**». Предполагается, что клиент таким образом яснее осознает способ своего участия в контакте и принимает на себя ответственность за вступление в контакт или избегание его.

3. Игра в проекцию. Клиенту предлагают сыграть роль лица, постоянно включенного в проекции, скажем, родителя, которого он постоянно обвиняет. Терапевтический смысл игры заключается в отказе от проекции, «возврате проекций» К присвоению отторгнутых «частей Я».

4. Игра в превращение. Клиенту предлагают попробовать какой-нибудь, противоположный обычному способ действия, благодаря чему проживаются ранее замаскированные и скрытые полярности Я, изменяются ракурсы видения вещей и отношений (отношения «фигуры» и «фона»).

5. Игра в репетицию. Клиент открывает группе, о чем он думает, собираясь играть какую-то социальную роль, например роль клиента. Он несколько раз проигрывает заданную ситуацию, включая чувства, актуализируемые ею.

6. Игры в семейной консультации. Супруги по очереди высказывают наиболее позитивные и негативные чувства о каждом из них. Цель состоит в поощрении экспрессии контрастных чувств.

7. «Могу я покормить тебя предположением?..» Игра, в которой терапевт просит разрешения *повторить, усилить* или *поварьировать* какое-то суждение о пациенте, которое интуитивно кажется терапевту значимым для пациента.

Мы привели здесь примеры лишь некоторых из так называемых игр; однако не следует упускать из виду, что за конкретными упражнениями и играми стоят довольно ясные и жесткие терапевтические установки: *техника гештальта должна служить возвращению пациента к контакту с его ощущениями*. В этой связи различают два типа технических процедур: супрессивную технику и экспрессивную (Г.Наранхо, 1995). Рассмотрим подробнее каждую из них.

Супрессивная техника по определению призвана наложить запрет на любые занятия, кроме сосредоточения на ощущениях, или ограничить их; она предполагает, таким образом, *запрет избегания ощущений как «несущественного»*. Но что может быть существеннее, чем сконцентрированное и полное погружение в ощущение? Почему мы так часто слушаем и не слышим, смотрим и не видим? Значит, мы просто боимся обнаружить то, что при более пристальном внимании открылось бы нам с непреложностью. Одним из кардинальных открытий может стать открытие несущественности, простоты, бессмыслицы, тривиальности, что на более поверхностном социальном уровне жизни отражает нашу установку на избирательное сравнение, сопоставление и вынесение суждения по отношению к социальному эталону. В этом смысле сравнение есть избегание непосредственного контакта, в то время как погружение в состояния бессмыслицы и пустоты могло бы стать углублением и полным проживанием фобического способа жизни, а следовательно, попыткой преодоления избегания. Таким образом, девизом этого вида гештальт-терапевтической тактики является отказ от потворствования любой игре, представляющей механизм главного избегания.

Супрессивная техника реализуется в принципиальных «ни-ни», т.е. непреложных запретах на некоторые традиционные способы жизни, которые квалифицируются как избегания: велеречивость, предвкушение, повествовательность, долженствование, манипуляция. Позволим себе только проиллюстрировать смысл некоторых из перечисленных запретов.

«Повествовательность», например, наиболее распространенная форма избегания. Это знает любой, кто хотя бы раз принимал участие в гештальт-сессиях. Участники порой могут потратить несколько часов на пространные рассказы (ни к кому не обращенные), их обсуждение и комментарии, дискуссии по поводу предложенного упражнения и т.д., что,

естественно (по причине истощенности времени), позволит избежать непосредственного включения в выполнение этого упражнения. Таким образом, участник предпочтет обсуждать, интерпретировать, искать объяснения там, где ему предлагается принципиально другое - чувственно опробовать, испытывать, переживать, волноваться, страшиться, рисковать, соприкоснуться, сталкиваться и т.д. Запрет на подобный «образ жизни» (в гештальте его иногда называют эбаутизмом) предоставляет участнику шанс яснее осознать, во-первых, непреложность самого факта избегания, а во-вторых, присущие ему индивидуальные способы «делания» этого - защиты. В качестве альтернативы эбаутизму мы часто предлагаем следующее упражнение: представьте себе встречу с инопланетянином и попробуйте объяснить с ним на языке «абракадабра», словарь которого составляют исключительно нечленораздельные звуки и тактильно-моторные образы, требующие непосредственного телесного взаимодействия.

Еще одним известным «запретом» является требование отказа от «долженствования», позиции, прямой дорогой ведущей к оценке, сравнению себя и других с социальными стандартами (естественно, перфекционистскими) и далее, уже почти неизбежно, к критике и сопутствующим обвинениям, осуждениям себя или других, вине, стыду и, наконец, к защитам. Какую же альтернативу предлагает гештальт?

Во-первых, вернуться в настоящее, потому что оценки, идеалы и прочие «долженствования» пришли, а точнее, вторглись из прошлого - из родительских наставлений-поучений, **их** страхов и запретов, **их** жизненных ориентиров и тревог; они имеют отношение к субъективно прогнозируемому будущему, причем обязательно будущему тревожному, катастрофическому, даже если оно маскируется под будущее триумфальное.

В нашей работе по обучающим программам мы нередко предлагаем прием сосредоточения на телесных ощущениях «здесь и сейчас». Например, я вспоминаю одного очень одаренного и недоверчиво-придирчивого студента, к тому же очень сдержанного, так что о его сильно сдерживаемом раздражении я могла лишь догадываться, глядя, как навязчиво он покачивает ногой. Я попросила его сначала просто «уделить внимание покачивающейся ноге», потом «позволить ей покачаться несколько раз», затем описать подробно, что она, нога, ощущает, когда качается, потом предложила «стать ногой» и, «побыв ею» некоторое время, «позволить» ей обратиться к кому-нибудь из присутствующих, «к кому она сама захочет», «дать ей право» поделиться тем, что она чувствует. И нога, наконец, «заговорила», преодолев страх санкции за выражение «негативных» чувств в адрес «родительской» фигуры авторитета. Удивительные изменения стали тотчас происходить не только с ногой, но и с самим человеком! Изменился его голос - стал уверенным, полновзвучным; изменились взгляд и выражение глаз - из затаенно-враждебных глаз проглянули улыбка, благодарность, доверие, уверенность в себе. Да человек просто *стал собой!*

Приведенный пример демонстрирует комплексное применение *как принципа супрессии* (в данном случае наложение запрета на идеализированный образ себя как сдержанного, зрелого мужчины), так и *принципа усиления экспрессии*. Последний, как видно из примера, предполагает известную «по-шаговость» реализации: замечание - инициация действия - усиление или интенсификация выражения - направленность, или «адресность», экспрессии и ее завершенность в «присвоении» *Я*. Посредством фасилитации можно помочь «разродиться экспрессией» гораздо более широкого и полного спектра чувств, чем прогнозируется заранее, и тогда становится возможен глубокий инсайт относительно «само-супрессии», самоограничений, накладываемых на собственное *Я*, вслед за чем расширяются границы осознания, начинают жить новые грани собственного *Я* и отношений с другими.

Техника интерпретации в чистом виде в гештальт-терапии не поощряется, в ней усматривается проявление фантазий терапевта, которые скорее отражают его (терапевта)

«майя», т. е. предпочитаемые теоретические концепты и схемы, чем мир переживаний пациента. Интерпретации Ф.Перлс относит к «дурному философствованию» и видит в них изощренный способ убеждения клиента в могуществе разума (таланта, квалификации и т.д.) терапевта, к мнению которого пациент должен больше прислушиваться, чем к своим собственным чувствам и ощущениям. На практике все же использование приема «Могу я накормить тебя предположением?» часто оборачивается скрытой интерпретацией, хотя гештальтисты и склонны уверять, что это скорее форма обратной связи, которую клиент свободно может отвергнуть, если она окажется неподходящей ему.

Гештальт-терапевты способствуют росту осознания, предлагая Ушам и глазам пациента стать источником обратной связи, представляющей информацию, отсутствующую в актуальном осознании. Считается, что клиенты, в общем, достаточно хорошо осознают, что они говорят, и гораздо менее осознанна вербальная экспрессия (*как* говорят?). Поэтому в работе с клиентом терапевт дает обратную связь клиенту о том, что и как он видит или слышит, особенно обращая его внимание на телесные зажимы, - и уже сам факт обращения внимания способствует расширению осознаваемого. Ориентированные на действия упражнения позволяют вскрыть глубокие чувства и их блокировку. Так, предложив усилить напряжение в руках, скрещенных на груди, терапевт предлагает выразить, как клиент сжимает руки и не позволяет себе испытывать «сердечные чувства». Глубокое осознание достигается не через интерпретацию или интеллектуальное отвлеченное знание о себе, оно исходит «изнутри».

Чем больше клиент осознает свои фальшивые роли и социальные путы, чем больше он научается прислушиваться к своему телесному опыту, опознает свои телесные блоки, сопротивления и фобические избегания настоящего момента, тем труднее ему становится бежать от самого себя. Однако страх быть собой приводит к тупику: пациент и хотел бы строить свою жизнь (включая отношения с терапевтом «здесь и теперь») по-новому, но одновременно смертельно боится сойти с ума, впадает в панику, прерывает терапию. Пациент пытается воздействовать на терапевта, убеждая его в реальности и обоснованности своих катастрофических ожиданий. *Терапевтическая стратегия состоит в упорной вере терапевта в собственные внутренние силы пациента, помогающие ему продвигаться дальше, через тупик, к умерщвленным частям Я.* Умело используя выбранные упражнения, терапевт предоставляет клиенту в активной, действенной форме войти в контакт с теми частями Я, которые были пожертвованы в угоду ролям и играм. Постепенно клиент начинает освобождать все свои эмоции, становясь все более и более истинно человеческим.

Катарсическое очищение требует, чтобы клиенты ответственно относились к терапевтическому процессу, продолжая его, даже если очень хотелось бы прервать и закончить его. Конечно, подобное правило - не догма, и многие клиенты покидают «горячий стул», если он «слишком горяч», и не доходят в своей работе до стадии взрыва. Но если все-таки клиент остается на «горячем стуле», требование гласит, что он должен отвечать за себя, активно включаясь в предлагаемые упражнения, а не быть просто пассивным свидетелем.

Если клиенты готовы к присвоению своих умерщвленных частей Я, они могут участвовать в работе со сновидениями. Сновидения используются в гештальт-терапии в качестве метода со многими вариациями. Его основное преимущество состоит в том, что он открывает путь к самым спонтанным частям Я. Чтобы усилить момент катарсиса, клиенту предлагают не говорить о снах, а разыгрывать их, часто в форме психодрамы. Он входит в роль и становится каждой деталью сна, какой бы незначительной она ни казалась, и таким образом, позволяет обрести и выразить себя любой частью Я - тогда и будет достигнуто ощущение целостности и спонтанности.

Поскольку катарсис может принимать весьма драматический характер, терапевтическая работа включает организацию самого процесса и руководство им, или терапевтический сеттинг. Обычно терапевтическое действие происходит в группе, члены которой составляют

круг эмоционально заинтересованных в происходящем на «горячем стуле». Внимание терапевта направлено на клиента, как своего рода прожектор. Терапевт полагает, что наилучшей сценой для «здесь и теперь» являются упражнения, например, относящиеся к работе со сновидением. Сценарий в значительной степени принадлежит клиенту, который сам выбирает сон. Терапевт должен отмечать попытки клиента избежать боли и страх сбрасывания масок и должен блокировать их посредством обратной связи, а также путем привлечения внимания клиента к маневрам, которые тот использует в качестве избегания. *Если обратная связь оказывается недостаточной, терапевт предлагает вновь проиграть упражнение с большей эмоциональной включенностью, более активно, как режиссер поощряет вживание в роль путем вживания в детали.* Как и в театре, широко используются принципы репетиции (повторения) и усиления до тех пор, пока не проявятся истинные чувства. Приводим фрагмент из работы Ф.Перлса (1969. - Р. 293).

Ф.: Теперь скажи своей Верхней собаке: «Прекрати придирааться!»

Д. (*громко, с болью*): Оставь меня!

Ф.: Так, еще раз.

Д.: Оставь меня!

Ф.: Еще раз.

Д. (*крича и визжа*): Оставь меня!!!

Ф.: Еще раз.

Д. (*кричит, действительно взрываясь*): Оставь меня! Я не должна делать то, что ты говоришь! (*Продолжая кричать.*) Я не обязана быть такой хорошей! Я не обязана сидеть на этом стуле! Ты заставляешь меня! (*Визжит.*) А-ах-а! Ты царапаешь мое лицо (*крича*), вот что ты делаешь! Я бы убила тебя!

Ф.: Скажи это еще раз!

Д.: Я бы убила тебя!

Ф.: Еще раз.

Д.: Я бы убила тебя.

Гештальт-терапевт стремится помочь клиенту не только выразить чувства, но и присвоить их, принять за них ответственность. Делается это часто с помощью изменения речевых оборотов, в частности, с использованием так называемых Я-высказываний, как это следует из примера работы с М. (1969. - С. 115).

М.: Я чувствую напряжение в животе и руках.

Ф.: Напряжение? Напряжение - это существительное. Теперь измени существительное, переведи вещь в глагол, в действие.

М.: Я напряжен. Мои руки напряжены.

Ф.: Твои руки напряжены. Они ничего не должны делать с тобой.

М.: Я напряжен.

Ф.: Ты напряжен. Как ты напряжен? Что ты делаешь?

М.: Я напрягаю сам себя.

Ф.: Это так.

Ф. Перлс как терапевт высоко ценил эффект шутки и вообще комического, полагая, что они ведут к расслаблению и чувству радости жизни. То же самое относится к творчеству в терапевтической работе. Терапевт гораздо в большей степени должен быть артистом, чем сценаристом или знатоком «техники» терапии. Понятно также, почему не стоит заранее определять и планировать каждый шаг терапевтического процесса, ведь творчество, юмор, шутка - плоды спонтанности, а не строгой регламентации.

Содержание и стратегии терапевтического процесса

Внутриличностные конфликты - фокус терапевтического процесса; специально

рассматриваются конфликты «верхней и нижней собаки», между социальным и естественным Я или между отторгнутыми частями Я и катастрофическими ожиданиями, которые сдерживают выражение полярностей, рискующих быть отвергнутыми. Хотя Ф.Перлс проводил гештальт-терапию, как правило, в группе. В действительности групповой процесс как таковой его мало интересовал, групповая динамика и отношения между членами группы не были фокусом терапевтической работы. Терапия, по Перлсу, принципиально индивидуальна, хотя и проводится в группе во время выполнения гештальт-упражнений. Содержание и основные направления терапевтического процесса фокусируются вокруг основных психопатологических симптомов и способов их преодоления.

Тревога и защиты

Тревога возникает между «здесь» и «там», между «теперь» и «тогда». Как только мы покидаем реальность «здесь» и занимаемся «будущим», мы чувствуем тревогу. Пытаясь предвосхитить результаты нашей активности, ее эффективность по отношению к социальным стандартам, мы начинаем испытывать страх: как я сдам экзамен, прочту лекцию, проведу терапевтическую сессию?

Тревога может возникать и при предвосхищении приятных событий: «Как мне дождаться (дожить) до будущих каникул!». К. Левин, кстати, обратил внимание на непереносимость подобных ожиданий в связи со случаями побегов из заключения накануне окончания срока заключения. Вообще говоря, «зазор» между настоящим и будущим переживается как тревога, часто возникает в связи с привычными, рутинными видами активности, обычно планируемыми, повторяющимися, которые выполняют роль «страховки», обеспечивая ощущение постоянства и предсказуемости будущего- Люди нередко замещают тревогу безопасным однообразием, но при этом теряют свежесть и богатство возможностей.

Ф.Перлс полагал, что решение зрелого человека заключается в отказе жить в «зазоре»; *только живя «здесь и теперь», человек трансформирует тревогу в возбуждение*. Вместо того чтобы предаваться жвачке «размышлизмов» об активных действиях, люди могут выбрать свежий опыт возбуждения в контакте с изменяющимся от момента к моменту окружением.

Множество людей, однако, избегают прямого и непосредственного контакта путем защитных маневров (Ф.Перлс и др., 1951; М.Польстер и И.Польстер, 1997). «Проектор» (т.е. человек, часто прибегающий к проекции) искажает восприятие себя и мира путем приписывания отторгнутых частей Я другим людям или предметам. Он избегает сексуального возбуждения, например, воспринимая других (и терапевта) как людей с сексуальными проблемами.

«Интроектор» как будто включается в жизнь, но в пассивной и недискриминативной (неразборчивой) манере. Он никогда по-настоящему не прорабатывает, не «прожевывает», а следовательно, не ассимилирует и не интегрирует новый опыт, а только жадно заглатывает его, что напоминает оральный характер в терминах психоанализа.

«Ретрофлуктор» избегает контакта, возвращая и оборачивая на себя то, что хотел бы сделать другому, или делая себе то, что хотел бы, чтобы другие делали с ним. Например, женщина, которая хотела бы «сжевать» свою мать, боясь взрыва, хронически скрежещет зубами; интровертированный мужчина, отвергающий чувственные контакты с другими, занимается мастурбацией. Два других защитных механизма - дефлексия и конфлюенция. «Дефлектор» избегает прямого контакта, действуя разными необычными способами; может предпочесть говорить уклончиво, чрезмерно обобщенно, о вещах абстрактных, о том, что на самом деле требует эмоциональной включенности. Таким образом, он как бы «отсутствует» там, где реально происходит интеракция. «Дефлектор» избегает столкновения с другими или прямой конфронтации с ними, опасаясь «удара» от них (включая терапевта); за это он расплачивается переживанием скуки, растерянности или как бы ощущая себя находящимся «в

Другом месте».

«Конфлюенция» служит средством избегания новизны и открытия различий путем искусственного подчеркивания сходства. Она часто включает согласие там, где его нет, ради избегания ссоры и неизбежно ведет к фальши и ложному конформизму, «соглашательству», поскольку безопасность достигается путем удаления от естественного Я, его сердцевины.

Перлс неоднократно подчеркивал, что мышление часто служит целям избегания «здесь и теперь», он употреблял слово «репетиция» контакта, тем самым предостерегая от «уклонения» в излишние «мышлизмы» как средства приготовления себя к исполнению социальных ролей скорее, чем действительное соприкосновение с жизнью. Люди обычно включаются в интеллектуальные игры двух типов: игра в «сравнение» или «больше, чем» - форма, в которой интеллект служит средством убеждения другого, что «мой дом лучше твоего» или «Я сильнее, лучше, несчастнее тебя», или «мой терапевт лучше твоего», «моя теория справедливее и достовернее твоей». Другая интеллектуальная игра - «Подгонка». В ней мы стремимся «подогнать» других людей (и терапевта) под излюбленные концепты и взгляды о мире; или, еще хуже, стараемся «втиснуть» самих себя в представления о том, какие мы есть.

Самооценка

Неустойчивая самооценка - не источник невроза, а результат хронической незрелости и зависимости. Пока наша самооценка остается зависимой от поддержки и оценки окружающих, мы будем озабочены тем, что думают о нас окружающие, и будем стараться соответствовать их ожиданиям. Устойчивая самооценка - единственный источник «поощрения» и открытия своей внутренней силы и единственное основание для самоподдержки. Парадокс, но профессиональные терапевты, практикующие поддерживающую терапию и стремящиеся поддержать «шатающуюся» самооценку пациента, сами не желая того, оказывают ему медвежью услугу, невольно транслируя неуверенность в его внутренних ресурсах и способности к самоподдержке. Напротив, в жесткой позиции гештальт-терапевта, отказывающегося в излишней поддержке, даже если пациент требует ее, имплицитно содержится послание о доверии внутренней силе пациента и его способности стоять на собственных ногах.

Ответственность

Как уже говорилось неоднократно, с позиций гештальт-терапии, способность к ответу и ответственности за собственную жизнь характерны для зрелой здоровой человеческой личности. Люди избегают ответственности либо в силу нарушений развития и манипуляций другими, которых они вынуждают заботиться о себе, либо потому, что боятся родительского неодобрения (отвержения), если станут поступать иначе, чем ожидают от них родители. Ф. Перлс рассматривал уход от ответственности не как следствие внутренней экзистенциальной тревожности, а как недостаток цент-рации естественного организма. Вследствие этого в гештальт-системе не придается экзистенциального статуса переживанию вины. Вина, по мнению Ф. Перлса, это невыраженная вовне обида. К примеру, вина за внебрачный секс нередко является «обращенной» обидой на родителей или традиции, препятствующих индивиду в удовлетворении его конечных целей. Следует позволить такому человеку выразить эту обиду прямо или на «горячем стуле», и вина исчезает! Ф. Перлс, говоря об ответственности, не имеет в виду обязательства. Поскольку зрелый индивид не принимает ответственности за других, нет других обязательств у человека, живущего в настоящем, как быть истинным перед самим собой? Для людей, живущих «теперь», глупо вовлекать себя в какие-то обязательства, ведь последние ориентированы в будущее, а нам не дано его предсказать, как не дано знать, что для нас будет самым важным в будущем.

Интимность и сексуальность

В противоположность обычным убеждениям интимные отношения начинаются с обязательств по отношению к самим себе, а не по отношению к кому-то другому. Мы обязаны быть самими собой только перед собой, и если мы такие, как есть, не нравимся окружающим, то для нас это прекрасный шанс осознать (и чем раньше, тем лучше), что эти отношения обречены, как бы мы ни желали иного.

Если мы строим отношения, мы принимаем инакость другого, как счастливую возможность для собственного развития, а не как повод для конфликта, обвинений и жалоб. Различия предназначены, чтобы рождать фрустрацию, но гештальтисты приветствуют фрустрацию как стимул к будущей зрелости. Строя отношения, мы принимаем тот факт, что все, что нам нравится или не нравится, имеет отношение прежде всего к нам самим, а не к нашему партнеру. Если мне не нравится стряпня моей жены или костюм мужа, это больше говорит о моем вкусе, чем о том, что жена не умеет готовить, а муж небрежен.

Когда различия проявляются, мы должны быть готовы оставаться с проблемой до тех пор, пока не проявятся все наши чувства, не найдут выход и не выразятся все наши полярности. Тогда мы можем пойти на компромиссы, которые обусловлены лимитами или границами человека. Мы не можем допустить компромисса с самим собой, поскольку такой компромисс станет ядом для отношений. Наши ограничения не должны быть также попыткой контролировать другого человека, скорее они призваны обрисовывать контур «Я вот такой». Конечно, когда мы открываем свои чувства Другому, мы можем обнаружить, что ни один из нас не готов к такому компромиссу, чтобы отношения могли продолжиться. Что ж, такое открытие не повод для оскорблений или ненависти, а только основание для признания факта, что мы не можем быть вместе. Если мы все же останемся вместе, то можем испытать двойную радость, во-первых, потому, что находимся рядом с настоящим человеком, а во-вторых, потому, что он наш партнер и он рядом.

Хотя сам Ф. Перлс писал немного о сексуальности, его последователи сделали немало, чтобы помочь понять сексуальные отношения как целостный опыт. Все гештальтисты подчеркивают важность телесного опыта, контакта с чувственным проживанием жизни в противовес рутинному, и спонтанного отклика целостного организма, освобождающего энергию для полного и тотального проживания сексуальности в противовес ее «частичному», часто исключительно генитальному переживанию. Обучаясь интегрировать дыхание, отдаваясь естественным движениям всего тела человек получает возможность превратить сексуальные грезы в действительность, а оргазм - в целостное и полное переживание своего Я.

Коммуникация

Как и Ф.Перлс, гештальт-терапевты сравнительно мало внимания уделяют коммуникации и межличностным отношениям в целом, сосредоточиваясь главным образом на внутриличностных конфликтах индивида. Коммуникация рассматривается как часть социальных игр и в этом смысле отражает поверхностный фальшивый уровень включенности Я. Людям свойственно говорить, сплетничать друг о друге, восхвалять себя, жаловаться - все это не более чем их фальшивые социальные роли. В терапевтической работе Ф.Перлс предпочитал блокировать этот уровень и содействовать появлению и действительному выражению реальных чувств, скажем, *накладывая запрет на вербальное поведение и предлагая выразить свои чувства в движениях, танце, творческой активности* (арт-терапии), помогая людям понять, *что и как* стремится выразить их тело и невербальное поведение в целом.

Прибегая к словесной форме экспрессии, мы сводим конфликт к минимуму; активизировать конфликт возможно, следуя таким правилам гештальт-терапии.

Во-первых, мы должны стараться (насколько это возможно) взаимодействовать в императивной форме, так как требование - это единственная реальная форма коммуникации.

Так, задавая кому-то вопрос, мы в действительности предъявляем ему определенное требование, хотя оно и замаскировано. Например, вместо того чтобы говорить «Не хотел бы ты пойти в кино сегодня вечером?», следовало бы сказать прямо: «Давай сходим в кино сегодня вечером». Используя прямую форму коммуникации, мы яснее осознаем сами и позволяем осознать партнеру, где мы находимся и что хотим. И тогда наш партнер обладает возможностью выбора: либо прямо ответить на требование, либо ответить на вопрос.

Во-вторых, поскольку сказанное - это утверждение о нас самих, а не о других, мы должны будем «присвоить» это утверждение, переводя фразу в Я-утверждение. Одновременно эта трансформация укажет, что мы принимаем ответственность за испытываемые чувства, не проецируя их на другого.

Враждебность

Проблема враждебности - это также и проблема границ Я - не Я. Аспекты окружения, которые мы идентифицируем и включаем в наше Эго, мы обычно воспринимаем с приязнью, симпатией, открытостью. Те же аспекты (части) окружения, которые мы склонны помещать «по ту сторону» наших границ, переживаются как отчужденные, пугающие, как провоцирующие враждебность. Традиционные примеры - восприятие этнических и национальных меньшинств в качестве «козлов отпущения».

В близких, интимных отношениях мы расширяем границы Я, впуская значимого Другого и создавая, таким образом, переживание совместности, или мы-переживание. Но даже близких людей мы подчас не можем принять целиком и полностью, и чаще всего отвергаемое в других - это то, что напоминает о собственных непри-знаваемых и спроецированных качествах.

Если мы абсолютно не выражаем враждебности в адрес близких, весьма вероятно, что в будущем фальшивость даст о себе знать и нам придется прервать отношения, чтобы таким путем избавиться от страха перед враждебностью и возможностью ее открытого проявления. В гештальт-терапии, напротив, клиента побуждают к активному и сильному выражению враждебности и обиды в адрес «пустого стула», который воплощает родных и близких, отношения с которыми испорчены. После яркого и свободного выражения враждебности клиент начинает испытывать чувства прощения, постепенно осознавая и принимая их и свое несовершенство.

Контроль

Незрелость постоянно приводит к межличностным конфликтам, суть которых сводится к проблеме контроля. Так, люди прибегают к роли беспомощных, больных и т. д. с целью использовать других и заставить их заботиться о себе; или они играют в перфекционистские игры, присваивая себе ответственность за других, стараясь убедить других в своих выдающихся качествах и в силу этого - присваивая себе право контролировать других, манипулировать, управлять. Этим людям свойственно отыгрывать в межличностных отношениях свои интраперсональные конфликты, по сути, сводимые к борьбе «собаки сверху» и «собаки снизу». Только зрелость и интеграция позволяют освободиться от этой внутренней борьбы и жить согласно известному кредо («молитве») гештальтистов:

«Я делаю свое дело, и ты делаешь свое. Я здесь не для того» чтобы жить согласно твоим ожиданиям. И ты в этом мире не для того, чтобы жить согласно моим ожиданиям. Ты есть ты, и Я есть Я. И если случайно мы найдем друг друга, это прекрасно. Если нет, с этим ничего нельзя поделать». Внутренний контроль, или контроль организмических импульсов, трактуется несколько по-иному. Потребности в пище, сексе, воздухе нуждаются не столько в контроле, сколько в «завершении»! Они представляют собой биологический источник мотивации человека и позволяют ему стать больше, чем носитель социальной роли, они-то как раз и свидетельствуют, что человек еще жив. Доверяя им и следуя за ними, человек получает

шанс избежать социальной конформности и приспособления к больному обществу. Возможно, когда люди научатся прислушиваться к голосу своего телесного Я, научатся лучше понимать послания своего тела, станет реальностью общество свободных и самореализующихся людей, которые позволяют друг другу быть больше, чем сообществом насильников и грабителей. Так мечтали сторонники гештальт-терапии, забыв свою первую заповедь («Живи здесь и теперь!»), в 1960-е гг. в американском раю Калифорнии.

Ценности и смыслы

Смысл жизни придает ее проживание «здесь и теперь» и осознание свежести каждого ее мгновения. В этом весь секрет и смысл жизни, полнее которой не выразишь. Никаких сожалений не может быть у того, кто свободно отдается потоку жизни, предпочитая жизнь в настоящем сожалению о прошлом. Никаких тревог о будущем, поскольку мы полагаемся на свое настоящее, в котором живем и завершаем свои неотложные гештальты. Существует единственная аутентичная цель будущего - актуализация себя как ответственного и целостного индивида, и если этот смысл жизни не удовлетворяет, почему бы не попытаться стать Кенгуру или Властелином мира?!

В каждый конкретный момент валентность определяется появляющейся в осознании организмической «финальной» целью. Если мы голодны, испытываем жажду, в данный момент пища и вода обладают большей ценностью, чем положение в обществе, слова или одобрение окружающих. Как природные существа, мы обладаем природным интеллектом, если только мы не утратили способности прислушиваться к нему и нашим ощущениям. Нарушения наступают, когда мы прислушиваемся к социальному интеллекту и полагаем, что наши частные валентности всегда и безусловно важны - будь то любовь, успех или безопасность. Тогда мы можем пожертвовать в угоду им то, что важнее всего в жизни, - естественность, спонтанность человеческой природы.

Идеал зрелого человека (и цель психотерапии) состоит в осознании того, что никакая терапия ему не нужна. В конечном счете продвинутый клиент понимает это, несмотря на все его манипуляции и попытки убедить терапевта в обратном; он открывает, что обладает собственной внутренней силой, чтобы стоять на своих ногах, меть внутреннюю опору. Приходит осознание ответственности за свою жизнь, и тогда отпадает потребность обвинять кого-то или

ылаяться н» прошлое. Человек решается рисковать, избирая спонтанность и непредсказуемость, даже если они чреваты остракизмом, поскольку последнее является неизбежным следствием естественного существования. Совершенный человек употребляет свободу на саморазвитие, творчество, искреннее веселье; он способен глубоко страдать в горе, быть неистовым в ярости и полностью отдаваться оргазму в прямом и метафорическом смысле.

Терапевтические отношения

В терминах К.Роджерса Ф.Перлс также утверждает, что терапевту необходима конгруэнтность, при этом терапевт отличается большей конгруэнтностью, или зрелостью, чем клиент. Если терапевт обладает внутренней опорой и зрелостью и может противостоять нажиму и манипуляциям клиента, он сможет проявлять адекватную зрелость в организации собственной энергии.

Гештальт-терапия настаивает также на принципе «Я - Ты» взаимоотношений, предполагающих взаимное доверие, уважение самооценности и партнерства, что близко по смыслу роджерсовскому понятию встречи. Однако на практике Перлс, по мнению многих критиков, скорее реализовал иную стратегию. Занимая в терапевтических отношениях позицию «собаки сверху», он вынуждал клиента к позиции «собаки снизу». В определенной

степени его распределение позиций закреплялось в упражнениях и даже в организации терапевтической работы (наличие «горячего стула», например).

Ф.Перлс соглашался с К.Роджерсом относительно необходимости эмпатии в работе с клиентом. Терапевт должен быть способен принять проекции клиента как отторгнутые части его Я, а затем осторожно вернуть ему эти «слепые пятна». Но ни в теории, ни в практике Перлс не принимал роджерианское положение о безусловной позитивной оценке, считая подобное отношение паттерна-листским, способствующим инфантилизации клиента. От пациента требуется осознание, что если он действует безответственно и незрело, уподобляясь ребенку, то терапевт, будучи более зрелым, вправе отвечать скукой, гневом, раздражением или любым другим негативным (и искренним) способом.

Терапевтические отношения являются частью одновременно и процесса и содержания психотерапии. Как участник процесса, разворачивающегося «здесь и теперь», терапевт настаивает на пребывании клиента в настоящем, несмотря на все попытки последнего избежать его. Терапевт блокирует инфантильные попытки клиента вручить себя терапевту и заставить его отвечать за жизнь» в то время как клиент разыгрывает роли беспомощного, безумного соблазнителя или самоубийцы. Проходя через фрустрации в терапевтических отношениях, клиент побуждается к росту, взрослению и зрелости, все более осознавая (и отбрасывая) игры, в которые он играл, чтобы продлить инфантильность и избежать осознания. Терапевт обращается к своим переживаниям, своему процессу осознания как средству обнаружения избегаемых пациентом частей Я и блоков, предлагает для этих целей соответствующие упражнения, если необходимо, настаивает, убеждает, и все это для того, чтобы прорваться сквозь защитные блоки. Отношение между большей осознанностью, зрелостью, ответственностью терапевта, а также его способностью находиться (и оставаться) в настоящем и невозможностью клиента длительное время выносить настоящее, принимать ответственность за избегание естественного бытия составляет существенную часть терапевтического процесса.

Главное содержание терапевтического процесса составляет работа с отторгнутыми частями Я, проецируемыми на терапевта. Другое направление работы - фрустрация и конфронтация с разыгрываемыми ролями и защитами. **Наконец, третьей задачей терапевтических отношений является проигрывание вовне проблем власти и совести (или интернализированного родителя) с помощью диалогов «собаки сверху» и «собаки снизу».**

Необходимо отметить отсутствие согласия между сторонниками гештальт-терапии относительно места и роли терапевтических отношений в процессе личностного роста клиента. Согласно одной из точек зрения, терапевтические отношения как таковые вовсе не являются необходимой частью терапевтического процесса, поскольку эффекты расширения осознания и катарсического освобождения достигаются с помощью известных упражнений. Естественно, никто не станет отрицать, что зрелые отношения, инициируемые терапевтом, способствуют эффективности работы, однако они не являются ее существенной частью, личностный рост достигается с помощью системы специально разработанных упражнений. Отчасти подобная точка зрения подкреплена позицией самого Перлса, полагавшего, что необходимые терапевтические отношения или настройка, создаются непосредственно в момент работы терапевта и клиента (и этим моментом ограничиваются), естественно и точно отвечая фундаментальным принципам гештальт-терапии. Без них технология упражнений пуста и вредна для клиента, однако эти отношения рождаются в момент настоящего и не имеют прошлого и будущего.

В последние годы дискуссия вокруг проблемы терапевтических отношений возобновилась (Ж.М.Робин, 1991; Дж.Уиллер, 1990), существенно обогатилось понятие аутентичного контакта, введенного еще Ф.Перлсом (1969). Так, Ж.М.Робин рассматривает контакт как чисто формальную структуру, паттерн, присущий индивиду на всех уровнях его

взаимодействия с окружением - сенсомоторным, эмоционально-чувственным, интеллектуальным. Он имеет огромное значение в образовании терапевтической связи и эмпатического прочувствования эмоций и самой сути каждого аутентичного взаимодействия клиента и терапевта «здесь и теперь», их общения в духе буберовского Я - Ты-контакта, придающего последнему высшую человечность и взаимоуважение. Внимание к проблеме психотерапевтического контакта и ее дальнейшая разработка безусловно обогатят теорию и практику гештальт-терапии, позволят избежать многих упрощений и ошибочных толкований, которые нередко приводят к «ученическому» дублированию манеры Перлса или догматическому применению техники упражнений и экспериментирования в работе с реальными пациентами, а не в рамках воркшопов. Терапевтический контакт в Я -Ты-упражнениях (а не упражнения сами по себе) обладает мощнейшим лечебным потенциалом, все еще недооцененным и теоретически малообоснованным в гештальт-терапии.

Проведение и обучение гештальт-терапии

Ф. Перлс любил повторять, что для работы гештальт-терапевта не требуется ничего, кроме «горячего» и пустого стульев, желания клиента работать и группы. Он редко проводил индивидуальную терапию; обычно терапия проходила в виде групповых сессий, или воркшопов, часто на природе, на берегу Тихого океана в Эсалене. Удивительно яркая, искрящаяся, подчас шокирующая и острая манера Ф. Перлса, его честность и готовность к конфронтации изумляли и восхищали.

До сих пор гештальт-терапевты предпочитают групповой сет-тинг индивидуальной работе и работе с групповой динамикой. Занятие с клиентом включает, как правило, два часа в неделю плюс длительные марафоны, в которых работа продолжается в окружении группы. На Западе гештальт-терапия по сравнению с другими терапевтическими системами стоит дешевле для клиента, однако предъявляет больше требований к принятию им ответственности за происходящее во время работы.

Среди практикующих гештальт-терапевтов - психологи, социальные работники, преподаватели, священники и психиатры. Многие из них получают гештальт-образование в рамках тренингов, хотя наиболее полным считается курс, включающий не менее одного года интенсивного систематического тренинга под эгидой Гештальт-института. Тренинг проходит в форме, предполагающей непосредственное участие обучающихся в упражнениях, расширяющих их чувственный опыт и опыт осознания; по сути дела, все обучающиеся побуждаются пройти через активный «клиентский» опыт. Таким образом, обучение сопровождается личностным ростом будущих профессионалов, более полным раскрытием их инди-

видуальности к творческих способностей. В контакте друг с другом участники обучаются также через смену позиций клиент - терапевт - наблюдатель, в каждой из которых приобретается опыт работы в гештальт-терапии как бы «изнутри».

Эффективность гештальт-терапии

Как всякая гуманистическая ориентация, гештальт-терапия не слишком вписывается в традиционные научные и эмпирические системы, в том числе и при оценке ее эффективности. Будучи ориентированной не столько на работу с болезненными симптомами, сколько на «личностный рост», гештальт-терапия относительно мало внимания уделяет длительной индивидуальной работе с пациентами. Неудивительно, что значительное число исследований, посвященных оценке эффективности гештальт-терапии, выполнено на группах здоровых людей. Так, например, М.Фулдсом (1971) проверялась гипотеза о возрастании самоактуализации, измеренной специальным личностным опросником, после восьми групповых сессий по 4,5 часа. По сравнению с контрольной группой, не участвовавшей в гештальт-терапии, отмечалось уменьшение ком-пульсивности и догматизма, возрастание осознанности чувств и потребностей, самоприятие и способность к установлению значимых интерперсональных отношений. М. Гудстейн сравнивал группы студентов-психологов, одна из которых проводилась в духе трансактного анализа, другая - гештальт-терапии. Как и предполагалось, авторитаризм уменьшился, а креативность возросла больше в гештальт-группе, в то время как тревожность уменьшилась в группе Т. А.; значимых различий между группами не было найдено ни по показателям самооценки, ни по адаптации.

В своем классическом изучении «групп встреч» М.Либерман, И.Ялом и М.Майлс (1973), сравнив гештальт-терапию с 10 другими типами терапевтических групп, не нашли никаких различий между ними и контрольной группой. Испытуемые, студенты-психологи, во всех группах по данным самоотчетов отмечали позитивные изменения независимо от типа проведенной терапии.

В. Гэннон исследовал воздействие гештальт-терапии на студентов колледжа, имевших межличностные проблемы, пропуски занятий и правонарушения. В сравнении с плацебо-группой (занятия с учителем, дискуссии, путешествия) и контрольной исследователи нашли, что в гештальт-группе действительно возрастали самораскрытие и контакт, что интерпретировалось как следствие терапии. К сожалению, не были проверены показатели поведенческих трудностей, хотя участники набирались в группу именно на основе этих показателей. Л. Гринберг и Л. Домпиер (1981) сравнивали эффекты двух типов терапевтических интервенций - «пустой стул» и эмпатическое слушание - и их влияние на глубину переживания, изменение осознания, уровень дискомфорта, изменение поведения и разрешение конфликтов.

Результаты показали, что глубина переживания, разрешение конфликта и изменения в осознании, так же как и поведенческие изменения (по данным самонаблюдения), были выше после гештальт-упражнений, чем при эмпатическом слушании. Хотя в исследовании не проводилось сравнения ни с контрольной группой, ни с группой «плацебо», тем не менее данные в целом подтверждают гипотезу об эффективности гештальт-терапевтических интервенций в разрешении интрапсихических конфликтов, особенно конфликтов между полярностями, путем смягчения внутреннего критицизма и интеграции «расщеплений».

В серии исследований Л.Бетлера и его коллег рассматривалась проблема эффективности «фокусированной экспрессивной терапии», в которой гештальт-ориентированная терапия сопоставлялась с когнитивной и поддерживающей по эффективности в интенсификации осознания и выражения нежелательных эмоций. Обследовались депрессивные пациенты, проходившие терапию раз в неделю в течение 20 недель. Терапия проводилась высококвалифицированными специалистами, ее ход записывался, контролировалось также

соответствие трем моделям терапии. Специальной батареей методов тестировались эффекты в процессе, по окончании и спустя 3, 6 и 12 месяцев после терапии; при этом все три типа терапии оказывались эффективными без существенных различий в целом. Однако тонкие различия все же выявлялись при сопоставительном анализе механизмов контроля, совладания и защиты пациентов. Так, депрессивные пациенты с механизмами отреагирования и проекции поддавались лучше всего когнитивной терапии, поскольку их личностные предиспозиции контрастировали с методами интроспекции и осознания в двух других терапевтических практиках. Депрессивные пациенты, у которых диагностировались интрапунктивные методы контроля, напротив, лучше реагировали на фокусированную экспрессивную терапию. Кроме того, директивные методы когнитивной и экспрессивной терапии более подходили пациентам с незначительным сопротивлением, в то время как поддерживающая терапия - при наличии сильного сопротивления.

В целом гештальт-ориентированный тип терапии оказался более эффективным для пациентов с хорошо развитым внутренним контролем, низким сопротивлением и сверхсоциализацией.

Достаточно объемное представление о возможностях, ограничениях и перспективах гештальт-терапии достигается при ее оценке с позиций других терапевтических систем. С точки зрения прогноза поведения индивида в социальном контексте гештальт-терапия предлагает модель «идеального человека», основными чертами которого являются анархизм, эгоцентризм и нарциссизм. Если человек не отвечает ни за кого, кроме себя» каким же образом, скажем, родители смогут воспитывать детей; что станет делать общество с больными и немощными, если никто ни за кого не отвечает? И наконец, если гештальт-подход является терапевтическим, то каков будет результат освобождения агрессивных эмоций у пациентов психопатического круга с антисоциальным поведением? Еще более проблематично применение гештальт-подхода к терапии пациентов с расстройствами самоидентичности и слабостью процессов саморегуляции, вследствие чего им свойственно отыгрывать в переносе сильные аффекты гнева, безудержной привязанности и отторжения. Терапевтические отношения с такого рода пациентами неизбежно нагружены феноменами переноса-контрпереноса, в то время как основополагающие принципы классической модели исключают из терапевтического поля прошлое и будущее, откуда, собственно говоря, указанные феномены приходят. Возникает также много вопросов относительно профессиональной ответственности терапевта. Так, в соответствии с известным кредо гештальт-терапевт не несет ответственности за ухудшение состояния пациента, включая суицид. Философия принятия полной ответственности, безусловно, отвечает «духу» клиенто-центрированного консультирования экзистенциалистической ориентации, но насколько она оправдана при работе с пациентами, например, пограничного круга, личностная дефицитарность которых как раз и предполагает крайнюю незрелость, зависимость в противоположность гештальтистскому «идеалу» человека. Возможно, гештальт-терапию следует рассматривать скорее как теорию и практику «личностного роста», чем собственно психотерапию.

Само-осознание, само-поддержка, ответственность за себя... В своих основополагающих концептах гештальт-терапия поет хвалу индивиду как таковому, отличному от других и от них - отдельному. Стоит ли удивляться, что наив, свято живущий по известному кредо, оказывается одиноким среди себе подобных. Что посеешь, то и пожнешь. «Идеальный человек» гештальтистов «сеет» Я-чувство и «пожинает» его же, но чувство «мы», совместности и со-причастности рискует потерять. Перлс предполагал, что «идеальный человек» неизбежно будет отчужденным от общества и других людей, и «этому нельзя помочь», как фаталистически утверждает гештальт-кредо. Но, действуя в духе подобного кредо, не рискует ли терапевт спровоцировать у зависимого, тяготеющего к эмоциональному симбиозу пограничного пациента крайность иного рода - сверхавтономию, перфекционизм и изоляцию?

Возможна ли интеграция этих полярностей при грубом расщеплении всех областей психической жизни? Иными словами, существуют ли ограничения и спецификации в приложении гештальт-теории к практике, как это предполагает действительно научная система?

Размышляя о философско-антропологических началах гештальт-терапии, нельзя не видеть попыток преодоления известного декартовского дуализма тела и разума с его переоценкой последнего. Но не свелось ли все к простой реверсии этой дилеммы (тело - все, разум - ничто) к обесцениванию разума, сознания, совести, к биологизаторству в итоге, когда пресловутая целостность человека не более чем иллюзия, поскольку достигается теперь путем отторжения интеллекта, как ранее это происходило с человеческой телесностью. Можно ли утверждать, что целостность, достигнутая такой ценой, знаменует большую зрелость, чем прежние превозношение разума и презрение к телесному? Формулируя ряд вопросов в отношении гештальт-терапии, мы несколько не хотим ее дискредитировать. Напротив, гештальт-терапия за годы своего существования заметно обогатила и оплодотворила современную психотерапию, внесла в нее дух творчества, спонтанности, свежести.

Идеи гештальт-терапии способствовали реабилитации обыденного человеческого познания, привлекли внимание к ценности жизненного мгновения, высветили пагубность мертвящей рутины и автоматизма жизни современного человека, поставили его в очередной раз перед проблемой ответственности и выбора, утвердили ценность движения к истинному Я, путь к которому неизбежно лежит через страдания и тупики, но, как известно, только этот путь приводит нас к зрелости.

Экспериментальная терапия - вариант модифицированной гештальт-терапии

«Терапия переживания» (Experiential Therapy) относится к широкому классу психосоциальных методов терапии гуманистической традиции, родившейся в 1950-1960-е гг. в США как реакция на доминирование психоанализа и бихевиоризма. В широком смысле гештальт-терапию можно назвать терапией переживания, поскольку переживание, равно как и осознание, относится к базовым понятиям этой терапевтической системы. Здесь же мы изложим основные положения относительно мало известной в нашей литературе теории и практики Элвина Марера, (Э. Марер, 1986).

Центральным личностным конструктом и центральной «осью» терапевтических изменений в этой теории является терапевтическое переживание. Личность понимается исходя из способности индивида к внутреннему способу бытия или переживания; последнее, в свою очередь, выступает в собственной данности как непосредственный целостный контекстуальный и телесный опыт. Содействие его углублению считается единственно точной целью терапевтического процесса, эффектом терапии, критерием успешности сессии и личностным достижением одновременно. С этой точки зрения терапевтические изменения несводимы ни к достижению инсайта, ни к разрешению переноса, ни к получению поддержки или понимания, ни к реструктуризации когнитивных схем или практикованию новых способов поведения, они несводимы к традиционно известным частным изменениям. Если последние и возникают, то постольку, поскольку открывается доступ к глубоким переживаниям, благодаря которым происходит становление новой личности, и вся терапевтическая работа служит этой цели.

Каждая терапевтическая сессия строится стандартно и включает четыре последовательных этапа. Терапевтические изменения происходят в той мере, в какой пациент готов и хочет их.

Первый этап определяется как существование в момент сильных чувств и «выход» внутреннего переживания. Этот этап позволяет клиенту идентифицировать сцену или место действия сильных чувств, обнаружить точно момент появления их, «войти» в них и жить до тех пор, пока не получит выхода внутренний опыт переживания. Существование в момент

сильных чувств видится королевской дорогой, «впускающей» внутреннее переживание.

Второй этап, интегрирующий хорошие отношения с внутренним опытом, призван помочь принять и приветствовать, установить «хорошие отношения» с ним. Этот метод включает название и подробное описание переживания, например, это может быть трудное, тяжелое переживание или наполненное гневом. Любое переживание встречается с радостью и принимается.

Третий этап предполагает переключение с настоящего на прошлое и существование внутреннего переживания в ранних жизненных сценах. Временное переключение предоставляет клиенту возможность освободиться от своей обыденности и «войти» в существование новой личности, «становясь» этим внутренним опытом. Терапевт предлагает вспомнить, назвать и вновь пережить те моменты прошлого, в которых возникали сильные чувства и появлялись внутренние переживания, стать ими, а затем идентифицировать и другие сцены, сопровождающиеся сильными чувствами.

Впустив внутренний опыт в настоящее, приняв его с радостью и «побывав им» в ранних жизненных контекстах, пациент вдохновляется на четвертый шаг в терапии - начать вести себя как новая личность, полагая себя в будущих ситуациях проспективно.

Таким образом, терапевтический процесс объединяет настоящее, прошлое и будущее. Последний этап терапии позволяет клиенту жить и поступать как новая личность вне терапевтической ситуации, в более широком жизненном пространстве с ориентацией на будущее. Терапевт помогает выбрать из опыта нескольких дней образцы поведения, эмоционального реагирования и мышления, представляющие его новый способ бытия. Клиент может вновь представить себе сцены, когда-то глубоко травмировавшие его, и пережить их по-новому, позволив себе впустить все ранее не пережитые чувства, называя их, поведенчески выражая и проигрывая в новой для себя манере. Финальным шагом четвертого этапа является личное обязательство клиента - жить и поступать в соответствии с новым способом бытия после окончания терапевтической сессии. Каждая последующая сессия начинается с интенсивного чувственно-образного проживания и проигрывания обнаруженных ранее ситуаций, возникновения сильных чувств, включая сцены, где клиент опробывает новые способы бытия. Принципиальный, если не единственный, критерий терапевтического успеха - эффективное и полное выполнение всех четырех шагов во время сессии и различие между старым и новым способом жизни вне сессии.

Особым образом построен терапевтический сеттинг. Сессии длительностью 75-120 минут проходят в затемненном и звукоизолированном помещении; пациент и терапевт сидят или полулежат в широких удобных креслах, бок о бок, с закрытыми глазами, что позволяет минимизировать влияние любых отвлекающих моментов (включая интерпретацию отношений «пациент-терапевт») и усиливает сосредоточение на внутренних переживаниях. Терапевт выполняет роль «спутника», «проводника» в увлекательном путешествии пациента в мир глубоких чувств и переживаний, лишь иногда позволяя себе озвучивать «голоса» этих переживаний. Терапевтический альянс и его анализ рассматриваются в качестве своего рода «ловушки», отвлекающей пациента от фокуса его основной работы; по этой причине организация терапевтического процесса предусматривает скорее их исключение, чем обращение внимания. Терапевт сохраняет единую форму обращения со всеми клиентами так же, как и программа каждой сессии включает четыре этапа. Иными словами, построение работы в значительной степени стандартизировано и универсально. Иное дело, что требуется значительная эмпатия и «подстройка», чтобы в каждый данный момент «здесь и теперь» суметь воспроизвести «голос» внутреннего переживания. Таким образом, систему терапевтического воздействия Э. Марера как процесса отличает инвариантность и фиксированность, а по содержанию она может быть охарактеризована как гибкая и «подстраивающаяся» под индивидуальность клиента.

Направленность на работу с глубокими чувствами и опытом переживаний, безусловно, роднит систему Э. Марера с гештальт-терапией. Вместе с тем строгая регламентация терапевтического процесса резко отличается от спонтанного и творческого подхода, составляющего ядро гештальт-терапии. Стратегия проведения терапевтических сессий с рядом жестких предписаний, в частности, стандартизованность «шагов», постоянно закрытые глаза клиента, полное отторжение терапевтических отношений, строжайший запрет на рассказ клиента о прошлом, равно как и несколько экзотическая процедура «говорения от имени переживания» - все это делает терапевтическую систему Э. Марера достаточно неординарной, однако и весьма ограничивает ее терапевтический потенциал.

6 КАРЛ РОДЖЕРС: ОТ ТЕРАПИИ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА КЛИЕНТЕ, К ТЕРАПИИ, ЦЕНТРИРОВАННОЙ НА ЧЕЛОВЕКЕ

Что мы теряем! Какие возможности понимания мы упускаем из-за того, что в какой-то решающий момент, при всех наших знаниях, нам не достает простой добродетели: *полного человеческого присутствия.*

К.Ясперс

Карл Рэнсом Роджерс (1902-1987) - приверженец феноменологической теории личности, один из основоположников современного гуманистического направления в психологии, психологическом консультировании и психотерапии, родился в чикагском предместье, в благополучной, традиционно протестантской американской семье, четвертым из шести детей. Его ранняя юность прошла в сельской местности, куда переехала семья, когда мальчику было 12 лет, и с той поры все летние каникулы он проводил на ферме, работая там, по его собственным воспоминаниям, до изнеможения, однако именно там он получил незабываемый опыт ответственности, независимости и умения полагаться на собственные силы. Кроме того, обнаружилась его любовь к природе, сельскому хозяйству и умение наблюдать, внимательно и «по-исследовательски» относиться к растениям и животным, наблюдать за их развитием и возвращением, что, на наш взгляд, немало способствовало впоследствии формированию его взгляда на человеческую природу. Сначала он намеревался заняться сельским хозяйством, для чего поступил в Висконсинский университет, затем его планы изменились, и он стал готовить себя к пасторской деятельности. Однако в 1922 г. произошло знаменательное событие, в корне изменившее его жизнь, не только заставившее отказаться от миссии протестантского священника, но и значительно либерализовавшее его мировосприятие. В составе Всемирной студенческой христианской федерации он оказался в Пекине, а затем в течение 6 месяцев путешествовал по странам Востока, изучая религиозные течения, весьма отличные от религиозных и культурных догм и традиций, привитых ему в родительском доме. Дальнейшее его образование включало теологическую семинарию, Учительский колледж Колумбийского университета, где он в 1928 г. получил степень магистра психологии, а в 1931 - доктора клинической психологии.

К.Роджерс начал научную карьеру и практику с работы в Отделении исследования детей Общества по предотвращению жестокого отношения к детям в Рочестере, Нью-Йорк, где в течение 10 лет занимался делинквентными и неблагополучными детьми, опубликовал вызвавшую научный резонанс работу «Клиническое лечение проблемного ребенка», после чего ему была предложена должность профессора на кафедре клинической психологии Университета штата Огайо. Издание им в 1942 г. книги «Консультирование и психотерапия» явилось началом широкого признания его новаторских идей, а после выхода в 1951 г. труда «Центрированная на клиенте психотерапия: ее современная практика, значение и теория» он окончательно встал в ряды пионеров нарождающегося направления в клинической психологии. В последующие годы был написан ряд трудов, значительно расширивших сферу применения разработанного им метода, изменившего в сторону гуманизации и ориентации на творческие возможности и эмоциональную вовлеченность человека практику образования, воспитания, межличностных отношений и урегулирования межэтнических конфликтов: «Психотерапия и изменение личности» - совместно с Р. Даймондом (1954); «Становление человека» (1961), «Свобода учиться: чем может стать образование» (1969), «Карл Роджерс о группах встреч» (1970), «Партнерство: брак и его альтернативы» (1972), «Способ бытия» (1980) и др.

К.Роджерс был удостоен множества наград и престижных постов: первым получил награду Американской психологической ассоциации за выдающийся вклад в науку в 1956 и

1972 г., занимал пост президента Национального исследовательского совета Американской психиатрической ассоциации и Американской психиатрической академии; принимал активное участие в создании Эса-ленского центра изучения и развития человеческих возможностей в Калифорнии. К.Роджерс приложил немало усилий к распространению созданных им теории и практики по всему миру, искренне веря, что добрая воля и способность изменять самого себя помогут изменить к лучшему этот мир. Он проводил практические семинары и тренинги, в частности, в таких «неспокойных» точках земного шара, как Северная Ирландия, Южная Америка, Восточная Европа. В 1986 г. вместе со своими сподвижниками Рут Сэнфорд и Майклом Мерфи К.Роджерс провел несколько практических семинаров в России, и, как оказалось, для многих отечественных психологов эта «встреча» стала решающей в выборе профессиональной ориентации и, без сомнения, была истинно экзистенциальным событием для каждого из участников (см. интервью М. Котэ с непосредственными участниками тех памятных событий). По мнению видных ученых и общественных деятелей никто со времен З.Фрейда не имел большего влияния на практику консультирования и терапии, чем Роджерс. Его идеи стали неотъемлемой частью современного психотерапевтического мировоззрения, независимо от его «школьных рамок»: идет ли речь об исцеляющей роли психотерапевтических отношений, или о роли эмпатии в понимании бессознательных процессов переноса-контрпереноса. Важно также отметить, что наряду с А.Маслоу и Ф.Перлсом К.Роджерс стоял у истоков теории и практики «личностного роста», в основе которых лежит убежденность в силе человеческого Я, целебности творческого подхода к собственной жизни, неустанного развития личного и профессионального самосознания и компетентного общения; возможности повышения эффективности любого обучения через глубокий личный опыт «вживания» в сам процесс. Эти принципы особенно важно учитывать при подготовке будущих профессиональных психотерапевтов и консультантов.

Карл Роджерс обладал удивительным и редким даром оставлять «незримый прочный след в чужой душе на много лет». Как Альберт Швейцер или мать Тереза, Роджерс являл собой пример самоотверженного служения идеалам человечности и добра, и в памяти людей ушедшего XX века он, безусловно, останется ярким примером воплощения в жизни бескорыстной любви к людям.

Феноменологическая концепция личности: базовые понятия

Здесь хотелось бы обратить внимание на личный опыт профессиональной деятельности К. Роджерса, который пришел в клиническую психологию из сферы социальной, педагогической и религиозной помощи самым разным слоям населения, что, естественно, наложило отпечаток на его понимание специфики психологической помощи и терапевтических отношений, складывающихся в подобного рода практике. Работа с беднейшими и подчас просто обездоленными людьми, которым недоступен элитарный и сухой классический психоанализ 1940-1950-х гг., а поведенческая терапия граничит с репрессивной психиатрией и бездушной технологической манипуляцией, привела К. Роджерса к обманчиво простому выводу. *Минимум, чем один человек способен помочь другому, и в чем люди «от веку» не перестают нуждаться*, - так это тем, что просто выслушает, со вниманием и состраданием, поверит и простит, т.е. отнесется по-христиански - без осуждения, с терпимостью и любовью, согласно главным евангельским заповедям. Карл Роджерс попытался воплотить идеал человеческих отношений в созданной им терапевтической системе в эпоху, когда традиционная религия превратилась в американском обществе в рутинное, выхолощенное духовно, ригористическое исполнение ритуалов; она не могла больше помочь и той части интеллектуалов, которая испытывала «духовный вакуум» и страдала от одиночества и вины, некоммуникабельности и потери смысла жизни. Пред- и послевоенный социокультурный контекст жизни американского и западноевропейского общества

закономерно должен был породить (и породил) новую породу «помогателей» роду человеческому - полупастырей, полумиссионеров, полуутопистов, полутерапевтов, реформаторов и радикалов, гуманистов в самом истинном значении этого слова. Гуманистическая психология, или «третья сила», как в шестидесятых годах назвал это философско-психологическое течение Абрагам Маслоу, не была теоретически единым и последовательным направлением. Своими идейными корнями она уходит в экзистенциальную философию Кьеркегора, Хайдеггера и Сартра, в феноменологию Гуссерля и понимающую психологию Дильтея. У каждого из «могучей кучки» тех, кого впоследствии станут причислять к гуманистической персонологии и (или) психотерапии, оказался свой путь. В начале этого пути их объединяло стремление создать жизнеспособную альтернативу двум наиболее важным интеллектуальным течениям в психологии - психоанализу и бихевиоризму. У Карла Роджерса было свое предназначение: его биография и жизненный путь заставляли его прежде всего искать способ *действенной «здесь и теперь»* помощи страждущим, без различия условий и вероисповеданий, образовательного и культурного ценза. К тому же профессиональная деятельность К. Роджерса начиналась в сфере социальной помощи, где психология, по его собственному признанию, отнюдь не поощрялась, да и сам он в то время еще не имел полного и систематического психологического образования и еще не был принят научным психологическим сообществом. Его научные взгляды прошли, таким образом, длинный путь формирования, многое ему и его сподвижникам приходилось впоследствии переосмысливать; в частности, это касается некоторой переоценки организмического опыта в ущерб духовному на начальном этапе оформления теории. Все это, вместе взятое, наложило отпечаток своеобразия на роджерсианское течение.

В истории развития и интеграции психотерапевтических школ в дальнейшем также более четко обрисовались факторы, ограничивающие оптимизм роджерсовского подхода. Безусловно, терапевт Должен искать созидательные силы в человеческой душе и всеми доступными (в пределах профессионально допустимых!) средствами способствовать их поддержке и усилению; в любой терапевтической системе этот принцип является базисным. Вопрос в другом: является ли *достаточным* принцип поддержки, когда речь идет о «пациенте нашего времени», которого одни называют «нарциссическим», другие - «пограничным», типе человека, который описывается «как неуверенный в реальности собственного существования, ревниво сравнивающий себя с другими людьми, обуреваемый страхом смерти; клиент, у которого нет выраженных симптомов болезни, но страдающий вообще от бесцельности существования, отчужденности, жалующийся на скуку и тяготящийся своими обязанностями» [2. - С. 76]. Х. Кохут, создатель оригинального метода терапии нарциссических пациентов, довольно большое внимание уделял эмпатии как эмоциональному отклику терапевта на неотложные нужды пациента, как поддержке пациента в его стремлении к восстановлению своего Я. О.Кернберг в разработанной им «экспрессивной психотерапии» в большей степени придерживается классически негативного психоаналитического взгляда на поддерживающие методы, отстаивая преимущество вскрывающе-интерпретативных, сфокусированных на интерпретации переноса как искаженного паттерна межличностных отношений.

Таким образом, проблема так называемых реальных межличностных отношений в рамках терапевтического процесса была поднята К. Роджерсом одним из первых, и эта проблема дискутируется и сегодня.

В своих основных теоретических работах пятидесятих годов К. Роджерс дает дефиниции базовых понятий, исходя из которых он развертывает теорию личности и модели терапии, определяет терапевтические условия изменения личности и межличностных отношений. Первой фундаментальной предпосылкой своей *феноменологической теории Я (самости, Я-концепции)* К. Роджерс считал предположение, что для очерчивания себя и самоопределения люди опираются исключительно на свой субъективный опыт восприятия реальности, свою «внутреннюю систему эталонов», сквозь призму которой реальность мира только и может

предстать перед человеком в каждый данный момент его бытия; именно этот опыт он и называл феноменологическим полем. Это глубоко индивидуальный внутренний мир личности, включающий ее сенсорный и чувственно-моторный опыт, мир образов и смыслов, и если мы хотим понять, почему человек действует так, а не иначе (и честно признаем при этом ограниченность возможностей *научного постижения* человека), у нас нет иного пути, кроме как попытки понимания, *каким образом человек воспринимает этот мир*.

Другой важный тезис, характеризующий феноменологическое направление, - убежденность в потенциальной способности человека принять на себя ответственность за свою жизнь, определение своей судьбы и своего будущего. В противоположность Фрейд-Роджерс был убежден, что не прошлый опыт определяет нынешнюю жизнь человека, а то, каким образом она *представляется и переживается им в настоящий момент*; следовательно, предопределенность того или иного поведения кроется не в прошлой истории» а в настоящем и будущем» за которые человек может отвечать и активно их строить. Отметим, что именно убежденность К. Роджерса в позитивной роли признания ответственности и свободы выбора за человеком» независимо от того, как мы его станем называть, - человеком, испытывающим психологические проблемы, или пациентом с определенным психиатрическим диагнозом, коренным образом изменила всю философию отношения к больному, привела к появлению новой «фигуры» в области практической психологии, а именно: *клиента в противовес традиционной «фигуре» пациента*. Так терминологически закреплялась важнейшая для К. Роджерса идея: уважения в любом человеке человека, спасительность видения в другом человеке зернышка добра и здоровых сил.

Таким образом, в своем третьем тезисе К.Роджерс настаивает на природно присущем человеку стремлению к развитию и *самоактуализации*, иными словами, телеологической целесообразности, согласно которой основной закон душевной жизни состоит в движении, росте психологической дифференциации, автономии и зрелости. Эта тенденция просматривается во всякой органической и человеческой жизни - стремление расширяться, распространиться, задействовать все способности организма, в той мере, в какой это действие усиливает организм или самость. Далее: человек, как связанный и структурно организованный *геиштальт*, целостен в своих отношениях с миром; он ведет себя, воспринимает и *переживает* этот мир *всем своим существом*. В свою очередь, и *понять* человека можно только с *холистических* позиций, а не как механическую сумму составляющих его частей. Другим следствием холистического взгляда на человека естественно становится оптимистическая оценка возможностей его самоизменения на основе изменения любого аспекта субъективного опыта. Между тем последний далеко не всегда поддается символизации и осознается в каждый данный момент, иногда значительная часть переживаемого остается на субсенсорном уровне.

Что же мешает чувственно-телесному (организмическому) опыту стать полноправной частью самости, обогатить ее новыми смыслами, придать полноценность? «Существует опыт организма, - утверждает К. Роджерс, - который не получает символизации или же получает лишь в искаженной форме, так как его адекватное сознательное выражение было бы полностью несовместимо с представлением индивида о себе» [3. - С. 53]. Таким образом, полагает Роджерс, две «части» феноменального поля *Я*, как правило, оказываются недостаточно интегрированы, «неконгруэнтны» друг другу, хотя человеку свойственно постоянно стремиться к их интеграции. Своего рода диссонанс, рассогласование в функционировании и структурировании феноменологического опыта одновременно является и стимулом саморазвития, движением ко все большей самоактуализации, достижению все большей полноты функционирования личности.

Часть феноменального поля, называемая организмом, содержит все, что происходит внутри оболочки организма в любой данный момент; она включает интрацепцию, но также восприятия, ощущения, переживания, возникшие на основе воздействия извне, которые человек, может быть, не осознает, но мог бы осознавать, если бы позволил себе не избегать, а

полностью сфокусироваться на них. Привычка *селективно* направляет наше внимание на непосредственную опасность или на безопасное и приятное в опыте вместо того чтобы *Я* активно и полно воспринимало *все* стимулы окружающего.

Самость, или Я-концепция

Из сказанного становится очевидно, что центральный теоретический конструкт теории К. Роджерса - самость, *Я* или *Я*-концепция (для К. Роджерса эти понятия синонимичны). *Я*-концепция имеет тенденцию субъективно восприниматься как «фигура» феноменального поля, иначе говоря, его центральная, наиболее значимая часть. В самом общем виде К.Роджерс постулирует, с одной стороны, -изменчивость, динамичность самости, как и всего феноменального поля в каждый момент времени; одновременно в субъективном опыте человека она предстает в качестве его устойчивой, неизменной сущности.

Итак, самость, по К.Роджерсу, - это организованный и связный гештальт, принципиально доступный осознанию, но не обязательно присутствующий в нем; постоянно находящийся в процессе формирования и изменения по мере изменения опыта восприятия и внутренней системы эталонов, т. е. в определенном смысле «внутреннего» угла зрения. В этом тезисе, кстати, нам видится залог оптимизма роджерсовской теории и практики личностного роста. Ведь стоит только попытаться изменить свое видение ситуации, ее восприятие и категоризацию, как за ними последуют изменения и *Я*-концепции, поскольку тенденция к целостному изменению внутренне взаимосвязанной системы, каковой является человек, естественна и целесообразна, как сама жизнь.

Развитие самости и ее искажения: потребность в безусловном положительном отношении и условия ценности

Мы уже упоминали ранее, что согласно К.Роджерсу, несмотря на присущую человеку как организму целостность, в каждый данный момент далеко не все в поле субъективного опыта адекватно символизируется и осознается; в частности, причиной тому являются некоторые условия развития и функционирования самости. Роджерс придавал особое значение роли отношений и оценок значимых других, особенно в период младенчества и раннего детства, способствующих развитию позитивного или негативного образа себя. Изначально у человека существует *потребность в безусловном положительном отношении*, что легко описывается в обыденных терминах внимания, заботы, симпатии, сердечности, уважения, прощения. В определенный период своего профессионального становления К. Роджерс испытал обаяние транзактной теории восприятия Ф.Килпатрика (с которым был лично знаком), в соответствии с которой даже простой перцептивный акт есть процесс взаимодействия человека с объектом восприятия и в этом смысле сопровождается изменением как в перцептивном объекте, так и в воспринимающем индивиде. Именно в таком контексте хотелось бы процитировать далее фрагмент одной из фундаментальных теоретических работ К. Роджерса: «Если *Я*-опыт другого воспринимается мною так, что при этом нельзя считать какое-то одно *Я*-переживание достойным положительной оценки в большей или меньшей степени по сравнению с другим, то в этом случае я переживаю безусловную положительную оценку по отношению к данному индивиду. Вос-

И принимать безусловную положительную оценку по отношению к себе - значит воспринимать тот факт, что ни одно из *Я*-переживаний не будет различаться другими индивидами по тому, насколько -более или менее - оно заслуживает положительной оценки» [8. -Р. 208]. В другой своей работе К.Роджерс развивает мысль о связи безусловного положительного отношения терапевта с изменением самооценки клиента: «...Поскольку клиент испытал приятие со стороны терапевта, он способен принять и испытать то же отношение к самому себе, а если он начинает относиться к себе принимающе, с чувством уважения и любви, он в состоянии испытать те же чувства по отношению к другим» [5. - С.

38]. Происходящее в терапии «как будто» воссоздает в этом смысле оптимальные условия развития Я-концепции в онтогенезе. При этом К. Роджерс подчеркивает тонкий нюанс различия «ценности» и оценки: так, например, отец *ценит, принимает* своего ребенка, при этом его *поступки* он может *оценивать* по-разному. Терапевт в этом смысле также ценит, принимает уважает личность пациента в целом, т. е. чувствует, понимает и проявляет безусловное положительное отношение в равной мере как к тем переживаниям, которых боится или стыдится сам пациент, так и тем, которыми тот удовлетворен или гордится. Потребность в положительной *самооценке*, таким образом, вторична и производна от потребности в положительной оценке со стороны значимых других, т.е. в каком-то смысле она даже *зависима* от оценок со стороны эмоционально-значимого окружения.

Если говорить о теории развития Я в онтогенезе, то в отличие от сторонников психоаналитической школы К. Роджерс скорее дает общую панораму развития Я-концепции, не выделяя в этом процессе отдельных стадий, лишь подчеркивает важность некоторых ключевых переживаний в отношениях с ближайшим окружением ребенка. Так, младенческое самовосприятие регулируется по-преимуществу организмическим оценочным процессом. Иными словами, внешние стимулы, висцеральные ощущения, эмоции и собственные переживания воспринимаются и оцениваются соотносительно с тем, содействуют или препятствуют они врожденному стремлению к развитию, интеграции и целостности. Подобное оценивание, или саморегуляция, обладает качествами спонтанной непосредственной реакции по принципу «нравится - не нравится», «приятно - неприятно». Такое положение вещей сохраняется относительно недолго: по мере социализации в процессе оценивания наряду с организмическими реакциями начинают участвовать все более усложняющиеся когнитивные процессы и отношения с людьми, которые окружают ребенка и определенным образом его воспринимают и оценивают.

Таким образом, признает К.Роджерс, поскольку в формировании Я-концепции активно участвует не только опыт собственных ощущений и чувств, но в значительной степени она находится под воздействием оценок значимых других, то это всегда чревато порождением «неконгруэнтности» организмического опыта и Я-концепции. Последнее несоответствие не всегда воспринимается на сознательном уровне, но присутствует на уровне подпорогового субсенсорного восприятия, что составляет источник смутной тревоги, повышенной сензитивности, «ранимости» и последующих защитных искажений. К.Роджерс выделил два главных защитных механизма - *искажение восприятия* и *отрицание*, которые запускаются тревогой, на эмоциональном уровне сигнализирующей, что сложившаяся Я-структура испытывает опасность дезорганизации, если несоответствие между ней и угрожающим переживанием достигнет уровня сознания. Для тревожного человека представляет опасность осознание собственных агрессивных или враждебных чувств, так как последние, будучи осознаны, потребуют пересмотра его представления о себе как человеке мягком и любящем. Такой человек «уязвим» для тревоги всякий раз, когда чувствует (точнее, предчувствует и неясно осознает) свой гнев или враждебность; для другого человека испытание чувств нежности, сострадания может представлять такую же опасность, если требует коренного изменения его Я-концепции. Защитным ответом организма станет опять-таки либо частичное искажение восприятия, либо полное отрицание испытываемых чувств, с тем чтобы сохранить неприкосновенность самости, самоуважения.

Таким образом, сформированная на основе «условий ценности» (имеется в виду избирательная оценка родителями и подкрепление ими только определенных аспектов опыта) Я-концепция, в свою очередь, начинает выполнять роль защитного и, увы, искажающего фильтра, пропуская в сознание лишь те аспекты опыта, которые подтверждают эти оценки и поддерживают самоуважение человека. Так, если ревность и агрессивные чувства ребенка, например в адрес младшего в семье, сопровождаются родительскими комментариями типа «хороший мальчик не должен испытывать такие нехорошие чувства к своему братику,

хороший мальчик должен любить и заботиться о своем братике, как мы любим и заботимся о тебе, а если ты ударишь своего братика, то будешь очень плохим мальчиком, и мама тебя тогда не будет любить», то реальные чувства ребенка, скорее всего, подвергнутся *искажению* (и он будет вести себя как «заботливый, старший брат, но драчун») либо полному отрицанию, дабы не подвергать угрозе образ «хорошего мальчика» и не лишиться родительской любви.

Отношения подобного рода со стороны близкого окружения в теории К. Роджерса получили название «условий ценности» и толкуются как источник тревоги, препятствие в развитии «истинной», полноценной и целостной самости. Самость, вместо того чтобы полностью и непрестанно развиваться в направлении самоактуализации, превращается в защитную структуру, ригидную, недоступную новому опыту. Реальный опыт организма блокируется: не ощущается боль (если родители внушают ребенку, что «настоящий мужчина - это не постоянно болеющий и жалующийся нытик, а стойкий спартанец»). Точно по такому же психологическому механизму не проживается утрата, не впускается в сознание ненависть (или любовь), если эти чувства противоречат «внешним» правилам и эталонам, усвоенным в детстве. Едва ли не единственным содержанием Я-концепции в таком случае рискует стать «не-Я-концепция», «не-самость». Потребность в положительной оценке играет не последнюю роль в подобном «патологическом» развитии: по мнению К. Роджерса, ребенок пойдет на все, пожертвует организмическим оценочным процессом (проще говоря, предпочтет поступать даже во вред самому себе), чтобы удовлетворить свою потребность в позитивном отношении, заслужить родительскую любовь и сохранить ее.

Таким образом, неконгруэнтность между опытом организма (который испытывает боль, отвращение, ревность, любовь) и опытом Я (который в тот же момент актуализирует негативные оценки этих чувств родителями) составляют главный источник напряжения, способный как стимулировать и подталкивать человека на путь преодоления и самосовершенствования; так и порождать тревоги, конфликты и патологические симптомы, соматические и психические заболевания. «Здоровая», психологически зрелая личность постоянно стремится к преодолению неконгруэнтности путем самопознания, открытости постоянно меняющемуся опыту и изменению представления о себе в соответствии с актуальным жизненным опытом. Психотерапия в этом смысле призвана создавать условия, при которых подобное самодвижение (к «конгруэнтности», «полному и целостному функционированию»), искусственно прерванное или заторможенное «условиями оценки», вновь стало доступным.

Идеальная самость (идеальная Я-концепция)

Идеальная Я-концепция (иногда в качестве синонимов используют более краткие термины Я-реальное и Я-идеальное) отражает те атрибуты Я, которые человек хотел бы иметь, которые он высоко ценит, к которым стремится и каким представляет себя в будущем, но пока не имеет. Как и Я-реальное, Я-идеальное, вообще говоря, изменяющаяся структура, постоянно подлежащая переопределению. Слишком разительный контраст, очень большая степень, в какой самость отличается от идеальной самости, своего рода, пропасть, разделяющая их, - один из показателей (и причин) дискомфорта, неудовлетворенности и невротических трудностей. Напротив, принятие себя таким, каким человек действительно является, а не таким, каким он хотел бы быть исходя из присвоенных (и порой не своих, а родительских) идеалов, «безусловное принятие» - признак душевного здоровья. Такое принятие не есть покорность, сдача позиций, это способ быть ближе к реальности, к своему актуальному состоянию и «генуинному» Я.

Возьмем для иллюстрации хрестоматийный пример, хорошо знакомый каждому по собственному опыту, и типичный случай из практики психологического консультирования. Некто собирается оставить обучение в колледже (перестает ходить в школу, собирается оставить университет и т.д.). Он был лучшим учеником в начальной и средней школе и очень

хорошо учился на первых курсах. Он уходит, как он объясняет, потому что у него «куча хвостов», потому что нахватал двоек, потому что грозит «неуд» за полугодие... Его «тошнит» от школы в прямом и переносном смысле, ему не хочется возвращаться домой, где родители постоянно «пилят», он противен самому себе, у него периодически возникают немотивированные страхи, стены давят, воздуха не хватает... Вряд ли стоит продолжать дальше, потому что аналогичные переживания с нами, или нашими близкими, или нашими пациентами бывали. Кроме того, подобный обобщенный случай хорошо использовать в дидактических целях для демонстрации сходства и различия предлагаемых разными терапевтическими системами трактовок и методов терапии. Так, приведенный пример можно интерпретировать как сильное несоответствие Я-реального и Я-идеального, если последнее представлено образом «всегда и во всем успешного», «всегда лучшего» и этот образ идеального Я оказывается под угрозой. Этот же пример мог бы иллюстрировать притязания Грандиозного Я на самосовершенство (так называемый «перфекционизм») или сверхобобщенность, абсолютизацию как неадаптивные мыслительные схемы и как «тиранию долженствования». Если некто не сможет принять опыт своих академических неудач, как нечто, что реально он драматически переживает, за что несет определенную ответственность, если не обнаружит в себе силы, чтобы изменить свой взгляд на самого себя, если он не увидит нереалистичность и недостижимость абсолютного идеала, который он некритично в себя впитал, тогда, конечно, единственным способом действия, который он может себе представить, станет «уход» в любом из возможных его значений, вплоть до суицида, потому что все остальное, жизнь, не дает гарантий от неудач.

От терапии, центрированной на клиенте, к теории и практике становления человека

Теория терапии К. Роджерса формировалась и реформировалась им и его единомышленниками на протяжении всех лет его долгой профессиональной жизни; неизменными оставались ее «центрированность» на человеке как личности и убежденность в том, что все эффективные формы психотерапии содержат один общий элемент, а именно качество психотерапевтических отношений.

В начале 1940-х гг., когда шла работа по подготовке его первой книги по недирективной психотерапии, основу дискуссии с ведущими направлениями в области психологического консультирования составляла идея отказа от роли терапевта в качестве эксперта и модификатора поведения. Терапевт способен лишь отразить, «от-зеркалить», выразить в словах чувства клиента и тем самым помочь в их прояснении и осознании. В 1951 г., после того как была опубликована «Клиенто-центрированная терапия», научной общественности стало ясно, что речь идет о большем, чем просто изменение техники терапии. Предлагался принципиально новый взгляд на человека, новая философская и методологическая позиция в психотерапии, реформирующая ее как систему. Открыто провозглашалось, что именно «клиент», а не «пациент», не «терапевт», является ключевой фигурой процесса; во-первых, потому, что никто лучше не понимает человека, чем он сам; никто лучше не может ему помочь чем он сам; никто лучше не знает направления, в котором эта помощь могла бы осуществляться, чем он сам.

Таким образом, клиент - это свободный в своем волеизъявлении и изменении человек, испытывающий определенные проблемы, которые он в принципе способен разрешить и самостоятельно и тем не менее решивший *запросить* помощь. В этом смысле он не тот, кто получает ее *прописанной в обязательном порядке* в качестве лекарства, что и отличает его принципиальным образом от пораженного в «правах пациента» весьма репрессивной психиатрии 1950-х гг., каковой она была во всем мире. Итак, свобода, уважение к правам человека (больного или здорового), убежденность в наличии источника здоровых сил и роста в самом человеке - вот что составляло революционное ядро нового подхода к терапии, где терапевту отводилась почетная роль «фасилитатора» и «садовника», создающего

необходимые и достаточные условия для самоизменения клиента. В определенном смысле действительно предлагалось изменить диспозицию, «плоскость» и «дистанцию» терапевтических отношений. В рамках новых взаимоотношений пациент и терапевт выступали в качестве «партнеров», *равноправных*, поскольку на первое место выдвигались взаимно открытые и искренние *человеческие* отношения между двумя людьми, а также и поскольку предполагалось взаимное разделение ответственности за общее дело, где вклад клиента и терапевта оказывались в равной мере важными, как в знаменитом слогане Ф. Перлса «Я делаю свое дело, а Ты делаешь свое дело». Нам представляется, что, отстаивая принцип равноправия, К.Роджерс имел в виду прежде всего этическое и отчасти религиозное, а не буквальное его толкование; и в этом смысле трудно переоценить смелость подобного шага, ведь со времен З.Фрейда принцип своего рода «имморальности» терапии, т. е. свободы от каких бы то ни было религиозно-этических догматов, считался общепризнанным. В то же время в психиатрических учреждениях сложилась откровенно циничная, репрессивно-манипулятивная практика отношения к пациенту, процветали электрошок и даже лоботомия; лечение на деле оборачивалось жестокостью, и люди выходили из клиник «адаптированными» к социуму и глубоко покалеченными им же (не будем сейчас говорить об отечественной психиатрии).

В последующие годы интерес К. Роджерса и все увеличивающегося числа его сподвижников направлялся на проверку и практическое приложение его теории и метода. Впервые были инициированы исследования дословных записей-транскриптов терапевтических бесед, где тщательно изучались терапевтические диалоги, вербальные и невербальные способы достижения эмпатического понимания, детально выверялись гипотезы о направлениях изменения самооценки в процессе терапии, апробировались процедуры ее измерения. Это был также период широкого внедрения роджерсовского метода в практику улучшения межличностных отношений - в менеджмент и воспитательные учреждения, в семейное консультирование и работу медицинского персонала в здравоохранении. Была показана его применимость в самых разных областях частной и социальной жизни, везде, где улучшение климата межличностных отношений могло способствовать эффективному разрешению конфликтных и проблемных ситуаций, снижению межнациональной нетерпимости, повышению творческого потенциала отдельного индивида или малых групп. Так постепенно вырисовывалась и утверждалась общегуманистическая ориентация роджерсовской системы *как теории и практики содействия становлению и развитию человека*) общепринятое ее название - человеко-центрированный подход к терапии - представляется более спорным и слишком буквальным переводом с английского (person-centered approach).

Для К.Роджерса 1950-е гг. оказались периодом поиска компромисса между провозглашаемым феноменологическим подходом и вытекающим из него постулатом о принципиальной непознаваемости человека «извне», т. е. с традиционно сциентистских позитивистских позиций, и одновременно стремлением донести свои взгляды до научной общественности, не нарушая общепринятых научных канонов. С особой очевидностью эта внутренняя борьба и известная даже, на наш взгляд, неконгруэнтность, проступают в его широко известном теоретическом и методологическом исследовании «Теория терапии, личности и интерперсональных отношений», опубликованном в многотомном фундаментальном издании «Психология: научный подход»* (1959) по заказу Американской психологической ассоциации. Роджерс очерчивает там контуры понимания природы человека, психопатологии и психотерапии, представляя свое исследование в форме системы научных представлений: методологических постулатов, дефиниций концептов, гипотез и выводов. Отмежевываясь от «стерильности» тех лабораторных исследователей, для которых вычислительная машина главенствует в качестве инструмента познания, он скорее причисляет себя к исследователям-этологам, исследователям-натуралистам. «Наблюдать внимательно, мыслить вдумчиво и

творчески, - пишет Роджерс, - можно на любом уровне накопления опыта. Увидеть, что какая-то (сельскохозяйственная) культура дает лучший урожай, если она растет на каменистых склонах, а не на заливных лугах, и осмыслить это наблюдение - вот где начинается наука» [8. - Р. 189]. В полном согласии с этим кредо применительно к целям терапии Роджерс полагал достаточным создание благоприятного эмоционального климата в терапевтических отношениях, чтобы совсем очевидно проявлялась присущая человеку тенденция к самоактуализации и позитивным конструктивным изменениям.

В действительности К. Роджерс ясно отдавал себе отчет, где *наука начинается*, но также было очевидно для него как для исследователя, что *наука является развивающимся методом исследования*-отстаивая же феноменологический подход, он полагал, что наука развивается через развитие наших представлений, наших концептов, наших взглядов на наблюдаемые явления. «Если движение происходит в направлении более точных измерений, более четких и строгих гипотез, открытий, имеющих большую валидность и большую обобщенность, то такая наука является здоровой и развивающейся. Если нет, то это бесплодная псевдонаука...» [8. - Р. 189]. В этом смысле рассмотрим его воззрения исторически, как они формировались, концептуализировались, как со временем наполнялись все более гуманистическим содержанием основные понятия, а естественно-научная парадигма сменялась гуманитарной.

В уже упомянутой работе К. Роджерс с максимальной скрупулезностью дает определения необходимых и достаточных условий терапии, среди которых основными были и остались в более поздних модификациях теории качества терапевта и отношений «терапевт-клиент»: конгруэнтность терапевта, эмпатичность и безусловное положительное отношение к клиенту. Таким образом, терапевтические отношения, личные качества и установки терапевта и эмоциональный климат человеческих отношений с первых шагов формирования новой теории терапии были поставлены во главу угла. Революционность подобного подхода в конце 1950-х гг. очевидна. В эпоху, когда идеи кибернетики завоевывают умы и пленяют воображение не только писателей-фантастов, трудно отважиться поставить под сомнение традиционные ценности сциентизма. Когда в психотерапии безраздельно царят элитарный психоанализ (для немногих) и бихевиоризм (для остальных), требуется мужество ученого, чтобы противопоставить себя и тем и другим, открыто провозгласив: ни терапевтические методы (техники) оснащения терапевта, ни клинические критерии оценки и определения тяжести или специфики психических расстройств не могут существенно влиять на процесс и исход эффективной терапии. Диагностические психиатрические критерии виделись К. Роджерсу такими же ярлыками, защитными фасадами, скрывающими человеческую сущность, как ярлык «терапевта, занимающегося лечением». Главным же и определяющим К. Роджерс считал «встречу». Раскрывая смысл этой метафоры, он сближал его с «Я - Ты-диалогом» в терминологии М. Бу-бера и, обращаясь к нему самому в их знаменательной встрече в 1957 г., замечал: «Я чувствую, что, когда моя терапия эффективна, я присутствую в терапевтическом процессе как личность, а не как исследователь или ученый... для меня нет различия во взаимоотношениях, которые я формирую с нормальным человеком, шизофреником, параноиком, - я действительно не чувствую никакой разницы... мне кажется, если терапия эффективна, то в ней происходит такая же встреча личностей» [1. - С. 81]. Иными словами, личные, субъективно глубоко значимые отношения обоих участников общения провозглашаются практически единственным «методом» и «механизмом» терапии. (Идея, когда-то отвергнутая ортодоксальным психоанализом, ожила в совершенно новом контексте.) Правда, К. Роджерс осторожно оговаривает, что сам он не работал в психиатрической больнице и поэтому готов к критике своей позиции со стороны психиатров. Мы не будем сейчас обсуждать действительно существующие достоинства и ограничения использования терапевтической модели К. Роджерса в клинике тяжелых личностных расстройств, где необходимость переживания глубокого эмоционального резонанса и эмпатического контакта с пациентом сегодня обсуждается в контексте использования терапевтического потенциала

контрпереносных чувств терапевта.

К.Роджерс в своих ранних концептуализациях, используя язык современной ему теории познания как процесса выдвижения и последовательной проверки системы гипотез, формулирует шесть терапевтических условий-гипотез (совокупность которых можно рассматривать и как последовательность терапевтических стадий, и как последовательность изменений). Таким образом, К. Роджерс вводит в качестве важнейшей характеристики эффективности терапии не столько ее результат, сколько процессуальное движение. Остановимся подробно на раскрытии смысла каждого из этих условий, как они представлялись К. Роджерсу в период обоснования им «клиенто-центрированной терапии». Согласно принятой им научной парадигме, логика его рассуждений предполагала, что если соблюдаются необходимые и достаточные терапевтические условия, то с известной мерой достоверности следует ожидать позитивных изменений клиента. 1. *Два человека находятся в психологическом контакте.* Сущность этого самоочевидного на первый взгляд утверждения раскрывается через скрытое противопоставление метода терапии, принципиально ценящего не техники, какими бы изощренными они ни являлись, а отношения; не присутствие терапевта в качестве профессионала, а его бытие-в-контакте; психологический контакт предполагает также взаимность происходящих изменений в участниках контакта, когда каждый из участников в полной мере стремится сам вступить во взаимодействие.

Позволю себе дать чуть более расширенный комментарий этого положения (каким мне представляется его смысл «из сегодняшнего дня»), принципиально важного для организации процесса психологической помощи. Полагаю, что каждый из практикующих терапевтов неоднократно сталкивался с ситуацией столь же драматичной, сколь и абсурдной с точки зрения медицинской модели психо терапии; нельзя помочь пациенту или клиенту, если он сам этого не желает, причем очень сильно; нельзя помочь, даже если видишь что человек страдает и нуждается в помощи, но сам он не имеет достаточной мотивации обращения; нельзя помочь по просьбе третьих лиц, нельзя воздействовать на отсутствующего; нельзя *предлагать* свои услуги - их можно предоставить только по свободному «запросу» клиента; нельзя *удерживать*, даже если терапевту кажется, что терапию целесообразно продолжать, и т.д. Возможно, что сама специфика начальных этапов консультативной практики с социально и педагогически «запущенными подростками» и неблагополучными семьями способствовала формированию у К. Роджерса более демократичного и толерантного отношения к этим обездоленным людям, которым прежде всего было необходимо, чтобы их со вниманием выслушали, посочувствовали, утешили и поддержали. Здесь как нельзя уместным могло оказаться и пасторское участие, и мудрость восточных философско-религиозных систем, когда излишний догматизм и ригоризм христианства уравновешивался спокойным достоинством приятя жизни дао и дзен-буддизма; школу и того и другого К. Роджерс осваивал в молодости, и, несомненно, как и на многих западных интеллектуалов его поколения, этот опыт существенно повлиял на становление его профессионального самосознания и общее мировоззрение.

2. *Один человек, клиент, находится в состоянии повышенной тревоги, ранимости и неконгруэнтности.* Как описывалось ранее, психопатология понималась К.Роджерсом в очень обобщенном виде как нарушение соответствия между переживаниями человека и его представлением о самом себе. Чтобы сохранить самоуважение, человек прерывает связь (искажает, отрицает) со своим общим организмическим состоянием, по существу, с основным источником осознания своего *Я*; расплатой становятся повышенная хроническая тревожность, неуверенность в себе, ранимость, дискомфорт. Именно эти переживания в конечном счете и приводят его к мысли, «что-то со мной не так», именно в этих терминах формулировали свои жалобы пациенты, и именно на изменение Я-концепции в конечном счете, по мнению К. Роджерса, была ориентирована «клиенто-центрированная терапия», независимо от специфики клинического диагноза.

3. *Второй человек в психологическом контакте является конгруэнтным в отношениях, гармоничным и интегрированным как личность.* Для эффективной терапии необходимо, чтобы терапевт был открыт опыту, точно и правильно его символизировал, а следовательно, мог вступать с клиентом в контакт как целостная, свободная от защитной позиции по отношению к себе и другим личность. Это означает, помимо всего прочего, способность быть честным

перед самим собой и клиентом» быть в определенном смысле прозрачным, т.е. иметь свободный доступ к своим чувствам и не пытаться маскировать его никаким «фасадом»; быть *в принципе* готовым открыть клиенту свой собственный внутренний мир, но, безусловно, в той мере, форме, в какой это уместно и полезно для текущего терапевтического процесса. Заметим, что и сам К.Роджерс многократно возвращался к осмыслению этого крайне важного, дискуссионного момента; его размышления о роли искренности, открытости и самораскрытия внесли существенный вклад в реинтерпретацию роли контрпереносных чувств в более глубоком понимании бессознательных процессов пациента и установлении прочных эмоциональных связей (по данному вопросу см. [4]).

Конгруэнтность терапевта выражается в доступности ему переживания безусловного положительного отношения и эмпатического-го понимания клиента. Последнее, как показывает опыт, реализуемо исключительно *при условии полного осознания терапевтом собственных чувств* во всей полноте их реального существования в феноменологическом поле. Терапевт только тогда способен оказать помощь, когда он полностью *присутствует*. «Понятие присутствия, - пишет Р. Мэй, - это то, что Сократ называл повивальной бабкой - полностью реальной в ее присутствии, но присутствующей со специфической целью - помочь другому благополучно разрешиться от бремени, произвести на свет новую жизнь». Разумеется, К. Роджерс не заблуждался: не следует, замечал он, ожидать от терапевта, чтобы тот был абсолютно и окончательно конгруэнтной личностью в каждый момент своей жизни; но чтобы создавать и поддерживать действительно «помогающие» отношения, терапевт должен быть настолько психологически зрелым, чтобы по крайней мере *непосредственно в отношениях с клиентом* он был способен понимать его коммуникации эмпатически.

4. *Психотерапевт испытывает безусловное позитивное отношение к клиенту.* Терапевт принимает любые переживания клиента и не дает им оценок, т. е. воспринимает их без одобрения или порицания; тем самым он не предъявляет никаких «условий ценности» по отношению к его переживаниям. Кроме того, эта позиция терапевта означает, что он с теплом, сочувствием, вниманием и серьезным уважением относится к клиенту, не пытаясь давать рецепты исцеления, легковесно разуверять в беспочвенности страхов, не испытывает ужаса или неприязни, какими бы ни были переживания клиента с точки зрения общепринятой морали, но и не хвалит его, тем самым не подкрепляя одни способы поведения и не одобряя другие.

5. *Психотерапевт стремится к эмпатическому пониманию внутренней системы координат клиента и стремится передать это понимание клиенту.* Роджерс непрестанно подчеркивал терапевтическую ценность вхождения терапевта во внутренний мир пациента, как если бы он был его собственным, но никогда не переходя условия «как если бы». В моменты эмпатического понимания (как пытался донести Роджерс свою точку зрения до Мартина Бубера в их знаменательной встрече в 1957 г.) «я, кажется, способен с очень большой ясностью чувствовать его (клиента. - Е.Т.) опыт, по-настоящему переживать его как бы изнутри, в то же время не теряя моей собственной индивидуальности... мне кажется, в этот момент я могу рассматривать его точку зрения, сколь бы искаженной она ни была, как столь же авторитетную, столь же справедливую, как и моя. И если в дополнение к этому движению с *моей* стороны мой клиент или человек, с которым я работаю, способен хотя бы отчасти чувствовать мое отношение, то тогда, я верю, мы переживаем подлинный опыт встречи личностей, в котором каждый из нас меняется» [1. - С. 76-77]. В качестве комментария

приведем здесь точку зрения Майкла Кана, специально посвятившего свое исследование сравнительному анализу вклада Роджерса, Фрейда, Кохута и других представителей современного психоанализа в теорию терапевтических отношений. «Терапевтическая ценность эмпатического понимания, - отмечает Кан, - кажется достаточно ясной: если есть *ощущение*, что терапевт действительно пытается видеть мир так, как вижу его я, то чувствуется поддержка в стремлении к прояснению, а следовательно, к расширению понимания самого себя. Подобная эмпатия учит быть эмпатичным к себе, спокойно осознавать свои переживания таким же образом, каким их осознает терапевт... Эмпатия другого оказывает решающее влияние на самоуважение. Если терапевт считает ценными время и усилия, затраченные на попытку понять мои переживания, то и я должен это ценить».

6. *Клиент переживает хотя бы в малой степени безусловное положительное отношение и эмпатию терапевта*, Роджерс был убежден, что именно клиент, а не терапевт, ответствен за любой процесс изменений во время терапии; терапевт «следует» за клиентом, сопровождает его, но не торопит, не опережает. Поскольку в клиенте заложена мощная потребность в саморазвитии и самоактуализации, задачей терапевта является создание и поддержание таких условий, в которых процесс движения клиента начнет реализовываться. По этой причине, в частности, сам Роджерс считал антигуманным прибегать к каким-то особым терапевтическим процедурам; можно было бы сказать, что единственная задача терапевта состоит просто в том, чтобы «быть» - создавать эмоциональный климат, пригодный для личностного роста, «быть» зрелым и опытным спутником, сопровождая клиента в его трудном путешествии к самому себе, «быть» фасилитатором - проводником изменений, роста и обучения; «быть» зеркалом, подтверждающим безусловную человеческую ценность клиента; «источником», из которого клиент может черпать силу и веру в себя, как писала об этом много позже Рут Сэнфорд, ученица и соратница Карла Роджерса [5].

Терапевтические изменения в клиенто-центрированной терапии

Подытоживая свои взгляды на процесс и результаты клиенто-центрированной терапии, Роджерс полагал, что если соблюдены изложенные выше условия терапии, то с большой долей вероятности можно ожидать следующих изменений в пациенте (или клиенте): 1) клиент становится все более свободным в выражении своих чувств в вербальной и моторной экспрессии; 2) выраженные им чувства имеют все большее отношение к Я и все реже остаются безликими; 3) он точнее и тоньше распознает объекты своих чувств, включая самого себя и других людей, переживания и взаимоотношения; 4) он начинает замечать неконгруэнтность между какими-то своими переживаниями и Я-концепцией; 5) он начинает переживать угрозу подобной неконгруэнтности, однако позволяет себе не избегать ее; 6) благодаря безусловному положительному отношению терапевта, распространяющемуся в равной мере как на неконгруэнтность, так и на конгруэнтность, как на наличие тревожности, так и на ее отсутствие, он переживает со всей полнотой, с полным осознанием тех чувств, которые в прошлом отрицались или искажались в осознании; 7) Я-концепция реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать и включить те переживания, которые раньше искажались или исключались из сознания; 8) тенденция к использованию защит уменьшается; 9) увеличивается способность воспринимать и переживать безусловное положительное отношение со стороны терапевта, без какого бы то ни было чувства угрозы; 10) он все отчетливее и яснее переживает *безусловную положительную самооценку*; 11) он все чаще определяет и переживает свое Я в качестве локуса оценки; 12) он все реже реагирует на опыт, исходя из «условий оценки», и все чаще - исходя из собственного организми-ческого опыта.

Результат терапии

Радикальность роджерсовского подхода к результатам терапии состоит в смещении акцента на характеристики ее процессуальности, движения и развития диады «терапевт-

клиент» в условиях определенным образом организованного процесса (см. об этом выше). В этом смысле обсуждать и оценивать «эффективность» терапии с внешней позиции, по критерию, скажем, степени адаптированности или модификации поведения неприемлемо и неконгруэнтно феноменологическому подходу. Судить о результатах вправе только сам клиент, оценивая сам себя и качество своей жизни.

С этой точки зрения именно «развертывание» терапевтического процесса *само по себе* может служить критерием его эффективности в противовес привычной зафиксированной неконгруэнтности. Таким образом, именно процессуальные изменения, которые обнаруживает в себе клиент, проходя через определенные этапы своего развития в терапевтическом процессе, и составляют результат терапии. Однако, как нам представляется, верный принцип холизма и взаимодействия (мы говорили ранее о влиянии на теорию Роджерса трансактного принципа перцепции, сформулированного Ф. Килпатриком, возможно, также трактуемого в терминах «обратной связи»), Роджерс не ограничивается описанием изменений на каком-то одном «полюсе»: *изменения во взаимных восприятиях терапевта и клиента обуславливают серию взаимозменений*. Еще раз заметим, что концепция Роджерса, включая концепцию терапии, формулируется в форме гипотез: если соблюдаются определенные условия, то с большой долей вероятности можно ожидать, что начнут происходить определенные изменения. Если *терапевт* будет конгруэнтен, эмпатичен и безоценочен в своем отношении к клиенту, то существует вероятность, что *клиент* начнет воспринимать терапевта как человека открытого, искреннего, с теплотой, сердечностью и уважением воспринимающего его (клиента) как человека, независимо от его (клиента) несовершенства. Чем более *клиент* становится восприимчивым к понимающему, принимающему и искреннему позитивному взгляду на себя *терапевта*, тем более он оказывается способным воспринимать *себя* открыто, честно, с пониманием, уважением и известной долей прощения (любви). В более сжатом, «свернутом» виде: клиент переходит от восприятия себя как недостойного, непринятого и не заслуживающего быть объектом любви к подтверждению того, что он принят, уважаем и любим в рамках лимитированных отношений с терапевтом. «Любим» - предполагает в данном случае самый глубокий и обобщенный смысл: быть понятым и принятым Другим на глубинном общечеловеческом уровне. Развернутое описание процесса Роджерс дает в своей книге под знаменательным названием «Становление человека», где пишет: «Если терапия была оптимальной, интенсивной, равно как и экстенсивной, то это может означать, что терапевт сумел вступить в глубокие личностные субъективные отношения с клиентом, отнесясь к нему не как ученый к объекту исследования, не как врач, предполагающий диагноз и лечение, но как личность к личности. Это может означать, что терапевт был искренним, не прятался за защитным фасадом, а встречал клиента чувствами, которые он по-настоящему испытывал».

Для клиента оптимальная терапия могла бы состоять в исследовании все более и более странных, неосознанных и опасных чувств самом себе, эти исследования оказываются возможными только в силу постепенного понимания клиентом, что он полностью принимается. Таким образом, клиент знакомится с элементами своего опыта, которые прежде изгонялись из сознания как угрожающие, наносящие вред структуре его самости. Он обнаруживает, что испытывает эти чувства полностью, всецело во взаимоотношениях, так, что в какой-то момент он и есть свой собственный страх или гнев, собственная уязвимость или сила. И когда клиент проживает эти столь разнообразные чувства во всех степенях их глубины, то понимает, что переживает себя, что сам является всеми этими чувствами. Клиент находит свое поведение изменившимся в конструктивную сторону в соответствии с заново пережитой самостью. Он приходит к пониманию ненужности страха, который несет его переживание, но свободно приветствует его как часть своей изменившейся и развившейся самости». [Цит. по: Кан М. Между психотерапевтом и клиентом. - СПб., 1997. - С. 50].

Таким образом, в качестве самого общего результата терапии можно считать возрождение

способности жить полноценной жизнью или, в терминологии Роджерса, обретение способности к полноценному функционированию. Клиент «становится человеком», главными чертами которого являются *открытость к переживанию, экзистенциальный образ жизни (жизнь «здесь и теперь»), организмическое доверие к своим внутренним ощущениям как критерию выбора, эмпирическая свобода («единственный, кто отвечает за мои собственные действия и их последствия, - это я сам»)*, креативность и творческий образ жизни. Человек, полноценно живущий, - это не статичное, раз и навсегда зафиксированное состояние, а процесс, и постоянно находиться в процессе изменения означает движение к своей истинной самости, «сердцевина» которой есть любовь и добро (Rogers, 1961). Но и для терапевта, если «встреча» состоялась, она будет продолжаться в его внутреннем росте, в изменении его взгляда на самого себя, в обогащении его чувств, затронутых этой «встречей».

Терапевтические методы

Разработке собственно технической, или методической, стороны терапевтического процесса Роджерс не уделял самостоятельного внимания, и по принципиальным соображениям: ведь если изменения есть следствие экзистенциальной встречи, своего рода инсайта в отношениях между людьми, то ни в каком техническом оснащении подобная встреча не нуждается. В определенном смысле в качестве терапевтических методов можно рассматривать сформулированные Роджерсом необходимые и достаточные условия терапевтического процесса, а именно: искренность (генуинность, конгруэнтность), безусловное позитивное отношение и эмпатическое по ниманне. На наш взгляд, именно такое понимание отношения к

методам терапии более всего было созвучно внутренней логике движения от клиентоцентрированной терапии к терапии, центрированной на человеке, как стали наименовать эту систему сподвижники Роджерса в последние годы его жизни и профессиональной деятельности. Трудность, однако, заключалась в том, что, если Роджерсу каким-то неуловимым образом, самой атмосферой отношений, огромным обаянием его личности удавалось реализовывать на практике свои методы, то вопрос об обучении им будущих терапевтов не мог решаться автоматически по принципу «делай, как я». Первые исследования группы Роджерса в области психотерапии, проведенные еще в 1940-1950-х гг., отчасти пытались найти решение этой задачи в рамках анализа «вкладов» в терапевтический диалог терапевта и пациента, а также соотношения вербального и невербального поведения участников с целью определения критериев их конгруэнтности-неконгруэнтности. Результаты этих исследований и являлись эмпирическим доказательством предположения, что для осуществления конструктивных личностных изменений необходимо и достаточно наличие *шести терапевтических условий*.

Таким образом, основными (и, по сути, единственными конгруэнтными «духу» теории Роджерса) методами терапии, центрированной на человеке, мы можем считать эти шесть фундаментальных принципов, рассмотренных в предыдущих разделах этой главы, а также некоторые вытекающие из них следствия.

Еще раз выделим их:

- 1) искренность и подлинность терапевта;
- 2) безусловное позитивное отношение;
- 3) эмпатическое понимание;
- 4) фасилитация все более полного опыта переживаний;
- 5) фасилитация все более полного осознания происходящего*;
- 6) подтверждение уважения и безусловной ценности клиента путем отказа от советов и рекомендаций;
- 7) передача эмпатического понимания внутренней системы координат клиента путем «зеркального отражения», как вербального, так и невербального.

Закончить эту главу мне бы хотелось строчками стихов Б.Л.Пастернака; они как нельзя более точно отражают мое личное впечатление о Карле Роджерсе, оставленное им после проведенной в 1986 г. в Москве «группы встреч»:

И должен ни единой долькой Не отступаться от лица, Но быть живым, живым и только. Живым, и только до конца.

7 СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

Мое «я», мой характер, мое имя - все было в руках взрослых; я приучился видеть себя их глазами, я был ребенком, а ребенок - это идол, которого они творят из своих разочарований.

Жан Поль Сартр

Системная семейная терапия основана на предпосылке, что индивидуальную человеческую личность можно понять только в контексте ее социальной среды. Иными словами, учитывая онтологически присущий человеку способ существования, он «приговорен к общению».

Системно-коммуникативная модель семьи

В 1950- 1960-е гг. этот вид психотерапии только зарождался, как утверждается в обзорном исследовании К. Бродерика и С. Шредера, опубликованном в 1991 г. Согласно точке зрения авторов, эти два десятилетия стали свидетелями утверждения в науке общей теории систем в биологии и кибернетике, в вычислительной технике. Вместо того чтобы согласно научной традиции, аналитическим путем разделять изучаемые явления на мельчайшие элементы, например, электроны, нейтроны и т.д., общая теория систем (Л.Фон Берталанди) отстаивала приоритет 1) принципа целостности, несводимости целого к сумме элементов, 2) принципа развития через установление и усложнение внутрисистемных и внесистемных связей. На первый план выдвигалась проблема совершенствования механизмов «обратной связи», т.е. способов коммуникации, управления и контроля, общих как для биологических, так и кибернетических систем (Н. Винер).

В самом общем виде под системой понимается набор элементов, находящихся в постоянной взаимосвязи. Например, семья как система не просто включает в себя x индивидов. Она, кроме того, охватывает их перекрестные взаимоотношения, а также взятый в комп-лекс контекст, в котором обитает семья, и существующий свод правил этой семьи. Даже постоянные ролевые названия, закрепляемые за различными членами семьи» такие как «родитель» и «ребенок)», дают понять, что между двумя обозначенными индивидами существует устойчивая связь.

Система - это набор организованных в соответствии с определенными правилами элементов. Принципы организации предполагают, что, как только из разрозненных элементов составлена устойчивая комбинация взаимосвязанных элементов, создается единство, целостность, не сводимая к простой сумме составляющих ее единиц. Супружеская система, например, может быть разделена только на две составляющие (два отдельных индивида), которые являются двумя индивидуальными подсистемами. Но между отдельно взятыми индивидами существует устойчивая взаимосвязь, создающая супружескую подсистему: таким образом, в супружеской системе получается, что $1+1=2$.

Система организована таким образом, что связи между элементами определяют *границы* как вокруг системы в целом, так и вокруг каждой входящей в нее подсистемы. В биологии эти границы четко различимы: у любой клетки есть мембрана, у любого животного есть кожа. В системах, элементами которой являются люди, границы зачастую более абстрактны, они задаются правилами взаимоотношений. Например, правила моногамии позволяют определить границы традиционного брака. Супруг, который вступил в половую связь на стороне,

«переходит границу» или же начинает действовать, выходя за рамки взаимосвязи между супругами. *Границы* могут быть и весьма *неясными* и *расплывчатыми*; их определяют расплывчатые правила по поводу того, кому и с кем позволительно взаимодействовать и как взаимодействовать. В семьях, где практикуется кровосмешение, границы между подсистемами родителей и детей настолько плохо обозначены, что отношения между подсистемами выходят на грань патологии. Правила недопущения кровосмешения очень важны хотя бы потому, что они помогают определять рамки здоровых семейных отношений. Однако *границы* могут быть и чрезмерно *ригидными*, не допуская адекватного взаимодействия между составляющими систему индивидуальностями или между разными системами. Так, семьи, практикующие надругательства над детьми, зачастую жестко изолированы от более крупных общественных систем и поэтому не в состоянии принимать со стороны общественную помощь, которая могла бы содействовать прекращению надругательств. Другой пример: если жизнь семьи проходит под девизом «Мы сплоченная и дружная семья!», то любые надругательства над членами семьи станут расцениваться ими как «патологические фантазии», а их реальная жертва окажется, таким образом, в изоляции и будет подвергнута остракизму «изнутри».

Системы связаны друг с другом посредством нескольких иерархических уровней. Каждая система состоит из подсистем низшего порядка и в свою очередь является частью более широкой системы. Семейная система состоит из индивидуальных подсистем - супружеской, детской и родительской. Кроме того, семейная система является частью более обширной системы местной общины. Та, в свою очередь, иерархически связана с более крупной системой территориального сообщества, которое в конечном счете входит составной частью в нацию.

Для эффективного функционирования систем нужны *методы контроля* за их организационной структурой. Живые системы можно уподобить стабильным, динамично развивающимся государствам. Они отражают состояние системы, не меняющейся структурно с течением лет. Теория систем подчеркивает сбалансированность или стабильность отношений между элементами системы. Очень часто эти два качества ошибочно принимаются за отсутствие гибкости, т.е. как принужденное и косное формирование моделей поведения. На самом же деле обсуждаемая теория делает упор на контролируемость изменений, благодаря которой появляется возможность развития внушительного количества очень сложных типов взаимосвязей. *Механизмы контроля* позволяют элементам системы поддерживать динамичные взаимоотношения друг с другом. У элементов системы есть возможность вступать друг с другом в осмысленные отношения, а потому имеется целый набор весьма изощренных механизмов контроля. *Контроль*, с одной стороны, позволяет удерживать элементы системы в определенных рамках, а с другой стороны, адаптироваться к изменяющимся условиям существования.

Контроль за адаптацией - ключевой момент в осознанном изменении системы. Контролируемый рост приводит к росту физической массы клеток, дифференциации биологической ткани, органов, а также к развитию человеческой личности. Неконтролируемый рост, как, например, рост числа раковых клеток, влечет за собой дезорганизацию и даже смерть живой системы. Концепция го-меостаза, или равновесия, элементов системы, помогает объяснить, как живые системы контролируют и поддерживают стабильность своего состояния. Физиолог Уолтер Кэннон в 1939 г. впервые описал набор механизмов внутреннего регулирования нейроэндокринной системы, функции которой - поддержание в неизменности параметров внутренней среды организма - постоянного артериального давления, температуры и содержания воды. Если изменения внутри организма начинают переходить пределы безопасности, в действие приводятся механизмы регуляции гормональной и вегетативной нервной систем, чтобы вернуть состояние в норму.

Семейные системы также обладают собственным механизмом контроля над

деятельностью своих элементов. Их цель - поддерживать приемлемый баланс поведения членов семьи. Исследователи отмечают, что наблюдается на удивление устойчивый баланс речевого общения. В семейных системах с высокой степенью речевых контактов между членами семьи отмечается стабильный коэффициент вербальных коммуникаций, когда члены семьи собираются вместе, в то время как степень речевой активности отдельных членов может сильно различаться.

Механизмы, значительно влияющие на процессы саморегуляции супружеских или семейных систем, аналогичны сервомеханизмам в кибернетике (Н. Винер, 1962). Циклы обратной связи - самые важные механизмы контроля. Два события могут быть связаны между собой не только линейными причинно-следственными отношениями, но и циклическими отношениями, отличительная черта которых - позитивно или негативно выраженная обратная связь.

При позитивной обратной связи количественные и качественные изменения в одном из элементов системы оказывают возвратное воздействие на количественное и качественное состояние другого элемента. Такой вид последовательности предполагает усиление возвратного эффекта при отклонениях от нормы. Таким образом, позитивная обратная связь увеличивает отклонения и служит механизмом саморазрушения, ее можно уподобить ситуации убегающего кипятка, когда рамки нормального существования взаимосвязей между элементами пробиты, и система больше не в состоянии функционировать. Так, бурные ссоры в семье могут выйти из-под контроля, так как гнев одного супруга подогревает гнев другого и возвращается назад в значительно усиленном виде. Выброс злобы в атмосферу может на время вывести систему из строя, а то и полностью ее уничтожить.

Негативная обратная связь, наоборот, уравнивает различные девиации между элементами данной конкретной системы. Она помогает поддерживать стабильность отношений в браке и семье в целом. Если один из членов семьи выплескивает раздражение, то другой член семьи будет болезненно переживать этот всплеск. И если оба отклонения от нормы уравнивают друг друга, то в семье создается враждебность, которая поддерживается на постоянном уровне.

Для живых систем характерна открытость. Это означает, что они могут как выбрасывать энергию за свои пределы, так и получать ее извне. Информация является крайне важным для живых систем видом энергии, поскольку служит уменьшению неопределенности. Увеличение объема информации позволяет значительно повысить уровень структурной организации системы. Если информация должным образом запрограммирована или сгруппирована, то функциональные характеристики системы становятся совершенней. Передача информации (коммуникация) включает в себя преобразование информации из одного состояния в другое или ее перемещение из одной точки пространства в другую. основополагающие концепции общей теории систем и кибернетики дали мощный заряд интеллектуального вдохновения разработчикам инновационных методик системной терапии. Поскольку на этот вид психотерапии нет общепринятой точки зрения, в данной работе будут рассмотрены три подхода - коммуникационно-стратегический, структурный и теория М. Боуэна. Системная терапия сфокусирована на паттернах и схемах взаимоотношений между членами системы, а не на судьбе отдельного индивида, поэтому в нашем изложении опускаются те аспекты соответствующих методик (подходов), где рассматривается теория личности. Однако во всех трех подходах значительное внимание уделяется нарушению внутрисемейной коммуникации в качестве общего механизма развития, поддержания и стабилизации психопатологии и соответственно семейной психотерапии - как способа избавления от нее.

Системная коммуникативная терапия

Коммуникативный подход к психотерапии появился на свет скорее благодаря усилиям двух связанных между собой организаций, чем в результате деятельности какого-то одного

человека. Первая организация «Проект изучения нарушения коммуникации по принципу двойной связи (Double Bind Communications Project)» основана в 1952 г. Грегори Бейтсоном. Участниками проекта были Джейн Хейли и Джон Уикленд, консультантом - Дональд Джексон. Другой организацией стал Институт исследования психической деятельности (MRI, Mental Research Institute), созданный Джексонем в 1958 г. при участии Вирджинии Сатир и Пола Вацлавика в качестве консультантов. У этих двух организаций были весьма расплывчатые административные границы, так как Джексон работал и в той и в другой. Проект базировался в Институте исследования психической деятельности, и когда он в 1962 г. прекратил свое существование, Дж. Хейли и Дж. Уикленд перешли работать в MRI. Вовсе неудивительно, что местом основания и той и другой организации был Пало-Альто - небольшой город, входящий в калифорнийскую Силиконовую Долину, - ставший одним из ведущих мировых центров программирования и кибернетики, в 1960-е гг. бывший Меккой «цвета» научной мысли Америки.

Все упомянутые ученые были глубоко убеждены, что понимание процесса передачи информации - ключ к познанию человеческого поведения. Сотрудники института даже сделали вывод, что все человеческое поведение - это коммуникация, т. е. передача и обмен информацией. Мы в равной степени не можем избежать как того, чтобы не вести себя каким-то образом, так и того, чтобы не обмениваться с другими информацией. «Таким образом, невозможность не вступать в коммуникацию делает все ситуации, в которые включены два или более человека, *межличностными*, коммуникационными» (Вацлавик П. и др., 2000. - С. 84).

Изучение общения изначально было сосредоточено на исследовании нарушения коммуникативных процессов в семьях больных шизофренией и установлении связи между специфическими нарушениями коммуникации (в виде известного благодаря работам Г.Бейтсона феномена «двойной связи» - в первую очередь) и симптомами шизофрении. В 1959 г. образовалась экспериментальная группа и группа проведения семейной терапии. Взаимодействие членов семейных систем стали записывать на киноплёнку, а затем ученые пытались отделить «шизофреническую» коммуникацию от «нормальной». Группа семейной терапии проводила наблюдения за семьями «в естественной среде обитания». В практику вводились многие методы лечения, основанные на теории коммуникации а кроме того, интенсивно занимались научными изысканиями, позволившими создать ныне широко известную научную школу - палоальтовское направление изучения коммуникации. Работы сотрудников института были посвящены в основном анализу коммуникации между индивидами, а впоследствии - между членами семейных систем. Затем были разработаны способы терапевтического вмешательства в отношения между одним индивидом и другим и между всеми членами семьи.

Постепенно организационная структура этих двух групп начала меняться, проект Бейтсона был завершен в 1962 г., а сам Г. Бейтсон, вплоть до своей смерти в 1980 г., продолжал разрабатывать теорию коммуникации применительно к многообразным проявлениям поведения человека и животных. Д.Джексон умер в 1968 г. Его карьера была короткой, но плодотворной. В. Сатир покинула Институт и стала одним из основателей движения за развитие потенциальных возможностей человека. Это движение зародилось в Калифорнии и быстро превратилось в явление мирового масштаба. Позже она путешествовала, проводя сеансы гуманистически-ориентированной коммуникативной терапии; посетила она и нашу страну. Умерла Сатир в 1988 г. Дж.Хейли стал работать в Филадельфийской клинике лечения и воспитания детей и вместе с Сальвадором Минухином принял участие в создании Центра семейной терапии, а затем основал собственный Институт семейной терапии в Вашингтоне, которым продолжает руководить в настоящее время вместе со своей женой Клоу Мейденс.

Таким образом, оказалось, что целая научная группа, в состав которой входило столько блистательных ученых, в течение многих лет посвятила себя разработке одной теории

психотерапии. Однако результаты этих разработок оказались гораздо более универсальными, чем это представлялось в те годы: была создана совершенно новая методология изучения межличностной коммуникации, семьи, семейной патологии и психотерапии. Перестал быть чисто умозрительным и спекулятивным тезис о семейном генезе психопатологии чских симптомов, равно как стала очевидной не только патогенная роль семьи, но и скрытые в семейных отношениях потенциально здоровые и животворные силы.

Модель психопатологии коммуникативных процессов

Специалисты по системной терапии часто отмечали, что ослабление психической патологии у одного члена семьи сопровождается ее усилением у других членов семейной системы. Однажды у доктора Д.Джексона была пациентка, лечившаяся от депрессии. По мере того как ее состояние улучшалось, муж пациентки стал звонить Джексону и жаловаться, что эмоциональное состояние жены ухудшается. Устойчивое улучшение состояния жены привело к тому, что муж лишился работы и в конце концов покончил жизнь самоубийством. Можно довольно просто справиться с энурезом ребенка, гораздо труднее помочь супругам, между которыми после выздоровления ребенка образуется вакуум. По своей сути, психическая патология - процесс передачи информации между членами семьи, а не внутрличностная проблема одного члена семьи. Психиатрический симптом рассматривается как поведение, соответствующее происходящему взаимодействию. С этой точки зрения шизофрения может быть понята как единственно возможная реакция на абсурдную или непригодную для существования коммуникационную среду. Патология служит гомеостатическим механизмом, благодаря которому члены семьи поддерживают внутренний функциональный баланс своей системы. Когда перед семьей возникает внешняя угроза, она пытается восстановить баланс внутренних связей путем развития странного, спутанного или приводящего в замешательство поведения, путем психотических эпизодов или других патологических реакций. Бывает, что относительное семейное благополучие поддерживается за счет эпизодических драк между родителями; более частые драки уже опасны, так как насилие рискует выйти из-под контроля, и озабоченность ребенка действиями родителей может выразиться в симптомах нарушения его поведения. Симптомы дезорганизации детского поведения служат негативной обратной связью, приводящей к приостановке «боевых действий», поскольку у родителей возникает озабоченность появлением «идентифицируемого пациента» (ИП). Но на самом деле пациентом становится вся семейная система, а не только пациент, у которого развились психотические симптомы, направленные на спасение системы; он-то как раз выполняет роль спасателя.

Таким образом, симптом, болезнь или нарушение поведения здесь рассматриваются в качестве специфической коммуникации; иногда ее называют «трансакцией», имея в виду, что подобная коммуникация выполняет функции защитного маневра, прагматически «выгодного» всем участникам коммуникации.

Правила поддержания взаимоотношений обеспечивают семейной системе наличие стойкой организационной структуры. Кроме того, они регулируют способы и схемы сообщения информации. Модели взаимоотношений в семье устанавливаются в зависимости от того, кто и кому передает информацию, какую информацию и как ее передает. Например, в большинстве семей существует правило: когда родители общаются друг с другом на повышенных тонах, дети пребывают вне перепалки. У супружеской подсистемы четко очерченные границы, и дети не допускаются к спорам, имеющим двустороннюю направленность.

Когда схемы коммуникации в семье размыты, правила передачи информации становятся настолько неопределенными, что реакцией на столь невыносимую неопределенность коммуникативной среды становится развитие психопатологии. Так, в 1960-е гг. широко изучалась проблема коммуникативного происхождения шизофрении и, в частности, роль

правила «двойной связи», благодаря которому коммуникация становится разрушительной и даже «шизо-френогенной».

Классический пример ситуации, приводящей к появлению подобной коммуникации, описан Грегори Бейтсоном. К молодому человеку, достаточно основательно подлечившемуся после обострения шизофрении, пришла в больницу мать. Он рад был ее увидеть и импульсивно обнял за плечи. Она съежилась. Он убрал руку, а мать спросила: «Так ты меня больше не любишь?» Сын вспыхнул, мать сказала: «Дорогой, не надо так быстро раздражаться и бояться своих чувств». Пациент смог пробыть с ней только несколько минут. После ее ухода он набросился на медсестру, и его пришлось перевести в палату для буйных пациентов. Как понять произошедшее в терминах «двойной связи»? В процессе общения мать и сын обмениваются двумя несовместимыми сообщениями. Словесно мать сообщает сыну о своем желании быть к нему ближе, но на невербальном уровне тот факт, что она сжимается, сигнализирует сыну о желании матери быть подальше от него. Когда сын снимает с ее плеча руку, мать, противореча своему невербальному сообщению, спрашивает: «Так ты меня больше не любишь?» Какими должны быть мать и сын друг для друга - близкими людьми или далекими? Сын не может выиграть это сражение. Если он пытается приблизиться к ней, она съезживается; когда же он отстраняется, она огорчается. И нет ничего удивительного, что сын сначала приходит в замешательство, а потом становится враждебным.

В книге «Психология межличностных коммуникаций» [5], переведенной недавно на русский язык, П.Вацлавик, Дж.Бивин и Д.Джексон формулируют концепцию коммуникации в виде пяти аксиом. *Первая аксиома* уже была нами упомянута: *избежать процесса общения невозможно*. Отсутствие слов» молчание, конечно, тоже способ общения, хотя оно в силу своей многозначности часто неверно интерпретируется и понимается неосознанно или намеренно.

Аксиома вторая утверждает, что кроме передачи информации о *содержании* коммуникация предполагает передачу сообщения об *отношении* в виде воздействия на партнера путем неявного убеждения, установки, команды или *метакоммуникативного послания*, и именно они определяют характер взаимодействия членов системы, его параметры. В недавно еще шокировавшем отечественного зрителя фильме «Маленькая Вера» жена исправно поставляла своему доброму, слабому мужу чудесные огурчики собственного засола - вряд ли она осознавала садистически провокативный смысл своих действий; муж же исправно следовал жениному «посланию» и пил.

В. Сатир (1967) подчеркивала, что если содержание и установка совпадают, то отношения между людьми можно считать гармоничными, конгруэнтными. Если два уровня коммуникации неконгруэнтны, как в том случае, когда мать словесно выступает за близость к сыну, а на деле дает ему установку отдаляться, то отношения между людьми, скорее всего, будут отмечены дисгармонией и патологией.

Третья аксиома утверждает, что *характер взаимоотношений зависит от пунктуации*, т. е. от того, как «размечены» элементы в последовательностях коммуникационных сообщений и каков характер этой последовательности. Если коммуникация не заканчивается, пока посланный сообщение не скажет «последнее слово», и если давший посыл обязательно «оставляет последнее слово за собой», то такая «пунктуация» означает, что коммуникатор, чье слово всегда последнее, имеет большой вес в структуре взаимоотношений.

Четвертая аксиома гласит: *люди общаются как вербально, так и невербально*. Вербальная коммуникация наиболее ясна по содержанию, но не содержит информации о характере отношений между членами системы и о способе реализации этих отношений людьми, обменивающимися информацией. Невербальная коммуникация больше рассказывает нам о чувствах, самооценке и взаимной оценке коммуникаторов, чем о содержании посланий - ведь слезы могут быть знаком не только горя, но и радости. Таким образом, предлагается модель уровневой структуры коммуникации, где нарушения во взаимодействии понимаются

как следствие смещения уровней содержания и отношения. Пример первый. Муж и жена живут в постоянных и иступленных спорах по любому поводу и ни в чем не могут достичь согласия. Когда однажды жене удастся логически доказать мужу, что на самом деле он ошибается, он отвечает ей: «Ну, ты, возможно и права, но ты ошибаешься, *потому что споришь со мной*». Пример второй. На приеме у психотерапевта жена на протяжении всего сеанса рассказывает о супружеских разногласиях: кому выносить вечером мусорное ведро, кто должен забирать из сада дочку, кому гулять рано утром с собакой - муж сидит молча и отрешенно. В конце встречи терапевт осведомляется у обоих, не хотят ли они что-либо сказать напоследок. Муж, тяжело вздохнув, выдавливает из себя: «А что тут я могу добавить, она как говорит, так и есть... Только вот раньше она такой борщ для меня готовила, а теперь перестала». О чем они говорят и что их волнует, борщ или то, как муж и жена относятся друг к другу, какими видят себя и другого, нравится ли им все это или огорчает, вот в чем вопрос. Следовательно, основу межличностных конфликтов составляет конфликт на метакоммуникативном уровне.

Согласно *пятой аксиоме обмена информацией может быть либо симметричным, либо комплиментарным*, т. е. дополняющим в зависимости от типа взаимоотношений. Симметричность подразумевает партнерское равенство сторон: при равноправии любая из сторон может попеременно брать на себя роль лидера или подчиненного. Если же один все время поводиры, а другой - ведомый, то отношения комплиментарны. Развитие психической патологии не исключено ни при одном, ни при другом типе отношений. Решающим фактором является способность системы к удержанию гибкого баланса между стабильностью и необходимостью изменений сообразно с актуальными состояниями и циклами семейного развития; в противном случае возможно два патологических состояния системы: или распад, или злокачественный гомеостазис. *При симметричности соперничество* между членами системы может дойти до точки перегрева, так как каждый из членов семьи стремится доказать свое «право». Споры становятся бесконечными. Соревнование между родителями идет по любому поводу, хотя есть и традиционные направления - борьба за власть и влияние, за любовь детей, за контроль над распределением семейного бюджета. «Военные действия» разворачиваются открыто, шумно, демонстративно, с привлечением всех членов семьи, включая дальних родственников и соседей: сопровождаются угрозами развода, раздела имущества, детей и т.д. В рамках симметричности патология коммуникации приведет, вероятнее всего, к распаду в конце концов всех внутрисемейных связей и *взаимоизоляции*.

Комплиментарные взаимоотношения в качестве патологической коммуникации означают ригидную фиксацию на строго определенной и неизменной «наклонной» плоскости ролевого общения по принципу лидер - ведомый. Родитель, настаивающий на том, чтобы молодой, но уже взрослый член семьи, остался в статусе ребенка, содействует тем самым отношениям *патологического симбиоза*. Трудность самовыделения из семейного «мы» способна привести к деперсонализации, к спутанности самоощущения или же агрессивному, направленному утверждению собственного *Я*. Если в семейной системе прочно укореняется комплиментарность, один из супругов должен постоянно контролировать все происходящее и доминировать над остальными членами системы. Ощущается недостаток взаимности» отсутствие уступчивости, и весь комплекс супружеских и семейных взаимоотношений служит интересам и взглядам доминирующего супруга. Более слабый партнер позволяет более сильному партнеру доминировать, чтобы не ставить судьбу брака и семьи под угрозу, если даже доминирование партнера осуществляется с проявлением патологических форм поведения. Правило в таких семьях - примиряться со всем, несмотря на то, что примиренчество временами компрометирует человека в глазах других. Чрезвычайно распространенный и опознаваемый стереотип отношений: смиренная и всепрощающая жена мужа-алкоголика, которого уже выгнали с работы, позабыли друзья, дети устали нести пожизненный крест. Супруга терпит (детей ведь тоже не выбирают, а муж - еще один ребенок)

и даже не делает попытки заставить его лечиться. Муж-алкоголик, таким образом, вручает себя членам семьи, тем самым организуя их жизнь вокруг опеки и заботы о себе (известная модель контроля отношений по типу «маленького деспота»); жена получает при создавшемся положении неоспоримую власть и контроль, дети - индულгенцию за любую делинквентность.

Всякая последовательность высказываний может быть понята под углом зрения предложенной коммуникативной модели. В практике семейного консультирования терапевту, как правило, вполне достаточно бывает попросить рассказать о самом банальном случае разногласия между членами семьи, а затем просто внимательно слушать и наблюдать, пока структура коммуникации проявится. В диагностических целях могут использоваться любые процедуры, сконструированные по принципу гомеостата и предполагающие принятие совместного решения после взаимного обмена мнениями. Одной из таких процедур является Совместный Тест Роршаха (СТР), применение которого позволило выявить метакоммуникативные паттерны, соответствующие им самооценки и взаимные перцепции партнеров (Е.Т.Соколова, 1989). Ниже приводится пример из наших исследований того времени.

Пример.

Супруги - клиенты семейной психологической консультации, обратившиеся в связи с частыми ссорами и сексуальными дисфункциями у мужа.

Таблица 2 Теста Роршаха.

Муж первым берет таблицу и молча ее рассматривает.

Жена. Ну, как ты смотрел?

Муж. Вот как...

Жена. Я ничего определенного не могла сказать... Вот так - мне это красное мешало... Если это убрать, то похоже на цветок... *(смеясь и чуть не плача одновременно)*.

Муж *(напряженно, тяжело дышит, ерзает на стуле)*. Трудно сказать...

Жена *(заискивающе-раздраженно, слегка прильнула к мужу)*. Но неужели ты ничего не можешь сказать?..

М у ж. Ну это... *(Взглядом показывает на таблицу 1, ответ на которую был «половые органы»)*

Жена. Ну что-то маленькое оттуда выглядывает, да?

Муж *(решительно, прямолинейно и безапелляционно)*. Мне кажется, на половые органы смахивает.

Жена. Хм... *(Застенчивый смешок.)* Какой ты все-таки... У тебя все одно к одному. Я не могу согласиться. *(Тон становится решительным.)* Это скорее всего экзотический вид. *(С назидательной интонацией.)*

Повторяя здесь ранее данную этому примеру интерпретацию, отмечу самые яркие черты коммуникации супругов - трюковый трансактный маневр и безысходность парадокса. Очевидно, что и муж и жена *оба испытывают сексуальное напряжение*, между тем в этой паре с комплиментарным типом коммуникации действуют два взаимоисключающих правила: «Секс - дело грязное!» и «Муж должен сексуально вожделеть к жене!». Асимметричная атрибуция источника сексуального возбуждения призвана избавить жену от чувства стыда. Если она не будет поддерживать мужа, она будет чиста, но останется (и остается) без секса. Но именно отсутствие интимной жизни было поводом обращения в консультацию, инициатором которого была она. Муж готов проявлять практическую инициативу, он чувствует двусмысленность поведения жены, ее эмоциональную нестабильность, ее робкие попытки заигрывания он готов поддержать и пойти еще дальше. Наконец, он делает решительный шаг, но здесь его настигает решительное и немного презрительное *отвержение* - она действительно «не может согласиться»! Муж обескуражен и на какое-то время выведен из строя. Стоит добавить, что супружеская пара не склонна замечать взаимные фрустрации и отсутствие подтверждающих самооценку каждого обратных связей. К тому же единственное,

что могло бы придать подлинность их жизни, - чувственность (которая могла бы расцвести наподобие «экзотического вида цветка») заглушается.

Теория и содержание терапевтического процесса

Если психическая патология является функциональным последствием невнятного или деструктивного способа передачи информации, то лучший способ ее коррекции - помочь индивидам, членам системы, начать передавать информацию более ясным и конструктивным путем. Упор в коммуникативной терапии делается не на содержание коммуникации, а скорее на аспекты, определяющие характер взаимоотношений. В фокусе внимания не столько содержание передаваемой информации, сколько способы ее передачи (*не что, а как*), методы и средства общения людей между собой, создающие смысловой контекст и подтекст этого общения, метакоммуникация, т.е. «коммуникация относительно коммуникации». *По-скольку люди могут связываться между собой только посредством коммуникации, то, следовательно, изменив способы своей коммуникации, они могут изменить способы своего эмоционального отношения друг к другу.*

Однако следует иметь в виду, что действующие в семейных системах гомеостатические механизмы делают эти системы крайне неподатливыми к переменам. Поэтому для эффективного изменения правил конкретной семьи в сфере коммуникации и построения взаимоотношений психотерапевт должен иметь стратегию действий (провести так называемую стратегическую терапию), чтобы преодолеть ригидное сопротивление семьи.

Развитие осознания проблемы

Особо важной задачей для коммуникативной терапии Дональд Джексон считал развитие у членов семьи осознания того, что по своему характеру принятые в семье правила коммуникации и построения взаимоотношений являются дисфункциональными. Джексон предполагал, что, прежде чем произойдут реальные изменения, семье необходимо понять, какими должны быть правила нормального функционирования, механизмы коммуникации и построения взаимоотношений. Для этого вовсе нет надобности воссоздавать историю возникновения семейных правил «достаточно обнаружить и осознать дисфункциональные способы общения «здесь и сейчас». Затем, действуя в соответствии с установками психотерапевта или противопоставляя себя им, члены семейной системы смогут сами убедиться, что в сложившемся комплексе взаимоотношений действительно присутствует дисфункция.

Задача номер один для джексоновского терапевта - не зарываться в содержание коммуникации. Когда акцент смещается на исторический аспект развития патологии, создается опасность очень быстро упустить из виду то, каким образом осуществляется коммуникация в текущий момент времени в конкретных условиях. Поскольку по установленным правилам «семейная драма» разыгрывается в настоящем, терапевту требуется уяснить, кто и с кем находится в процессе коммуникации, что является предметом коммуникации, каким образом она осуществляется. Во время первых сеансов терапевту необходимо *прояснить*, как в семье сложились функциональные правила общения и осуществления отношений. Здесь важная роль принадлежит искусству терапевта «вести перекрестный допрос» и добиваться участия каждого из членов семьи. Его вопросы призваны довести до осознания, чего семья ожидает от каждого из родителей, какую роль играет каждый ребенок, кому атрибутируется ответственность за патологию.

Прояснение способа коммуникации. Терапевт пытается разблокировать эти участки для того, чтобы стал возможным более ясный обмен информацией, после появления которого, возможно, произойдут изменения в семье.

Переименование, или переструктурирование, - это способ вскрыть правила, по которым живет и действует семья. Мать и дочь разговаривают, вдруг мать начинает плакать. Поскольку

в данной семье на дочь навешен ярлык агрессора, ее считают причиной материнских слез. Дочь даже как бы подтверждает это неписаное заключение о самой себе, заявляя, что вовсе не намеревалась расстраивать мать. Терапевт вмешивается в ситуацию, давая обиде прозвище «трогательная близость» (т.е. на самом деле вешает на нее новый ярлык). В данном случае посредством нового ярлыка убирается негативная мотивация действия, а сам акт приобретает позитивный оттенок. По правилам взаимоотношений, устоявшимся в этой семье, дочь воспринимается только как источник обид и агрессор, а не как человек, пытающийся достичь большей проникновенности в общении с матерью. Отношения между двумя членами семьи могут годами восприниматься исключительно в негативном свете. Если терапевт может неожиданно дать им позитивное определение, то не исключено, что и семья увидит себя под иным углом зрения. Другой способ заставить семейную систему осознать, что принятые в ней правила общения дисфункциональны, - это *предписать симптом*. Если проблема кроется в том, что родители чрезвычайно строги к проступкам детей, психотерапевт может предписать им *усилить строгость*, чтобы еще больше контролировать ситуацию. У родителей есть возможность открыть для себя и ясно осознать, как на самом деле они относятся к своим детям. По мере того как отношение к детям становится все строже и строже, возникает уже знакомая ситуация убегающего кипятка или слома системы. И когда родители это осознают, они смогут понять, насколько губительно чрезмерно строгое наказание детей для благополучия семьи.

Схожая с предписыванием симптома техника - *доведение симптома до абсурда*. При этой технике симптом, на который имеется жалоба, доводится до абсурда, так что клиент сам начинает видеть, насколько вредно общаться с другими таким образом, каким общается он. Если мать жалуется на агрессивность дочери, то терапевт может попытаться выказать матери максимум сочувствия в связи с пониманием, какой крест ей приходится нести, будучи матерью дочери, настолько неспособной контролировать свои чувства, что это всем видно, что любой другой на месте матери давно бы сломался... И в конце концов мать вынуждена ответить: «Я вам не говорила, что все *настолько* плохо». Таким образом, и мать, и другие члены семьи начинают чувствовать, что мать не настолько уязвима к выпадам дочери, как ей кажется.

Выбор: освободиться от симптома или нет

Клиенту зачастую кажется, что симптомы патологии находятся за рамками их контроля, что он беспомощен перед лицом столь ужасного положения вещей настолько, что у него даже нет сил, чтобы все-таки принять решение: действительно ли он (она, семья в целом) готов избавиться от своего страдания. Когда дело доходит до выбора, избавляться от симптома или нет, клиенты оказываются беспомощными. Патологические симптомы особенно часто могут появляться в семейных системах, где для взаимоотношений характерна осложненная противоречиями коммуникация. Схемы общения, отягченные внутренними противоречиями, создают ощущение безысходности и отсутствия выбора. Независимо от того, делает член системы какие-то шаги или нет, его клеймят позором. Осложненная внутренними противоречиями схема общения приглашает сделать два несовместимых действия: «Подойди ко мне как можно ближе, но не касайся меня!». Такие схемы часто вызывают симптомы душевного смятения или заболевания, потому что ставят реципиента в условия, когда он должен (принимать парадоксальное решение).

Терапевту, занимающемуся коммуникативной и стратегической терапией, приходится проявлять недюжинную изобретательность в «вызволении» клиентов из ловушек «двойной связи» путем создания «*терапевтической двойной связи*» - в согласии с принципом гомеопатической медицины лечить подобное подобным. Если терапевтическая ловушка сконструирована правильно, она ставит клиента перед выбором: подчиниться указаниям врача или отвергнуть их.

Работа клиента весьма несложная: выбирай, будешь ли ты подчиняться инструкциям

терапевта или восстанешь против них. А вот I перед терапевтом стоит задача значительнее. Ему надо найти такой парадокс, чтобы излечить клиента независимо от того, подчиняется ли последний указаниям или же бунтует. Директивы структурируются таким образом, чтобы:

1) клиент продолжал вести себя согласно уже избранной им линии поведения;

2) клиенту было дано понять, что выплескивание симптомов болезни в виде сцен (acting out) приведет к изменениям в его жизни;

3) клиент, таким образом, попадал в парадоксальную ситуацию, так как ему предлагают меняться, ничего не меняя.

Совершенно очевидно, что пациент поставлен в ситуацию, в которой невозможно находиться. Если пациент выбирает сотрудничество с врачом и действует так, как того требуют симптомы, то в их действиях исчезает подоплека - «Больше ничего не могу с этим поделать». Поведение теперь диктуется выбором, а не бессилием. Если клиенты отвергают директивы врача, то им остается только одно - не действовать в соответствии с диктатом симптоматики, что и является целью терапии.

Терапевтическая двойная связь (или терапевтический капкан) предполагает интенсивное взаимодействие на поприще терапий, пациент в большей степени связывает с ним свое выживание и надежды на будущее (П. Вацлавик и др., 1967, 1974; в русском переводе - 2000 г.). В довершение ко всему, директивы должны быть даны клиенту так убедительно, чтобы он не мог рассеять парадоксальность предлагаемого каким-либо простым комментарием. Если клиент заявляет что-нибудь вроде: «То, что вы предлагаете, трюкачество», парадоксальность рассеивается.

Когда у Д. Джексона проходила лечение все время ссорившаяся супружеская пара, он придавал их спорам иную интерпретацию. Он сказал им, что споры свидетельствуют об их эмоциональной сопричастности друг с другом и что они на самом деле показывают, насколько супруги любят друг друга. Им было рекомендовано ссориться, чтобы продолжать показывать друг другу свою любовь. Нет сомнений, юмористичность подобной рекомендации «дошла» до супругов, и они вознамерились доказать психотерапевту, насколько он был не прав. Самым лучшим способом сделать это было просто прекратить ссориться. Чтобы доказать терапевту отсутствие любви между ними, супруги прекратили ссориться. После этого они убедились, насколько лучше стали ладить друг с другом (П. Вацлавик и др., 1967).

В другом случае Д. Джексон пытался протестировать одного молодого человека, верившего, что он Бог и державшегося в отдалении от других пациентов и персонала клиники. Пациент все время оставался по другую сторону комнаты от стола терапевта и игнорировал все вопросы и замечания. Убежденность в своей божественной сущности, сказал ему Джексон, крайне опасна, потому что он может потерять контроль над ситуацией вокруг. Но если молодой Бог хочет воспользоваться таким шансом, Джексон поверит. Во время структурирования этого терапевтического противоречия пациент начал сильно нервничать, но в то же время и интересоваться происходящим вокруг. Следует ли ему воспользоваться шансом, чтобы к нему относились как к Богу? Затем терапевт встал перед пациентом на колени и протянул ему ключ от больницы, говоря, что, будучи Богом, тот, конечно, не нуждается ни в каких ключах; но если он действительно Бог, то он гораздо больше, чем врач, заслуживает того, чтобы быть держателем ключа. После таких слов пациент сбросил с себя образ каменного истукана и сказал: «Мужик, у кого-то из нас с головой не в порядке!»

Катарсис

Вирджиния Сатир отличалась от коллег из Пало-Альто тем, что гораздо больше внимания уделяла чувствам. Она комбинировала системную терапию с Эго-психологией и гештальт-терапией. Сатир соглашалась с утверждением, что в «проблемных» семьях нужно налаживать четкий обмен информацией. Тем не менее у большинства семей были проблемы с

непосредственным выражением своих чувств. И если люди не могут открыто высказывать, что они чувствуют по отношению друг к другу, то у них наверняка возникает проблема двусмысленных взаимоотношений внутри семейной системы. Поэтому в подходе Сатир к системной работе значительное внимание уделялось помощи семьям в выражении эмоций и, следовательно, изменению правил, препятствующих созданию взаимоотношений на уровне чувств (В. Сатир, 1967, 1972).

Задача клиента состоит в том, чтобы начать брать на себя риск высказывать свои чувства более прямо в словесной форме, а не только косвенно через невербальную коммуникацию. Сначала клиенты пытаются глубже взглянуть на те чувства, которые они обычно изымают из процесса общения. *Обвинители* стараются удалить из общения высказывания о своих чувствах по отношению к другому человеку; *миротворцы* не говорят о самих себе; *суперрационалисты* стараются не говорить вслух о своих чувствах по отношению к обсуждаемому предмету; «безумцы» вообще ни о чем не могут сказать внятно. Когда клиенты, наконец, начинают понимать, какую схему передачи информации они ригидно используют, от них требуется начать борьбу за более гармоничное общение, которого можно достичь, привнеся в обмен информацией исключаемые ранее эмоции.

В начале курса терапии пациенту помогают понять, какому способу дисфункциональной коммуникации он навязчиво следует. Путем обратной связи и интерпретации поступающих сигналов терапевт, практикующий систему В. Сатир, помогает клиентам выяснить тот смысл, который они привычно и бессознательно вкладывают в вербальные и невербальные формы коммуникации. По мере того как клиент начинает осознавать глубинные чувства, обыкновенно выражаемые им только косвенно, в невербальной форме, терапевт поощряет его делать это более непосредственно и адресно в словесной форме. Причем терапевт скорее поощрит выражение клиентом первичных чувств - тяжелой обиды или глубокого потрясения, чем вторичных - гнева или зависти. Вторичные чувства, такие как гнев, могут оказаться дисфункциональными для взаимоотношений в семье, в то время как первичные чувства всегда помогают семьям создать атмосферу доверия и поддержки.

Контробусловливание

Джей Хейли выделяется из групп работавших в Институте исследования психической деятельности ученых тем, что он концентрировал свое внимание на аспекте проявления человеком власти над другими. За каждым актом коммуникации стоит борьба за власть в межличностных отношениях. По мнению Хейли, власти над другими достигает тот, кто настолько основательно укрепляет позиции, что может влиять на грядущие события. Тактика укрепления власти - это способы маневрирования, к которым прибегают люди (по мысли Хейли, психотерапевты в том числе), чтобы упрочить свое влияние на внешнюю социальную среду, поставить ее под свой контроль и сделать предсказуемой.

В своей классической, но вызвавшей противоречивые оценки книге «Как Христос властвовал над людьми» и других эссе (1986) Хейли не берется за анализ духовного влияния идей Иисуса Христа его интересует прагматический аспект деятельности Иисуса как организатора и вдохновителя, как вожака и лидера, давшего своим последователям ясную и жесткую программу действий. По мнению Хейли, Христос был гениальным экспертом по тактике капитуляции, применяемой, к примеру, некоторыми зверями и птицами. Когда, например, дерутся два волка и один из них на волосок от гибели, побежденный вдруг неожиданно поднимает голову и подставляет противнику незащищенное горло. Этот маневр обескураживает оппонента; он не может убить своего недруга, пока тот настолько беззащитен. И хотя волк-победитель в силах делать что угодно, его поведение на самом деле контролирует побежденный, который стоит и беспомощно предлагает противнику впиться клыками в яремную вену. Христос проповедовал тактику капитуляции, призывая подставлять под удар другую щеку, если вас ударили по одной, и прощать «ненавидящих и обидающих нас». Слабость

и беззащитность перед лицом силы почти всегда расстраивает планы оппонента и дает шанс выиграть дело.

Такой подход к анализу власти в семейных системах положен в основу директивной терапии Хейли, направленной на разрешение проблем (1976, 1980, 1990). Хейли пытается схватить занесенную тяжелую руку властелина семейной системы. Предлагаемые им типовые процедуры включают разъяснение, перестановку системы координат (refraining) и создание набора директив, которые постулируются в виде своеобразной борьбы терапевта, «контркондиционирования», с неопределенными и нечеткими семейными правилами. В рамках контркондиционирования семья должна перестроить систему взаимосвязей таким образом, чтобы новые взаимосвязи стали несовместимы со старой практикой выстраивания патологических взаимосвязей. Основательно изучив работу известного гипнотерапевта Милтона Эриксона, Хейли формулирует два типа директив (Д. Хейли, 1973).

Прямые директивы даются тогда, когда терапевт хочет, чтобы семья выполняла непосредственно то, что ей говорится. Пример: разобщенной, лишенной спонтанных отношений и чересчур серьезной семье предлагается по меньшей мере два часа в день играть в развлекательные игры. Парадоксальные директивы базируются на теоретическом фундаменте Дона Джексона. Их дают тогда, когда члены семьи должны встать в оппозицию к терапевту. Один из примеров - «пари победителя»; терапевт бьется об заклад с подростком с отклоняющимся поведением, что тот будет продолжать вести себя ненормально. Терапевт заявляет, что подросток априори не контролирует свое поведение и поэтому ему, естественно, не удастся выполнить предписание терапевта. Подростку, таким образом, подбрасывается линия поведения, аналогичная «терапевтическому капкану».

В более поздние годы (1984) Д.Хейли разработал терапию испытанием - системный поворот к бихевиориальному процессу предвидения поступков особенно не поддающихся лечению пациентов. По этой системе психотерапевт предписывает пациенту, желающему изменить себя, подходящее ему испытание, которое тяжелее, чем мучающая пациента проблема. К предписываемому испытанию предъявляется одно требование - оно должно доставлять пациенту мучения не меньшие, чем доставляет ему основной симптом. Получается вариант парадокса: лекарство горше, чем сама болезнь.

В одном случае женщина в возрасте за тридцать страдала от чрезмерной тревоги с регулярными приступами потливости. Согласно стратегии Д.Хейли ей следовало предписать такой вид деятельности, который был бы для нее настолько неприятен, что она волей-неволей изжила бы приступы тревоги, лишь бы только этой деятельностью не заниматься. Условия психотерапевтического контракта были следующими. Если у пациентки днем было достаточно приступов тревоги со слишком обильным потоотделением, то ночью она должна была встать в 2 часа, помыть полы и начистить их воском. И так повторялось каждую ночь, несмотря на то, что энергия впустую тратилась на ненавистный пациентке труд - тратилась до тех пор, пока у нее не исчезли приступы потливости. Успех этого, так сказать, фокуса зависит от неспособности клиента разгадать, в чем состоит его суть. Терапевт, работающий по системе Хейли, также должен обзавестись имиджем чрезвычайно властного человека, проконтролировать, чтобы оговоренное в психотерапевтическом контракте испытание имело протяженность во времени, и больной не выпал бы из курса лечения сразу после его начала.

Терапевтические взаимоотношения

Хотя В. Сатир активно проводила директивную семейную терапию, она также подчеркивала важность развития в семейных системах сопереживания, оптимизма и искренности. Терапевт строит свои взаимоотношения с пациентом таким образом, чтобы в семье создавалась атмосфера, благоприятствующая обмену информацией с нормальными функциональными свойствами. Нормальная функциональная атмосфера отличается тем, что допускает обсуждение любых тем и вопросов, и никто при этом не чувствует никаких пут.

Терапевтический контакт такого типа создается тогда, когда терапевт способен установить с каждым членом семейной системы отношения заботливости, сопричастности и сопереживания. Однако терапевт должен сразу избрать стратегию директивного ведения процесса и активно подталкивать членов семьи к выражению тех чувств, которые обычно отсутствовали в их деформированном обмене информацией.

Как мы уже говорили, Д. Хейли всегда держал в центре внимания командный, или властный, аспект коммуникации. Весь вопрос в том, кто наделен полномочиями управлять поведением членов семейной системы и ставить условия, какими должны быть отношения в семье. Коль скоро для любого вида взаимоотношений важен вопрос, кто у руля, то важен он и в терапевтических взаимоотношениях. В испытывающих проблемы семейных системах каждый старается избежать необходимости взять на себя ответственность за определение природы своих взаимоотношений. В терапевтической системе важно, чтобы тон характеру взаимоотношений задавал сам психотерапевт. основополагающее правило просто и понятно: у терапевтических взаимоотношений иерархическая структура, а бразды правления и рычаги контроля у психотерапевта.

Давать директивы или установки - вот способ, которым психотерапевт может изменить принятые в семьях правила построения взаимосвязей и обмена информацией. Если мать непрерывно вмешивается в общение между сыном и отцом, психотерапевт изменяет ситуацию, дав матери установку прекратить вмешательство. Директивы могут служить средством упрочения связей между психотерапевтом и семьей-пациентом. Говоря людям, что надо делать, врач становится соучастником действия, важным для пациентов лицом.

Выполняет ли семья дома директивы и установки, борется ли она у домашнего очага с парадоксальными директивами, фигура врача незримо присутствует с ней всю неделю.

Изучив работы Мильтона Эриксона, Д. Хейли пытается использовать прямые и косвенные способы контроля терапевтических взаимоотношений. Классическая иллюстрация тому - пример лечившейся у М. Эриксона пары, страдавшей ночным недержанием мочи. М.Эриксон сказал супругам, что абсолютной предпосылкой терапевтического эффекта является неукоснительное выполнение инструкций врача. Затем он дал команду намеренно на протяжении двух недель мочиться в постель каждый вечер перед тем, как лечь спать. В конце двухнедельного периода супругам будет дана возможность одну ночь, с воскресенья на понедельник, не мочиться и поспать в сухой постели. На следующее утро, в понедельник, они должны откинуть одеяла, увидеть, что им предстоит еще три недели каждый вечер вставать в постели на колени и мочиться на свою простыню. Никто ничего не обсуждал, все только тихо повиновались. Результат был таков. Каждый вечер супруги с сильным отвращением мочили постель. Однако через две недели они проснулись утром в сухой постели! Они начали говорить о случившемся, но вспомнили, что им велели держать рот на замке. В тот вечер, не говоря друг другу ни слова, они нырнули в сухую постель. Так продолжалось на протяжении последующих трех недель.

Изменили ли супруги свое поведение сами или же просто следовали предписаниям психотерапевта? Осознавали ли они наличие парадокса, или же врач держал их поведение под косвенным гипнотическим контролем? С точки зрения Д.Хейли, считающего, что терапия - это борьба за власть, методы и способы изменения сами по себе не важны. Важен результат - кто выиграл битву, а цель оправдывает средства.

Как проводится психотерапия

Лучше всего наблюдать за моделями коммуникации и модифицировать их, когда присутствует вся семья. Однако практикующие коммуникативную терапию работают также с супружескими подсистемами и с отдельным членом семьи. Прием длится от часа до полутора часов, но терапевт обычно предполагает, что семья продолжит работу над симптомами дома, преодолевая трудные преграды его рекомендаций.

Целевыми пациентами первых лечебных курсов коммуникативной терапии были семьи, в

которых кто-либо из членов страдал шизофренией. Обычный курс лечения был весьма продолжительным и занимал от года до двух лет. Разработанный Институтом исследования психической деятельности в более позднее время, краткосрочный курс терапии длится от нескольких недель до нескольких месяцев.

Поскольку большой объем информации сообщается невербально, специалисты по коммуникативной терапии записывают на видеопленку сеансы своей работы с пациентами, особенно для того, чтобы помогать начинающим специалистам. Психотерапевт, ведущий прием, располагается перед камерой, супервизоры и обучающиеся терапии наблюдают процесс через зеркало с односторонней проводимостью (зеркало Гезелла). Видеоматериал используется для отслеживания схем коммуникации в семьях пациентов.

Модель структурной семейной терапии С. Минухина

Сальвадор Минухин узнал о том, насколько разнообразными бывают семьи и как они могут приспосабливаться к окружающим социальным условиям еще в детстве и юности, когда он рос в еврейской семье в сельском районе Аргентины, а позже - в Израиле, куда стекались для строительства нового государства семьи со всего света. Однако постичь то огромное воздействие, которое семьи имеют на развитие и поддержание психопатологии, он смог только в начале 1960-х гг., работая психотерапевтом в Уилтуикской школе для несовершеннолетних нарушителей закона в Нью-Йорке. С. Минухин имел дело с малообразованными мальчиками из задавленных неисчислимыми проблемами бедных семей, и если все же лечение традиционными методами в школьных стенах давало результаты, то они исчезали, как только мальчики возвращались назад в семьи. Поиски Минухиным и его коллегами эффективных альтернативных способов работы с несовершеннолетними правонарушителями совпали во времени с растущими попытками психотерапевтов отойти от традиционно преобладающих методик индивидуальной работы. В 1950-х гг. появились первые разработки по семейной психотерапии, и С. Минухин с коллегами по Уилтуикской школе начал применять методику семейной терапии к «семьям из трущоб». Оказалось, что подход к преступности несовершеннолетних как к проблеме семейного происхождения, а не как к проблеме личностной, больше оправдывает себя. Но группа С. Минухина прекрасно понимала, что семейная терапия применительно к их пациентам не панацея, так как проведение психотерапии не является адекватной мерой противодействия бедности и другим социальным проблемам. В 1965 г. С. Минухин становится директором Филадельфийской клиники изучения детского развития, где у него появляется возможность разрабатывать структурную терапию для семей из более широкого спектра общественных слоев. Ее применение дало впечатляющие результаты при лечении детей с астмой и диабетом. С. Минухин, однако, понимал, что с помощью одной только семейной терапии ему не удастся излечивать астму и диабет потому, что это заболевания со смешанной этиологией. Сам исследователь считал наилучшим объектом для испытания своей методики нервную анорексию; это расстройство питания, на его взгляд, полностью объясняется воздействием эмоциональных факторов (С. Минухин, 1970). Работая над изменением структуры взаимоотношений в семьях, С. Минухин смог добиться излечения 80% попадавших к нему детей, хотя анорексию традиционно считали свидетельством индивидуальной психопатологии.

Дальнейшее совершенствование и расширение сфер применения структурной терапии произошло в 1970-е гг., когда С. Минухин пригласил Браулио Монталво из Уилтуика и Джейн Хейли из группы Института исследования психической деятельности. Кульминационным завершением работы стал классический труд «Семьи и семейная терапия» (1974), где полностью изложена теория структурного подхода к пониманию и лечению семей. В 1976 г. С. Минухин ушел со всех административных должностей и полностью сосредоточил внимание на обучении психотерапевтов методам семейной терапии.

Модель патологической семейной структуры

Теория структурной терапии больше акцентирует внимание на том, что удерживает психопатологию «на плаву» и какие семейные факторы ее поддерживают, нежели на причинах ее возникновения. К моменту первого появления пациента на приеме у психотерапевта причины, повлекшие за собой психопатологию, становятся своего рода достоянием истории. Зачастую эти причины нельзя определить эмпирическим путем и уж тем более нельзя внести в них изменения. Была ли она спровоцирована интрапсихической динамикой у одного члена семьи или не была, психопатология получает постоянную подпитку в актуальных межличностных отношениях в семье. Следовательно, в фокусе терапии должна находиться патология в структуре семейных отношений, а не патология интрапсихической структуры индивида.

Структура семей с патологическими взаимоотношениями хорошо выделяется на фоне структуры семей с нормальными взаимоотношениями. В должным образом организованной семье существуют *ясные границы* между подсистемами. Чтобы обеспечить приватность жизни супругов, границы супружеской подсистемы закрыты для проникновения извне, как двери спальни. Границы родительской подсистемы четко обозначены, но не настолько глухи, чтобы через них не проникало родительское влияние, необходимое для хорошего исполнения родительских обязанностей. У подсистемы детей тоже есть границы. Она организована иерархически таким образом, что у детей есть обязанности и привилегии, сообразные с их возрастом, полом и культурной традицией конкретной семьи. Каждый член семьи также представляет собой отдельную подсистему, у которой есть требующая уважения граница. Наконец, границы имеются вокруг образующего ядро родственного круга семьи, их тоже требуется уважать, хотя степень допущения родственников в дела семьи сильно различается в зависимости от культурного, социального и экономического факторов. Нарушение границ справедливо вызывает гнев, воспринимаясь «как посягательство на личный суверенитет»: 14-летний сын врезает замок в дверь своей комнаты, дочь-школьница, по словам матери, «ведет себя, как последняя хулиганка», хотя мама «всего только» воспользовалась ее авторучкой... Примеры продолжить нетрудно.

Границами подсистемы служат правила, определяющие, кому дозволено принимать участие в делах подсистемы. Например, когда мать говорит старшему ребенку: «Ты братику не отец и не мать; видишь, что он со спичками играет, так скажи мне, я сама у него спички отберу», она определяет границы родительской подсистемы. *Здоровое развитие семьи диктует необходимость невмешательства в дела одной подсистемы со стороны других подсистем*. Например, развитие у детей-сверстников умения договариваться между собой требует невмешательства со стороны родителей. Четкие границы, или правила, позволяют сохранить свободу подсистемы от внешних посягательств.

Правила взаимодействия внутри семьи хотя могут и не иметь четкого словесного выражения и признания со стороны всех ее членов, тем не менее формируют структуру семьи как единого целого. Они как бы «витают в воздухе» или, как говорят, существуют в форме семейных мифов. Если мы хотим изменить структуру семьи, необходимо, чтобы были изменены некоторые основополагающие правила взаимодействия членов семьи.

Есть два вида *патологической структуры* семей, которые, безусловно, требуется изменять. Первый тип - *разобщенные семьи с излишне жесткими границами* между подсистемами. Между членами таких семей почти нет контактов. В разобщенной семье наблюдается относительное отсутствие структуры, порядка, власти. Связи между членами семьи слабы или их нет вовсе; подобного рода семьи напоминают поле с хаотично движущимися частицами. Долгие периоды времени разобщенные члены семьи перемещаются по изолированным орбитам, не связанные друг с другом. В таких семейных группах мать, как правило, пассивна и бессловесна. Она переполнена отвращением к себе, перестает следить за своим внешним видом, она чувствует себя заброшенной или эксплуатируемой, в конце концов у нее обязательно развивается депрессивная, психосоматическая или ипохондрическая симптоматика, она становится алкоголичкой. У детей в разобщенных семьях увеличивается

риск асоциального поведения. Другой вариант также взят из современной российской действительности: муж-бизнесмен, он содержит семью, его целый день нет дома, о семейных делах он узнает, когда что-то случается; жена не работает, день она проводит в фитнес-клубе, занимается устройством нового дома, вечера посвящает светским мероприятиям. О том, что их двадцатилетний сын решил покончить с собой, они узнают через неделю, случайно зайдя в его комнату и обнаружив там оставленную для них предсмертную записку.

Второй тип проблемных семей - *семьи со слабыми легко проницаемыми границами и запутанными взаимосвязями*. Границы подсистем в этих семейных системах очерчены нечетко; участники системы слишком «замкнуты» друг на друге, поэтому попытка кого-либо из них измениться немедленно вызывает ожесточенное сопротивление других (С.Минухин и др., 1967). В течение многих лет я наблюдаю семью, живущую по соседству. Мать недавно вторично и вроде бы счастливо вышла замуж, у нее взрослая дочь. Прекрасные люди, радушные, готовые всем и всегда прийти на помощь - и глубоко несчастные. Поводом для рыданий, истерик и взаимных проклятий становится каждый шаг любого из трех членов семьи; и с любовью приготовленный матерью обед («Ты прекрасно знаешь, что никто лучше тебя не готовит, ты все делаешь, чтобы я никогда не вышла замуж!»), и новый мамин муж («Он храпит так, что мне слышно из-за стенки! Или он или я!» - кричит дочь), и «не та» блузка, надетая дочерью на свиданье. Семья сейчас находится на грани распада; никакие доводы рассудка никто не слышит; муж начал пить и смотреть «по сторонам».

Запутывание взаимосвязей между членами семей приводит к *растворению границ*, обеспечивающих нормальное функционирование подсистем. В разветвленной семейной системе плохая демаркация разграничительных линий между нуклеарной семьей и отпочковавшимися семьями может привести к осложнениям отношений между свекром (свекровью) и невесткой или между тестем (тещей) и зятем. Нарушителями границы между родителями и детьми являются лица, вступающие в отношения инцеста. При отсутствии подобающей дифференциации между ролью супруга и родителя не могут нормально функционировать ни родительская, ни супружеская подсистемы. Если между детьми не проводится различий в соответствии с их возрастом и образовательным уровнем, подсистема детей не может принимать нормального участия в процессе собственного вживления в организм общества.

Наконец, при нарушении неприкосновенности границ подсистем входящего в семью нового члена лишают возможности развить свою личностную самобытность и независимость. Например, когда семья насаждает на подростка-аноректика с требованиями по-есть, у ребенка остается единственный способ бунта против опротивевшего симбиоза - «вырвать» и хотя бы этим протестом выразить свою потребность в автономии.

Семья - открытая система, жизнь постоянно ставит ее перед необходимостью что-то менять. Требования изменений могут быть вызваны переменами во внешней среде, такими, как смерть близкого семейного друга. Немало перемен происходит в связи с цикличностью развития самой семьи - рождением ребенка или его вступлением в подростковый возраст, старением родителей и проч.

Здоровые семьи отвечают на требования изменений путем качественного роста каждого входящего в систему индивида, каждой подсистемы, всего семейного организма в целом. Семейные системы с дисфункциями откликаются на необходимость изменений появлением или дальнейшим развитием патологий. Так, у матери в разобщенной семье усиливается депрессия, а ребенок начинает «откалывать номера». Обычно у одного из членов такой семейной группы симптомы развиваются настолько, что он может стать пациентом психотерапевта, хотя заболевание коренится в неспособности его семьи качественно адаптироваться к изменяющимся условиям. Разводы супругов, проживших вместе не один десяток лет, «пока дети не выросли», - самое обычное явление такого рода.

В связи с тем что симптомы психической патологии возникают и устойчиво удерживаются в семейных структурах, неспособных адаптироваться к изменившимся условиям внешней среды и уровню развития членов семьи, целью психотерапии является перенастройка составляющих семейную систему звеньев на рост и развитие по непатологическим схемам. Поскольку структура семьи отражает принятые в конкретной семье правила взаимодействия, изменение семейной структуры предполагает изменение этих правил. Например, члены разобщенных семей склонны рассматривать мир как поле с хаотично движущимися частицами. Люди-атомы никак не объединены, у каждого из них собственная орбита. Правила семьи не позволяют даже помыслить о том, что люди могут быть соединены разными нитями и взаимозависимы. Но если контекст жизни семьи начинает меняться, если семья становится более сплоченной, в сознании у индивида откладывается мысль, насколько свойственно людям находится друг с другом во взаимосвязи.

Работа клиента в процессе структурной терапии достаточно проста. Он должен посещать сеансы семейной терапии и внимательно все запоминать; он должен давать психотерапевту обратную связь, отвечая на вопрос, какие изменения в семье были бы желательны; от клиента требуется наблюдать, как меняются существующие в его семье модели взаимоотношений. С. Минухин (1974) приводит классический пример девочки, больной нервной анорексией, которой он задал вопрос относительно действовавшего в ее семье правила не закрывать двери в комнатах. Хотела бы девочка закрывать двери в комнату, чтобы чувствовать себя более уединенно? Реакция пациентки была положительной. Таким образом, она дала психотерапевту возможность уяснить, что в этой семье были весьма спутанные взаимосвязи и нужно было более четко обозначить границы индивидуальных подсистем. Если бы пациентка увидела, как ее родственники начинают закрывать двери в комнаты, как ее родители впервые в жизни закрывают за собой дверь, она бы начала понимать, что между членами семьи устанавливаются четкие границы и вся семейная система начинает функционировать лучше.

В структурной терапии основная нагрузка ложится на психотерапевта. Терапевт активен, он дает установки. Он должен полностью понять структуру семьи пациента и установленные в ней правила. Психотерапевт мыслит в системе координат «здесь» и «сейчас», и поэтому лучше всего прояснить устав жизни семьи можно только наблюдая, кто с кем взаимодействует и как взаимодействует. Некоторыми из своих наблюдений терапевт открыто делится с членами семей. Какие-то аспекты жизни семьи становятся более наглядными при изменении контекста семейной жизни. Почти во всех случаях терапевт прибегает к реконструированию. Оно выполняется таким образом, чтобы члены семьи яснее осознали, что наблюдающиеся у них симптомы психопатологии имеют под собой системно-семейную, а не индивидуально-личностную основу.

С. Минухин иллюстрирует реструктурирование при помощи открытого приема мистера Смита. Этого пациента дважды госпитализировали с тревожной депрессией. На приеме также присутствуют жена Смита, его двенадцатилетний сын и тесть. Минухин спрашивает: «У кого проблема?» - Смит отвечает: «Да у меня проблема». - «Ну-ну, не говорите с такой уверенностью», - реагирует Минухин. - «Я в больнице лежал», - информирует врача Смит. - «Да, но это все равно ничего не говорит о вашей проблеме», - отвечает терапевт. - «Все-таки, что с вами?» - «Ну, нервный я все время, расстроенный чем-то... кажется, никогда не расслабляюсь», - говорит пациент. - «Вы думаете, что причина в вас самом?» - интересуется Минухин. - «Да, конечно. Да и не знаю, кто еще мог бы быть причиной. Проблема во мне самом сидит», - отвечает Смит. - «Давайте продолжим рассуждение согласно вашей логике», - предлагает терапевт. - «Если бы причиной вашей болезни было бы что-то вне вас самого или кто-то другой, что бы вы тогда ответили на вопрос: в чем проблема?» - «Знаете, я был бы очень удивлен», - замечает больной. - «Допустим, в вашей семье есть что-то такое, что вас расстраивает», - допытывается Минухин. - «Но у меня в семье нет ничего такого, что могло бы меня расстраивать», - настаивает Смит. - «Хорошо, я спрошу вашу жену», - говорит Минухин.

Вместо того чтобы концентрироваться на изолированном члене семьи, Минухин делает

упор на личность в семейном контексте. Он начинает помогать семье осознать, что корни симптомов болезни у главы семейства кроются в семейной системе, а не в личностных характеристиках больного. Реструктурирование проблемы под таким углом зрения будет способствовать изменению семейного сознания с уровня строго индивидуалистской идеологии до уровня видения семейной перспективы.

Достаточно часто реструктурирование используется для того, чтобы разъяснить роль симптомов в поддержании злокачественного гомеостаза или баланса в семье. Родителям девочки, госпитализированной с психотическим приступом, Минухин сказал о своем беспокойстве о том, что по возвращении домой из больницы у девочки может снова начаться психоз. Возможная причина этого - стремление девочки сохранить целостность семьи. Психотические симптомы, таким образом, были истолкованы как средство, которым хорошая дочь пыталась спасти целостность семьи, а не как проявление слабости деградирующего члена семьи. Интерпретация посредством реструктурирования позволяет каждому члену семейной системы понять, насколько симптомы больного являются составной частью функционирования семьи как целого. Психотерапевт скорее подталкивает семью к определенным действиям, а не описывает их. Он прибегает к ролевому разыгрыванию (англ. enactment), открыто указывая членам семьи, что им надо делать. Он, например, говорит: «Обсудите с вашей матерью время отбоя и попытайтесь прийти к решению». Он может прибегнуть и к более радикальным мерам, устроив обед с участием анорексика. На прием принесут пищу, и семья разыграет обед, причем больной-аноректик будет присутствовать среди обедающих. Разыгрывание моделей взаимодействия помогает членам семьи отнестись к собственным эмоциональным реакциям и моделям общения с пристальным вниманием, чего прежде они стремились избегать. Терапевт, в свою очередь, получает возможность увидеть членов семьи в действии и через наблюдение постигает структуру данной семьи.

Выбор терапевтической стратегии

Структурная терапия - своеобразная методика в том смысле, что акцент в ней делается на процессе, называемом социальным высвобождением. Высвобождение - это процесс, в результате которого социальная система изменяется таким образом, что у пациента расширяется выбор способов поведения и эмоциональных реакций. Чем больше в системе заложено альтернатив для пациента, тем больше у него свободы выбора способов реагирования, способствующих его личностному росту. Психотерапевты подчеркивают, что реструктурирование семьи - это способ дать ее подсистемам больше свободы в реагировании на внешнюю ситуацию и оздоровить взаимосвязи между ними.

Оценка «готовности» клиента к принятию психотерапевтической помощи и твердости его намерения высвободить себя и свою семью от патогенных правил начинается с заключения формального или неформального контракта на участие в психотерапии. Контракт включает договоренности о том, как часто семья будет собираться на сеансы терапии, кто будет в них принимать участие, сколько будет длиться каждый сеанс и каковы первоначальные цели лечения. Подспудно семья также делает выбор в пользу допущения в свою систему человека со стороны - психотерапевта. Когда психотерапия началась, клиентам нужно найти в себе мужество и попробовать выстраивать семейные отношения в соответствии с рекомендациями психотерапевта. Задания по реструктурированию, даваемые во время приемов и в качестве домашней работы, могут привести к стрессу, поскольку они нарушают правила, которые до того связывали членов семьи вместе. Но когда семья приступает к выполнению заданий, ее члены активно участвуют в создании нового набора правил взаимодействия, которые сделают возможным личностный рост членов семьи вместо роста болезненных симптомов.

Не будет большим преувеличением назвать психотерапевта-структурщика борцом-освободителем. Он видит свое призвание в освобождении социальной системы от деструктивных моделей построения взаимоотношений друг с другом. Как и у других борцов за свободу, его задача - присоединиться к системе, чтобы изменить ее изнутри. И это нелегкая

задача: ведь границы семейных систем рассчитаны на то, чтобы преграждать доступ посторонним внутрь семьи. С. Минухин с помощью общего термина *присоединение* обозначает целый ряд специфических способов вхождения в семью путем завладения вниманием членов этой семьи и ее подсистем. *Психотерапевт должен научиться говорить на языке семьи*, использовать ее метафоры и идиоматику. Кроме того, ему необходимо присоединиться к различным подсистемам семьи, чтобы его не рассматривали как «агента» родителей или же как «агента» детей. Когда терапевт находится в системе родителей, он должен говорить на языке ответственности. Когда же он в подсистеме детей, то ему надо говорить на языке отстаивания прав меньшинств.

Как антропологи присоединяются к новым социальным системам, так и семейные психотерапевты должны в качестве одного из первых шагов приспособиться к правилам функционирования системы. Если иерархическая структура семьи охватывает четыре поколения, то терапевту сначала стоит войти в контакт с прабабушкой. *Этот тип аккомодации (приспособления) включает в себя поддержание функционирования подсистем семьи посредством планируемой помощи всей семейной системе.* Терапевт также приспосабливается к системе, отслеживая коммуникационный и бихевиориальный контекст, в котором происходит общение семьи и где каждый выбирает для себя поведенческую модель. Он задает уточняющие вопросы, произносит вслух свои собственные утверждения или просит членов семьи более настойчиво произносить их собственные утверждения. *Другой способ аккомодации - имитирование.* Он состоит в имитировании принятых в семье бихевиориальных моделей. При работе с общительной семьей терапевт становится общительным. При контакте с семьей, где проявляется коммуникационная сдержанность, терапевт также весьма сдержан в общении.

Когда между терапевтом и семьей возникла связка, то на самом деле появилась новая терапевтическая система. Лидером этой системы является терапевт. Его лидерство выражается в том, что он ведет себя активно и назидательно. Использование реструктурирования означает, что семья будет функционировать как система и что внимание не будет сосредоточено только лишь на личности больного. В процессе присоединения к семье терапевт всячески избегает конфронтации с членами семейной системы, чтобы не подвергать себя риску вытеснения за рамки системы мощными семейными подсистемами. После того как все участвующие в работе стороны соединились вместе, терапевт может пойти на риск и бросить вызов установленным в системе моделям и правилам взаимодействия.

Демаркация границ - один из способов, используемых терапевтом для реструктурирования семьи. Выступая в роли хорошего лидера, психотерапевт создает психополитическую карту семейного пространства. Ему нужно иметь точные данные, кто с кем взаимодействует и как взаимодействует. Тогда терапевт начинает давать задания, чтобы перекроить границы между семейными подсистемами в соответствии с более здоровыми принципами. Если отношения между матерью и дочерью напоминают отношения между сверстниками, терапевт может на неделю сделать мать контролером деятельности дочери. Если граница, очерчивающая автономию индивида, не уважается, он просит каждого члена семьи говорить только от имени самого себя. При отсутствии подсистемной границы супругов, чьи усилия целиком уходят на выполнение родительских обязанностей, психотерапевт может рекомендовать супругам уехать на выходные дни без детей.

У психотерапевта достаточно власти, чтобы продлить эффект терапии с помощью домашних заданий. Если матери дано задание надзирать в течение недели за действиями дочери, она целую неделю действует согласно схеме, более здоровой, чем устоявшиеся в семье правила, которые приравнивали статус матери к статусу сестры.

Использование ролевого разыгрывания во время приемов не только усиливает осознание принятых в семье схем создания взаимосвязей, но и позволяет изменить их в системе координат «здесь» и «сейчас». Например, у терапевта есть возможность применить технику блокирования. Она помогает надломить сложившиеся коммуникационные схемы. Он может

заблокировать общение дочери с отцом через посредничество матери и дать девочке указание общаться с отцом напрямую. Если отец и мать постоянно избегают создания различных границ между индивидуальными подсистемами и делают это, постоянно сажая между собой ребенка, психотерапевт приказывает ребенку поменяться местами с отцом или матерью.

Иногда используют *преувеличенную имитацию* стиля общения семьи с целью довести до сознания клиентов, какие элементы общения являются дисфункциональными. Работая с семьей, где сверхпедантично контролирующая ситуацию мать постоянно кричит на дочь, терапевт может на сеансах кричать еще громче. Манипулирование настроением, которое вызывает крик, призвано заставить мать сделать схему общения *мягче*, и, таким образом, дочери будет предоставлена большая автономия.

Кроме того, терапевт имеет возможность использовать симптомы болезни, чтобы подтолкнуть продвижение к переменам. С Минухин приводит в качестве примера семью, где ребенок совершал кражи. Воровство со стороны ребенка интерпретируется С. Минухиным как реакция на недостаточный контроль со стороны родителей. Поэтому ребенку дается рекомендация воровать у отца семейства. Используется методика переноса симптома в ситуацию, в которой его проявление мобилизует бдительность родителей и заставит их устроить родительский контроль за ребенком.

Путем приспособления и присоединения к системе, подтверждения симптомов, вызова, брошенного патологической семейной практике взаимодействия, терапевт освобождает семью от деструктивной практики осуществления взаимосвязей. Помогая семье реструктурироваться, психотерапевт освобождает членов семьи от трансакций, которые создали симптомы психопатологии.

Терапевтические взаимоотношения

У психотерапевта, работающего системным методом, весьма своеобразный способ установления взаимоотношений с клиентами. Процесс присоединения, безусловно, предполагает эмпатию, теплоту и заботу. Но как только складывается терапевтическая система, терапевт начинает выступать в роли авторитетного лидера. Он берет на себя функцию психополитика, он борется против социальной системы, которая привела к созданию деструктивной структуры, за улучшение состояния каждого члена семьи. Психотерапевт присоединяется к каждой семейной подсистеме, чтобы помочь людям отбросить набор правил, не дающих им устанавливать здоровые связи внутри системы и с другими системами.

Без терапевтических взаимоотношений, которые основаны на технике присоединения, терапевт не будет способен помочь семьям освободиться от схем разобщенности или спутанности связей. Но сами по себе терапевтические взаимоотношения не приводят к структурным переменам в семейной системе. Терапевт должен иметь волю, чтобы вступать в конфронтацию с патологической гомеостатической системой, блокировать и разрушать ее механизмы. Только используя технику нарушения равновесия, работающий с семейной системой психотерапевт сможет дать семье большую свободу для самореструктуризации по более здоровой модели.

Формат терапевтического курса должен согласовываться с функциональным предназначением терапии. Если цель курса - понаблюдать, как семья самоструктурируется в пространстве, то на сеансах необходимо присутствие всей семьи. Кабинет для приемов должен быть достаточно большим и приспособленным для того, чтобы члены семьи могли сесть, как хотят, и, таким образом, наглядно отобразить правила, регулирующие в семье отношения с детьми.

В ходе терапии терапевту бывает необходимо проявить гибкость и самому рассаживать членов семьи нужным образом, чтобы способствовать реструктуризации семьи. Такие практические приемы, как рассаживание клиентов, являются частью процесса понимания и изменения структуры семьи.

Терапевту, который пытается укрепить границы супружеской подсистемы, возможно»

потребуется на первых двух приемах встретиться только с родителями. Если проводится терапия с несколькими поколениями членов одной семьи, то имеет смысл собирать на сеансах всю семью сразу и не делать так, чтобы более младшие сидели и говорили о более старших. Как показывает практика, в большинстве случаев терапевтам приходится иметь дело с семейными системами, в которых непосредственным пациентом является ребенок или подросток. Такие семьи обычно более охотно приходят на сеансы в полном составе, чем семьи, в которых в качестве пациента идентифицирован взрослый.

Структурная терапия представляет собой активный краткосрочный курс лечения, направленный на то, чтобы дать толчок в семейной системе процессам, помогающим ее реструктурированию. Смещая членов семьи с их ставших стереотипными позиций, реструктурирование способствует мобилизации неиспользованных ресурсов и улучшению способности семьи справляться со стрессовыми и конфликтными ситуациями. Желательно, чтобы специалист по структурной терапии ограничивал свое участие до минимума, который делает возможным активацию естественных ресурсов самопомощи.

Не исключено, что в результате вмешательства с целью изменения структуры появляются куда более далеко идущие изменения, чем просто избавление от конкретных симптомов. Семья не только преодолевает текущий кризис, но и становится способной обходиться без посторонней помощи, когда возникают кризисные ситуации в дальнейшем. Подобный уровень метаизменений, конечно, очень желателен, но более скромные практические достижения не менее важны. Не исключено, что при возникновении кризисных ситуаций в будущем семье вновь придется обратиться к психотерапевту. Но перспектива повторного обращения к психотерапевту все равно выглядит несравненно привлекательней, естественней и экономичней, чем длительная, на протяжении многих лет, зависимость семьи от психотерапевта.

Модель системной семейной терапии Меррея Боуэна

Собравшиеся на симпозиум психиатров в 1972 г. ожидали, что Меррей Боуэн (1913-1990) представит теоретический доклад. Однако вместо этого М. Боуэн рассказал об опыте внесения изменений в жизнь семьи, из которой он происходил сам. Доклад потряс собравшихся.

М. Боуэн был представителем широко разветвленного большого родственного клана, в течение жизни нескольких поколений державшего бразды правления в небольшом южном городке. М. Боуэн поведал о разработанном им удивительном способе позволившем ему вторгнуться в наиболее стратегически важные «треугольники» своей непосредственной семьи. Он рассылал родственникам письма, где говорилось, что другие родственники про них распространяют весьма неприятные сплетни. Эти письма Боуэн подписывал самым неожиданными псевдонимами, такими как «Ваш во все сующий нос брат» или «Ваш стратегический сын». Он также объявил, что приедет с визитом. В указанное в письме время он появился. Реакция родственников всегда была предсказуемо негодующая. Но воздействие на семью оказалось поразительным. Многие «запечатанные» связи были восстановлены. Когда первоначальное всеобщее негодование против Боуэна улеглось, оказалось, что его вмешательство воссоздало обстановку теплоты среди представителей разных поколений, давно растерявших все родственные связи.

Интервенция М. Боуэна в дела семьи, откуда он был родом, уходила корнями в терапию, которую он практиковал два десятилетия до того. После службы в армии в годы Второй мировой войны М. Боуэн работал в Менингерской клинике канзасского города То-пека. Как и всех первых психотерапевтов системной ориентации, его особенно интересовали пути возникновения и способы лечения шизофрении. В то время господствовала точка зрения, что корни шизофрении крылись в нераспавшемся симбиозе матери и ребенка. Радикальная инновация Менингеровского центра психоанализа состояла в том, что фигуру матери вводили в клиническую картину как участника процесса расследования причин шизофрении и лечения больных.

За работой в клинике последовали несколько лет изучения семей (1954-1959) в Национальном институте психического здоровья в Вашингтоне. М. Боуэн начал с того, что помещал больных шизофренией вместе с матерями в одну больничную палату. После года совместного лечения матери и пациента в терапевтический процесс включали отца, и семью начинали лечить как единое целое (М, Боуэн, 1978).

Почувствовав, что институт не оказывает горячей поддержки его новому подходу, бросившему вызов традиционной интрапсихической психотерапии, М. Боуэн переместился со своими исследованиями в находившийся неподалеку Джорджтаунский университет, где работал до конца жизни. Там он сформулировал свою интеллектуальную теорию, названную *терапией семейной системы*. Он также провел лонгитюдные исследования, охватившие многие поколения членов нескольких семей, включая и многопоколенную историю собственной семьи. Наиболее впечатляющим итогом проделанной работы стал вывод о необходимости отрыва как терапевта, так и пациента от своих семейных корней.

Модель психопатологии по М. Боуэну

Болезни эмоциональной сферы возникают тогда, когда пациенты не в состоянии отделить себя от своих родных семей. Отделение собственного Я - это способность эмоционально контролировать себя, сохраняя в то же время эмоциональную близость с родственниками. Дифференциация своего Я отражает степень, в которой человек способен объективно рассматривать и отделять себя от аффективных конфликтов жизни семьи.

Смешение чувств и эмоций с интеллектуальными процессами (фузия) - феномен, мешающий эмоциональному отстранению от семьи. Фузия имеет отношение к двум аспектам личностной незрелости. Во-первых, происходит смешение мыслей и чувств, при котором объективность мышления сменяется пристрастностью в оценках, и само мышление становится слугой эмоций. Затем происходит оправдательная рационализация, или интеллектуализация, действий, вызванных эмоциональной незрелостью. Во-вторых, фузия свидетельствует о недостатке интеллектуальных различий между двумя индивидами или более, как, например, в случае симбиотических отношений.

В семейных системах фузия приводит к накоплению недифференцированной массы семейного Эго. Это свойство можно по-другому назвать «зависшей неотделимостью».

Фузия создает целый конгломерат эмоциональных неразделимостей, существующий на всех уровнях семейного бытия. Чем меньше члены семьи ощущают себя в безопасности, тем больше у них проявляется тенденция эмоционально цепляться друг за друга. Чем больше стрессового напряжения у индивида, тем больше он ищет возможности себя обезопасить в эмоциональной спаянности семьи. Хроническое эмоциональное недомогание может привести к эмоциональному нездоровью, неспособности отделить себя от своей семьи, начать жить собственной жизнью. Такой человек навеки застревает в семье, а вся семья цепляется за него. Великовозрастный сын никак не может создать собственную семью, естественно, обвиняет мать (и не без основания!), что «ей никто никогда не сможет понравиться»); мать по ночам не спит и, сидя на постели сына, рыдая, заглаживает грубые слова, сказанные во время дневной ссоры; муж ходит с валокордином, поит жену, сочувственно поглядывает на сына. Все заняты делом, ночь, слава Богу, на исходе, всем пора по делам; правда, остается неясным, «кто кому кто есть?».

Смешение чувств и эмоций между двумя людьми, например, между мужем и женой, действует таким образом, чтобы снять напряжение за счет вовлечения в отношения третьей - уязвимой - стороны. Возникает *триангуляция*, т.е. создание треугольников. Диады по своей природе нестабильны. Они неизбежно приводят к периодам нечувствительности, грубости или эмоциональной отрешенности.

Страна, чувствуя, что ее отвергли, сама попытается создать треугольник, чтобы вовлечь в него ребенка, соседа или любовника и получить от них поддержку. Треугольники как тип взаимосвязи куда более устойчивы. Они представляют собой фундамент любой

эмоциональной системы. *Треугольные взаимосвязи затрудняют эмоциональное отделение от семьи, так как родителям требуется помощь ребенка для поддержания устойчивых отношений между собой или же ребенку требуется помощь родителей, чтобы выстоять в борьбе против других.* В случаях брачных конфликтов большая часть треугольников приводит к возникновению сложностей между мужьями, тещами и тестями или же женами, свекрами и свекровьями, завязыванию любовных отношений «на стороне» или к проблемам с детьми.

Во время спокойствия и отсутствия конфликтов треугольники состоят из комфортно чувствующей себя пары людей и аутсайдера. Классический пример подобного треугольника - близкие друг другу мать и ребенок и лишенный воли к действию, эмоционально отрешенный отец. Наиболее благоприятная позиция - быть членом ощущающей эмоциональную комфортность пары, а не аутсайдером. Фокус связи внутри треугольника время от времени смещается с одного элемента на другой, поскольку каждый член семьи всеми силами и средствами бьется за то, чтобы занять комфортную позицию. При такой ситуации, если отец пытается ближе подступить к ребенку, мать наверняка окажется в расстроенных чувствах: ей ведь не хочется быть аутсайдером.

Когда треугольник находится в состоянии напряжения, позиция аутсайдера становится привилегированной. Она дает возможность человеку сказать: «вы оба деритесь, как хотите, а меня не троньте». Если при возникновении напряженности между двумя элементами треугольника центр тяжести внутри треугольника сместить нельзя, то пара, создавшая первый треугольник, создаст еще один, втянув в него наиболее подходящего на тот момент члена семьи, например, другого ребенка. В периоды наиболее высокого напряжения пара начинает создавать все больше и больше треугольников. Достаточно типичный пример - семья в состоянии кризиса, сделавшая соучастниками в решении внутренних проблем соседей, школьных учителей, полицию, врачей-психотерапевтов. Если подобной семье успешно удастся втянуть посторонних, то она может вернуться к состоянию более комфортного гомеостаза, предоставив другим право драться между собой.

Треугольная система надламывается путем самодифференциации, т.е. дифференциации своего *Я*, но большинство людей избирает путь эмоционального выключения, чтобы отделиться от родителей. Выключение выражается в отрицании и изоляции проблемы, когда человек живет в непосредственной близости к родителям, или же в физическом побеге из дома, а иногда состоит из комбинации первого и второго одновременно. Какую бы модель действий индивид ни избрал, он жаждет эмоциональной близости с родителями, но в то же время эта близость является для него аллергеном. У членов семьи с развитыми и зрелыми интрапсихическими механизмами отграничения своего *Я* от семейного *Мы* больше шансов достичь автономии, не разорвав при этом эмоциональных связей друг с другом, чем у тех, кто разделяет себя и родителей физической дистанцией (прибегает к печально известному «лечению с помощью географии»), а затем всю жизнь продолжает обвинять родителей, копить обиды и во взаимоотношениях импульсивно проявлять психическую незрелость. При возникновении проблем в отношениях с супругами или же в образующей ядро родственных связей семье они стараются бежать от этих проблем. Прибегнувшие к эмоциональному выключению сохраняют треугольники незыблемыми и блокируют дальнейшую дифференциацию; поэтому чем сильнее эмоциональная выключенность, тем больше риск патологии, которая может проявиться в отношениях с новыми лицами. У треугольников есть тенденция рекрутировать в себя людей разных поколений, потому что родитель или ребенок часто наиболее подходящий и уязвимый субъект, который можно втянуть в супружеский конфликт. Если жена ощущает значительный дискомфорт от своего супружества, она может восстановить гомеостаз, передав («делегировав», по терминологии Х. Стерлина) часть своей озабоченности ребенку. Процесс семейного проецирования сближает родителей, так как создает поглощенность проблемами ребенка. Самым уязвимым для проецирования является тот ребенок, который эмоционально наиболее близок родителям, наиболее спаян с ними. У него выше вероятность развития симптомов психической патологии и меньше шансов на

полноценную самодифференциацию, потому что семья нуждается в нем для поддержания гомеостаза родительских взаимоотношений. Если ребенка вырывают из спянного треугольника и он достигает психологической зрелости с помощью психотерапии, то супружеские отношения между родителями могут резко ухудшиться. Поскольку обычно треугольники включают в себя представителей более чем одного поколения, тяжелая психическая патология может развиваться как результат процесса мультигенерационной трансмиссии, т.е. передачи симптома из поколения в поколение с усилением от одного поколения к другому. Подвергшийся триангуляции ребенок рискует вырасти человеком с низким уровнем самодифференциации и несформированной самоидентичностью. Существует большая вероятность, что он вступит в брак с человеком со столь же низким уровнем самодифференциации. У их детей дело с дифференциацией собственного Я будет обстоять еще хуже. Наконец, после трансмиссии через несколько поколений может появиться ребенок с такой неблагоприятной самодифференциацией, что тяжелая патология (как шизофрения) почти неизбежна психическая патология почти всегда является результатом мультигенерационной трансмиссии.

Теория терапевтического процесса

Поскольку причиной заболеваний эмоциональной сферы является неадекватное выделение собственного Я из эмоциональной системы семьи, цель терапии М.Боуэна - усиление самодифференциации. Ей мешают треугольники, поэтому нацеленный на конечный успех курс психотерапии должен включать в себя детриангуляцию членов семьи, или процесс разбивания сложившихся треугольников. Вместо того чтобы работать над всеми возможными треугольниками конкретной семьи, терапевту достаточно помнить, что семейная система - это система замкнутых друг на друга треугольников и изменения в одном треугольнике повлекут за собой изменения во всех треугольниках.

Семейное ядро формируется в результате фузии жены и мужа. Соответственно они - самые важные члены семьи, кому нужно усиливать самодифференциацию, даже если патологические симптомы проявляются у ребенка. Поэтому М.Боуэн предпочитал работать с супружескими подсистемами без присутствия детей на сеансах терапии. Он, однако, подчеркивал, что семейная терапия возможна и при работе с одним членом семьи, если у него достаточная мотивация к совершенствованию своего психического развития. Когда в проблемном треугольнике появляется хотя бы один человек, контролирующий свои эмоциональные реакции, способный не занимать ту или иную сторону в конфликтах между членами диады, в то же время оставаясь в постоянном контакте с ними, накал эмоций в диаде спадет, и оба ее участника продвинулись вверх по лестнице самодифференциации. Но если из треугольника просто удалить подпавшего под триангуляцию человека, то диада восполнит утрату за счет включения в треугольник кого-нибудь еще. Детриангуляция и дифференциация хотя бы одного члена системы поможет терапевту изменить систему в целом.

Самодифференциация включает в себя способность объективно рассматривать вопросы семейной жизни, несущие эмоциональную нагрузку, воспринимать самих себя и свои семьи, всеобъемлюще наблюдать за явлениями жизни. Наблюдение предусматривает возможность прервать акт эмоционального взаимодействия и рассмотреть события, эмоционально дистанцируясь от них. Оно помогает научиться контролировать автоматические и автономные реакции.

Если на сеансе психотерапии присутствуют два члена семейной системы, например супруги, или более, задача каждого пациента - наблюдать за тем, что пытается сообщить его партнер. Наблюдение помогает клиентам несколько дистанцироваться от собственных проблем и понять («услышать»), что хотят сообщить другие люди, вместо того чтобы готовиться к нанесению ответного удара. Те, кто проходит курс в одиночку, могут также тренироваться в технике наблюдения в качестве домашнего задания. Когда клиент находится дома, его задача состоит в том, чтобы наблюдать за ролью, которую он играет в семейных

треугольниках, и за типичными эмоциональными реакциями, проявляемыми в каждом треугольнике. Это не только дает объективное видение предыстории конфликта, но и делает доступным проследивание истории развития всех членов семьи, слишком занятых семейной драмой, чтобы ясно видеть самих себя или других.

Если на сеансе присутствуют два члена семейной системы или более, практикующий систему М.Боуэна терапевт намеренно делает эмоциональный тон сеанса несколько приглушенным, чтобы позволить клиентам проработать каждый пункт программы объективно, без излишних эмоциональных реакций. Терапевт постоянно задает вопросы, сначала одному супругу, затем другому. Затем он просит слушающего клиента поделиться мыслями и наблюдениями о том, что было только что сообщено. Попытка подтолкнуть супругов к общению напрямую будет означать не что иное, как подталкивание их к эмоциональным, а не объективным реакциям.

Терапевт также использует образовательные моменты, разъясняя клиентам, что семейные системы могут функционировать нормально и ненормально. Образовательная часть курса лечения начинается с уяснения клиентами истории своих семей и той роли, которую муж и жена сыграли в семьях, где они родились. Часто психотерапевт **создает генограмму** - своего рода семейное дерево, иллюстрирующее взаимоотношения членов семьи на протяжении жизни нескольких поколений. Генограмма наглядно демонстрирует, кто из членов семьи был эмоционально близок друг к другу, кто был исключен, кто и с кем находился в конфликте. Генограммы используют также в качестве метода, помогающего осознать действие триангуляции и помех, создаваемых треугольниками в росте автономного личностного Я.

Семейные терапевты ставят во главу угла не интерпретацию поступков пациента, а наблюдение как средство повышения уровня сознания и достижения самодифференциации. Интерпретация направлена скорее на выяснение вопроса «почему и каким образом что-то происходит в семейных взаимоотношениях?». При технике наблюдения это «почему» не выявляется непосредственно, да и сама интерпретация мотивов действий других людей бывает достаточно субъективна и эмоциональна. Методика наблюдения уделяет основное внимание более объективным и доступным непосредственному восприятию аспектам семейных взаимоотношений, таким как «кто», «что», «когда», «где» и «как».

Выбор способа реагирования

Пациенты могут освободиться от порочной системы взаимоотношений, выбрав более автономный способ поведения. Автономия подразумевает реагирование на ситуацию с позиции Я, а не с позиции Мы. Позиция Я частично вырабатывается на основе того, какие факты Я вижу в действительности в противовес тому, что Мы как семья считаем истиной. Правда, для того чтобы отнестись к ситуации с позиций, отличных от идеологии семьи, нужно обладать определенным мужеством: ведь семья может, в свою очередь, ответить достаточно гневно. Точно так же и сам М.Боуэн вызвал гнев своего семейства, когда предпочел отреагировать на ситуацию не так, как было принято.

Автономное реагирование отнюдь не означает, что клиент возвращается в родную семью и клеймит своих родителей или детей как причину всех зол. Обвинения были бы еще одной эмоциональной реакцией на положение в семейной системе. Они стимулировали бы привлечение родственниками третьей стороны для создания нового треугольника. Автономное реагирование - не способ предъявления другому человеку обвинений и не попытка его изменить. Человек, дифференцирующий собственное Я, выбирает возможность сказать: «Я думаю вот так», «Я поступлю или не поступлю вот так». Он не навязывает свои ценности или верования другим членам семьи. Заявляющий Я берет на себя ответственность за личный опыт и комфорт и оставляет другим интеллектуальное пространство для создания личного счастья. Человек с нормальной самодифференциацией способен на истинную заботу о других, не ожидая ничего взамен. Но вот семейные силы, твердо настаивающие на принципе

«Мы вместе», рассматривают дифференциацию как проявление эгоизма и враждебности.

Те, кто выбирает путь значительных отличий от традиций своей семьи, должны быть готовы к тому, чтобы встретить предсказуемые аргументы против дифференциации с помощью разума, а не эмоций. Предсказуемую реакцию со стороны семьи можно суммировать так: 1) «Ты не прав»; 2) «Вернись в свое прежнее состояние»; 3) «Если ты не вернешься в свое прежнее состояние, мы подвергнем тебя критике и остракизму; ты будешь виновен в доведении своего родителя или партнера до безумия».

Задача терапевта - сориентировать себя в поле действия центростремительных сил семейного тяготения автономно, а не эмоционально-вовлеченно. Ему нужно остаться отстраненным, уклоняясь от всех попыток быть втянутым в процесс триангуляции семейной системы. Терапевт должен быть достаточно дифференцированным, т.е. разъединенным с семьей, чтобы рационально реагировать на попытки семьи заставить его испытывать чувство вины, злиться, беспокоиться или чувствовать чрезмерную ответственность. От него требуется взаимодействовать с семьей с позиции хорошо дифференцированного *Я*, но не с позиций *Мы* или *Ты*.

Когда клиент уже достаточно готов пойти на риск автономного реагирования в кругу семьи, терапевт начинает выступать скорее в роли тренера или консультанта. Он помогает клиентам уяснить себе, что цель жизни по-новому, новым способом состоит в самодифференциации, а не в предъявлении другим обвинений и не в попытке их изменить. Задача не в том, чтобы выиграть в конфронтационной борьбе или навязать остальным членам семьи ведение проблемы. Клиенту просто необходимо дифференцировать собственное *Я*. Терапевт может напомнить клиенту, что, независимо от наличия или отсутствия изменений у других членов семьи, он может позволить себе думать, видеть, чувствовать свойственным ему, особенным образом. Непривычное реагирование может действительно подтолкнуть родственников клиента к изменениям, но ответственность за эти изменения уже будут непосредственно нести родственники, а не клиент. Как хороший тренер, терапевт должен проверять, какого прогресса достигает клиент во взаимоотношениях с семьей от сеанса к сеансу.

Терапевтические взаимоотношения

В системе М.Боуэна терапевтические взаимоотношения важны и в отношении поступков, которые терапевт совершает, и в отношении поступков, которых он не совершает. Успешно практикующий терапевт не дает триангулировать себя в семейные взаимоотношения. Хотя супруги будут использовать - сознательно или бессознательно - различные виды маневров, чтобы затянуть его в сферу эмоционального реагирования, терапевт с достаточным уровнем непричастности сознательно встает на путь рационального реагирования. В отличие от некоторых психотерапевтов, ныряющих в семейную систему, чтобы создать сильную реакцию эмоционального переноса (трансференции), терапевт - последователь М. Боуэна - предотвращает реакцию переноса, удерживаясь на позиции объективного *Я*. Не исключено, что вступление в треугольник с супругами и в самом деле позволит им установить гомеостаз, устраняющий симптомы, но оно никак не поможет им самодифференцироваться и, таким образом, предотвратить развитие симптомов патологии в будущем. По М.Боуэну, терапевт играет роль образца автономного, ответственного, дифференцированного поведения, остающегося неизменным несмотря на неизбежные попытки заманить его в треугольники и эмоции.

Выдерживая позицию собственного *Я*, семейный терапевт действует весьма разумно и реалистично, одновременно он стремится к естественности и искренности, и это позволяет клиентам отделить собственные поступки и убеждения от его поступков и убеждений.

Он строит отношения с семьей в спокойном и непринужденном стиле, демонстрируя заинтересованность и участие, но не пытаясь создать атмосферу безусловной заботливости, которая скорее приводит к семейной фузии, чем к дифференциации собственного *Я*. Терапия

М.Боуэна полагается на силу наблюдения и объективного мышления. Она не одобряет эмпатические попытки понять, что происходит в семьях с психопатологическими проблемами.

Практические приемы терапии

Практика семейной терапии М.Боуэна гораздо более гибка, чем те системы, которые настаивают на присутствии на сеансах всех членов семьи. Даже наоборот, чем больше родственников присутствует тем сложнее надломить триангуляцию родителей, потому что энергия и эмоции могут перемещаться с одного триангулированного ребенка на другого.

Сам М. Боуэн предпочитал работать с супружескими парами либо с одним супругом, у которого была сильная мотивация. Он редко требовал присутствия детей. Однако другие сторонники его методики практикуют также работу с целыми семьями. Роберт Эйлмер, бывший президент Общества семейной терапии, считает, что 25% семейной практики составляет работа с семьями, другие 25% - работа с супружескими парами, а остальные 50% - индивидуальная семейная терапия.

В начале курса лечения терапевт встречается со своими клиентами раз в неделю в течение 45-60 мин. Когда у клиента развивается осознание механизма функционирования его семьи и своей роли в семейной системе, сеансы начинают проводить раз в две недели или даже раз в месяц. Увеличение промежутков между сеансами дает возможность клиенту лучше понаблюдать за семьей и, даже находясь в гуще ее повседневной жизни, начать реагировать рационально, а не эмоционально. Чтобы дифференцировать личностное *Я* и начать вести себя в присутствии родителей как автономный взрослый человек, клиенту приходится пройти долгий и часто болезненный путь.

Психотерапия, безусловно, может облегчить этот процесс. Однако общепризнанно, что нередко клиенты просто хотят облегчить текущие симптомы и не очень заботятся о самодифференциации. Таким образом, терапевтам приходится при работе с некоторыми пациентами идти по ускоренной программе, в то время как на достижение подлинного роста самосознания могут уйти годы систематических терапевтических сеансов. Поскольку для психотерапевта критически важно избежать затягивания в эмоциональную систему силами семейного «Мы вместе», ему нужно заниматься самотерапией, чтобы быть в состоянии вычленять собственное *Я* в структуре своей собственной семьи.

Эффективность семейной терапии Общая эффективность

Точность принятой методологии оценки эффективности системной терапии подвергается сомнению. Критики считают, что традиционные исследования отражают предположения из области логического позитивизма, представляющего собой антитезу принципам системного мышления. Согласно позиции сторонников «новой эпистемологии» (эпистемология - исследования того, какими способами мы получаем знания об окружающем мире), методология общепринятого научного предположения несовместима со следующими базисными предположениями системной терапии:

существование разных определений реальности и изменений. Не существует общего понятия реальности;

за большинством перемен стоит множественная причинность (нет простой прямой последовательности «лечение - причина - улучшение»);

объектом изучения должна становиться вся семейная система (не просто изменения в личности изолированного индивида или, для тщательности исследования, изменения в хотя бы меньших группах);

терапевт должен искать системные связи (не давать объяснения, основанные на линейной причинности).

Тем не менее, к лучшему это или к худшему, «новые эпистемологи» не предлагают альтернативной исследовательской парадигмы, поэтому не остается ничего другого, как

рассматривать результаты опубликованных исследований, выполненных по обычной исследовательской методике.

Приведем здесь лишь результаты выборочных исследований. Отметим, что авторы чаще заостряют внимание на формате семейной терапии, чем на ее теоретической ориентации. Несмотря на это, все работы имеют прямое отношение к обсуждаемому виду психотерапии. Мы рассмотрим три из них. Они отобраны благодаря тщательному методу исследования и сбалансированным выводам.

В 1978 г. А. Гарман и Д. Книскерн интенсивно изучили 200 ранее не подвергавшихся метаанализу исследований результатов терапии в семейных системах и супружеских парах. Они обнаружили, что среди пациентов, прошедших амбулаторное лечение, в 76% случаев было зарегистрировано улучшение. В 24% случаев улучшения не было. Эти цифры поразительным образом совпадают с данными о результатах индивидуальной терапии. Кроме того, среди исследований, в которых проводились прямые сравнения супружеской и семейной системной терапии с индивидуальной и групповой, в 73% случаев предпочтение было отдано именно терапии супружеских пар и семейных систем. В 27% случаев говорилось, что бывшие пациенты разницы между методиками лечения не обнаружили. Обобщая результаты проведенных авторами исследований, сформулируем ряд выводов:

- в лечении обширной группы симптомов - как явно «индивидуальных» проблем, так и семейных конфликтов - семейная терапия по крайней мере не менее, а, возможно, и более эффективна, чем терапия индивидуальная;

- в лечении некоторых клинических проблем (например, анорексии, преступности малолетних, сексуальной дисфункции) системная и индивидуальная терапия «эквивалентны»;

- в лечении супружеских пар результативность выше, когда курс проходят оба партнера, причем лучше, если они проходят его одновременно;

- при лечении проблем, возникающих в супружеских парах, индивидуальная психотерапия малоэффективна, она порождает больше негативных последствий, чем дает альтернативных подходов;

- ухудшение состояния пациентов при терапии супружеских пар и семейной терапии встречается так же часто, как и при индивидуальных методиках лечения;

- если идентифицированным пациентом является ребенок или подросток, основная роль в эффективности семейной терапии принадлежит отцу;

- умение терапевта строить взаимоотношения с больными оказывает значительное влияние на исход системной терапии независимо от теоретической ориентации и предлагаемого курса лечения.

По результатам метаанализа 20 тщательно проконтролированных исследований, семейная терапия имеет положительное воздействие на пациентов, если сравнивать показания пациентов, прошедших терапию, и тех, кто вообще никакой терапии не проходил. Улучшения отмечались как в семейных взаимосвязях, так и в поведенческих рейтингах. Приблизительно у 68% людей, не получавших лечения, функциональные показатели были хуже, чем у среднестатистического клиента, прошедшего семейную терапию. Когда семейную терапию сравнивали с альтернативными способами лечения, такими как индивидуальная и групповая терапия, результаты также говорили о ее относительной эффективности. В зависимости от продолжительности курса психотерапии и наличия (отсутствия) последующих осложнений семейная терапия была, по крайней мере, так же эффективна, а иногда и более эффективна, чем альтернативные методы лечения. В шести исследованиях в качестве оценки эффективности лечения применялся показатель рецидива патологических симптомов. В этом отношении у семейной терапии обнаружились преимущества перед альтернативными методами психотерапии,

В 1993 г. В. Шадиш и коллеги провели метаанализ 163 наугад взятых апробаций методов психотерапии для супружеских пар и семей. В среднем показатели лечения у прошедших курс терапии были на 70-73% лучше по сравнению с не получающими терапию. Эти показатели

могут быть интерпретированы как 62-65% успешного излечения по сравнению с 38 - 32% неудачного лечения. Эффективность бихевиориальной семейной, структурной и стратегической терапии выше, чем терапии гуманистической или эклектической.

Эффективность коммуникативной и стратегической терапии

Большинство терапевтов, практикующих коммуникативную и стратегическую терапию, никогда не занимались систематической оценкой результатов применения своих методик. Например, В. Сатир [9] в оценке своего подхода к терапии отмечала, что лечение по ее методике прошли почти 5000 семей с самым разным количественным и возрастным составом, разных рас и национальностей, социальной принадлежности, религиозной ориентации, политических убеждений. Хотя В. Сатир верила, что ее подход в основном полезен для клиентов, тем не менее она указывала, что не предпринимала всеобъемлющих исследований эффективности своей методики. Надо отметить, что несколько целевых оценок методики В. Сатир показали ее незначительную результативность (В. Шадиш и др., 1993).

Группа, работавшая в Институте исследования психической деятельности, проводила клинические исследования (Дж. Уикланд, Р. Фиш, П. Вацлавик, 1974). Коммуникационщики оценивали эффективность одного конкретного вида терапии, который они называли краткосрочной терапией MRI. Хотя краткосрочная терапия базируется на теории коммуникации, обоснованной П. Вацлавиком, И. Бивином и Д. Джексоном (1967), ее практика включает в себя некоторые существенные изменения. Краткосрочная терапия - курс из 10 сеансов, представляющих собой модель проблемно-ориентированной терапии. Терапия направлена на разрешение одной особо выделенной проблемы и скорее на изменение симптомов, чем на изменение семьи как системы. Хотя формулировка диагноза зависит от ретроспективного изучения истории болезни с применением системного анализа, лечение часто проводится в индивидуальном формате. Наконец, коммуникационные изменения достигаются в первую очередь за счет изменения бихевиориального взаимодействия между членами семьи.

Обзоры клинической практики построены на относительно субъективной системе измерений, предоставленной исследователями, не работающими в психотерапии. Эксперты оценивают динамику симптомов, а также улучшения в различных аспектах функционирования личности. Жалобы, с которыми пациенты обратились к врачу, не рассматриваются. Изучая 97 пациентов, прошедших в среднем по семь сеансов, Дж. Уикланд и др. (1974) установили, что в 40% случаев наблюдалось полное исчезновение симптомов, в 35% проявление симптомов значительно ослабело, а в 28% никакого улучшения не отмечалось. Авторы исследования также утверждают, что ни у одного пациента с полностью исчезнувшими симптомами не возникало каких-либо новых проблем. Наоборот, во многих случаях отмечались улучшения в других функциональных сферах.

В. Шадиш и его коллеги [16] в последнее время обнаружили только три статистически проконтролированных опыта с применением стратегической терапии, но балл эффекта равнялся заслуживающей доверия цифре 0,61. В весьма точном обзоре эффективности различных методов семейной терапии по поводу ряда симптомов А. Гарман, Д. Книскерн и Д. Пинсоф [14] пришли к заключению, что интегрированная структурно-стратегическая методика Стентона, «возможно», эффективна при лечении наркомании и токсикомании. Однако эффективность общей стратегической терапии при лечении шизофрении и психосоматических расстройств - двух состояний, для успешного лечения которых она и создавалась, - «остается спорной», а применительно к другим расстройствам, охваченным в исследовании, тестирование методики не проводилось.

Эффективности методики парадоксальных предписаний исследователи уделили внимание (В. Шоам-Саломон, 1987) и обнаружили, что ее эффективность была не менее, но и не более эффективна, чем типичные или прямые установки. Тем не менее в сложных случаях эффективность парадоксальных директив была выше через месяц после окончания лечения.

Также интересно, что аналитические работы показали преимущества позитивного коннотирования и реструктурирования, но поставили под сомнение эффективность предписания симптомов.

Эффективность структурной терапии

В 1970-е гг. С. Минухин и его коллеги опубликовали серию клинических обзоров работы с четырьмя расстройствами, встречающимися у детей: лабильного диабета, анорексии, хронической астмы и психогенных болей в области живота. Обзоры носят в основном кумулятивный характер, более поздние из них включают описание случаев, приведенных в более ранних исследованиях. В одном из наиболее полных докладов исследователи суммировали информацию о 20 случаях лабильного диабета. Обследованные дети в возрасте от 10 до 18 лет необыкновенно часто попадали в больницу с ацидозом и нестабильной инсулиновой регуляцией. Источником этих проблем, как оказалось, были стрессовые ситуации в семьях, поэтому воздействию медикаментами и индивидуальной психотерапией организмы детей поддавались с трудом. Семейные психотерапевты наблюдали больных-диабетиков от 3 до 18 месяцев, а в среднем - по 8 месяцев. В дальнейшем показатели больных отслеживались на протяжении 2-9 лет (в среднем по 4,5 года). При дальнейшем обследовании было установлено, что 88% детей выздоровели полностью, т.е. после прохождения курса лечения у них не было госпитализации с ацидозом и регуляция инсулина стабилизировалась на нормальных показателях.

В том же исследовании содержались данные о 53 больных анорексией в возрасте от 9 до 21 года. Курс лечения продолжался 3-16 месяцев (среднестатистическая продолжительность - 6 мес), в последующем больных наблюдали 1,5-7 лет. Когда дети только начинали проходить лечение, средняя потеря веса у них составила 30%. Как показали последующие наблюдения, нормальная схема питания восстановилась у 86% детей. Их вес достиг нормальных показателей; 4% пациентов набрали нормальный вес, но у них продолжали проявляться признаки метаболических расстройств, таких как близкий к превышению нормы вес, тучность или внезапная рвота. У 10% детей никаких изменений к лучшему не было либо же наблюдались рецидивы болезни.

Создается впечатление, что такие поразительные успехи в излечении анорексии являются целиком результатом структурной терапии, однако в других работах метод терапии анорексии представлен как продукт интеграции структурной терапии с модификациями бихевиориальной терапии. Механизм контроля мотивации действовал таким образом, что детям давали возможность заниматься «привилегированными» видами деятельности в больнице или дома при достижении определенного веса. Поскольку научные работы носили характер обзоров, очень трудно сказать, какая доля окончательного успеха была достигнута за счет бихевиориальной терапии, а какая - за счет структурной методики. Кроме того, отсутствие данных по контролю плацебо-эффекта, наблюдений за контрольными группами, не проходившими лечение, а также отсутствие параллельного применения альтернативных методов семейной терапии не позволяет выяснить, что же является подлинной причиной столь внушительных результатов лечения.

Единственный случай применения структурной терапии, по которому имеются данные контрольных замеров, - различные виды лечения наркоманов [16]. Для прохождения семейной терапии отбирались мужчины в возрасте до 36 лет, употреблявшие героин не менее двух лет, но не терявшие контактов со своими семьями. Непосредственных пациентов и их ближайших родственников достаточно произвольно записывали на один из трех семейных курсов лечения - курс платной семейной терапии (21 пациент), по программе которой каждому члену семьи в возрасте от 12 лет платили по 5 дол. за посещение сеанса структурной терапии; курс неоплачиваемой структурной терапии (25 пациентов); курс семейного просмотра фильмов (19 пациентов), в рамках которого участникам платили за приход на сеансы раз в неделю в течение

10 недель для просмотра различных фильмов о людях из разных культур. Параллельно организовали группу несемейной терапии (53 пациента), участники которой не прошли квалификационный отбор и принимали метадон, а также индивидуально встречались с психологами-консультантами.

Были предприняты попытки проследить результаты лечения у 118 бывших пациентов через 6 и 12 месяцев после окончания лечения. В конечном отчете фиксировалось количество дней, когда пациенты не употребляли пять различных наркотиков, а также приводились данные о показателях на работе и в учебе. По последнему пункту большой разницы между участниками всех четырех групп не наблюдалось. Значительная разница на уровне $p = 0,10$ была зарегистрирована в количестве дней без употребления 3-5 наркотиков. Хуже всего дело обстояло у участников группы, не проходившей семейную терапию. В группе семейной терапии, участники которой получали деньги за приход на сеанс, была самая высокая посещаемость и определенно самые высокие показатели. Следует отметить, что значительная разница в цифрах получается в основном из-за большого потребления наркотиков участниками группы семейной терапии. В этой группе было значительно больше человек, поэтому вероятность различий в показателях увеличивается, но также следует помнить, что с самого начала члены группы несемейной терапии были отобраны особо.

В обзоре исследований эффективности различных методов семейной терапии применительно к отдельным расстройствам А. Гарман, Д. Книскерн (1986) дали заключение, что структурная терапия вероятнее всего эффективна при лечении наркомании, токсикомании и психосоматических расстройств. Однако исследований ее эффективности при лечении шизофрении, состояний аффекта, тревожных расстройств, патогенных симптомов у супружеских пар и дисфункций общественного поведения и смешанных расстройств у детей и подростков не проводилось.

8. ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ПРЕДМЕТ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО И ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема исследования эффективности психотерапии личностных расстройств

Психотерапия как предмет научного исследования неизбежно предполагает обращение к проблемам, от которых зависит успешность или неудача психотерапевтического лечения.

Среди множества факторов, оказывающих влияние на процесс, содержание и результат психотерапии, принято различать переменные общие, неспецифические, не связанные с какой-то определенной терапевтической системой или техникой, и переменные специфические, определяющие успешность или неуспешность конкретной терапевтической практики. По сложившейся традиции, изучение факторов первой группы привлекает сторонников интегративных тенденций, в то время как пуристы тяготеют к жанру компаративистских исследований, результаты которых обычно подтверждают преимущества той системы, приверженцем которой является сам автор. Между тем исследования сравнительной эффективности психотерапевтических программ и техник опровергают представление о преимущественной ценности какой-либо одной из них, так же как и существование жестко однозначных показаний, определяемых конкретным заболеванием. С достоверностью можно утверждать лишь одно: состояние пациентов, проходящих психотерапию, улучшается в большей степени, чем тех, кто получает лишь медикаментозное лечение или плацебо. Вопрос о том, какая из терапевтических систем более действенна, не может быть решен, поскольку неоднократно подтверждаемые в исследованиях результаты свидетельствуют о принципиально сопоставимых позитивных изменениях независимо от специфики применяемых «психотерапевтических технологий». Таким образом, косвенно признается, что позитивные изменения обязаны в большей степени влиянию не специфических, а общих факторов, в той или иной степени присущих любому психотерапевтическому подходу - качеству отношений терапевта пациенту и личностным (включая психопатологические)

особенностям пациента. Интересно, что мнения самих практикующих терапевтов по данному вопросу меняются с ростом профессионального опыта и стажем практической работы. Опытные терапевты на первом месте ставят мотивацию пациента, его самооценку и наличие социальной поддержки, а также свой собственный жизненный опыт личностную зрелость, способность фасилитировать терапевтические отношения, в то время как в начале своей профессиональной карьеры они были склонны приписывать успех терапии ее длительности, теоретической ориентации и интеллектуальному уровню пациента. Со своей стороны пациенты на первом месте выделили следующие факторы: близость и человечность, открытость, высокую способность к самоконтролю, самоуважению и прощению. Несмотря на локальность данного исследования, оно тем не менее встроено в имеющуюся традицию дискутирования роли общих и специфических факторов эффективности терапии как со стороны оценки ее результата, так и со стороны самого терапевтического процесса. Отметим, что фокусировка на процессе представляет новейшую тенденцию в этой области исследований. Все активнее усилия исследователей смещаются на разработку методологии исследования и способов описания терапевтического процесса, что представляет собой особую и пока еще мало разработанную проблему (Х.Томэ и Х.Кэхеле, 2001).

Действительно, в настоящее время усилия исследователей все активнее смещаются на разработку методологии исследования и способов описания терапевтического процесса, что представляет собой особую и пока еще малоразработанную проблему (Х.Томэ и Х.Кэхеле, 1996). Традиционно в области исследования психотерапии основное и почти исключительное внимание уделяется изучению так называемых лечебных факторов, увеличивающих результативность и эффективность терапии. Большинство специалистов согласны в том, что независимо от терапевтической системы вера пациента в успешность лечения, способность терапевта эту веру вызывать и поддерживать, устанавливая с пациентом доверительные, теплые, помогающие отношения, способствует терапевтическому прогрессу (Л.Гринкаваж и Дж.Норкросс, 1990). Остановимся более подробно на анализе этих и некоторых других неспецифических факторов успешности психотерапии.

Вера, или позитивные ожидания пациента, складываются из большего или меньшего числа позитивных установок, направленных на терапию как институционализированную форму социальной помощи, на конкретную ее форму, на терапевта, который эту помощь оказывает на помещение, в котором эта помощь оказывается, и т.д. Вывод многих эмпирических сравнительных исследований весьма прост: в той мере, в какой пациент верит, что лечение будет успешным, а терапевт искренне заинтересован в его выздоровлении и верит в излечение, оно таковым и становится для пациента. Конечно, на деле все обстоит гораздо сложнее, иначе не стоило бы обучать терапевтов мастерству, а все пациенты излечивались бы, еще не доходя до терапевта, как это иногда происходит с внушаемыми пациентами благодаря плацебо-эффекту. Безусловно, вера и позитивные ожидания пациента являются критическими факторами, инициирующими его обращение за помощью и удерживающими его в терапии, несмотря на все связанные с лечением неудобства и затраты: времени, энергии, денег, сильные душевные потрясения и негативные эмоции. Говоря рыночным языком, пациент надеется, что часть его «вкладов» возвратится в форме смягчения симптомов, приобретения нового опыта конструктивных и доброжелательных отношений, уверенности в себе и т.д.

Исследования показывают также, что эффективность терапии выше, если пациент воспринимает своего врача как близкого к своему идеалу. Вместе с тем не следует забывать, что в ожиданиях и вере пациента отражаются его бессознательная мотивация и особенности личностной структуры, такие как амбивалентность, внушаемость, зависимость, пассивность, вера в магическое и недостаток реалистического мышления, потребность управлять чувствами и поведением другого. Учитывая эти моменты, особенно выраженные у пациентов с личностными расстройствами, терапевт вынужден тонко балансировать, поддерживая рабочий альянс и конструктивную установку на личностное изменение, с некоторой умеренной и временной поддержкой болезненных установок пациента. Так, для нарциссического

пациента на начальных этапах терапии жизненно важно иметь возможность идеализировать терапевта ради сохранения от деструкции собственного Грандиозного Я; однако ради того же он сопротивляется любому психотерапевтическому вмешательству и прибегает к периодическим атакам агрессии и дискредитации. Учитывая личностные особенности пациента, главным фактором удержания его в терапии и предиктором ее эффективности становится «выносимость» терапевта и его способность на время стать «мишенью» проективных идентификаций и манипуляций пациента, принимая на сохранение, «контейнирование» (В.Бион) любые его чувства ради последующего «возвращения» их ему в смягченной и социализированной форме с целью достижения целостности и интеграции его самоидентичности. Иными словами, терапевтические отношения и - главное - адекватность и прочность терапевтического контракта следует считать вторым влиятельным фактором успешности терапии. На признании этого сходятся исследователи любой теоретической ориентации, правда, разделяя его в той или иной мере (А.Бергин, 1986; Д. Орлински и К. Ховард, 1986). Если на одном полюсе представлений расположить радикальный бихевиоризм с его минимизацией роли отношений «пациент-терапевт», где последнего вполне могут заменить команды компьютера, то на другом полюсе континуума принято помещать клиентоцентрированную терапию, где отношениям между клиентом и терапевтом приписывается вся ответственность за происходящие изменения. Генуинность (истинность, естественность) терапевта, безусловное положительное отношение и точная эмпатия - необходимые и достаточные условия успешной терапии, согласно К.Роджерсу (1957).

Более умеренных позиций придерживаются в других ориентациях. Для терапевта когнитивистской школы характерно представление о терапевте как о фигуре достаточно директивной, руководящей процессом терапевтических изменений, в то время как доверие и вера пациента вынесены за скобки непосредственно текущего терапевтического процесса. Они не являются продуктом психотерапевтических отношений, а скорее могут быть отнесены к пре-тера-певтическим факторам, от которых зависит просто сам факт наличия или отсутствия пациента в терапии. Согласно психоанализу, напротив, отношения между пациентом и терапевтом являются главным содержанием, источником и движущей силой терапевтического процесса. Благодаря развивающемуся в терапии динамическому процессу переноса-контрпереноса внутриличностные и межличностные конфликты «приносятся» и начинают жить в актуальном психотерапевтическом пространстве и времени; таким образом, содержание, подлежащее изменению, рождается в ходе самих терапевтических отношений. Помимо трансферентных отношений эффективность терапии зависит от правильно установленного терапевтического альянса (рабочего альянса) на начальных этапах терапии, взаимно-согласованных ожиданий относительно целей, продолжительности, регулярности и пр., что принято называть терапевтическим сеттингом и чему современные сторонники психодинамического направления работы с личностными расстройствами придают особый статус (О. Кернберг, 1989).

Напомним, что при изложении основного содержания рассматриваемой терапевтической системы мы подробно освещали вопросы, связанные со специфическими особенностями психотерапевтических отношений, как они понимаются в рамках данной системы, в том числе факторов, способствующих успеху терапии или препятствующих ему. Вернемся к данной проблеме вновь в аспекте обсуждения роли так называемых специфических и неспецифических факторов эффективности терапии. Среди неспецифических факторов стоит также отметить плацебо-эффекты, или, как их еще называют в американских исследованиях, «эффекты краснеющего боярышника». Впервые этот феномен был эмпирически изучен применительно к динамике производительности труда фабричных рабочих, чья продуктивность возросла без психотерапевтического вмешательства, исключительно благодаря вниманию, которое они ощущали к себе как к участникам эксперимента. Влияние плацебо-эффекта наблюдается и у тех пациентов, выздоровление которых происходит, пока они только ждут своей очереди на прием, и у тех, излечение которых совершается всего

за одну-две встречи. Безусловно, речь идет о пациентах с повышенной внушаемостью и зависимостью, верно и то, что эффект подобных излечений нестойк, однако нигде с такой яркостью не проявляется универсальная терапевтическая роль веры и надежды, как в этих «чудесах». Пациент, твердо знающий, что в определенный день, что бы ни случилось, терапевт час или полтора будет уделять исключительно ему и его проблемам, испытывает заметное облегчение даже без дополнительных терапевтических интервенций, как бы эмоционально напитываясь уделенным ему вниманием. Вот почему стабильная организация терапевтического процесса, равно как и прочная эмоциональная связь между пациентом и терапевтом, является не просто эпифеноменом терапии, но сама по себе уже представляет мощную терапевтическую интервенцию как альтернативу спутанным, неопределенным и нестабильным эмоциональным отношениям при пограничных расстройствах личности (Е. Т. Соколова, 1995, 1998).

Эмпирические исследования, хоть и немногочисленные, также ясно указывают на воздействие эффекта плацебо на результаты терапии. По некоторым данным, у 50% пациентов со страхом публичных выступлений улучшение наступало при исключительном использовании плацебо, в то время как в контрольной группе, где дополнительно к методу плацебо использовалась терапия, ориентированная на переживание, результаты значительно различались. Таким образом, при оценке сравнительной эффективности терапевтических систем, независимо от конкретных и специфических методов, необходимо учитывать роль таких неспецифических переменных, как заинтересованное участие, неподдельное внимание к пациенту.

Существует крайняя точка зрения, согласно которой психотерапия вообще не представляет собой ничего нового по сравнению с хорошо известными древними практиками целительства (Дж. Фрэнк, 1961, 1991). Различия между терапевтическими системами значительно преувеличиваются и представляют собой своего рода дань ценностям американского общества с его стремлением к конкуренции, перфекционизму и плюрализму. Естественно, что в рамках рыночного менталитета «стоимость» терапевта выше не тогда, когда он подчеркивает свою принадлежность к общности и традиции, а, напротив, когда доказывает уникальность свою и своей системы. Как нам представляется, с известной долей упрощения, конечно, большинство терапевтических систем так или иначе содержит ряд общих характеристик, а именно: возможность отреагирования пациентом (хотя бы в форме «жалобы») длительно сдерживаемого аффекта и сопутствующее ему облегчение; организация, структурирование и поддержание процесса терапии как формы межличностного взаимодействия, оказывающие целительный эффект в силу разрушенности или нестабильности этих связей у пациента; рациональная, или концептуальная, схема «болезни» и «здоровья», которой снабжается пациент, что уменьшает исходно невыносимую неопределенность и приводит к некоторой редукции тревоги; терапевтический ритуал, задающий пространственно-временной хронотоп и «рамки» «терапевтической» жизни и тем самым на время «возвращающей» смысл жизни как таковой. Другими авторами выделяются особые личностные качества терапевта: сердечность, теплота, вера в больного; апробирование новых когнитивных и поведенческих схем; погружение в новый опыт переживания и исследования собственного внутреннего мира; внушение, обучение новым практикам межличностного общения (Л.Гринкаваж и Дж.Норкросс, 1990). С. Гарфилд (1980, 1992) подчеркивает, что все терапевтические системы предполагают фундаментальный процесс изменений, происходящий благодаря следующим факторам: наличию особых терапевтических отношений; ослаблению эмоционального напряжения; объяснению и интерпретации; подкреплению конструктивных и адаптивных форм мышления и поведения; десенситизации, конфронтации с проблемой. Дж.Прохаска (1994) особое внимание уделяет таким процессам, как расширение осознаваемого, катарсис, увеличение степени выбора, возрастание способности к самоконтролю, полагая, что выделенные критерии позволяют оценить меру «внутренних» субъективных и «внешних» поведенческих изменений, совершающихся в той

или иной степени в рамках любой терапевтической системы, если она эффективна.

Между тем, как можно заметить, погружение в проблему поиска общих факторов все более отдаляет нас от признания всеобщего согласия, дивергенция точек зрения становится более очевидной в соответствии с различием теоретических контекстов, из которых дискутируется проблема.

Стоит обрисовать хотя бы схематично исследования, выполненные в самое последнее время в рамках психодинамического направления, поскольку традиционно проблемой эффективности занимались авторы преимущественно поведенческой и когнитивистской ориентации. Так, идея интеграции наиболее устоявшихся воззрений психоанализа, генетической психологии, как она представлена в трудах Ж.Пиаже, Дж.Брунера, Л.С.Выготского, стоит за эмпирическим изучением взаимных репрезентаций (образов) пациента и терапевта до, в ходе и между терапевтическими сессиями. Термин «репрезентация» охватывает процессы памяти и мышления, имеет в виду комплекс ожиданий, привычек и навыков, а также образы фантазии и символы. Репрезентации могут быть сугубо конкретными или обобщенно-абстрактными, реалистическими или фантастическими, относиться к настоящему, прошлому или будущему; представлены на разных уровнях осознанности и обладать разной чувственной модальностью. Статистический анализ данных специально разработанных процедур опросникового типа позволил построить многомерную модель репрезентаций терапевта пациентом, включающую уровни когнитивного развития, модальности репрезентации, их содержание, а также описать индивидуальные стратегии репрезентации, такие как продолжение терапевтического диалога, воспроизведение и повторное переживание чувств, которым авторы дали название поддерживающих и конфликтных. Изучалось соотношение между типом репрезентаций и чувствами, испытываемыми пациентом во время терапевтических сессий. Так, пациенты с поддерживающим типом репрезентаций оказались среди тех, кто во время сессии испытывал чувство облегчения и приятия, кто ощущал прогресс в лечении и воспринимал терапевта как человека, способного на сильные и глубокие чувства. Такая же значимая связь была обнаружена между конфликтным типом репрезентаций и переживанием во время сессий гнева, подавленности, тревоги, растерянности; пациенты склонны были воспринимать терапевта неэффективным, неуверенным, фрустрирующим, приносящим больше вреда, чем пользы.

Учитывая склонность пациентов с пограничными расстройствами переносить на терапевта дисфункциональные паттерны межличностного восприятия и коммуникации, в которых доминирует палитра негативных и враждебных эмоций (как свидетельствует наш психотерапевтический опыт и теоретические построения), мы склонны предполагать, что выявленные у невротиков типы и стратегии репрезентаций должны значимо различаться по прогнозу успешности терапии пациентов с личностными расстройствами и невротиков. Эмпирическая верификация этой гипотезы представляется, на наш взгляд, весьма своевременной и перспективной, однако на сегодняшний день в западной литературе можно найти лишь единичные экспериментальные исследования этой группы пациентов. Большая часть публикаций основана на клинических наблюдениях и терапевтическом опыте, но даже и они крайне немногочисленны.

Данные о сравнительной эффективности психотерапии личностных расстройств в современной литературе фактически отсутствуют. В этой связи стоит обратить внимание на немногочисленные ссылки, хотя бы в малой степени проливающие свет на положение в этой области исследований. В рамках краткосрочной психодинамической терапии Я.Поллак (1990) сообщает о некотором улучшении социальной адаптации, редукции симптоматики и субъективном улучшении самочувствия пациентов в сравнении с контрольной группой пациентов, ожидавших лечения. В рамках когнитивно-бихевиориального подхода рядом авторов, использующих проблемно-ориентированный метод терапии, в сравнении с обычными методами работы Удалось зафиксировать позитивные сдвиги в смягчении депрессивной симптоматики, уменьшении чувства беспомощности и суицидальных мыслей у

пациентов с повторяющимися суицидальными попытками, которых на основании хронического парасуицидального поведения можно отнести к пациентам с пограничными личностными расстройствами (А. Бек и А. Фримэн, 1990; М. Линехан и др., 1993; П.Салковскис и др., 1990; Е.Т.Соколова, Ю.А.Сотникова, 2006). О. Кернберг, обсуждая дискуссионные моменты в исследовании терапии личностных расстройств, констатирует отсутствие систематизирующих работ, а также ряд трудностей, упоминая, в частности, высокий процент выбывающих из терапии преждевременно, что не позволяет оценить эффективность примененного подхода. Другая сложность заключается в операционализации и измерении происходящих в динамической терапии изменений, учитывая тенденцию пограничных пациентов к переоценке тяжести симптоматики, а также принимая во внимание, что гипотетически постулируемые нарушения относятся не столько к уровню симптомов и социального поведения, сколько к интрапсихическим, внутренним, структурам Я (самоидентичности, проверке и исследованию реальности, механизмам психологической защиты). Проведенное ранее теоретическое сравнительное изучение пригодности когнитивного и психодинамического подходов показало, что, если первый (в варианте М. Линехан) опирается в своей стратегии на обучение, поддержку и развитие альтернативных копинговых навыков, то психодинамическая терапия в варианте О. Кернберга использует конфронтацию и интерпретацию в целях развертывания трансферентных отношений. Иными словами, в своей стратегии эти системы принципиально несопоставимы. Тем не менее авторы склонны усматривать и некоторые объединяющие их тактические моменты. Прежде всего это относится к необходимости развернутого и аккуратного форматирования, простраивания терапевтического процесса на начальных этапах, важности уточнения и прояснения ролевых ожиданий терапевта и пациента, их взаимной ответственности и ее границ, что приобретает особое значение при работе с пограничными пациентами, непредсказуемыми в своем стремлении к саморазрушительным и суицидальным формам поведения, которые терапевт не в силах предупредить и за которые не может быть ответственен.

Установки пациента и терапевта и их влияние на успешность психотерапии

До-терапевтические установки пациента, его ожидания в отношении терапевтического процесса и личности терапевта, традиционно исследовались в психоаналитической терапии, в рамках прежде всего отношений переноса, и столь же традиционно игнорировались гуманистической и когнитивистской ориентациями, что, вполне понятно, согласуется с их базовыми ценностями личностного роста, подлинного общения, «здесь и теперь» существования, включая терапевтическое. Между тем опыт терапевтической работы все чаще сталкивает нас с вопиющим расхождением ожиданий пациента и установок терапевта в отношении глубины запроса, длительности и формата лечения и т.д. Так, большинство терапевтов отдают предпочтение пролонгированной, личностно-ориентированной, затрагивающей глубокие переживания и чувства терапии, в то время как большинство пациентов склонно ограничиваться ситуативным разрешением конкретной житейской ситуации. Профессиональные терапевты не обещают быстрого избавления от страданий, в то время как пациент, естественно, ждет от терапевта чуда, и мгновенного. Терапевт рассматривает оплату в прагматическом и экзистенциальном ключе - как требующую обоюдных затрат и вкладов (активности, душевной работы, ответственности и дееспособности, определенного времени проживания), пациент, в свою очередь, стремится минимизировать затраты, переложить ответственность за собственное здоровье и жизнь целиком и полностью на терапевта, при этом рассматривая психотерапию в качестве товара того или иного качества, доступного критике, обесцениванию или восхищению. Российским терапевтам, так же как их западным коллегам, сегодня приходится иметь дело с многообразием рыночных установок пациента, отчасти порожденных, по-видимому, спецификой социокультурной ситуации в России. Вместе с тем было бы наивно сводить всю сложность анализируемых феноменов к чисто внешним и ситуативно-обусловленным, как это

делает ряд авторов. Так называемые рентные установки детерминированы, на наш взгляд, гораздо в большей мере сущностными характеристиками личности некоторой части пациентов, а именно патогномичны нарциссической и пограничной личностной организации. Они отражают присущие последним слабое чувство реальности и веру в магическое, расщепление *Я* с притязанием на всемогущество и одновременно -пассивность, истощенность, эксплуататорское, манипулятивное отношение, спроецированные на терапевта, а также примитивные механизмы психологической защиты в виде идеализации и обесценивания. Обнаружение потребительских установок пациента на этапе установления первичного рабочего альянса или в кризисные моменты терапии может служить ценнейшей диагностической информацией и материалом терапевтической проработки неудовлетворенных ожиданий и разочарований пациента, его настойчивых требований и манипулятивного давления на терапевта, вплоть до использования инграциации (эмоционального или «вещного» подкупа) и шантажа (Соколова, Чечельницкая, 2001).

В тесной связи со специфическими особенностями личности стоит рассматривать феномен преждевременного прерывания и окончания терапии ранее оговоренного в контракте срока. По данным Г. Пекарник (1993), большая часть пациентов выбывает из терапии гораздо раньше сроков, указываемых в соответствующих руководствах, независимо от ориентации терапии; в государственных и частных учреждениях более одной трети пациентов уходит после одного-двух визитов (для сравнения: обычный цикл терапии депрессии по схеме А.Бека составляет 20 сессий, один из описанных О.Кернбергом случаев длился 800 сессий, а случаи, представленные Дж. Мао терсоном включают не менее 100 терапевтических часов). Бесспорно, с обывательской точки зрения контраст выглядит впечатляюще между краткой и эффективной высококвалифицированной помощью, скажем, врача-стоматолога и, как правило, более длительной, проблематично эффективной и в среднем более дорогостоящей помощью психотерапевта. С профессиональной точки зрения неудивительно, что так мало внимания до сих пор уделяется изучению феномена преждевременного прерывания, ведь наиболее привычные реакции самих терапевтов - либо вытеснение этих случаев из памяти по причине приписывания себе низкого профессионализма, либо обвинения пациента в его неготовности к принятию помощи. На наш взгляд, обе эти реакции не что иное, как реакции контрпереноса, указывающие на воздействие скрытых проективных идентификаций пациента, как бы заставляющих терапевта испытывать либо чувство вины, либо агрессии, либо обесценивать себя, либо пациента, тем самым соприкасаясь напрямую с аналогичными, но отчужденными чувствами пациента по отношению к самому себе. Кроме того, можно предполагать, что, по крайней мере, часть прерывателей характеризуется той нестойкостью эмоциональных связей, которая препятствует образованию прочных и доверительных отношений, необходимых для длительной терапии, и которая, таким образом, свидетельствует о пограничной личностной патологии. Нельзя упускать из виду, что при нарциссическом расстройстве длительные углубляющиеся отношения могут активизировать страх поглощения, страх дезавуирования и развенчивания Грандиозного фальшивого *Я*, что бессознательно может толкать пациента к прекращению терапии и воспроизведению травмы утраты. Хроническая утрата служит здесь защитой от невыносимого чувства оголенности, пронизываемости для взгляда значимого Другого, способного прозреть истинное беспомощное и ослабленное *Я*. Стоит обратить внимание на цифры, приводимые О.Кернбергом, согласно которым для пациентов с пограничными расстройствами личности, преждевременно выбывших из терапии (на 5-10 сессиях), составляет от 35 до 67%, по данным разных авторов. Изучение особой предрасположенности этой группы пациентов к отказу от терапии на самых ранних ее этапах представляет, таким образом, отнюдь не академический интерес и имеет самое непосредственное отношение к организации терапевтического процесса, его формату и сеттингу, в конечном итоге - прогнозу успешности терапевтического вмешательства. Таким образом, формальные аспекты терапии с пограничными пациентами столь же актуальны, как

и содержательные, ввиду необходимости обеспечения пациентов так называемыми замещающими объектами и поддерживающей средой.

Организация терапевтического процесса и терапевтических отношений

Прочный терапевтический альянс базируется по крайней мере на трех компонентах процесса, наличие которых, как показывают исследования, способно удержать пациента в терапии, несмотря на неизбежные сопутствующие терапии страдания, и содействуют ее эффективности: 1) совместно принятые обеими сторонами текущие задачи; 2) стратегические дальние цели; 3) эмоциональная связь, включающая взаимную положительную и надежную привязанность, доверие и конфиденциальность. Вместе с тем не следует упрощать сложный и динамичный комплекс эмоций и когний, образующих паттерн терапевтических отношений, полагая, что genuинность, конгруэнтность терапевта и его безусловное позитивное отношение, как полагал К. Роджерс, *сами по себе* обеспечивают лечебный эффект при терапии пациентов с личностными расстройствами. Так, хрупкость и нестабильность личностной организации пациентов с пограничными расстройствами наряду с мощными аффективными разрядами любви и ненависти постоянно несут угрозу разрушения терапевтических отношений. Пациент тяготеет к импульсивному и агрессивному нарушению границ отношений *Я - Другой*; им легко овладевают одновременно (или попеременно) то бессознательные желания безудержного любовного слияния с терапевтом в качестве защиты от пустоты и несамодостаточности его *Я*, то панический страх поглощения и как следствие -разрыв эмоциональных связей. *В этих условиях особые требования предъявляются к структуре и рамкам терапевтических отношений*, к ясности и стабильности организации терапевтического пространства и времени, удержание которых становится основной терапевтической альтернативой хаосу, неопределенности, непредсказуемости и неустойчивости внутреннего мира пациента. Клинические наблюдения показывают: чем более систематично и аккуратно организован процесс, чем более прочны его рамки, тем ниже риск преждевременного прерывания терапии. В частности, по данным О.Кернберга, психоаналитические терапевты сильно варьируют по своей способности устанавливать терапевтические рамки и обсуждать с пациентом условия контракта, отмечая и проговаривая с ним тонкости и нюансы договора, реалистически отдавая себе отчет в том, что можно ожидать и требовать от пациента на начальных этапах терапии и что составляет необходимые и достаточные условия для того, чтобы *психотерапия началась*. В исследованиях Кернберга апробировалась специальная шкала оценки терапевтических сессий, посвященных составлению контракта (обычно 5-6 сессий), включающая высказывания терапевта о собственной ответственности и ответственности пациента, переговоры, обсуждение взаимных ожиданий, комментарии терапевта по поводу способов саботажа условий контракта и терапии в целом. Использовался ряд основанных на самоотчете процедур шкалирования, позволивших обнаружить некоторые особенности терапевтического контакта, различающие невротических и пограничных пациентов, а именно; высокий уровень эмоциональной включенности, агрессивности, конкурентности, изменчивости и нестабильности последних в рамках одной сессии и между ними. Иными словами, пограничные пациенты демонстрируют гораздо более экстремальные и негативные оценки альянса, чем невротики, особенно на начальных этапах психотерапии. Определенное углубление понимания специфики отношений «пациент-терапевт» при ЛР дает формальный анализ дословных записей терапевтических сессий (транскрипций), выполненный методикой CCRT, позволяющей выявлять базовые обобщенные паттерны межличностных отношений и чувств («конфликтных тем»). Широко апробированная на разных клинических выборках применительно к этапам и ключевым переменным терапевтического процесса методика «Центральная конфликтная тема отношений» (ЦКТО) показала наличие специфичных для пациентов с пограничной личностной организацией черт. Так, по данным, приводимым О.Кернбергом, преобладающими темами являются избегание конфликта и желание близости; ожидаемыми реакциями от значимого Другого - отвержение, противодействие; чувствами в

адрес Я - страх потери самоконтроля, беспомощность, гнев. Дополнительно к указанным характеристикам, свойственным и невротическим пациентам, значительное место занимали потеря границ между желанием и действием, взаимопроницаемость в репрезентациях диадических отношений, смешение негативных и позитивных импульсов, что значимо различало терапевтический альянс при пограничной и невротической личностной организации. В целом паттерны центральных конфликтных «тем» отличались фрагментированностью, что можно соотнести с феноменологией нарушения самоидентичности - расщепленностью и диффузностью, раздробленностью и распыленностью, расплывчатостью чувства Я.

Отметим, что тенденция к операционализации, созданию квазиобъективных методов и процедур, равно как и описательных моделей терапевтического процесса, составляет одно из главных направлений современных исследований, ищутся возможности интеграции между сторонниками разных научных школ: между современным психодинамическим направлением и когнитивизмом, клиническим психоанализом и социальной психологией межличностных отношений. Это новая и довольно обширная группа методов, среди которых стоит назвать (кроме уже упоминавшейся методики Люборски) SASB (Структурный анализ социального поведения) Л.Бенджамин, RRMC М.Горовица, позволяющие задать модель структурного анализа социального поведения или конфигурационную модель ролевых ожиданий, иначе говоря, выделить и описать формальные ментальные структуры или внутренние репрезентации, на уровне бессознательного, детерминирующие межличностное восприятие и коммуникацию. Напрашивается аналогия с зародившимся полвека назад известным направлением NEW LOOK, также стремившимся объединить психоанализ с когнитивизмом путем нахождения формально-структурных единиц (таких, как когнитивный стиль, гипотеза, схема), интегрирующих аффективные и когнитивные психические процессы в относительно стабильные паттерны.

Хотелось бы отметить неоднозначность собственного отношения к процедурам подобного типа. С одной стороны, налицо размыкание жестких рамок традиционного психоанализа, когда терапевтический процесс впускает «третье лицо» (скорее, его часть в виде «пятого уха» - магнитофона), что на символическом уровне выступает как нарушение принципа конфиденциальности и отчасти разрушает ту атмосферу интимности и тайны, где не место «третьему». Вполне возможно, что изменение традиционного сеттинга вносит новые смыслы, порождает разнообразные фантазмы у терапевта или пациента. Что ж, как и любой другой элемент терапевтической ситуации, его можно использовать в качестве экрана для проекций. Тогда на полюсе терапевта более рельефно и отчетливо проявятся и станут доступны осознанию и проработке страхи, амбиции, смутные желания, например страх перестать быть единственным обладателем пациента, и т.д. и т.п. Терапевту придется набраться мужества перед лицом своеобразного беспристрастного зеркала, отражающего не его терапевтические намерения, рационализации и фантазии, а именно непреложный факт его действий и ответного отклика пациента. Точно так же присутствие «третьего», вероятно, вызовет встречный поток ассоциаций пациента, помогая высветить, как это для него... Наиболее очевидный довод в пользу использования объективных методов регистрации терапевтического процесса состоит в развитии новых форм супервизии и обучения в дополнение к традиционному анализу записей, сделанных терапевтом по памяти. Довод «против» заключается в известном опасении, что представление о содержании терапии значительно обеднеет за счет фокусировки прежде всего на формальных и обобщенных характеристиках текста транскрипций в ущерб их тонкому феноменологическому анализу исчезнут непередаваемые вербально тонкие нюансы насыщенной эмоциями атмосферы контакта» молчания, выражений лиц.

Новые тенденции в психотерапии личностных расстройств

Личностные расстройства, как известно, составляют группу наиболее грубых и

резистентных к любому виду лечения психических нарушений, сравнительно недавно ставших фокусом интенсивных исследований. Специальный интерес привлекают так называемые нарциссические и пограничные личностные расстройства. С 1988 г грандиозный междисциплинарный и кросскультурный проект объединяет 11 стран, среди которых США, Германия, Англия, Кения Япония, Нидерланды, ради научного обеспечения клиничко-психологической диагностики пограничных расстройств, поощрения исследовательских программ, интеграции клинических и исследовательских подходов, а также данных психотерапии. Термины «пограничные *{borderline}* расстройства личности» (DSM), «пограничная личностная организация» (О. Кернберг) постепенно завоевывают популярность, отчасти даже становятся модными, обрастая политическими, экономическими и культурологическими коннотами, в то время как придерживающиеся классических традиций клиницисты стараются их избегать и по весьма веским резонам. Дело в том, что феноменология ПРЛ чрезвычайно полиморфна, высока коморбидность с другими диагнозами, прежде всего с аффективной патологией, аддикциями - пищевой, алкогольной, наркотической; тревожно-фобическими расстройствами и расстройствами личности нарциссического и шизотипального круга, что существенно затрудняет дифференциальную диагностику и терапию, как медикаментозную, так и психотерапевтическую. Кроме того, к ставшим уже традиционной визитной карточкой ПРЛ многократным суицидальным попыткам и парасуицидальному поведению (Дж. Гандерсон, 1985; Е.Т.Соколова, Ю. А.Сотникова, 2006) сегодня добавляется новый диагностический критерий - высокая корреляция с насилием и инцестом в детстве и отрочестве. По некоторым данным, процент сексуального абьюса у пограничных пациентов составляет от 67 до 86% в сравнении с 22% у депрессивных больных и 26% у пациентов с иными психиатрическими диагнозами, что заставляет нас всерьез изучать вопрос о вкладе долговременных и отсроченных последствий насилия в этиологию и патогенез ПРЛ. Уместно упомянуть здесь, что проблематика личностных расстройств давно находится в центре наших научных интересов. Так, начиная с 1980-х гг. под нашим руководством выполнены циклы экспериментально-психологических исследований, посвященных изучению особенностей личности при расстройствах широкого спектра, включая аффективную патологию, ипохондрические расстройства, пищевые нарушения и разные формы невротического развития (Е.О.Федотова, А.Н.Дорожевец, И.М.Кадыров, Н.С.Бурлакова, Е.П.Чечельницкая, О.В.Рычкова, Е. Е. Рахманкина, Лэонтиу фотула и др.). На основании большого массива эмпирических данных удалось построить модель описания структуры пограничной личности, центральные ядерные нарушения которой сосредоточены на синдроме нестабильности и недифференцированности самоидентичности (включая ее телесный уровень), недифференцированности и проницаемости границ отношений Я-Другой, а также выделить и дать типологию вторично-компенсаторных образований в виде искажения познавательных процессов, внутриличностных и интерперсональных манипулятивных стратегий защиты, что позволяет обосновать психологические критерии диагностики личностных расстройств на дотерапевтическом этапе и сами психотерапевтические стратегии [Е.Т.Соколова, 3, 4, 5, 6]. Следует признать, таким образом, что количество остро дискуссионных вопросов в области клиники, медикаментозного лечения, психологических исследований и психотерапии личностных расстройств с годами не только не уменьшается, но, напротив, резко возрастает, о чем свидетельствуют обзорные публикации последних лет. Так, А.Тьютек и М. Линехан в обзорной статье 1993 г. указывают, что за 13 лет, что прошли после выделения этой группы заболеваний в специальную категорию (согласно DSM), ежегодно более 40% публикаций в англо-американской периодике приходится на проблемы эпидемиологии, этиологии и диагностики ЛР; значительно меньшее место занимают теоретические модели личностных расстройств психодинамической ориентации; ничтожно мало число собственно эмпирических исследований; почти отсутствуют публикации, удовлетворяющие традиционным сциентистским требованиям; среди новейших тенденций отмечается появление интегративных моделей, когнитивно-динамических, в частности рост публикаций,

посвященных анализу отдельных терапевтических случаев. Принимая во внимание тот факт, что ряд дискутируемых проблем относится к области психотерапии в целом, однако недостаточно осмыслен в связи со специальными аспектами психотерапии личностных расстройств, мы видим актуальность обсуждения, по крайней мере, некоторых из них.

На сегодняшний день психодинамическая ориентация сохраняет лидерство в концептуальной и методически разработанной системе психотерапевтического лечения личностных, в первую очередь пограничных расстройств, в двух наиболее известных и фундаментально разработанных версиях - экспрессивной терапии О.Кернберга и восстановительной терапии Х.Кохута. Несомненный интерес в этой связи вызывает исследовательский проект Меннингерской клиники (США), известной своим давним и стабильным интересом к развитию и модернизации классического психоанализа и проективного диагностического инструментария. В рамках данного проекта, объединившего клиницистов и исследователей» была осуществлена программа сравнительного изучения процесса и результатов разных видов психоаналитической терапии пациентов с тяжелыми эмоциональными и личностными расстройствами нарциссического и пограничного типов. Согласно докладу руководителя проекта Р. Валлерстейна, по механизмам терапевтического воздействия поддерживающая и экспрессивная терапия имеют гораздо больше общего, чем провозглашается их сторонниками в теории, в реальном терапевтическом процессе границы между ними легко стираются. Удалось выделить и описать шесть видов поддерживающих механизмов, главным из которых, посредством чего достигается лечебный эффект, является восстановление и упрочение позитивной трансферентной привязанности, неинтерпретируемой ради поддержания позитивного переноса, в контексте которой возрастают готовность и способность пациента достигать терапевтических целей и изменять поведение, симптомы и сам образ жизни в угоду терапевту ради сохранения трансферентной привязанности и зависимости. Среди других процессов, содействующих позитивным изменениям на разных этапах терапии, называют идентификацию с терапевтом и последующий перенос трансферентной привязанности на человека из реального социального окружения или его смещение на имеющиеся вне терапий формы социального интереса; поддержка антипереноса ради содействия росту автономии и самоутверждения через трансферентную борьбу, т.е. авторы говорят о механизмах своего рода торговли переносом, смещения переноса. Предполагалось и постулировалось теорией, что изменения, достигнутые в рамках такого рода терапии, могут носить по преимуществу временный характер и затрагивают исключительно поведенческий уровень. В противоположность этому экспрессивная терапия, опираясь прежде всего на вскрывающие и развенчивающие перенос методы, достигает глубинных изменений на структурном уровне личности (защитных механизмов, познавательных процессов тестирования реальности, аффекта и его контроля, силы и стабильности Я), тем самым создавая предпосылки для продолжительных и устойчивых изменений. Имплицитно предполагается, что только личностное раскрытие и реконструкция, осуществляемая посредством вскрывающих интерпретаций, инсайтов и структурных личностных изменений, способна привести к изменениям более глубоким и продолжительным, чем редукция симптомов и поведенческие изменения. Результаты проведенных исследований оказались в определенной степени неожиданными. Изменения, достигнутые в поддерживающей терапии, нередко оказывались структурными и были продолжительными и стойкими; в свою очередь, ожидаемые в экспрессивной терапии изменения, затрагивающие интра-психические конфликты и их разрешение посредством интерпретаций, проработки и инсайтов происходили гораздо реже, чем предполагалось и постулировалось в теории. Общий вывод исследований доказывает, что весь спектр аналитической терапии содержит более поддерживающих элементов, чем предполагалось априори» и этими поддерживающими элементами объясняется существенно больше позитивных изменений, чем постулируется теорией и планируется в практике. Реально различия между двумя терапевтическими системами не так велики, как подчеркивается в

теории, в то время как к структурным изменениям, если таковые происходят» может вести и поддерживающая, и экспрессивная терапии.

Полученные выводы не кажутся нам совсем неожиданными, если учесть, какое сильное воздействие оказали на классический психоанализ идеи гуманистической психологии с ее подчеркиванием ценности эмпатической поддержки и отражения; генетические исследования Д. Боулби и Д. Винникотта, раскрывающие механизмы отношений привязанности и их роль в развитии зрелой самоидентичности, истинного или фальшивого *Я*, представления, породившие принципиально новое понимание природы, места и функций материнского и отцовского типов трансфера для незрелых пациентов с глубокими расстройствами *Я*. Стоит хотя бы упомянуть в этой связи терапевтические модели Дж. Мастерсона и Д. Ринсли, в которых терапевту, по сути дела, приходится восполнять дефекты плохого родителя, на начальных этапах терапии предоставляющего себя в распоряжение пациента, поддерживая его до тех пор, пока тот перестанет испытывать страх быть брошенным или поглощенным значимым Другим, проводя его через рифы процесса сепарации и индивидуации, в зависимости от стадии терапии переходя с материнской позиции на отцовскую. Только обеспечив пациента максимумом безопасности и стабильности, терапевт получает возможность конфронтировать с патологическими защитами и манипуляциями. Иными словами, поддерживающие и вскрывающие элементы терапии вовсе не обязательно рассматривать в качестве взаимоисключающих стратегий; их противопоставление снимается в моделях терапии, в которых ее этапы рассматриваются по аналогии с фазами развития *Я*.

В заключение как продолжение предпринятого нами исследования новых тенденций в теории и практике терапии личностных расстройств хотелось бы отметить появление и дальнейшее распространение интегративных моделей. В частности, упомянем здесь модель так называемой динамической когнитивно-бихевио-риальной терапии (D-CBT), связанную с именами известных представителей конструктивизма - Р. Тёрнера, М. Мэхони и некоторых других, кто видит свою задачу в перефокусировке терапии с симптомо-ориентированной на личностную, в экстрагировании из современных психоаналитических концепций и теорий развития своего рода недостающих звеньев. Так, D-CBT-модель вбирает в себя по крайней мере три положения психодинамического подхода: подчеркивание важности изучения уз привязанности с родительскими фигурами раннего детства для понимания актуальных межличностных проблем; признание существенной роли психотерапевтического альянса в эффективности терапии; утверждение конечной цели терапии не столько в модификации поведенческих схем, сколько в прояснении и изменении интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве в результате воздействия инвалидирующего и тотально-вредоносного окружения. Терапевтический процесс предполагает поэтапную работу по выявлению типичных для пациента искаженных интрапсихических схем в процессе выслушивания терапевтом его истории жизни и взаимоотношений со значимыми для него людьми (часто на основе применения процедуры SCRT), обусловивших искажение познавательных процессов и межличностного общения. Здесь ведущую роль играет доверительный контакт между пациентом и терапевтом, атмосфера доверия, побуждающая пациента к раскрытию чувств и переживаний прошлого и настоящего. На последующих этапах пациент обучается опознавать, осознавать и исследовать свои неадаптивные схемы, а затем включается этап собственно поведенческого тренинга с задачей отработки альтернативных способов эмоционального реагирования, самоконтроля и управления поведением.

Подобная переориентация затронула практически все основные модели терапии когнитивистской ориентации, включая классическую схему А. Бека, в рамках которой терапия также начинает принимать во внимание не только симптомы и поведенческие нарушения, но и более широкий, породивший их личностный контекст, формируя своего рода нео-NEW LOOK на происхождение, структуру и терапию депрессивных и тревожно-фобических расстройств.

На сегодняшний день изучение процесса, механизмов и результатов терапии происходит

в атмосфере зарождения и развития новых методологических принципов и разных исследовательских па-радигматик. Сциентизм классического позитивистского толка с его фетишизацией точного знания, гарантированного математической статистикой, начинает осознаваться на пороге третьего тысячелетия как очередная иллюзия человеческого разума. Это означает, в частности, более толерантное и сбалансированное отношение к гуманитарным методам познания, признание научной ценности и достоверности за методами качественного феноменологического исследования человеческой субъективности, возрождение идеографического (наряду с осознанием достоинств и недостатков номотетического) подхода к изучению личности и его легитимизация. Таким образом, создается реальная, а не только декларируемая, основа гуманизации и интеграции наук о человеке, отвечающая эпистемологии будущего.

Эмпирические исследования психотерапевтического процесса

Модель диалогического анализа терапевтического процесса

Предложенная диалогическая модель берет за основу идеи М.М.Бахтина (1979) и Л.С.Выготского (1983) о социальном гене-зе сознания, о диалоге, который есть форма самого бытия личности. Здесь психика понимается как структура принципиально диалогическая, в которой имплицитно содержатся различные формы социальных внешних диалогов.

Этот подход к изучению личностных расстройств позволяет, исходя из культурно-исторической концепции, описать психологические закономерности процесса, в теории объектных отношений называемого интернализацией. Как мы писали ранее, особые «извращенные» отношения со значимыми другими (абьюзы - в широком смысле слова), имевшие место в раннем эмоциональном опыте, порождают кардинальные несовпадения способов родительского отношения и насущных потребностей роста и взросления ребенка. Имеется в виду комплексное патогенное воздействие ряда крайне неблагоприятных для нормального развития самоидентичности факторов, среди которых эмоциональная депривация в первые месяцы жизни, искусственно продлеваемый симбиоз на стадии сепарации-индивидуации, отсутствие достаточной сензитивности и откликаемости на стадии воссоединения, пережитый опыт насилия. «Испорченные» диадические отношения интериоризуются в структуру «дефицитарной» самоидентичности, на феноменологическом уровне переживаемой как хронический эмоциональный голод и симбиотическая зависимость от значимого Другого, навязчивый поиск материнской фигуры, способной извне компенсировать внутреннюю несамодостаточность, чувство потерянности и беспомощности (Е.Т.Соколова, 1995). Выступая на поверхности сознания в качестве переживаний Я, в этом смысле монологичных, эти чувства глубоко диалогичны по природе, в свернутой форме содержат отголоски диалога со значимыми фигурами раннего детства, диалоги базовые, материнские. Именно по этой причине психотерапевт, особенно на начальных стадиях, встраивается в материнский диалог, развивает материнский паттерн отношений с пациентом, что означает сензитивность и эмоциональную отзывчивость, прежде всего к высказываниям пациента (в том числе и невербальным), в свернутой форме обращенным к терапевту как материнской фигуре (Е.Т.Соколова, Н.С. Бурлакова, 1997). Существенной процессуальной характеристикой терапии, ее стратегией становится разворачивание и вынесение вовне внутреннего диалога, в ходе чего монологические высказывания, жалобы и симптомы преобразуются в диалогические. Среди терапевтических методов особая нагрузка падает на использование контрпереносных чувств, которые становятся своего рода окном в противоречивый и запутанный мир пациента. Они помогают терапевту, как бы пропустив эти чувства через самого себя, понять витальный смысл проективных идентификаций и коммуникативных манипуляций, только одних способных удостоверить существование Я и одновременно испытать на прочность и надежность терапевта.

Несмотря на многочисленные исследования в области психотерапии, ее процесс все же пока остается таинственным и плохо поддается систематическому научному описанию. Не

претендуя на окончательность и исчерпанность проделанной нами работы, изложим собственные результаты по анализу «психотерапии со значимым Другим» (Е.Т.Соколова, 1995). В отличие от констатирующих, статических, осуществленных методом срезов (до, во время и после окончания психотерапии) традиционных исследований, «замеров» психотерапии, настоящее исследование фокусировалось на *процессе психотерапии*.

Предметом исследования был внутренний диалог в структуре самосознания у пациентов с пограничными личностными расстройствами и его динамика в терапевтическом процессе, а также характер психотерапевтической активности, способствующей развертыванию внутреннего диалога.

Сделаем одно важное замечание. В силу характера нарушения, «ядром» которого выступают искажения самосознания, имеющие исток на самых ранних этапах онтогенеза в отношениях матери и ребенка, изучение пограничных личностных расстройств представляет для нас особый интерес. Дело в том, что в их структуре, особой личностной организации для исследователя становятся зримыми и в какой-то момент прозрачными первичные диалогические отношения, составляющие фундамент самосознания. Важно отметить, что исследование состояния внутреннего диалога с необходимостью является и генетическим исследованием, указывающем в общих чертах на характер, структуру общения пациента в детстве, что позволяет вскрыть сущностную природу, происхождение сознания в определенной социальной, диалогической структуре общения ребенка и матери.

Определяя внутренний диалог как внутреннюю коммуникацию *Я* и Другого, свернутую и объективированную в речевых формально монологических высказываниях, мы стремились увидеть, как в процессе психотерапии структура «голосов», часто не связанных друг с другом, «незнаемых» и непроницаемых друг для друга, начинает выходить вовне, соприкасаться и коммуницировать.

Другой исследовательской задачей стало создание функционально-структурной модели деятельности психотерапевта путем независимого изучения транскрибированных психотерапевтических сессий (психотерапевт - Е.Т.Соколова, исследователи - Н.С.Бурлакова и Е.Т. Соколова), что дало возможность в общих чертах определить круг действий психотерапевта, способствующих развертыванию внутреннего диалога пациента, классифицировать терапевтические функции по отношению к стадиям психотерапии (Н.С.Бурлакова, 1997).

Во многом в ситуации психотерапии «слышание» внутреннего диалога пациента психотерапевтом протекает свернуто, интуитивно. При помощи синтезированных нами текстовых методов анализа, используемых в гуманитарных науках, мы попытались «развернуть» его, сделать зримым. Результатом явилось выделение содержательных, динамических и формальных параметров дезинтегрированного внутреннего диалога у пациентов с пограничными личностными расстройствами. Отметим, однако, что динамические и содержательные характеристики внутреннего диалога существенно связаны между собой и во многом выделяются условно.

Итак, рассмотрим *содержательные характеристики* внутреннего диалога. В зависимости от характера образа Другого и диалектически связанного с ним образа *Я* можно говорить о следующих типах внутреннего диалога (проявляющихся и во внешнем диалоге) у пациентов с пограничной личностной структурой.

Внутренний диалог по типу «слабого и неполноценного Я» и «сильного, большого Другого». «Слабое Я» в силу страха оставленности и покинутости стремится соответствовать стандартам и предписаниям «сильного Я», «подстраиваться» под них. Фактически голос «сильного человека» осуществляет постоянное насилие, так или иначе оформляя голос «слабого», замещая чувства последнего «рациональными установками», «грамотными выводами». Объективно это фиксируется в речи пациента как обилие чужеродных элементов-вкраплений, которые в силу своей чуждости и «непереваренности», нередкой противоречивости вызывают внутренний диалог. Устойчивая, возобновляющаяся

интроспективность прослеживается в наиболее выраженных формах дезинтегрированного внутреннего диалога - в «разговоре других во мне без меня». Из самой ситуации «заглатывания» того или иного содержания можно заключить о пустующем внутреннем месте, о существенном недоставании чего-то, что должно прийти извне, соответственно образ Другого предстает как образ чего-то большого и большего, чем Я. Этот процесс разворачивается извне внутрь, и содержания Другого перемещаются в Я. У пациентов с пограничной личностной структурой в силу первичной эмоциональной дефицитарности и страха лишиться Другого возникает ситуация «засасывания» всего подряд и без разбору, что приводит и к столь же автоматическому «выбрасыванию» из себя отторгаемого. Суть диалога между «слабым Я» и «сильным» - в навязчивой слитности с Другим, в тотальной и незавершенной «другости».

Внутренний диалог по типу «властного Я» и «аморфного Другого». Для «властвующего Я» партнер по взаимодействию предстает как predetermined чувствами и желаниями последнего, это человек-марионетка, который должен покоряться воле властвующего Я и формироваться этой волей. Ценность Другого не воспринимается властвующим Я, нередко приводя к механически-формальным отношениям с Другим (например, в случае К. - называние всех исключительно по фамилиям). Процесс разворачивается не извне вовнутрь, а изнутри вовне. Отвергаемая беспомощность, собственная слабость выносятся «властвующим Я» вовне и приписывается Другому, который «ниже», «хуже». Таким образом, внутренний конфликт, неосознаваемый внутренний диалог находит свое разрешение вовне, что позволяет сохранить определенную степень внутренней устойчивости.

Оба типа внутреннего диалога у пациентов с пограничной личностной структурой носят перемежающийся характер, но на генетическом, более глубоком, уровне происходят из одной потребности - обрести чувство опоры, поэтому *третий тип выделяемого внутреннего диалога - это диалог «эмоционально голодного Я» и «тайножелаемого», «материнского» Другого.* В силу незавершенности, «непрожитости» раннего диалога между матерью и ребенком, отсутствием «внутренней матери» для пациентов с ПЛС характерен навязчивый поиск ее вовне себя, желание кровной привязанности с «питающим» Другим.

Динамический параметр внутреннего диалога. К динамическим характеристикам дезинтегрированного внутреннего диалога относятся ригидность, «окаменелость» внутреннего диалога пограничных пациентов; истощенность в силу: а) постоянного напряжения из-за следования рациональным внешним нормам; б) разобщенности и разнонаправленности частей личности; в) постоянной борьбы с Другим, чтобы убедить его в том, что «я на самом деле не тот, кого ты видишь»; г) резкой колебательности ввиду отсутствия «управляющего Я», собирающего разнонаправленные Я воедино.

Формальный параметр внутреннего диалога. К основным формальным характеристикам относятся: логическая противоречивость, нередко заключенная в одной фразе; присутствие резко противопоставленных тем и персонажей, о которых ведется рассказ с соответствующими стилистическими формами (условно «верха» и «низа»); механически-четкие, альтернативные, дихотомичные ценностные определения; обилие чужеродных речевых вкраплений, воспринимаемых говорящим без отстранения; дисбаланс между чувственным и рациональным уровнями текста, противоречие между непосредственным желанием и формой его выражения; резкость перехода («скачки») от одного высказывания к прямо противоположному.; существование разъединенных сознательно предпринимаемых произвольных усилий, выражаемых в речевых должностных утверждениях, и чувственных желаний; «расщепление» определений, касающихся образа Я и образа значимого Другого на дихотомично поляризованные части, и т.п.

Выделенные параметры внутреннего диалога отсылают к более общему контексту исследований пограничной личностной организации - к феноменам «нестабильной», «хамелеонообразной», «хрупкой», «повышенно уязвимой», «пустой» ее структуры и позволяют взглянуть на эту структуру, исходя из особенностей внутреннего диалога.

Обращение к анализу собственно работы психотерапевта (в силу ограниченности рамок работы рассматривалась только деятельность, направленная на развертывание внутреннего диалога пациента) позволило определить функционально-структурную модель деятельности психотерапевта, способствующую развертыванию внутреннего диалога пациента. Деятельность психотерапевта понимается и описывается также с диалогических позиций. Ввиду того что терапевтический диалог строится вокруг интуитивно ощущаемой психотерапевтом терапевтической задачи и, таким образом, опосредуется этой задачей, его можно описывать в терминах терапевтических стратегий, действий терапевта, интенциональных состояний. Мы использовали понятие «функции» для описания направленности терапевтической активности (для чего?), и понятие «структуры» - для описания реализации этой активности (каким образом?). Система, целое психотерапевтического процесса рассматривалась как функциональная структура, которая является довольно сложной с *плавающими, перемещающимися, комплексными функциями*. Эти функции, взаимодействуя друг с другом, определенным образом *сцепляясь*, и образуют целое психотерапии, ее движение. Выделение функций представляет собой аналитическую процедуру, в самом процессе психотерапии такое выделение отсутствует, поскольку психотерапевт ориентирован прежде всего на течение процесса, его содержание, а не на реализацию тех или иных функций. Более того, как показало наше исследование, обычно психотерапевтическое действие имеет полифункциональный характер, т.е. реализует сразу несколько функций. Так, например, высказывание психотерапевта «Давайте подумаем» содержит в себе следующие функции: 1) положительную оценку происходящего; 2) организацию побуждения к размышлению; 3) ответственность («ты сам можешь думать, и я тоже»); 4) создает атмосферу разделенно-совместного действия, необходимый уровень общности. Подобная *многофункциональность* высказывания психотерапевта создает поле выбора возможностей для ответа, действия у пациента, и в этом смысле искусство психотерапевта состоит в том, чтобы использовать полученный ответ пациента в другой функции, возможно, не совпадающей с первоначальным бессознательным или осознанным замыслом. В отношении структуры высказываний психотерапевта следует отметить, что на первых этапах работы происходит выработка общего языка пациента и психотерапевта, и если первоначально психотерапевт пытается говорить скорее «на языке» пациента, создавая тем самым условие для образования общности, совместности, то далее язык коммуникации психотерапевта и пациента приобретает «промежуточный» характер, становится средоточием взаимопроникновения как языка пациента, так и языка психотерапевта (см. один из универсальных законов диалога, выделенных Ю. М. Лотманом [6]), существуя как результат совместного движения коммуникации. В связи с вышесказанным условием успешного течения психотерапии выступает способность психотерапевта говорить по-разному, «на разных языках» с различными людьми, иногда просторечно, иногда более литературно, в любом случае это определяется искусством и умением психотерапевта «ухватить», проникнуть в «язык» пациента и способностью говорить на нем, что опирается на процесс более широкого и целостного понимания психотерапевтом пациента.

Таким образом, выделенные функции не являются жестко однозначными, но, напротив, переливаются одна в другую, взаимосвязаны.

Проведенный анализ дословных текстов-транскриптов терапевтических сессий позволил выделить 17 функций, направленных на развертывание внутреннего диалога, а также соотнести доминирующие функциональные направленности терапевтической деятельности с ее этапами.

Первый этап психотерапии-«заключение договора»: функции структуризации работы, определение ее рамок, фиксации результатов.

Второй этап психотерапии- «этап установления эмоционального контакта»: функция сбора объективной информации, функция выяснения отношения пациента к определенным фактам и событиям, функция снятия напряжения, создания доверительных отношений.

Третий этап психотерапии- «актуализация базовой структуры внутреннего диалога»: функции организации проекции, функция понимания и поддержки, работы с переносными реакциями пациента, функция экстернизации, функция использования контрпереносных чувств.

Четвертый этап психотерапии- «конфронтация»: функция стимулирования ответственности, перевода чувства в более широкий жизненный контекст, обратной связи, остановки, расшатывания стереотипов.

Остановимся на характеристике некоторых наиболее важных функций.

Функции организации проекции (включают несколько взаимосвязанных функций). Реализация этих функций в психотерапевтическом процессе состоит в задавании проективных ситуаций, в которых пациент будет проявлять себя наиболее спонтанно, снятии внешнего и, по возможности, внутреннего, давления и в некоторой неопределенности стимуляции и заданий.

Функция создания доверительных отношений, понимания и поддержки. В психотерапии со значимым Другим эта функция приобретает особое значение в силу первичной эмоциональной дефицитарности у пациентов с пограничными личностными расстройствами, нуждающихся в эмоциональном «напитывании», поддержке. Реализуется через организацию сопереживания, эмпатии, продолжение психотерапевтом ответов пациента (психотерапевт продолжает незаконченные фразы, «схватывает» слово, «вертящееся» на кончике языка пациента, принимает роль его двойника, его голоса и т.д.).

Другим вариантом достижения этой функции может стать прямое высказывание эмоциональной поддержки в контексте обнаружения значимости ее на данном участке психотерапевтической работы. Так, заметив, что у пациентки холодные руки, психотерапевт говорение от имени рук плавно переводит в высказывание, адресованное лично ему:

П.: Мне холодно, как будто я вся на ветру, промозгла.

Е.Т.: Я вижу, что холодно, что промерзли, что хочется тепла, поддержки, и я слышу голос и рук и ваш голос, потому что это не только руки говорят, я слышу, как это вы говорите, и у меня это вызывает желание быть с вами, когда вам холодно. Вот мне кажется, что у меня тепло сейчас концентрируется в глазах, у меня такое ощущение, что они теплеют... *(Пауза.)* Что сейчас с вашими руками, с вами? *(Голос психотерапевта очень жизненный, теплый, искренний, интонации свидетельствуют о чувственном, телесном резонансе психотерапевта.)*

П.: Руки как-то стали немножко отогреться, тепло так пошло по ним.

Функция экстернизации включает целый ряд близких к ней функций, общим звеном которых выступает вынесение внутреннего содержания вовне (функция побуждения, активации; функция перевода в настоящее; экстернизации интроекций и т.д.).

Функция остановки. Ее направленность - изоляция вопроса или реплики внутреннего диалога пациента, результата, достигнутого в работе, а значит, акцентировка на важности только что произошедшего момента.

Функция стимулирования ответственности, апелляции к авторству. Достаточно часто эта функция сопровождается фрустрацией для пациента, поскольку психотерапевт возвращает пациенту ту долю ответственности, от которой пациент хочет бессознательно или сознательно уклониться.

Функции использования контрпереносных чувств. Иногда эти функции могут дублировать некоторые из описанных функций, но сами по себе они являются более глубоким уровнем осуществления, понимания и анализа пациента психотерапии. Диапазон этих функций уточнен и расширен по сравнению с ранее выделенным другими авторами, они: 1) дают тонкое, дифференцированное понимание «пустоты» в пациенте, области внутренней жизни пациента, которая дефицитарна или отсутствует, а также понимание скрытых манипуляций пациента, его защитных стратегий; являются катализатором, эмоционально вовлекающим пациента в психотерапию, отчасти ускоряющим ее течение. В этом смысле контрпереносные чувства помогают организовать выражение чувств;

2) помогают психотерапевту выбрать точную позицию с опорой на свой личный опыт, на свои сильные стороны;

3) ввиду того что исток душевных расстройств пациента сдвигается к нарушенным отношениям с матерью на самых ранних этапах онтогенеза, контрпереносные чувства, используемые в качестве инструмента в психотерапии, отвечают довербальному эмоциональному характеру нарушения;

4) дают право психотерапевту не только формально, но и по сути показать изнаночную, «метакоммуникативную» природу манипуляций в силу того, что психотерапевт сам испытал их воздействие на себе.

Фактически использование контрпереносных чувств, построение на их основе коммуникации с пациентом, является средством построения внешнего диалога, чтобы с его помощью способствовать развертыванию внутренних диалогов пациента.

Несмотря на то что выделен и описан круг функций психотерапевта как устойчивая организация, высветилась и особая сложность такого описания. Эта сложность состоит в том, что и сами выделенные функции изменяются в процессе психотерапии. Например, это можно сказать о функции апелляции к авторству и стимулировании ответственности. Для начального этапа психотерапии характерен уровень рациональной решимости пациента «быть» в терапии, взять на себя часть ответственности за психотерапевтические отношения, что заканчивается заключением контракта. На втором этапе, где происходит знакомство и отчасти «сбор объективной информации», это скорее ответственность за суждение, за его соответствие действительности. Для следующей стадии характерна ответственность за открытость и, наконец, на этапе конфронтации проблема ответственности становится самостоятельной психотерапевтической проблемой. Другие функции в психотерапии также претерпевают свои изменения, будучи представленными в той или иной мере на всех ее этапах.

Остановимся подробнее на некоторых этапах психотерапии.

Так, на начальном этапе психотерапии терапевт открыт для того, что ему говорит пациент, он пытается понять, что за человек перед ним сидит, чем он живет, что его волнует. Можно сказать, что определяющим является спокойное восприятие, без специальной рефлексии. В этом смысле мы определяем начальные этапы психотерапии как естественный нерerefлектированный диалог между психотерапевтом и пациентом. Создается ситуация, аналогичная проективному квази-эксперименту, цель которого - создание условий для максимизации проекции, снятие всех внешних барьеров, для того чтобы остались только внутренние, максимальная спонтанность. В этом смысле характер взаимодействия между психотерапевтом и пациентом предписывает психотерапевту быть нейтрально-доброжелательным, все принимающим, поддерживающим, минимально вмешивающимся (Г. Меррей, Д. Рапапорт, Е. Т. Соколова).

В проективно организованной ситуации психотерапии, в процессе ее развертывания начинается постепенное вычленение из массы терапевтического материала образа Я и образа Другого. Поскольку в процессе диалога с терапевтом у пациента снимаются ограничения для самовыражения, он начинает проецировать на терапевта устойчиво-значимые, желаемые (и/или отторгаемые) образы Другого, что в ситуации «здесь и сейчас» позволяет воочию увидеть фиксированные позиции его внутреннего диалога. Пациент на этом этапе может еще не осознавать их внутренний действительный смысл. Терапевту важно уловить эту позицию (чувственно, а потом уже рационально) и как бы на время позаимствовать ее, побыть в ней, чтобы ощутить на себе все тонкости, «пустоты», «дыры», но и преимущества позиции, которую ему «отводит», «предлагает» пациент, стать значимым лицом во внутреннем диалоге пациента (одновременно и во внешнем). В другой терминологии психотерапевт позволяет себе быть мишенью проективной идентификации, т.е. он провоцирует, создает, усиливает перенос, таким образом соприкасаясь с манипулятивной природой проективной идентификации «здесь и сейчас», *напрямую* соприкасаясь с патологией пациента. В отличие от З. Фрейда, введившего промежуточное звено против переноса и контрпереноса в виде «третьего» лица, которому, по

Фрейду, предназначаются чувства пациента в действительности, что явилось своеобразной защитной реакцией психотерапевта, ограждающей его от втянутости в терапию «живьем» (Л.Шерток, Р.Соссюр, 1991), в данном случае вся ответственность переносится на психотерапевта. Последний принимает на время («контейнирует») все проявляемые пациентом чувства как предназначенные персонально ему, равно как и ответственность за собственные терапевтические ответы, не повторяющие прошлые травматизации со стороны Другого. Иными словами, контрпереносные чувства психотерапевта, являющиеся частью психотерапевтического процесса, становятся специальным методом, позволяющим точно диагностировать характер патологии клиента и выбирать оптимальный путь для психотерапевтического вмешательства.

Итак, постепенно, в процессе психотерапии образ Другого выкристаллизовывается более отчетливо, проецируется на психотерапевта, а вместе с тем все более и более отчетливым становится и образ Я. Таким образом разворачивается базовая диалогическая структура самосознания.

Особым этапом в разворачивании внутреннего диалога становится его превращение благодаря терапевтической работе в специфическое действие - отношение между психотерапевтом и пациентом, что позволяет внутреннему диалогу из скрытого стать явным, зримым. Этот этап является условием возможности появления нового опыта для пациента: движения от формально внешнего диалога, который суть тот же внутренний (т. е. разговаривая с терапевтом, пациент в действительности говорит с собой, со своим образом Другого), к реалистическому диалогу с другим как с Другим, т.е. реальным человеком.

Этот процесс сопряжен с дифференциацией, «разведением» прежде слитых в самосознании «голосов», выходящих наружу и находящихся своего действительного адресата из прошлого или настоящего. «Голоса» обретают нюансированное звучание, становясь ясными, осознанными, «живыми», что свидетельствует об их изменении из защитно-трансформированных в чувственно-спонтанные. Многие смысловые обертоны, которые считались «плохими» и защитно отгеснялись, получают право на звучание и приятие, «неживая» речь, глухая и монотонная, постепенно становится авторской, «своей», пронизанной чувством, обжитой, маркируя движение к большей интеграции и осознанности себя.

На этапе терапевтической конфронтации с патологическими структурами пациента ситуация существенно меняется: психотерапевт отказывается быть Другим, образ которого автоматически проецировался пациентом на психотерапевта, и тем самым раскрывает, обнажает структуру образа Другого. Если пациент на этом этапе терапии обрел способность стать лицом к лицу с новой внутренней правдой о себе, то его сознание все больше и больше переориентируется от фиксированного образа «однобокого» Другого к творческому и реалистическому видению многогранности и сложности Другого. Терапевтические изменения вступают в следующую фазу.

Итак, как показал проведенный анализ, психотерапия со значимым Другим в существенной своей части предстает как процесс разворачивания внутреннего диалога пациента. Для этого процесса характерна трансформация внешне монологических образований (симптома, высказывания и т.п.) в диалогические отношения и социальные контексты, внутри которых они возникли и структуру которых несут в себе. В этом процессе раскрывается генети-

ческая наслоенность более поздних диалогических отношений на более ранние, связанные с нарушением диалога между матерью и ребенком на ранних этапах онтогенеза, что позволяет увидеть как специфику развития пограничной личностной структуры, так и открывает поле возможностей для собственно терапевтической работы.

Тактики (методы) психотерапевтического взаимодействия при основных типах личностных расстройств. Обращение за психотерапевтической помощью («запрос»)

При обсуждении вопросов оказания психологической, в том числе и психотерапевтической, помощи пациентам с тяжелыми личностными расстройствами в центре внимания традиционно находятся специфические трудности в установлении контакта и разнообразные формы сопротивления изменению, в частности, негативная терапевтическая реакция, как наиболее типичная проблема при взаимодействии с этой, занимающей промежуточное место по отношению к психозам и неврозам, группой пациентов. Обращение за помощью само по себе уже является серьезным событием в жизни «потенциального пациента», а между тем его психологический смысл практически не становится предметом исследования и осознания со стороны практикующих психотерапевтов. То, что «потенциальный пациент» вынужден заявить о дальнейшей невозможности самостоятельного, без посторонней помощи решения личностных проблем, воспринимается абсолютно естественно, как само собой разумеющееся право каждого на получение помощи, когда он считает это субъективно необходимым. Однако именно способность *принять помощь* вместе со способностью *оказать ее* являются очевидными критериями здоровой, «нормальной» личности (так ее характеризовал Д.Боулби), в то время как при тяжелой личностной патологии пациент страдает от частичной или полной утраты обеих этих способностей. (Уже З.Фрейд описывал нарциссических пациентов как неспособных принять психотерапевтическую помощь.) Если для психотического пациента при условии хотя бы частичной критики своего состояния пугающе-очевидно, что с ним «что-то не так» и помощь необходима, а для пациента-невротика психологическая помощь с рациональной очевидностью существует как форма реальности, способствующая адаптации, то при тяжелых формах личностных расстройств отношение к потенциальной психотерапевтической помощи крайне амбивалентно. Такая амбивалентность определяется конфликтом между «всемогущим» и «неполноценным» аспектами расщепленного образа Я; данное теоретическое представление в целом считается общепризнанным. Вместе с тем в психотерапевтической практике проявления «всемогущего» аспекта образа Я недостаточно учитываются при формировании контакта с «потенциальным пациентом», демонстрирующим признаки личностного расстройства, что становится частой причиной его отказа от возможности получения помощи или ее прерывания на самых ранних этапах терапевтического процесса, поэтому выглядит вполне обоснованным выбор именно «всемогущего» аспекта образа Я в качестве основного предмета дальнейшего обсуждения.

Обратимся вначале к феноменологии жалоб «потенциальных пациентов» трех основных групп личностных расстройств: шизоидных, нарциссических, пограничных. Для всех них травматично уже само обращение за помощью к другому человеку, поскольку оно означает признание ограничений фантазийного всемогущества Я. Становятся необходимы изошренные бессознательные стратегии самообмана (а затем и обмана «потенциального помощника»), с тем чтобы решиться прийти на прием к психотерапевту. Рассмотрим, к каким бессознательным уловкам прибегают «потенциальные пациенты» преимущественно на первых сессиях, предъявляя терапевту субъективно-допустимую жалобу. Психотерапевту важно принимать их в расчет, выбирая, в свою очередь, определенную тактику ответного взаимодействия, которая могла бы помочь «потенциальному пациенту» наилучшим образом

использовать возможность на получение помощи.

Шизоидный пациент в своей жалобе избегает темы общения с другими людьми, так как это нанесло бы удар по всемогуществу *Я*, ответственному за сохранение безопасной дистанции по отношению к Другому. Заявить о проблемах в общении означает признать неспособность Всемогущего *Я* регулировать степень близости, манипулируя Другим. Поэтому в жалобах звучит озабоченность проблемами, на первый взгляд совсем не касающимися взаимодействия с другим человеком. Как правило, высказывается обеспокоенность ухудшением работоспособности, повышенной утомляемостью, общим снижением и так не быстрого темпо-ритма жизнедеятельности. Бессознательно, однако, такие изменения энергетике *Я* влекут за собой увеличение опасности «прорыва» Другим тщательно выстроенной линии аутистической самообороны. Поэтому и такие, казалось бы, вполне допустимые жалобы начинают вызывать страх быть разрушенным Другим, узнавшим о слабости *Я*. Внимание Другого даже к столь формально звучащим жалобам переживается не как обещающее потенциальную помощь, а как несущее в себе потенциальную угрозу. Манипулятивные уловки не обеспечивают субъективной безопасности шизоидному пациенту; у него возникает стремление исчезнуть из поля зрения Другого, как можно быстрее прекратить общение с психотерапевтом и покинуть кабинет, пусть даже и не получив никакой помощи.

Нарциссический пациент не может позволить себе пожаловаться вообще, так как это уязвляло бы абсолютное всемогущество *Я*. Такой пациент не жалуется - он настойчиво требует рекомендаций, которые позволят более эффективно решать проблемы, быстрее осваивать увеличивающийся объем информации, добиваться лучших результатов в профессиональной деятельности, с успехом преодолевать возможные препятствия и т.д. Нарциссический пациент задает множество вопросов; психотерапевт при этом из «потенциального помощника», «советчика» низводится до роли механического «ответчика» на эти вопросы. Профессиональный интеллект Другого ненасытно эксплуатируется как компьютер для достижения совершенства *Я*,

Для пациента с пограничным личностным расстройством жалоба на тяжесть своего эмоционального состояния допустима лишь вместе с жалобой на того, кто своими действиями «довел» до такого состояния. Однако для всемогущества *Я* таких пациентов это означает, что Другой вышел из-под контроля, чего ни в коем случае нельзя было допустить. Поэтому психотерапевт становится новым объектом всемогущего контроля пациента, тем Другим, на котором «отыгрывается», берет реванш Всемогущее *Я*. Психотерапевт не выступает в качестве «потенциально помогающего» субъекта, а манипулятивным образом превращается в объект наказания, в «мальчика для битья» или в «мусорное ведро» (Ф.Перлс).

При всех типах личностных расстройств онтогенетически не пережит опыт встречи с «помогающим Другим», и, как следствие, отсутствует такой паттерн образа *Я*, как «*Я* - нуждающийся в помощи, Другой - потенциальный помощник». Поэтому психотерапевт не может быть воспринят в качестве субъекта, способного оказать помощь, и тогда пациент «производит» его «десубъектизацию», трансформируя в объект, относительно безопасный для выживания. Важно, чтобы с самого начала психотерапевт понимал всю недопустимость конфронтации с таким экзотичным манипулированием как единственным для пациента способом сохранить жизнь *Я*. Для страдающих тяжелыми формами личностной патологии решиться на то, чтобы из «потенциальных пациентов» стать актуальными пациентами психотерапии возможно только при условии поддержки, создающей необходимый «аванс доверия» и укрепляющей надежду на безопасность отношений. Чтобы «потенциальный пациент» смог почувствовать эту поддержку, тактика психотерапевтического взаимодействия должна базироваться на эмпатическом понимании терапевтом титанических усилий Всемогущего *Я*, стремящегося выжить вопреки тотально вредоносной и безучастной к его насущным жизненным потребностям среде.

Во взаимодействии с шизоидными пациентами главным является толерантность психотерапевта к фрустрации, вызванной бесконечными «приближениями-отдалениями» пациента. Поскольку такие пациенты склонны к взаимодействию по типу «двойной связи», они чувствуют себя в относительной безопасности только контролируя степень приближения Другого. Позволяя пациенту манипулировать психологической дистанцией, психотерапевт во многом предотвращает риск психотической декомпенсации в связи с паническими страхами либо преследования, либо аннигиляции. При оказании помощи пациентам этой группы приобретает особое значение создание условий, при которых возможна реализация ими собственного фантазийного всемогущества в выборе оптимального расстояния Я-Другой, исключающего как насильственное поглощение так и равнодушную изоляцию.

Во взаимодействии с нарциссическими пациентами важно уважать их манипулятивные усилия по маскировке жалобы энергичным требованием. Конечно, не следует идти на поводу этого требования, стараясь добросовестно ответить на вопрос «как стать совершенным с психологической помощью?». Однако поскольку вся манера взаимодействия таких пациентов вызывает желание дать отпор, главным является сохранение доброжелательности и желания помочь. Тогда отказ от продолжения общения в манере «допроса» не будет переживаться пациентом как отвержение.

Поддержкой вопрошающе-требовательному нарциссическому пациенту может стать, например, уважительное замечание психотерапевта о тех высоких требованиях, которые, как видно уже по большому количеству вопросов, связанных с самоизменением, пациент предъявляет к себе. Поскольку рациональная манера общения, предпочитаемая нарциссическими пациентами, глубинно определяется фантазийной убежденностью всемогущего Я в том, что «всегда все в порядке» и нет повода для чьего-либо сочувствия, психотерапевту не следует спешить с доказательствами того, что он отнюдь не компьютер. Не вовремя и не к месту демонстрируя способность к состраданию и сопереживанию во взаимодействии с нарциссическими пациентами, психотерапевт рискует разрушить и без того хрупкий нарождающийся контакт невольной «инвалидизацией» пациента, непереносимой для всемогущего Я.

Если нарциссические пациенты не жалуются, а требуют, то о пациентах с пограничным личностным расстройством можно сказать, что они не столько жалуются, сколько обвиняют. Тактика психотерапевтического взаимодействия в этом случае во многом определяется способностью терапевта к контейнированию (В. Блон), его выносливостью и тем аффективным состоянием, которое невыносимо для пациента. Главным является нахождение «лицом к лицу» с пациентом, пусть он и видит в психотерапевте только «мусорное ведро». Психотерапевт позволяет какое-то время полностью манипулировать собой, не конфронтируя с пациентом по поводу возможностей всемогущего контроля. Лишь в дальнейшем пациенту могут быть предложены «искусственные заменители» (подушка, стул и т.д.), на которые начинает обращаться агрессия, как если бы они были Другим «там и тогда».

При всех типах личностных расстройств, таким образом, психотерапевт на начальном этапе построения контакта не только не ставит перед собой тактических задач по «развенчанию» всемогущества Я пациента, но, наоборот, с пониманием и сочувствием откликается на его нужды, несмотря на общепринятое мнение о «фальшивости» этой структуры. В этом случае «потенциальный пациент» имеет значительно больше шансов сформировать запрос и заключить контракт с психотерапевтом о дальнейшем взаимодействии. В противном случае не нашедшее поддержки всемогущее Я будет стремиться быть замеченным даже ценой полного разрушения зарождающихся психотерапевтических отношений и демонстративного отказа от позиции пациента.

Паттерны репрезентаций отношений Я-Другой и эффективные тактики

психотерапевтического взаимодействия

Хорошо знакомый по психологической литературе термин Всемогущее Я (или Грандиозное Я, или Всемогуще-Грандиозное Я) широко используется для описания целого круга феноменологически сходных явлений.

Наиболее традиционно в рамках различных теоретических направлений (главным образом психодинамически-ориентированных) Всемогуще-Грандиозное Я рассматривается как защитное, или компенсаторное, в отношении Неполноценного Я-образования, как носитель отрицающей реальность способности к всемогущему контролю. В двух основных случаях, как объект психодиагностических исследований и как объект психотерапевтических фокусировок и интерпретаций, Всемогуще-Грандиозное Я выступает в обобщенно-недифференцированном виде. Так, в первом случае, при проведении психодиагностических исследований, как правило, обращается внимание не столько на специфическое содержание фантазий, в которых проявляет себя Всемогуще-Грандиозное Я, а, скорее, на степень, «количество» активности по выполнению им функции защиты от депрессивных и фобических переживаний посредством иллюзорно-компенсаторного удовлетворения желаний.

Во втором случае, при проведении психотерапии также достаточно часто не уделяется должного внимания специфике принципиально качественно разных форм проявления Всемогуще-Грандиозного Я. В центре внимания находятся в основном различные психотерапевтические технологии, нацеленные на осознание пациентом нереалистических амбиций Всемогуще-Грандиозного Я и усиления его способности к тестированию реальности. Как показали исследования и практика психотерапии, эффективность психотерапевтического взаимодействия зависит от того, в какой мере *на начальных этапах терапии* удастся «встроиться» в исходные установки и ожидания пациента, а также в его фантазии, связанные с иррациональными потребностями его Всемогуще-Грандиозного Я. Известно также, что Всемогуще-Грандиозное Я с наибольшей полнотой раскрывает свою специфичность за счет неразрывной проективно-идентификационной связи с соответствующим Другим, которому пациент «вручает» функции своего альтер-Эго. В этой связи важно понять типичные репрезентации отношений Я-Другой, с наибольшей полнотой проявляющиеся в фантазиях пациента, где образ Другого выполняет компенсаторные функции «дополнительного Я», Обсудим более подробно эти вопросы, опираясь на обобщение результатов проведенных диагностических обследований (методами ОРТ, ТАТ и тест Роршаха) и терапевтической практики (анализ дословных текстов-транскриптов).

Типичные фантазийные паттерны отношений и моделирование тактик психотерапевтического взаимодействия

1. Альтруистически-Всемогущий Я- Нуждающийся в помощи Другой. Пациенты, находящиеся под влиянием соответствующих фантазий, узнаваемы по доброжелательно-любезной манере общения с психотерапевтом. Они охотно рассказывают о себе, выражают готовность сообщить любые подробности своего состояния, делятся своими предположениями, чем вызвано и как может быть объяснимо их «неблагополучие». Таких пациентов легко слушать: о своих проблемах они рассказывают живо, эмоционально, с юмором. Они деликатны и предупредительны в общении с психотерапевтом, демонстрируют заботливое внимание к его нуждам. Такой пациент обязательно поинтересуется, выпил ли психотерапевт чаю, пообедал ли, был ли у него перерыв для отдыха и т.д. Такие пациенты могут предложить свои услуги по озеленению кабинета, как правило, доброжелательно высказываясь о его оформлении, об эстетически, по их мнению, подобранных деталях обстановки. Иногда уже при первой встрече такие пациенты предлагают свою профессиональную помощь психотерапевту: в качестве юриста, менеджера и т. д. Им свойственно делать подарки уже при втором-третьем посещении психотерапевта, причем таким подарком

является, например, ежедневник или органайзер с соответствующим комментарием: «Вам это поможет в работе». Обсуждая с психотерапевтом планы лечения, они нередко выражают надежду, что их случай «поможет научному исследованию». Такие пациенты всегда находят возможность отметить что-либо удачное, на их взгляд, в действиях психотерапевта, с тем чтобы тот мог чувствовать себя увереннее как профессионал.

Описанная манера поведения и стиль общения таких пациентов могут интерпретироваться по-разному. По нашему мнению, наблюдаемые с самого начала взаимодействия с психотерапевтом объясняются бессознательным влиянием фантазий об альтруистическом всемогуществе Я, когда Другой воспринимается как Нуждающийся в помощи. Пришедший за помощью пациент озабочен в первую очередь тем, чем он может помочь психотерапевту. В такой парадоксальной ситуации благодаря манипулятивным усилиям пациента психотерапевт бессознательно оказывается в зависимости от поддержки и одобрения.

Тактика психотерапевтического взаимодействия

Для психотерапевта в равной степени недопустимы как потворствование инверсии ролей, навязываемых пациентом, так и конфронтация ради внесения ясности «кто-что-делает-и-кому», которая освободила бы от проективно-идентификационной зависимости.

Конечно, необходимо с самого начала объяснить пациенту, что для эффективного построения психотерапевтических отношений требуется наложить ряд ограничений на реальные взаимоотношения субъектов как частных лиц, и что именно поэтому психотерапевт отказывается от профессиональных услуг пациента, ограничивает его в активности по благоустройству кабинета и т.д. Иначе говоря, важно противостоять непосредственному отреагированию вовне фантазий об альтруистическом всемогуществе. Однако не следует прибегать к фокусировкам на самих этих фантазиях, лишая пациента последней иллюзорной опоры. Наоборот, на наш взгляд, допустимо пойти на поводу манипуляций пациента, особым образом формулируя вопросы и предложения, способствующие его самоисследованию. Учитывая бессознательное стремление Всемогущего Я пациента альтруистически помочь психотерапевту как Другому, Нуждающемуся в помощи, кажется адекватной следующая не-конфронтующая форма, в какую облекается содержание высказываний психотерапевта: «С тем чтобы помочь мне лучше понять вас и то, что вас заботит, может быть, вы... (расскажете о... поразмышляете над... поделитесь своими чувствами, опишите свои телесные ощущения, попробуете поэкспериментировать и т.д.)». С самого начала пациент не столь наивен, чтобы полностью заблуждаться относительно того, кому в первую очередь помогает он своими действиями. Кажущееся отсутствие проницательности у психотерапевта переживается пациентом как поддержка. Психотерапевт принимает на бережное хранение «неполноценную», «нуждающуюся в помощи» часть образа Я пациента, проективно-идентификационно отторгаемую им в силу травматического опыта. Становясь на какое-то время Другим, не конфронтующим с манипулированием, психотерапевт начинает создавать условия, при которых пациент в дальнейшем оказывается способным расстаться с иллюзией всемогущества, почувствовать реальную силу своего Я.

2. Агрессивно-Всемогущий Я - Испуганный Другой. Обнаружены две формы проявления этого паттерна:

- а) индуцирующе-страдательная форма;
- б) критически-требовательная форма.

Обе формы представляют собой способы реализации соответствующих фантазий в интрапсихической и в интерперсональной коммуникации. Проанализируем каждую из них.

Индуцирующе-страдательная форма

При такой форме реализации пациентом агрессивных фантазий, под влиянием которых он находится, им бессознательно-манипулятивно используется весь агрессивный потенциал депрессии как неотъемлемой составляющей любого страдания, вынуждающего обратиться за

помощью к другому человеку. Бессознательная, а часто и открыто выражаемая зависть к душевному благополучию и спокойствию Другого, мстительные фантазии в адрес того, кто видится причиной страдания, неверие в способность к искреннему сочувствию со стороны тех, кто «такого не переживал», - все это вместе находит свое выражение в бессознательном стремлении заставить Другого почувствовать весь ужас покинутости, поместив его в «депрессивную тюрьму». Жалобы таких пациентов напоминают гипнотическое внушение. Несмотря на внешнюю противоположность, каждое из типичных обращений к психотерапевту: «Не дай вам Бог пережить такое, когда...» или «Когда ты все это переживаешь...» - звучит почти как заклинание. Весь дальнейший рассказ полностью погружает внимательно слушающего его психотерапевта в переживание травмирующей ситуации, заставляя со всей остротой почувствовать боль и страх, безнадежность и отчаяние. Иногда пациенты как бы непреднамеренно подчеркивают, что «никто ни от чего не застрахован», что «никто не знает, какие еще страшные события ждут впереди». Пациенты могут как бы между прочим заметить, «сколь тонка грань, отделяющая здоровье от безумия», или сообщить, например, как «научный факт», что «к самоубийству склонны люди независимо от профессии и уровня образования». Агрессивно-Всемогущее Я обладает великим множеством изощренных способов напугать Другого, вызвать в нем панические ощущения.

Тактика психотерапевтического взаимодействия

Большинством психотерапевтических школ разделяется представление о том, что проявление агрессии депрессивными пациентами целительно как этап в движении от аутоагрессии через отреагирование в терапевтической ситуации к более зрелым и осознанным процессам совладания с утратой. Ведущую роль в психотерапевтическом взаимодействии на начальных этапах терапии, таким образом, приобретает фасилитация терапевтом экспрессии пациентами агрессивных чувств. Психотерапевт, демонстрируя способность к контейнированию, создает тем самым безопасные условия для переживания агрессии без последующего автоматического усиления чувства вины. Психотерапевт обязан «пережить» и «выжить», пережить экзистенциальный страх абсолютного одиночества без Другого, индуцированный пациентом, и выжить, утверждая возможность новой встречи и контакта с Другим. *Критически-требовательная форма*

Каждому из практикующих психотерапевтов хорошо знакомы проблемы взаимодействия с пациентами, которые, находясь под влиянием соответствующих фантазий, предпочитают общаться в критически-требовательной манере. Для таких пациентов абсолютно непереносима малейшая задержка во времени начала приема; они не терпят очередей; любое непредвиденное изменение в графике приема, в какой-то мере затрагивающее и их интересы, считают вопиющей несправедливостью по отношению к ним лично. В резкой форме они требуют, чтобы их права неукоснительно соблюдались, иначе «будут неприятности». Как правило, они ставят психотерапевта в известность, что, например, знают телефон «вышестоящей организации», прозрачно намекая, что с ними «опасно связываться». «Вы должны мне» - является типичным обращением к психотерапевту, часто звучащим из уст таких пациентов. В некоторой степени они представляют собой реальную угрозу безопасности и социальному престижу психотерапевта своей склонностью писать жалобы и требовать проверок работы.

Также очевидно, что их деструктивный потенциал угрожает профессиональной самооценке и чувству собственного достоинства психотерапевта. Такие пациенты скептически относятся к любым предложениям психотерапевта, в обесценивающей манере комментируют большинство его высказываний. В проективных текстах пациентов часто звучит тема взаимоотношений «властного господина» и «испуганного слуги». Действительно, психотерапевт может избежать страха «быть разрушенным», лишь превращаясь в покорного исполнителя воли и желаний пациента, либо вообще отказавшись от взаимодействия с ним. Пациенты, находящиеся под влиянием агрессивных фантазий в адрес Другого, часто обречены

на неполучение психотерапевтической помощи, которая заменяется массированным психофармакологическим воздействием, иногда даже принудительным.

Тактика психотерапевтического взаимодействия

Такие пациенты, действительно, требуют максимально индивидуализированного подхода в выборе тактики построения психотерапевтического контакта. При всех усилиях со стороны психотерапевта «рабочий альянс» с такими пациентами нередко оказывается под угрозой. Тем не менее представляются относительно перспективными следующие приемы психотерапевтического взаимодействия.

Важное значение приобретает способность психотерапевта продемонстрировать устойчивость в совладании с тревогой и страхами, не отрицая их появления под влиянием агрессивных манипуляций пациента. Психотерапевту как Другому не следует умалчивать об успехе агрессивного всемогущества *Я* пациента» а, наоборот, стоит открыто признаться в своей тревоге за будущее психотерапевтических отношений. Одновременно с этим психотерапевт высказывает уважение той мощи, той силе, которая облечена в агрессивную форму, и выражает надежду, что эта сила может помочь преодолеть те проблемы, которые переживаются пациентом как субъективно-неразрешимые. Таким образом, утверждая, что пациент может добиться успеха («может испугать даже психотерапевта») за счет той силы, какую он проявляет в агрессивных действиях и предлагая в дальнейшем сфокусироваться на исследовании тех обессиливающих фрустраций, в качестве защиты от которых в прошлом была освоена агрессивно-протестная манера манипулирования Другим, психотерапевт предоставляет пациенту шанс начать участвовать в формировании принципиально иных отношений *Я-Другой*. Качествами этих новых отношений становятся помощь и сотрудничество, в противовес насилию и конфронтации. Демонстрируя, как факт реальности, свою неспособность помочь пациенту помимо его воли, психотерапевт тем самым заявляет об отказе от намерений «сделать что-то» вопреки желанию пациента. Этим психотерапевт гарантирует со своей стороны соблюдение границ *Я-Ты*, не разрушаемых вторжением, вмешательством, пусть и с благими целями, в судьбу другого человека.

3. Необыкновенно Грандиозный *Я* - Восхищающийся Другой. Отличительной особенностью пациентов, находящихся под влиянием соответствующих фантазий, является выраженное стремление привлечь к себе внимание. Эта группа пациентов, традиционно считающихся истериками, подробно описывалась разными авторами во всем многообразии типичных клинических проявлений. «Демонстративность» этих пациентов, как правило, ставится в один ряд с такими качествами, как «лживость», «неискренность», «склонность к преувеличению собственных возможностей» и т.д. В целом все эти определения имплицитно содержат в себе неодобрение и даже осуждение. Внимание психотерапевта привлекается к тому, чтобы быть начеку и не дать обмануть себя. Склонность к манипулированию, свойственная таким пациентам, также оценивается негативно-критически, особенно в отечественной психиатрической традиции. Поэтому в качестве «противошерстной» тактики рекомендуется конфронтация, разоблачающая «фальшивость» и обнаруживающая «заурядность», с дальнейшим убеждением в этом истерических пациентов. При этом усилия пациентов по созданию имиджа грандиозности вообще остаются за рамками рассмотрения.

По нашему мнению, как раз с признания и уважения этих усилий начинается построение психотерапевтического контакта с такими пациентами. В самых крайних случаях так называемой патологической лжи восхищение вызывает полет фантазии пациента (например, один из наших пациентов, профессиональный певец, завораживающе рассказывал о своей необыкновенной способности общаться со змеями, полюбоившими его за тембр голоса, как известно, змеи глухи). В ряде же случаев пациенты рассказывают о том, что они на самом деле хорошо умеют, чего им удалось добиться, принося в качестве «вещественных доказательств» своих успехов «продукты своего труда» или памятные фотографии (например, один пациент

приносил нам кипы своих достаточно оригинальных рисунков и альбомы фотографий, на одной из них он был запечатлен беседующим со знаменитой Клаудией Шиффер). Тактика психотерапевтического взаимодействия Наверное, только в единичных случаях абсолютного культурального несовпадения психотерапевт не бывает удивлен тем, что стремится продемонстрировать ему пациент, прилагая к этому значительные усилия. В подавляющем большинстве случаев, старательно скрывая от пациента собственное удивление увиденным и услышанным, а часто и настоящее восхищение реальными достижениями пациента, психотерапевт сам становится тем, кто фальшивит, что наиболее опасно. Искреннее удивление психотерапевта и его восхищение уникальностью пациента как раз становится тем «зеркалом любви» (Д. В. Винникотт, Г. Кохут), в котором остро нуждается пациент из-за его отсутствия в сензитивные периоды развития. По самой своей природе удивление и восхищение необыкновенно психотерапевтичны, поскольку в них раскрывается реальность Другого, всегда превосходящего в своих потенциальных возможностях любые стереотипные представления о нем. Психотерапевтическая тактика направлена на поддержание индивидулирующих интенций и на преодоление пациентом тех ложных ограничений, искажающих процесс развития, в обход которым фантазийно-компенсаторно формировалась фальшиво-раздутая структура Необыкновенно Грандиозного Я. Если «центр внимания» вначале является для пациента тем «местом», где находится его отчужденный личностный потенциал, то по мере соединения с собственными возможностями, чему способствует психотерапевтический процесс, пациент приобретает устойчивую толерантность к нахождению вне этого «центра», поскольку последнее уже не переживается трагически как нахождение вне собственного потенциала.

4. Богоподобный Всемогуще-Грандиозный Я - Не-богоподобный Другой. Как известно, сам термин «Богоподобность Я», предложенный А.Адлером, используется при характеристике фантазий, защищающих от переживания комплекса неполноценности. По нашему мнению, главной характеристикой фантазийно-компенсаторного паттерна «Богоподобный Всемогуще-Грандиозный Я- Не-богоподобный Другой» является абсолютное противопоставление, абсолютное отличие Я от Другого, как Бога от обыкновенного человека, не имеющих ничего общего. В развернутом виде фантазия о Богоподобности Я может быть обнаружена только в процессе проективного исследования, однако наблюдаются определенные особенности в самом облике и манере общения пациента, находящегося под влиянием данного фантазийно-компенсаторного паттерна. Такие пациенты либо держатся максимально отстраненно, односложно-скупно отвечая на вопросы психотерапевта, либо, наоборот, многоречиво вещают, не оставляя психотерапевту возможности вставить реплику, И тех и других пациентов объединяет стремление избежать диалога - либо молчанием, либо монологом.

С самого начала такие пациенты стараются дать понять психотерапевту, насколько скептически они относятся к самой возможности быть понятыми другим человеком. Ими не осознается сама дилемма, что, настаивая на фатальности непонимания их другими людьми, они пытаются быть понятыми психотерапевтом именно в этом во что бы то ни стало. Психотерапевт оказывается в ловушке «двойной связи». Любые его попытки выразить понимание и сочувствие наталкиваются на мощное сопротивление, поскольку они ставят под сомнение фантазийно-защитную убежденность пациента в полной изоляции Я от Другого и могут переживаться забаррикадировавшимся Я как взрывоопасные. Однако любые попытки психотерапевта разделить с пациентом его представления о непознаваемости субъективного мира с точки зрения пациента означают, что психотерапевт никак не откликается на экзистенциальное отчаяние Я, обреченного на изоляцию. Насколько возможно для психотерапевта в принципе преодолеть парализующее действие «двойной связи»? Это необычайно трудная задача. Поэтому можно лишь надеяться, что предлагаемая

психотерапевтическая тактика, представляющая нам наиболее соответствующей особенностям самосознания пациентов этой группы, будет эффективна при ее гибком индивидуализированном применении в психотерапевтической практике.

Тактика психотерапевтического взаимодействия

Основная задача, стоящая перед психотерапевтом, по нашему мнению, заключается в использовании мощнейшего потенциала фантазий о Богоподобности Я, насыщенных переживаниями и аккумулирующих вокруг себя весь чувственный опыт пациента. Психотерапевт отказывается на время от любых фокусировок на глобальной проблеме человеческого взаимопонимания и прибегает к «психотерапевтической уловке», которая является, на наш взгляд, одним из возможных, если не единственным, способом избежать ловушки «двойной связи». При этом необходимо наличие минимального доверия со стороны «потенциального пациента», пытающегося сделать хотя бы шаг в сторону психотерапевтического взаимодействия. Психотерапевт обращается к пациенту со следующим предложением: «Давайте попробуем вместе прожить тут некоторое время так, как если бы мы обладали фантастической способностью к пониманию друг друга. Чем бы тогда вы хотели со мной поделиться?»

Фантазийное пространство «если бы» хорошо знакомо психотерапевтам гуманистической ориентации (гештальт-терапевтам, представителям психосинтеза и трансперсональной психотерапии). Как представляется, находящиеся там психотерапевтические ресурсы не заслуженно остаются без внимания психотерапевтов психодинамической ориентации, считающихся признанными авторитетами в лечении тяжелых личностных расстройств. Для «как бы личности» (Э.Дейч), чья способность к тестированию реальности значительно ослаблена, традиционно как наиболее адекватная рекомендуется психотерапия, нацеленная на освоение принципа реальности в условиях соответствующей поддержки. Таковую психотерапию можно считать «аллопатической», тогда как психотерапию, в большей степени нацеленную на использование потенциала фантазий, можно считать «гомеопатической».

На наш взгляд, «гомеопатическая» по своей сути психотерапия легко преодолевает ряд ограничений, с которыми встречается «аллопатическая». Способность к тестированию реальности усиливается не вопреки, а благодаря фантазиям, «в малых дозах» рекомендуемых психотерапевтом.

Для пациентов, развивающих фантазии о богоподобности, «пространство людей» настолько небезопасно, что становится рискованным начинать психотерапевтическое взаимодействие на этой территории. Создавая вместе с пациентом фантастическое пространство «если бы» и даже там запрашивая разрешение на то, чтобы приблизиться, психотерапевт руководствуется надеждой, что по мере накопления опыта реально пережитых и разделенных с психотерапевтом чувств (пусть и на нереальной территории «как если бы понимание было возможно») для пациента в дальнейшем станет возможным более мягкое «приземление». Искусственно создаваемое фантазийное пространство необходимо как переходное, в противном случае пациент находится под угрозой слишком быстрого попадания из «солипсического вакуума» фантазий в реальность, перенасыщенную «кислородом взаимоотношений», столь же непригодную вначале для естественного дыхания.

Следует отметить, что фантазийно-компенсаторный паттерн «Богоподобный Всемогущий Грандиозный Я - Не-богоподобный Другой» выглядит наиболее монолитным, синкретическим, собравшим и обобщившим в себе более содержательно-конкретные фантазийно-компенсаторные паттерны Я-Другой. Поэтому можно ожидать, что Богоподобность Я обернется в дальнейшем более частной фантазийно-компенсаторной формой или чередой разных форм: Альтруистическим либо Агрессивным Всемогуществом либо Необыкновенной Грандиозностью Я. По отношению к этим фантазийно-компенсаторным паттернам используются соответствующие тактики психотерапевтического взаимодействия, описанные

в подразделах 1-3. Таким образом, психотерапия пациентов, находящихся под выраженным влиянием фантазий о Богоподобности Я, происходит в два основных этапа: этап психотерапевтического взаимодействия с Богоподобным Я (на фантазийном пространстве «если бы») и этап психотерапевтического взаимодействия со специфическими проявлениями всемогущества Я соответствующими способами.

Рассмотрим соотношение феноменологических проявлений фантазийных паттернов клинической картины при основных типах личностных расстройств (табл. 3).

Представляется, что соотнесенные по своим феноменологическим проявлениям с клинической картиной основных типов личностных расстройств фантазийно-компенсаторные паттерны Я-Другой можно расположить вдоль оси психопатологии от психотических расстройств к невротическим. Основные типы личностных расстройств занимают промежуточное положение на этой оси; при этом нарциссическое расстройство занимает в свою очередь промежуточное положение по отношению к шизоидному и пограничному.

В случае психотической патологии переживание Богоподобности Я приобретает масштабы бреда величия, в упоении которым Я не нуждается в существовании Другого. В случае невротической патологии превосходство Я должно постоянно доказываться в победе над Другим. Я и Другой соперничают в непосредственной близости; переживания Я, что «двоим тут слишком тесно», лежат в основе Эдиповой конкуренции.

Можно провести параллель между осью психопатологии, осью степени проективно-идентификационной близости Я-Другой, и осью, по которой расположены разные формы всемогущества Я.

Таблица 3

Соответствие феноменологических проявлений фантазийных паттернов отношений Я-Другой клинической картине личностных расстройств

Тип личностного расстройства	Центральный фантазийный паттерн	
	Я	Другой
Пограничное	Альтруистически-Всемогущий	Нуждающийся в помощи
Пограничное	Агрессивно-Всемогущий (в индуцирующе-страдательной форме)	Испуганный
Нарциссическое	Агрессивно-Всемогущий (в критически-требовательной форме)	Испуганный
Нарциссическое	Необыкновенно-Грандиозный	Восхищающийся
Шизоидное	Богоподобный Всемогуще-Грандиозный	Не-Богоподобный

Схема I

Ось психотерапевтических патологий	Ось степени проективно-идентификационной близости Я-Другой	Ось расположения различных проявлений Всемогуще-Грандиозного Я
Психозы	Отсутствие Другого	Бред величия Я
ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА	ШИЗОИДНОЕ	Богopodobный Всемогуще-Грандиозный Я— Не-Богopodobный Другой
	НАРЦИССИЧЕСКОЕ	Необыкновенно Грандиозный Я— Восхищающийся Другой Агрессивно-Всемогущий Я— Испуганный Другой (критически-требовательная форма) Агрессивно-Всемогущий Я— Испуганный Другой (индуцирующе-страдательная форма)
	ПОГРАНИЧНОЕ	Альтруистически-Всемогущий Я- Нуждающийся в помощи Другой
Неврозы	Тесная близость Я-Другой	Эдипова конкуренция

Смоделированные тактики психотерапевтического взаимодействия представлены в табл. 4.

Далее рассмотрим в теоретическом плане возможные референции, соотносимые с центральными фантазийно-компенсаторными паттернами. Они представлены в табл. 5.

- 1 - Альтруистически-Всемогущий Я - Нуждающийся в помощи Другой;
- 2а - Агрессивно-Всемогущий Я - Испуганный Другой, индуцирующе-страдательная форма;
- 2б - Агрессивно-Всемогущий Я - Испуганный Другой, критически-требовательная форма;
- 3 - Необыкновенно-Грандиозный Я - Восхищенный Другой;
- 4 - Богopodobный Всемогуще-Грандиозный Я - Не-богopodobный Другой.

Таблица 4

Тактики психотерапевтического взаимодействия с учетом центральных фантазийно-компенсаторных паттернов отношений (ЦФКП) Я-Другой при основных типах личностных расстройств (ЛР)

ЦФКП	Тактика психотерапевтического взаимодействия	Тип ЛР
Альтруистически-Всемогущий Я- Нуждающийся в помощи Другой	Противостоять непосредственному отреагированию вовне фантазий об альтруистическом всемогуществе, отказываясь от любых услуг пациента; использовать следующую форму обращения к пациенту: «С тем чтобы помочь мне лучше понять вас и то, что вас заботит, может быть вы... (расскажите о... поразмышляете над... поделитесь своими чувствами, опишете свои телесные ощущения, попробуете поэкспериментировать и т.д.)»	ПОГРАНИЧНОЕ
Агрессивно-Всемогущий Я - Испуганный Другой (индуцирующе-страдательная форма)	Общаться «лицом к лицу»; продемонстрировать способность к контейнированию чувств; фасилитировать выражение агрессии пациентом; предотвратить возникновение чувства вины у пациента за «разрушение» психотерапевта, сообщая о стабильности душевного состояния	ПОГРАНИЧНОЕ
Агрессивно-Всемогущий Я - Испуганный Другой (критически-требовательная форма)	Признать наличие у психотерапевта тревоги за будущее психотерапевтических отношений; выразить уважение к потенциальной силе Я пациента, облеченной в агрессивную форму; подчеркнуть неспособность «сделать что-то» вопреки желаниям пациента; заявить о принципиальном отказе от любого насильственного «вторжения», нарушающего границы Я-Другой, пусть и с благими целями «улучшения судьбы» пациента	НАРЦИССИЧЕСКОЕ

Окончание табл. 4

ЦФКП	Тактика психотерапевтического взаимодействия	Тип ЛР
Необыкновенно Грандиозный Я - Восхищающийся Другой	«Отзеркаливать» потенциальные способности и реальные успехи пациента; выразить уважение к усилиям пациента по созданию «имиджа необыкновенности»; поддержать стремление к индивидуализации; утверждать уникальную неповторимость существования другого человека; не скрывать чувств изумления, удивления и восхищения; не демонстрировать неуместного сочувствия, не «инвалидизируя» тем самым	НАРЦИССИЧЕСКОЕ
Богopodobный Всемогуще-Грандиозный Я- Не-богopodobный Другой	Продемонстрировать толерантность к фрустрации, вызванной «двойной связью»; поддерживать усилия пациента по нахождению оптимальной психологической дистанции; использовать непосредственно-чувственный потенциал фантазийного пространства «если бы»	ШИЗОИДНОЕ

Таблица 5

Центральные фантазийно-компенсаторные паттерны (ЦФКП) и возможные теоретические референции

Теоретические референции	Центральные фантазийно-компенсаторные паттерны				
	1	2а	2б	3	4
Стадии психосексуального развития (Фрейд)	Оральная	Аральная	Аральная	Фаллическая	ЗД
Формы психосексуальных стадий развития (К. А. Боровик)	Ранняя оральная (сосание)	Ранняя аральная (изгоняющая)	Поздняя оральная (кусания)	Поздняя аральная (удерживающая), фаллическая	

Окончание табл. 5

Теоретические референции	Центральные фантазийно-компенсаторные паттерны				
	1	2а	2б	3	4
Способы защиты от базальной тревоги	«К людям»	«Проти в людей»	«Проти в людей»	«К людям»	
Типы патогенного родительства (Д.Боулби)	Тревожное прилипание к ребенку	Родительские угрозы покинуть ребенка	Родительские угрозы покинуть ребенка	Родительская индукция чувства неполноценности в ребенке	Отсутствие родителя, сепарация, родительская неот-
Типы проективных идентификаций (С.Кашдан)	Зависимость	Власть	Власть	Сексуальность, инграция	

Гипотетическая функция фантазийно-компенсаторных паттернов - защита от страхов.

При всех типах личностных расстройств отсутствует базовое доверие к окружающим, которые воспринимаются потенциально опасными. Пациенты часто испытывают страх агрессии со стороны Другого; будучи выраженным в самой крайней степени, страх агрессии переживается как страх смерти. В ряде случаев недифференцированный страх агрессии переживается в более конкретных специфических формах, как страх эксплуатации Другим, страх преследования Другим, страх отвержения Другим. Такие страхи, как правило, сочетаются, образуя разнообразные комбинации. Мы рассмотрим каждый из них в отдельности более подробно, поскольку каждый из центральных фантазийно-компенсаторных паттернов выполняет функцию защиты в большей степени от того или иного конкретного страха. Исключение составляет паттерн «Агрессивно-Всемогущий Я-спуганный Другой», выполняющий, по механизму идентификации с агрессором (А.Фрейд), функцию защиты от страха агрессии в любой форме.

Страх эксплуатации может переживаться как страх использования, «высасывания» Другим, угрожающим опустошением. По отношению к такому страху наилучшим образом выполняет защитную функцию паттерн «Альтруистически-Всемогущий Я -Нуждающийся в помощи Другой». Ресурсы всемогущего Я неистопаемы при использовании их Другим, который превращается из ужасающего ненасытного вампира в жалкого несчастного ничего.

Страх преследования может переживаться как невозможность «спрятаться», исчезнуть из поля зрения Другого, как постоянная открытость наблюдению со стороны Другого, чье «всевидящее око» никогда не оставляет Я без своего внимания. По отношению к такому страху наилучшим образом выполняет защитную функцию паттерн «Необыкновенно-Грандиозный Я - Восхищающийся Другой». Необыкновенность Я предполагает постоянный интерес со стороны Другого, внимание которого абсолютно естественно и уже ничем не угрожает Я. Негативность пристального, проникающего внимания-разоблачения превращается в позитивность восторженного, одобрительного внимания-восхищения.

Страх отвержения может переживаться как инакость, отличность «белой вороны», обреченной на изоляцию. По отношению к такому страху наилучшим образом выполняет защитную функцию паттерн «Богopodobный Всемогуще-Грандиозный Я - Не-бо-

гоподобный Другой». Абсолютная «отличность» Я превращается в «надличность»; Я возносится *над ситуацией* изоляции из-за отвержения Другим и уже выбирает изоляцию, отвергая обыкновенность Другого.

При исследовании центральных фантазийно-компенсаторных паттернов обнаруживается не только то, что им присуща функция защиты от страха, но и сама обратная трансформация страха в желание, в потребность, вначале отчуждаемую как субъективно-недопустимую и проективно-идентификационно приписываемую Другому. То есть в фантазийно-компенсаторном паттерне реализуется обратное присвоение потребности, но в условиях, когда ее переживание субъективно-безопасно, что создается путем мани-пулятивной трансформации образа отношений со значимым Другим.

* * *

Подчеркнем, что смоделированные с учетом обнаруженных центральных фантазийно-компенсаторных паттернов отношений Я-Другой тактики психотерапевтического взаимодействия с пациентами, страдающими тяжелыми личностными расстройствами, представляются адекватными в первую очередь начальным этапам процесса психотерапии. Их гибкое, индивидуализированное применение, с соблюдением главного принципа - отсутствия конфронтации с бессознательными манипулятивными усилиями пациента - обеспечивает создание оптимальных условий для преодоления пациентом амбивалентного отношения к психологической помощи. Такая амбивалентность (или ее более примитивная форма - расщепление), свойственная пациентам, часто остается вне поля зрения как практикующих психотерапевтов, так и исследователей в области психотерапии. Обращение за помощью к Другому в основном связывается с нуждами Неполноценного Я, поэтому принято приписывать пациенту особое восприятие психотерапевта мудрым, заботливым, понимающим родителем, авторитетным и уважаемым советчиком. При этом остается в тени тот факт, что восприятие пациентом психотерапевта определяется также нуждами Всемогуще-Грандиозного Я, поэтому и обращение к Другому, а точнее обращение с Другим, бессознательно окрашено чувствами абсолютного превосходства, снисходительной жалости и брезгливого пренебрежения. В центре внимания проведенного исследования как раз находятся именно эти нужды Всемогуще-Грандиозного Я, использующего ситуацию обращения за психологической помощью для реализации фантазий о полной подконтрольности Другого, образ которого искажается и приобретает качества объекта, наиболее соответствующего цели удовлетворения желаний. В случае «выхода из образа» психотерапевт выглядит до такой степени угрожающим всемогуществу Я, что пациент спасается бегством, вынужденный расстаться с надеждой на получение помощи. Такое «выпадение» из «психотерапевтического гнезда» влечет за собой столь серьезные опасности для «неоперившегося» Неполноценного Я, что может угрожать уже не психологическому выживанию, а самой жизни пациента. Составляющие группу суицидального риска пациенты с тяжелыми формами личностной патологии ставят психотерапевта перед крайне ответственным выбором, когда «техническая нейтральность» как тактика психотерапевтического взаимодействия может оказаться воинствующей тактикой антигуманного противодействия. Мы намеренно столь сгустили краски, чтобы показать весь «мрак переживаний» пациента, отчаявшегося получить помощь.

Только глубокое сочувственное понимание психотерапевтом «запутанного» мира переживаний пациента и умение с опорой на эмпатию к собственным контрпереносным чувствам прибегать к соответствующим приемам взаимодействия с тотальной «расколотостью» Я пациента, страдающего личностным расстройством, позволяет профессионально облегчить пациенту «укоренение» в ситуации психологической помощи с дальнейшим «прорастанием» способности к «рабочему альянсу». Вместе с тем не происходит и манипулятивно-насильственного «удержания» пациента в психотерапии, недопустимого не только этически, но и юридически.

Резюмируя итоги проведенных нами исследований и метаанализ соответствующих

публикаций, мы приходим к выводу, что модель терапии пациентов с расстройствами личности на сегодняшний день не может не быть эклектической. Выглядит вполне обоснованным использование в сочетании друг с другом и технологических наработок коммуникативных теорий, нацеленных на достижение согласия, и традиционных приемов психодинамически-ориентированной психотерапии (особенно контейнирования и холдинга), и способов перемещения в «пространство фантазий», предлагаемых, с одной стороны, Д. Винникоттом и В.Бионом, с другой - гуманистической и трансперсональной психологией. При этом объединяющую и интегрирующую функции по отношению к частным психотерапевтическим действиям выполняют убеждения в неповторимой уникальности существования другого человека и целительности встречи Я-Ты, свойственные гуманистически-экзистенциальной психотерапии. Важно, чтобы здоровый практицизм эклектического собирания всего эффективного сопровождался дифференцированными знаниями об особенностях проявления, функциях и генезе специфических паттернов отношений со значимым Другим в структуре самосознания при основных типах личностных расстройств, по крайней мере отчасти определяющих тактику психотерапевтического взаимодействия и эффективность терапии в целом.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Фрагмент анализа случая из психотерапевтической практики

Эмпирический материал состоял из 40-часовых аудиозаписей психотерапевтических сессий (январь-май 1994 г.) с пациенткой К., переведенных в дословный текст (печатаются с ведома и согласия пациентки).

Пациентка К. 36 лет, образование высшее, с мужем разведена, живет с дочерью-подростком, с которой складываются напряженные отношения, отсутствует «контакт», что стало особенно сильно беспокоить пациентку после длительного судебного разбирательства, связанного с разводом. Обратилась к психотерапевту по поводу тяжелого «нервного» состояния.

Первый биографический материал, о котором повествует сама К. и на который мы обращаем особое внимание, - смерть родной матери, когда К. была ребенком. Отец К. - человек мягкий и нерешительный, к тому же пьющий после смерти жены, неоднократно приводил в дом «других женщин». В конце концов девочка привязалась к одной из них, и та перешла жить в дом отца. Строгий, властный характер мачехи, провокации вины («Если бы я тебе была родная мать, ты бы так со мной не поступала») формируют у пациентки мощный жертвенный авторитет мачехи. Под воздействием последней К. выходит замуж за нелюбимого человека и уезжает из дома. Рождается дочь. В скором времени муж К. настаивает на рождении второго ребенка, чему К. подсознательно противится - выкидыши повторяются несколько раз. Незадолго до обращения к психотерапевту К. переживает развод с мужем, всячески обвиняя последнего.

Расщепление, идеализация - дискредитация и проективная идентификация зависимости

Сеанс первый

Е. Т. (психотерапевт): Чем, как вам кажется, я могу помочь, что вы ждете от меня?

К. (пациент): Да, у вас каждое слово умное и правильное, то, что вот мне не хватает - рационального, то, что мне надо. А то, что у меня было, -то это все неправильно.

Тенденции к идеализации терапевта сопутствуют отвержение своего собственного прошлого жизненного опыта и готовность безоглядно заместить его позицией, точкой зрения психотерапевта. Вместе с тем заметны отзвуки вытесненного амбивалентного отношения к психотерапевту: «Вы умная, рациональная, благополучная, но неспособная на бескорыстную любовь» - «Я - дура, но переживательная, чувствительная».

Е.Т.: Что вас вот здесь, в этой ситуации могло бы успокоить?

К.: Ну, я могу сигарету покурить или музыку включить.

Е.Т.: То есть выйти из этой ситуации...

К.: Да.

Е.Т.: А если мы все-таки останемся с вами вместе здесь?

К.: А если вместе, то мне очень нравится то, как вы говорите. Ну, вас послушать.

Е.Т.: Вы ждете от меня каких-то слов или еще чего-то другого?

К.: Ну, просто вы вообще на меня хорошо действуете.

Е.Т.: Каким образом?

К.: Ну, вообще, вот даже просто вы присутствуете. Вот как пример, что ли, сильной личности (плачет), что можно жизнь прожить вот совершенно по-другому.

Сеанс четвертый

К.: Мне вот мешает с вами то, что вот вы постоянно мне говорите, ну, что... типа того (решительность иссякает), гм, что «вы мне вроде как не нужны».

Е.Т.: Вам кажется, что я постоянно это говорю?

К.: Ну, как-то этот вопрос у вас проходит все время.

Е.Т.: Давайте обратим внимание на это чувство... Может быть, это очень важный момент,

К.: Ну, я чувствую все время, что как будто вы меня прогоняете (последние слова дрожащим голосом).

Е.Т.: Эти чувства возникают у вас в жизни, когда вы общаетесь с людьми...

К.: У меня все время чувство (плачет), как будто я никому не нужна (плачет). Но это все из дома идет (плачет)... Мужу дали отпуск, и он уехал, а я не могла - тяжело болела. Я там плакала с утра до вечера, И у меня первое чувство появилось, что я никому не нужна, чувство беспомощности...

Е.Т.: Когда вы думаете, что вы никому не нужны, что происходит с вами, какое чувство?..

К.: Ну, горькое такое, холодное...

Е.Т.: Горькое чувство, конечно, горькое (понимающе)...

К.: Когда я вас вижу, мне все время хочется плакать

Е.Т.: К., то, что вы сказали, меня очень поразило... что вы хотите мне сказать (несколько растерянно), что для вас слова: «Когда я вас вижу, мне все время плакать хочется». Что такое с вами?

К.: Ну, у меня какая-то боль в душе, что вот у меня матери нет (всхлипывает). (Пауза.)

Е.Т.: Еще что вы хотите мне сказать? Какие у вас чувства ко мне? (искренне, проникновенно). (Пауза.)

К. (плачет): Ой, Е.Т., мне бы охота было к вам прижаться и плакать, и плакать, ну я же знаю, что я вам совершенно в этом смысле не нужна, ну не знаю прямо (плачет).

Е.Т.: В каком смысле не нужны?

К.: Ой, ну я уже вообще, ну что я вам нужна, что ли (смеется)? Ну, я чего-то хочу вот (плачет), ну невозможного, у меня какая-то тоска... какая-то боль.

Е.Т.: Тоска...

К.: Тоска вот, боль, что вот я одна на всем белом свете, что у меня никого нету, ну, матери нету. Ой, и я чего-то мучаюсь, мучаюсь всю жизнь... (длительная пауза. К. плачет.)

Е.Т.: К., говорите дальше, говорите (с искренним чувством), что у вас накопилось, что вас заставляет плакать.

К. (плачет долго): Не знаю, хочется выплакать вот это все - боль, одиночество.

Е.Т.: Что этому мешает?

К. (плачет): Нет, ну я просто... мне не хватает вот этого, и я не знаю... как дальше-то опять без этого жить.

Е.Т.: Без чего?

К.: Нет у меня как бы ангела-хранителя, что ли... вроде силы нет (плачет). (Длительная пауза.) Ну, просто вы знаете, понимаете мою боль, и мне хочется снова этой болью с вами поделиться, и я никому уже не хочу ничего рассказывать.

Это боль от внутренней пустоты и потерянности «маленького ребенка», утратившего когда-то любящую и поддерживающую мать, страстно жаждущего ее обрести в терапевте. «Ну, я чего-то хочу вот - невозможного», - говорит К. Ею смутно осознается архаический и нереалистичский характер желания быть с терапевтом в глубокой эмоциональной связи не только на словах, но вместе с тем К. не знает, чего же именно она хочет, это, скорее, некоторое внутреннее томление-жажда, и поскольку опыта таких отношений у К. было недостаточно, образ «внутренней матери» отсутствует, К. безотчетно проецирует его на терапевта.

Отчужденная самоидентичность, «как будто бы личность»

Сеанс десятый

К. внезапно открывает для себя, что она всю жизнь жила ради Другого, жертвовала собой ради Другого.

Е.Т.: Ваших чувств много ли было, ваших? Того, что вы сами реально хотели?

К.: У меня вообще не было этого. Я полностью подчинялась Ж-ву, И-не. В основном моих чувств вообще не было. Было вообще, не знаю даже что, я полностью подчинялась под Ж-ва и всех. (Пауза.) Началось-то, что я к вам из-за дочки обратилась, а получилось, что это нужно заниматься собой (плачет).

Е.Т.: Вы сейчас плачете, что это такое (с теплым удивлением)? (Пауза.)

К. (жалобно): Не знаю (плачет), то есть я к вам иду, вот я для себя вроде как центр теперь, мне нужно как-то собой... (всхлипывает).

Е.Т.: Ну, собой быть - это трудно получается, да (понимающе).

К.: Ну, это почти, ну как... (плачет).

Е.Т.: Все время лезут то Ж-вы, то еще какие-то люди.

К.: Мне даже жалко, что потратила столько времени (всхлипывает), всю свою жизнь на него. (Пауза.)

Е.Т.: К., а можете вы позволить себе потратить хотя бы часть своей жизни, ту, которую вы проводите здесь, на себя?

К. (плачущим голосом): Не могу.

Через реализацию функции поддержки, создания доверительных отношений, функции апелляции к авторству, функции экстерииоризации (заострение проблемной ситуации; вынесение чувств вовне; помещение чувства в более широкий жизненный контекст) психотерапевт создает условия для появления некоторого осознания у К. ложности, «фальшивости» Я-живущего для Других, жертвования собой ради Другого. Именно в силу навязанности подобного образа Я звучит амбивалентность: 1) «Я жертвовала собой, подчиняла себя»; 2) «Свою жизнь отдавала, но ничего не получила взамен».

Терапевт обращает внимание пациентки на механический характер ее речи.

К.: Да, ненавижу я свою речь, одно и то же вот говорю, как неживая моя речь.

Е.Т.: Вы сказали «речь неживая». Вы слышите это?

К.: Слышу.

Е.Т.: Я тоже. И это действительно трудно. Только и мне очень трудно что-либо к вам испытывать, если я не слышу, что с вами происходит, если я ваших чувств не слышу (искренне),

К.: Е.Т., если я буду говорить про чувства, то я вообще буду плакать или рыдать.

Е.Т.: Вы боитесь, вы избегаете своих чувств, когда говорите вот так? К.: Да. Я не хочу вообще этого.

Е.Т.: Это ваше желание - и здесь не проявлять чувства (с удивлением)?

К.: Ну, здесь... Ну, наверное, это идет..., сильного у меня нет разграничения - это там, а это здесь, поэтому это идет как по инерции вроде. У меня вроде образовалась какая-то стена, не только вот

перед вами, а вообще какая-то защитная стена, для того чтобы мне не чувствовать...

В дальнейшем К. обнаружит ту же защитную стену и во взаимоотношениях с дочерью, что первоначально предстает в ситуации психотерапии как «стена» между К. и терапевтом.

Так, К. говорит (сеанс второй): «Я вам не нужна, вы чувствуете что вы мне не нужны. А у меня то же самое с И-й, она тоже чувствует, что она мне совершенно не нужна и что она мне не доверяет, а на самом деле она мне сильно нужна, и я хочу с ней найти контакт и почему-то между мною и между вами, между мною и ею получается как будто стенка...»

Оказывается, что «стенка» для К. - это формы приличия, определенные рамки, в которых себя нужно удерживать, и что ею воспринимается и интерпретируется как формальность, фальшивость, неискренность себя и Другого. А вот когда К. плачет, эта «стенка» исчезает. Таким образом, за «стенкой» скрыты мощные примитивные аффективные импульсы; желание чувственного раскрепощения, раскованности, свободы в непосредственно действенном проявлении и исполнении желания в сильной интимной связи с терапевтом. Пробивается внутренний диалог «Хочу, чтоб меня любили, как мать любит свою дочь», на что мачеха внутри К. отвечает: «Просто так никто не любит, любят за что-то». Фактически К. говорит: «Хочу, чтобы меня любили без формальностей, условностей, а вы ведь, Е.Т., мне не мать». Заметна дыра, расщелина между вытесненным чувством и формальным, сугубо рациональным внешним поведением. И это первичное чувство подавляется голосом мачехи - голосом рассудка: «Никто тебя не будет любить, ты никому не нужна, поэтому нужно подстраиваться».

В конце этой же встречи после длительной работы и со «стенкой» между К. и терапевтом, и со «стенкой», которую К. обнаруживает в отношениях с дочерью, в ситуации прощания с терапевтом в конце встречи проявляется очень существенная оппозиция внутреннего диалога К. между чувством и рациональным его замещением. Здесь появляются первые, еще весьма робкие ростки другого голоса К. - более теплого, как бы оттаивающего, «своего», неформального.

К.: Ну, я думаю, Е.Т., вы это (откашливается), ну, спасибо вам большое.

Е. Т.: Это как слова послушной девочки-школьницы, которая говорит «большое спасибо»?

К.: Ну, нет, наверное (робко).

Е.Т.: А что на самом деле (с интересом)?

К.: Ну, я вам честно - благодарна очень (чуть торопясь). Мне хочется вам сказать спасибо (искренне, неуверенно). У меня нет тепла, наверное, в словах, да? Вот я вообще такая.

Е.Т.: Подождите, подождите, что вы себя опять оцениваете? Попробуйте сказать мне то, что вам хочется сказать.

К.: Ну, хочется спасибо вам сказать. Е.Т.: Ну, и говорите что хочется. К.: Что я вам благодарна очень (тепло). Е.Т.: Вот и голос теплеет. Слышите, голос-то другой (с тихой радостью).

Любовь и плата или проективная идентификация инграциации

Рассмотрим, как отношения, составляющие основу дезинтегрированного внутреннего диалога К., начинают жить в психотерапии а жизненная ситуация К., на тот момент осложненная запутанными финансовыми отношениями с мужем и дочерью, воспроизводится в динамике психотерапевтического процесса. В конце одной из встреч (05.05.94) в качестве оплаты лечения К. предлагает психотерапевту взять золотые серьги, что категорически отвергается. Сам факт того, что К. стремится отдать личную вещь, призван продемонстрировать, насколько сильно К. хочет продолжать терапию (своим поступком она как бы говорит: «Я так хочу к вам на терапию, что снимаю с себя личные вещи и отдаю»); вместе с тем, это является и знаком признания К. психотерапевта, и неявным приглашением к более личным, интимным отношениям.

После отказа Е. Т. принять в залог эту вещь, К. с сильным чувством злости произносит: «Ну, ладно», за которым стоит опять-таки привычное для нее ощущение, что «никто ничего запросто так делать не будет», «люди расчетливы и рассудочны». Заметим, что сама ситуация отсутствия денег приводит К. к отказу от самостоятельности, к неявным просьбам

о помощи «просто так», чтобы кто-то разрешил эту ситуацию за нее, «помог». На определенном этапе встречи психотерапевт решает обсудить эту проблему с пациенткой.

Е.Т.: К., а как вам кажется, для вас самой что такое оплата моей работы (спокойно)?

К.: Как оплата за работу - так же, как я хожу и свою работу делаю, просто так же я не могу ходить, делать (настороженно).

Е.Т.: Ну, это вы разумно говорите, я просто помню фразу, которую вы как-то сказали, и я очень серьезно к ней отнеслась, вы сказали: «Ну, кто ж без денег любить будет?»

К.: Ну, это не к вам относится. У меня какие к вам могут быть претензии, кто вы мне - родственник, мама или сестра, у меня к вам не может быть претензий. Я даже, наоборот, благодарна, что вы меня взяли-то вообще... Я, когда свою жизнь проанализировала (плачет), я поняла, что... из-за денег, конечно (плачет). Мне некому просто помочь, сколько я прошу там дома - ну, бесполезно вообще (плачет).

Е.Т.: Выслушайте меня. У меня возникает чувство, что я в ваших глазах невольно становлюсь таким же человеком, как «они», когда вы говорите» - они из вас вытаскивали, вы из-за них подышали, и у меня такое ощущение, что где-то я из вас эти деньги тащу. Я понимаю, что это не так - головой. Но я понимаю также, что мое чувство неловкости есть, хотя это мое время, я работаю. Но я говорю про чувства, у меня возникает такое чувство, что я вас еще больше истощаю... (искренне).

К. прямо говорит, что она «подыхала из-за денег», «из-за денег» имеет для нее также смысл страха обесцененности, покинутости, остаться ни с чем. Обратим внимание и на манипулятивную провокацию терапевта к более «родственным», кровным отношениям и одновременно - разочарование («вы же мне не родственник», «мне некому помочь»), а также попытку шантажа: «Помогите мне, вы должны мне помочь, иначе я умру».

Терапевт высказывает чувства, которые, как она чувствует, индуцируются К., проговаривает и анализирует. Фактически чувства, о которых говорит психотерапевт (неловкости, определенного рода насильственности, сверхответственности, вины и т.д.), являются контрпереносными, они провоцируются двумя противоречивыми посланиями К.: «Я умру без вас, что я без вас буду делать, без вас я не могу, вы обязаны мне помочь - вы, Е.Т., не родной, не близкий мне человек». Приняв серги, терапевт перейдет границы терапевтических отношений (на что пациентка втайне надеется), отказавшись - подтверждает враждебно-недоверчивые ожидания. Пользуясь языком теории «объектных отношений», терапевт ощущает непосредственную «втянутость» в интимные отношения, включенность в них помимо своей воли, вопреки разуму, чувствует «своей кожей». И в этом смысле можно сказать, что, «внушив» терапевту чувство растерянности, сверхответственности и вины на данный момент, К. удалось одержать над терапевтом победу.

Между тем как однажды «проговорила» К., именно она сама всю жизнь «подыхала из-за денег», и, опираясь на контрпереносные чувства, психотерапевт возвращает К. к этой теме.

Е.Т.: У меня ощущение, что именно на проблеме денег для вас завязаны человеческие отношения, и я чувствую себя в них ввязанной - вот в чем дело.

К.: Вы себя-то исключите, Е.Т., вы-то тут вообще не при чем. Почему это вы ввязаны (Усмешка.)?

Е.Т.: Может быть, вы и правы (задумчиво), что это моя часть проблемы, что я как-то начинаю думать о ваших деньгах. В принципе терапевт не должен об этом думать, в этом смысле вы правы. Может быть, я немножко излишне влезаю в вашу шкуру и, больше эмоций, что ли, вкладывая, сама дистанцию теряю. Вы мне сейчас указали на это, и я чувствую, что действительно здесь как-то... (в раздумье).

Итак, психотерапевт чувствует себя втянутой, «ввязанной» в жизненную ситуацию К., а сама «завязанность человеческих отношений К. на проблеме денег» становится явной в самой психотерапии, причем «любовь» ассоциируется с образом родной матери, с непосредственным чувством любви, а «деньги» - с образом мачехи.

В рамках этой встречи К. произносит: «Я переложила свои проблемы на вас, я в общем-то не хотела...»

Е.Т.: А, может быть, вам и хочется на меня-то переложить.

К.: Ну, хочется-то хочется, но вы же говорите, что это невозможно. (Пауза.)

К. (откашливается): Ну, как - я к вам как к близкому, что ли, обратилась (плачет)... Ну, я не знаю, вы же говорите, что это в общем-то невозможно... Поэтому мне тоже неудобно.

Е.Т.: Значит, вы ко мне обращаетесь как к близкому, а я - такая же, как ваши близкие, которые отказываются дать вам займы деньги... получается так... так для вас это звучит.

К.: Ну, не знаю, тут же, действительно, связано это...

Благодаря прояснению трансферентных и контртрансферентных чувств психотерапевт дает обобщающую интерпретацию, проясняющую как неосознаваемую мотивацию обращения за помощью, так и трудности образования рабочего альянса.

Е.Т.: Как я вас слышу, вам хотелось бы чувствовать во мне человека, которому не нужно платить, к которому можно прийти и переложить свои беды... Как если бы у вас была палочка волшебная в руках... (К. плачет.) Мы сейчас говорим о ваших чувствах, о желаниях, необязательно это поступки.

К.: Так мне всегда в общем-то хотелось бы, чтобы такой человек был... Оно, видно, даже не хотелось, а подсознательно где-то... (плачет). (Длительная пауза.)

Е.Т.: Да.

Таким образом, обнажается структура модели привязанности, модели Я - значимый Другой, имеющиеся у пациентки, что вызывает наибольшую динамику терапевтического процесса. Пациентка «возвращается» в состояние беспомощности, вновь «оживает» чувство разрушенной связи со значимым Другим, что раскрывает наиболее генетически ранние пласты сознания пациентки. И в этом смысле терапевтический процесс углубляется до реконструкции дефицитарного паттерна базовых отношений привязанности - «реально», на материале отношений терапевта и пациента, «здесь и сейчас».