

## ПСИХОДРАМА И ПСИХОАНАЛИЗ: ДВА ТЕАТРА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДРАМЫ

И.М.КАДЫРОВ\*

*Проведенное сравнение некоторых аспектов психоанализа и психодрамы при ряде радикальных отличий устанавливает определенное содержательное (а не формально-организационное) сходство этих традиций. Со времен Фрейда психоанализ (и психоаналитическая теория) приобрел отчетливо «психодраматическое» измерение. А психодрама – со времен Морено – выраженные «психоаналитические» качества. Эти два «терапевтических театра» представляют собой не только соприкасающиеся, но и взаимопроникающие традиции.*

### Введение

В этой небольшой работе я попытаюсь изложить некоторые соображения о том, что сближает две, казалось бы, столь разные, если не противоположные традиции – психоанализ (и психоаналитическую психотерапию)<sup>1</sup> и психодраму. За данным интеллектуальным «предприятием» лежит также попытка интеграции моего личного клинического опыта и профессиональной приверженности этим двум подходам. В организационно-техническом плане эти две сферы моей практики – «непересекающиеся» области. Как правило, я не работаю в

---

\* *Кадыров Игорь Максумович* – кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ, член Правления Московского Психоаналитического Общества, сертифицированный психодрама-терапевт.

<sup>1</sup> Психоанализ – метод лечения психогенных расстройств (чаще всего невротических и психосоматических) и лежащей в их основе патологической структуры личности. Психоанализ предполагает использование свободных ассоциаций и соблюдение особых пространственно-временных и технических рамок: большая частота сеансов, положение пациента на кушетке, сохранение аналитиком позиции технической нейтральности, применение интерпретаций в качестве основного технического средства. Терапевтический процесс опирается на регрессию, систематический анализ переноса и сопротивления и является довольно длительным по времени. Психоаналитическая терапия предполагает некоторую модификацию аналитической ситуации (например, сокращение частоты сеансов, положение сидя, ограничение регрессии и глубины переноса) и некоторые отличия от психоаналитической техники (например, использование суггестии или техник, направленных на укрепление эго). Психоаналитическая терапия является более краткосрочной, более сфокусированной на текущей симптоматике или проблематике, нежели на основополагающей патологической структуре личности.

режиме психоаналитической терапии с участниками моих психодраматических групп и – наоборот. С точки зрения фундаментальных концептуализаций (в психоанализе – это психология влечений, эго-психология, Я-психология, теория объектных отношений; в психодраме – мореновская философия в различных ее измерениях – трансперсональном, «психодуховном», персональном, интерперсональном), базовых и технических правил, языков и средств коммуникации, *сеттинга* (организации времени и пространства), способов презентации материала пациентом и характера интервенций терапевта – это разные жанры психотерапии, два разных театра для психической драмы.

Однако в своей психоаналитически ориентированной практике я стал замечать, что могу с известной пользой привносить в психоаналитическое мышление психодраматическое или сценическое измерение (например, динамику переноса-контрпереноса рассматривать в терминологии структуры и динамики взаимодействия интрапсихических ролей и т.д.).

С другой стороны, как и некоторые мои коллеги и учителя по психодраме (Goran Hogberg, Paul Holmes, Natalia Novitsky), я считаю, что «психоаналитическое мышление» существенно обогащает психодраму в ее клиническом аспекте. Например, оно может быть чрезвычайно полезным на этапе формирования группы, в понимании групповой и индивидуальной психодинамики участников и т.д.

Это, казалось бы, тривиальное личное переоткрытие пользы некоторого взаимопроникновения психодраматической и психоаналитической традиций только на первый взгляд выглядит тривиальным. Даже Пол Холмс, автор известной книги об использовании в психодраме психоаналитической теории объектных отношений (*The Inner World Outside: Object Relations Theory and Psychodrama*, 1992), в предисловии к другой книге вместе со своим соавтором предупреждает: «Процесс интеграции с другими терапевтическими моделями, особенно с теми, которые связаны с психоанализом, хотя и обогащает психодраму, сопряжен с риском утраты трансперсональных и «психодуховных» аспектов в наших взаимоотношениях и философских понятиях, на важность которых указывал Морено и которые являются ключевыми для понимания психодрамы» (Holmes, Watson, 1994, p.4). Представители психодрамы за небольшим исключением часто говорят о «принципиальных» отличиях своего подхода от психоаналитического (Moreno, 1967; Leutz, 1974; Kipper, 1986), а их старшие психоаналитические кузены и на теоретическом, и на организационном уровне оберегают «чистоту» собственного метода настолько строго, что об «официальном» признании, а тем паче об «оформлении» отношений родства пока нет и речи. И дело, видимо, не только в том, что психодрама – преимущественно метод групповой психотерапии, а психоанализ – индивидуальной. Психодрама может использоваться и как форма индивидуальной работы, а психоаналитический подход активно используется применительно к группам (например, в групп-

анализе).

Вероятно, причины такого расхождения более фундаментальны. И все же, при всей фундаментальности различий, имеются ли какие-либо серьезные основания говорить и о точках соприкосновения психоанализа и психодрамы?

### **О различиях и сходстве**

Британский психоаналитик и групп-аналитик Малколм Пайнс в своей статье «Психоанализ, психодрама и групповая психотерапия: пасынки Вены» (Pines, 1987) сравнивает Фрейда и Морено с двумя антагонистическими мифологическими прототипами – Аполлоном (Фрейд, психоанализ) и Дионисом (Морено, психодрама). Согласно греческой мифологии Аполлон – бог расстояний (дистанции), пространства, объективности, иронии. Он точно пускает свои стрелы издалека. Аполлон символизирует знание, освобожденное от пут желания. Он – божество родовой аристократии – Дионис (Бахус, Вакх, Пан) – бог, связанный со стихийными силами земли, плодородием, виноделием. Это незаконнорожденное божество, борющееся за право войти в число олимпийских богов и повсеместное установление своего культа. В своей жажде изменений он несет в жизнь как изобилие креативной энергии, так и страшные разрушения... Аполлон стремится к упорядочению, единению внутри классических рамок. На противоположном полюсе стоит Дионис в окружении вакхической толпы, несущий катартическое освобождение от какого-либо подавления индивидуальности.

Итак, психоанализ и психодрама представляются как противоположные стили, и соблюдение равновесия и интеграция «аполлоновского» и «дионисийского» начал в психотерапии – задача далеко не ординарная.

Пол Холмс отмечает, что антагонизм Морено по отношению к Фрейду, который имел «как философскую, так и личную подоплеку», не только помешал ему использовать то ценное, что появилось в психоанализе после Фрейда, но и послужил препятствием к установлению полноценного диалога между психодрамой и психоанализом. Стиль же публикаций самого Морено отпугивал потенциальных читателей из других терапевтических школ (и в первую очередь – психоаналитической) своей хаотичностью, дезорганизованностью, а временами наивностью (Holmes, 1992).

Многие книги по психодраме передают рассказанный самим Морено анекдот о его коротком разговоре с Фрейдом в начале 20-х годов (или в 1912?) в Вене после одной из лекций основателя психоанализа о сновидениях. Фрейд якобы спрашивает Морено о том, чем он занимается. И тот отвечает: «Доктор Фрейд, я начинаю с того момента, на котором Вы останавливаетесь. Вы встречаете людей в искусственной обстановке своего кабинета. Я же встречаюсь с людьми на улице или у них дома, в их естественном окружении. Вы анализируете их сновидения. Я же стараюсь вдохновить их видеть эти сны снова. Вы анализируете их и разрываете на

части. Я же позволяю им отыграть конфликтующие роли и помогаю снова собрать части воедино» (Moreno, 1989, p.61). Как будто бы Фрейд заинтересован в привлечении Морено в стан своих сторонников (правда, кажется, у самого Фрейда вообще нет упоминаний ни о Якобе Морено, ни о психодраме), но молодой запальчивый Морено категорически отказывается принять сыновью позицию: «За исключением своего биологического отца я ни для кого не был способен стать «сыном»... Даже будучи молодым, я был столь же неуступчив, как и Фрейд. Мы оба были отцами... Это было так, как будто неизвестный вождь африканского племени встретил короля Англии» (Moreno, 1989, p.62).

Обратимся еще к некоторым высказываниям создателя психодрамы о психоанализе Фрейда (см. также: Holmes, 1992).

«Я понял, что моя ссора не была... ссорой с фрейдовой психоаналитической системой. Это была ссора с его поведением как терапевтического *Актера*. Я не думал, что величайший целитель или терапевт мог бы выглядеть и действовать так... как Фрейд. Я представлял себе целителя как спонтанного, креативного протагониста в центре группы» (Moreno, 1989, p.62). Морено настаивает на реальности и естественности взаимоотношений терапевта (как «актера» или даже «протагониста») и пациента, которые отсутствуют (но так ли это?), по его мнению, в психоанализе, где пациент оказывается «...на кушетке в пассивном горизонтальном положении; аналитик располагается позади пациента так, чтобы оставаться невидимым и *избегать взаимодействия* (курсив мой – И.К.)... Трансферу пациента в отношении аналитика не позволяется расширяться и стать реальной двусторонней встречей... из-за этого сама жизнь изгоняется из приемной, а процесс лечения становится формой боксирования с тенью» (Moreno, 1967, p.11).

Далее Морено критикует психоаналитиков за преувеличенный интерес к детерминирующим влияниям бессознательного прошлого. «Они упускают настоящий момент, в котором опыт локализует всю реальность...» (Moreno, 1977, p.102).

Сам он больше заинтересован в понимании и разрешении проблем отношений «здесь-и-теперь», нежели в исследовании детского опыта (Williams, 1989).

В этой асимметричной полемике мы слышим только Морено, а Фрейд, как подобает психоаналитику, хранит молчание; что еще вовсе не означает полного отсутствия диалога между основанными ими психотерапевтическими традициями. Вырисовываются весьма своеобразные версии психоанализа и психодрамы:

ПСИХОАНАЛИЗ	ПСИХОДРАМА
Происходит в искусственной обстановке кабинета.	Протекает в естественной среде (на улице, дома и т.д.).
Анализируется и разрывается	Отыгрываются конфликтующие

на части психический мир пациента.	роли, что помогает снова собрать все части воедино.
Привержен принципу детерминизма, ориентирован на прошлое.	Базируется на принципе спонтанности, интересуется отношениями «здесь-и-теперь».
Строится на искусственных отношениях перенесения. Терапевтическая процедура полностью исключает любые аспекты реальных отношений.	Основывается на реальной, творческой встрече. Понятие «теле» как единица такого реального (?! – <i>К.И.</i> ) двустороннего взаимодействия сменяет понятие трансфера.
Пациент пребывает в пассивной позиции, лежа на кушетке.	Протагонист активно играет на сцене, исследуя «правду» драматическими средствами.
Аналитик невидим, закрыт и избегает взаимодействия.	Режиссер – спонтанный, креативный протагонист в гуще группы.

Итак, перед нами две мореновские версии психоанализа и психодрамы, которые в известной мере улавливают специфику почерка каждого метода. Но, с моей точки зрения, сегодня обе версии, все еще разделяемые многими психотерапевтами неаналитической ориентации, уже можно рассматривать как своеобразные «культурные консервы» – клише, не отражающие полностью ни живой практики психоанализа (психоаналитической теории) и психодрамы в ее клиническом приложении, ни тех трансформаций, которые претерпели обе традиции со времен Фрейда и Морено.

Попробуем чуть детальнее рассмотреть обозначенную выше дихотомию некоторых черт психодрамы и психоанализа.

### ***Искусственность – естественность психотерапевтической среды***

Психоанализ и психоаналитическая терапия обычно протекают в условиях довольно определенного и стабильно соблюдаемого (и часто критикуемого как искусственного) сеттинга, т.е. пространственно-временных рамок: регулярная частота сеансов (для психоанализа от 3 до 5 сеансов, для психоаналитической терапии 1-3 сеанса в неделю); взаимоусловленное фиксированное время начала и продолжительности каждого сеанса. Регулярность и высокая частота сеансов необходимы, чтобы лечение «не утратило контакта с настоящим» (*Freud, 1913, p.126-127*). Интересно, что Фрейд придерживается такого «искусственного» сеттинга, чтобы анализ оставался в непрерывном контакте с *настоящим*, т.е. с текущей жизнью пациента за пределами анализа, и тем самым сохранял бы свои *естественные* качества.

Частота сеансов определяет размеры доступного для бессознательного

пространства, размер сцены (*Loewald, 1975*), на которой ставится драма, разыгрываемая пациентом в процессе переноса перед аналитиком. Установленная однажды временная рамка может становиться объектом бессознательных атак со стороны пациента, сценой борьбы, вовлекающей с разных сторон разные мотивы, ареной, «на которой могут кристаллизоваться конфликты взаимоотношений» (*Thomä, Kächele, 1985*). Временная рамка создает пространство для актуализации той или иной манеры переживания пациентом времени и способов структурирования прошлого опыта в настоящем.

Одновременно четко фиксированный аналитический час представляет собой, по меткому выражению Джона Кафки, своеобразный «тайм-аут» в работе, в обычной деятельности, в привычном стиле поведения и общения (*Kafka, 1977*). «Мир кабинета уходит на второй план. Тишина и спокойствие действуют подобно абажуру, смягчающему слишком яркий свет. Отодвигается давящая близость материальной реальности. Как будто уже молчание аналитика обозначает начало более спокойного, менее поспешного способа рассмотрения других и себя самого» (*Reik, 1949, p.123, цит. по Thomä, Kächele, 1985*).

Кабинет аналитика создает внешнюю рамку, в которой разворачивается аналитический процесс. Это пространство, «уединенное и безопасное, с табличкой «не беспокоить» на двери (*Thomä, Kächele, 1985*) создается для диадической активности. Если применить «максиму, что аналитик должен чувствовать себя в аналитическом пространстве комфортабельно, чтобы пациент мог чувствовать себя так же» (*Thomä, Kächele, 1985, p.258*), то реальная организация пространства может сильно варьировать. Главной чертой аналитического пространства является сам аналитик, который сидит или двигается, который решает, где должен проходить анализ (т.е. в каких условиях должны развиваться терапевтические отношения), сам подбирает мебель и т.д. В терапевтическом пространстве отражается его личность. И приемный кабинет самого Фрейда, даже отдаленно не похожий на монотонную, безжизненную лабораторию, – яркий тому пример.

Лечебный кабинет должен обладать качествами «фасилитирующей среды» (*Thomä, Kächele, 1985*). Пространство кабинета является продолжением реального аналитика. Более хрупкие пациенты с выраженными психическими нарушениями могут переживать аналитический кабинет как «переходный объект», который обладает функцией «прикрытия от опасностей внешнего и внутреннего мира» (*Greenson, 1978*). В то же время пациент может переживать кабинет как вещь, находящуюся в его полном владении, и «игнорировать» то обстоятельство, что он лишь временно делит это пространство с аналитиком. В таком случае пространство аналитического кабинета превращается в сцену, на которой отыгрываются темы личного пространства, эго-границ, автономии и т.д.

Итак, устанавливая определенную экологию психоаналитической

среды (пространственные и временные рамки, кресло или кушетка, личность аналитика, правила ведения диалога и т.д.) психоаналитик организует сценическое пространство для психической драмы пациента, которую последний разыгрывает при участии своего аналитика (*Loewald, 1975; Sandler, 1976; McDougall, 1991*).

Экология аналитического сценического пространства обладает парадоксально сочетающимися множественными функциями. Она позволяет, оставаясь в контакте с настоящим и текущей жизнью пациента вне анализа, занимать более рефлексивную (более свободную от непосредственного давления внешней социальной среды) позицию. Она приглашает пациента «вновь пережить травматические аспекты инфантильной жизни, регрессировать к состоянию «базового нарушения» (*Balint, 1968*) с целью восстановить нарушенное (*Bollas, 1979; Kadyrov, 1995*). Но оживление регрессивных тенденций и текущих конфликтов вне анализа переживается в настоящем, «здесь-и-теперь», в отношениях переноса-контрпереноса. На психоаналитической сцене прошлое всегда структурировано в настоящем терапевтических отношений. Так называемый «искусственный» (я предпочитаю определение «плановмерно организованный») психоаналитический сеттинг служит более безопасному и открытому разворачиванию естественных переживаний пациента. Интенсивные переживания нуждаются в прочных внешних рамках, устойчивой «облегчающей среде» (*Winnicott*), в прочном «контейнере» (*Bion*). Эту функцию также несет в себе психоаналитический сеттинг.

Психоаналитический сеттинг задает игровое пространство. Вспомним, что Винникотт определяет психоанализ «как высоко специализированную форму игры, служащую целям коммуникации» (*Winnicott, 1968, p.593*). Игра способствует интеграции психики играющего и обладает лечебными качествами как в повседневной жизни, так и в рамках анализа. Моделл (1990) говорит о том, что игра уместается в рамках, которые обозначают и удерживают иллюзорное пространство, отделенное от обычной жизни (р.4). Игра представляет собой один (возможный) из уровней реальности, хотя каждый уровень действует на другие и трансформирует их. «Игра имеет хрупкое эфемерное качество, качество иллюзии, которое легко нарушается. Она должна сохраняться в рамках своих собственных границ, в рамках, которые обозначают, что игра возникает на уровне реальности, отличающемся от обычной жизни» (р.27).

Психоаналитический сеттинг позволяет, оставаясь в контакте с реальностью текущей жизни пациента вне анализа, одновременно установить и определенные игровые рамки. Таким образом, аналитическая среда образует своеобразное «переходное пространство», в котором парадоксально сосуществуют отдельные формы реальности.

Согласно версии Морено, режиссер психодрамы встречает людей «в их естественном окружении». Эта идея принадлежит раннему Морено, который играет с детьми в венских парках, экспериментирует с

аксиодрамой и с театром спонтанности. В этот период психотерапия для Морено не так важна, как решение социальных проблем, борьба с «культурными консервами», срывание масок в социальных взаимодействиях, организация условий для подлинной встречи людей, привнесение революционных изменений в театр, школу и церковь (Marineau, 1994). Ряд его экспериментов терпит неудачу. Участники оказываются неподготовленными к самораскрытию средствами драмы в условиях большого скопления случайных людей. Постепенно Морено приходит к выводу, что протагонисты, группа и аудитория нуждаются не только в разогреве, но и в правильно выбранном месте, времени и количестве участников, т.е. – в *безопасной терапевтической среде*. Ренэ Марино (1994) говорит, что к 1922 году Морено благодаря повторяющимся неудачам уже знает, что лучше работать в маленькой группе участников, нежели в большой толпе. Он больше знает о важности разогрева и наличии безопасного сценического пространства. Именно эти открытия подвели вплотную к рождению «*психотерапевтического театра*». Как и в психоанализе, психодраматическая экология конституирует игровое (и «переходное») пространство, которое нуждается в специальной организации и сеттинге (дизайн сцены и внесценического пространства, режиссер, структура и атмосфера группы, временные рамки и т.д.).

Морено предложил два варианта психодраматической сцены (Marineau, 1994). Венская модель сцены (1924) была циркулярной, многоуровневой, не имела балкона и должна была размещаться в здании, напоминающем церковь или синагогу. Сцена занимала все помещение, чтобы люди имели возможность перемещаться на сцене вверх и вниз. Каждый в определенное время мог занимать центр сцены (и становиться протагонистом), а в другое время располагаться на более низком уровне (становясь вспомогательным «Я» или частью аудитории). Такая концепция сцены отражала мореновскую философию, в которой каждому отводилось место равноправного участника. Роли не распределялись заранее. В театре проходил коллективный разогрев, общее действие и шеринг для всех участников. Это действительно демократическая сценическая модель.

Сцена второго типа – биконовская сцена – развернута перед аудиторией. У нее есть три уровня и балкон. Балкон применяется для отыгрывания ролей, ассоциирующихся с властью, авторитарностью, неповиновением, контролем и т.д. Такой дизайн стимулирует отыгрывание тем, связанных с отношениями к пугающим, доминирующим, патерналистским фигурам (реальным и интернализированным), которые препятствуют автономности протагониста.

Идея первой демократической модели так и не была материализована Морено. По иронии судьбы циркулярная сцена широко применяется в психоаналитической психодраме, в то время как более традиционная ассоциируется с классической мореновской психодрамой.

Чтобы повысить терапевтическую экологию психодрамы, необходимо



наличие более или менее стабильной групповой структуры (групповые нормы, правила прихода и ухода из группы, правила группового поведения, фиксированное количество участников и время проведения сеансов и т.д.). Чем больше психодрама используется в терапевтических (а не театральных или педагогических) целях, тем сильнее ограничивается практика так называемых «открытых психодраматических сеансов» (*Jonathan D. Moreno, 1994*).

Как и психоанализ, психодрама в ее клиническом аспекте требует специальной организации своей экологии, четких и в известной степени «искусственных» терапевтических рамок. И хотя по ряду формальных показателей психоаналитическое и психодраматическое пространство имеют радикальные отличия, создаваемая в психоанализе и в психодраме терапевтическая среда обладает рядом сходных базовых характеристик. Каждая традиция в своей индивидуальной манере создает определенное игровое пространство или сцену для психической драмы.

### ***Выделение частей (анализ) и их интеграция (синтез)***

В ранние периоды развития (психология влечения) основным объектом психоаналитического лечения были симптоматические неврозы. Эти расстройства мы называем теперь расстройствами высокого уровня в силу принципиальной сохранности основных личностных структур и интактности синтетических, интегративных способностей эго. Конфликты пациентов и их симптомы (истерические, фобические или обсессивные) носили локальный характер. Лечение основывалось преимущественно на *анализе* (*Freud, 1919*), поскольку работа по *синтезу* и интеграции считалась естественной чертой человеческого функционирования. Однако даже при таком допущении анализ предполагал наличие этапа проработки, на котором должна была достигаться определенная интеграция приобретенных инсайтов в структуру жизненного опыта пациента. Со временем (начиная с расцвета эго-психологии и развития теории объектных отношений), чем шире становился спектр пациентов, принимаемых на психоаналитическую терапию и чем больше психоаналитики стали сталкиваться с более хрупкими, расщепленными и регрессировавшими пациентами (расстройства характера, нарциссические, пограничные и психотические пациенты), чем ниже были собственные синтетические способности последних, тем больше центр тяжести перемещался на интегративный аспект терапии. Это достигалось путем изменения сеттинга (отказ от кушетки, меньшая частота сеансов и т.д.), трансформацией базового правила (*Kernberg et.al., 1989*), модификацией стиля терапевтических интервенций (*Pine, 1935*).

И хотя цели психоанализа (и психоаналитической терапии) можно формулировать по-разному (как привнесение сознания в бессознательное, как повышение автономии эго, как снижение ригидности защит, как восстановление целостности «Я» и установление зрелых межличностных отношений, нахождение новых решений центральных конфликтов и т.д.), правомерно также и утверждение, что основной *«целью анализа является*

восстановление разорванных связей» (A.Freud, 1937, p.15). Психодраматическая терапия «служит повышению способности переживать себя и других как целостных, интегрированных, реалистически воспринимаемых индивидов, снижение необходимости использовать защиты, ослабляющие структуру эго и обедняющие репертуар доступных реакций. В результате от пациента можно ожидать увеличения способности контролировать импульсы, переносить тревогу, модулировать аффекты, сублимировать инстинктивные потребности, развивать стабильные и удовлетворяющие межличностные отношения, испытывать чувства близости и любви» (Kernberg et.al., 1985, p.8).

Психодрама также преследует интегративные цели. В психодраматическом сеансе такую интегративную функцию в максимальной степени несет завершающая сцена (Kellermann, 1992; Goldman, Morrison, 1984) и шеринг (Blatner, 1988), которые собирают «все части воедино». Однако на начальных этапах действия происходит выделение той или иной темы, фокусировка какого-то аспекта этой темы, исследование и прояснение взаимопротиворечащих ролей, желаний, амбивалентных аффектов – т.е. своеобразная «аналитическая работа», включающая элементы прояснения, конфронтации и даже интерпретации. Чем выше интегративные способности протагониста, тем выраженнее в психодраме может быть аналитически-исследовательский аспект, тем больше психодрама может быть ориентирована на инсайт. Проработка в этом случае может иметь более редуцированный вид, и психодрама может иметь «открытый конец» (Novitsky, 1993, personal communication). Чем сильнее нарушены синтетические функции эго пациента (пограничные расстройства, психозы), тем больше аспектов, поддерживающих интеграцию, должно включаться в психодраму. Это может достигаться, например, более близкой к протагонисту (даже в смысле чисто пространственного расположения), поддерживающей позицией режиссера и группы, сокращением времени сеанса, количества сцен, отказом от техники обмена ролями и использования приема «открытого конца» (Goldman, Morrison, 1985; Novitsky, 1993, personal communication).

Таким образом, как мы видим, и в психоанализе, и в психодраме процессы дифференцирования отдельных частей опыта и их интеграция находятся в тесном диалектическом взаимодействии.

### ***Прошлое и настоящее***

Морено, не отрицая роли прошлого и бессознательного, больше интересовался настоящим, текущими проблемами отношений людей, их встречей «здесь-и-теперь». С другой стороны, Зерка Морено предпочитала «горизонтальному» «вертикальный» подход, который фокусируется на прошлом, первичном опыте, событиях детства и попытке объяснить этим текущие проблемы (Williams, 1989; Holmes, 1992). Этот подход близок к психоаналитическому. Упрощенная схема полного сеанса психодрамы может быть представлена так. Действие развивается «от периферии к

центру» и движется по своеобразной *психодраматической спирали* (Goldman, Morrison, 1984):

а) актуальная ситуация – разыгрывание проблемы, как она представлена в настоящем или недавнем прошлом;

б) прошлый опыт – постановка ситуаций более отдаленного прошлого (вплоть до самых ранних воспоминаний, фантазий и т.д.), где также презентированы какие-либо значимые аспекты данной проблемы;

в) модификация актуальной ситуации – постепенное возвращение к настоящему и отыгрывание предъявленной проблемы в свете приобретенного опыта (например, пережитого катарсиса или инсайта).

Мы уже видели, что современный психоанализ интересуется прошлым лишь в его отношении к настоящему в текущей жизни пациента вне анализа и в терапевтических отношениях «здесь-и-теперь». Со времен Стрэчи стратегической задачей психоаналитика является интерпретация прошлого в настоящем. Преобразующими интерпретациями признаются интерпретации переноса, связывающие переживания пациента «здесь-и-теперь» и «там-и-тогда» (Strachey, 1934).

Рут Ризенберг Малколм определяет аналитический процесс как процесс коммуникации (Malcolm, 1986). Пациент коммуницирует свой психический опыт аналитику, переживая его в переносе. Пациент выражает себя и свой внутренний мир не только вербально, он сигнализирует о своем опыте также на уровне паравербальных, поведенческих и телесных проявлений. Аналитик коммуницирует пациенту свое понимание этих переживаний в свете их текущих взаимоотношений. Перенос представляет собой эмоциональные отношения пациента с аналитиком, которые переживаются в настоящем, т.е. в аналитической ситуации «здесь-и-теперь», где прошлое пациента также присутствует в своих различных трансформациях.

Интерпретируя перенос и отношения пациента и аналитика, последний одновременно интерпретирует и прошлое, и настоящее. При этом так называемые генетические интерпретации, т.е. интерпретации, адресующиеся к историческому прошлому пациента, хотя и несут функцию поддержания у него чувства непрерывности жизни, не являются целью аналитической работы. А в психоаналитической терапии расстройств так называемого низкого уровня генетические интерпретации вообще сведены до минимума (Kernberg et.al., 1989). Интерпретации формулируются кратко и, как правило, в терминах, непосредственно адресованных настоящей терапевтической ситуации, текущим терапевтическим отношениям. Аналитик комментирует то, что происходит «здесь-и-теперь», а также поясняет, почему, с его точки зрения, это происходит. Он позволяет отношениям развернуться и затем к этим отношениям привлекает внимание пациента (Malcolm, 1986). И хотя аналитик понимает текущие отношения как функцию прошлого, он в первую очередь фокусируется на непосредственном эмоциональном опыте пациента в таких отношениях. Именно это и помогает пациенту оставаться в резонансе с терапевтическими

интервенциями аналитика и на аффективном уровне осознавать то, что происходит с ним сейчас. Только при этих условиях становится оправданным установление смысловых связей с переживаниями пациента вне анализа и с его историческим прошлым. В известном смысле психоаналитическая работа, как и психодраматическое действие, также идет по спирали: настоящая ситуация – прошлый опыт – настоящая ситуация и т.д.

### ***Терапевтические отношения (позиции терапевта и пациента)***

С моей точки зрения, при всем различии в организации «терапевтического театра» в психоанализе и психодраме, терапевтические отношения, распределение «ролей» между пациентом и терапевтом имеют и ряд сходных черт. Психоаналитики со времен Фрейда далеко отошли от понимания аналитика как анонимной фигуры, бесстрастного зеркала, задача которого – только отражать. Уже Стрэчи (1937) понимает аналитика не как зеркало, а как *дополнительное суперэго* пациент (auxiliary superego), поскольку в терапевтических отношениях между пациентом и аналитиком происходит обмен содержаниями суперэго. Заботливая, некритическая позиция аналитика (проявляющаяся в стиле его интерпретаций) позволяет пациенту интернализировать его в качестве новых, смягчающих аспектов суперэго. Пациент достигает изменений путем частичной идентификации с аналитиком, который берет на себя в аналитических отношениях функции дополнительного суперэго.

Конечно, на уровне терапевтических отношений аналитик функционирует далеко не только как дополнительное суперэго. Некоторые авторы, используя терминологию структурной теории, называют аналитика *дополнительным* или *вспомогательным* эго (supplementary ego – Heimann, 1956; auxiliary ego – Thomä, Kächele, 1985), поскольку он своими динамическими и генетическими интерпретациями поддерживает и укрепляет эго-функции пациента.

Мне представляется, что сценическая метафора позволяет нам рассмотреть позицию аналитика как «дополнительного эго» пациента в ее самом непосредственном, психодраматическом измерении. Сандлеры (1994) указывают, что аналитическая ситуация в первую очередь представляет собой аналитические отношения, и что аналитик оказывается интимно вовлеченным в эти отношения. Аналитик пытается организовать аналитическое пространство, своеобразный вакуум, который пациент может заполнить, экстернализируя свой внутренний театр и с неизбежностью вовлекая в него самого аналитика.

Аналитик – не пустой экран, он реагирует своим контрпереносом и личными переживаниями на трансферентные фантазии пациента. Перед ним стоит задача не только наблюдения за пациентом и его материалом, но и наблюдение за своим собственным состоянием. В идеале аналитик может позволить себе менять свою позицию между эмпатической идентификацией с пациентом (или фигурой, с которой пациент в фантазии пытается

установить отношения) и несколько дистанцированной наблюдательной позицией.

Более тяжелые или регрессировавшие пациенты средствами проективной идентификации (*Klein, 1946*) в своем непрерывном процессе экстернализации и реинтернализации вынуждают аналитика принимать на себя тот или иной фрагмент репрезентации объекта, в то время как сами оказываются в позиции различных фрагментов в репрезентации «Я» (*Volkan, 1981*), или наоборот. Такая ситуация может потребовать от аналитика его собственной регрессии (без утраты при этом наблюдающей, терапевтической позиции), чтобы установить полные терапевтические отношения и встретиться с глубокими, часто травмированными аспектами личности пациента. В этих отношениях аналитик одновременно занимает позицию *вспомогательного эго* как в традиционном психоаналитическом понимании (в качестве наблюдающего, рефлектирующего эго, с которым частично идентифицируется и пациент), так и в прямом психодраматическом смысле этого понятия (как активно вовлеченное во взаимодействие с пациентом, наделяемое разнообразными ролями лица).

Теория ролей (*Mead, 1913, 1934*) и сценическая модель все активнее применяется для описания аналитических отношений (*Habermas, 1971; Sandler, 1976; Thomä, Kächele, 1985; McDougall, 1991*). Сандлер (1976) в своей статье о «ролевой отзывчивости» аналитика прослеживает взаимоотношения между последним и пациентом до интрапсихических ролевых отношений, которые каждая сторона пытается навязать другой. Он указывает, что ролевые отношения включают в себя роль, в которой пациент занят сам, и дополнительную роль, в которой он одновременно занимает аналитика. Аналитик восприимчиво реагирует на те роли, которые ему бессознательно приписываются или навязываются, и вместе с пациентом достигает понимания происходящего, делая возможным для пациента достижение изменения в поведении. Томэ и Кехеле (1985) в терминах ролевой теории описывают терапевтический процесс как путь, приближающий пациента к актуальной роли, которая соответствует его истинному «Я». В этом процессе и пациент, и терапевт «находятся на сцене и одновременно – в зрительном зале. Способ, которым презентует себя пациент, и составляет выражение его «любимой» ведущей роли и роли, загадочным образом ее дополняющей, скрытое значение которой особенно важно для аналитика. Точно так же в своей роли наблюдателей пациент и аналитик не остаются на одном и том же месте: то, что разыгрывается на сцене, изменяется вместе с перспективой. Интерпретация аналитика вносит вклад в изменение этой перспективы... Интерпретации влияют на представления актеров о себе, подобно инструкциям режиссера. То обстоятельство, что сам режиссер тоже находится на сцене, особенно подчеркивается интерпретациями переноса, которые придают диалогу драматическую глубину» (vol.1, p.94).

Добавлю к такой «психодраматической» концептуализации пси-

хоаналитических отношений, что последние далеко не исчерпываются отношениями переноса-контрпереноса, а содержат также и аспекты реальных отношений (*Backer, 1993; Groen-Prakken, 1994*).

Интересно, что, по моим наблюдениям, многие психодраматисты активно используют понятия «перенос» и «контрперенос» (иногда гораздо чаще, чем понятие «теле»). При этом ряд из них, подобно психоаналитикам, устанавливает определенную, хотя и гибкую дистанцию с протагонистом, занимая то более удаленную, «наблюдательную», то более близкую, «включенную» позицию. Если протагонист адресует ему какие-то свои переживания напрямую, то после некоторого прояснения такой коммуникации режиссер старается вернуть эти переживания в поле сценического действия и исследует, кому в «социальном атоме» протагониста также адресованы подобные чувства. Данный прием напоминает технику интерпретации переноса в психоанализе.

### **Заключение**

Мне кажется, что психоанализ и психодрама, как и некоторые другие психотерапевтические традиции, парадоксальным образом одновременно сочетают в себе признаки «закрытых» и «открытых» систем. Закрытых, потому что они развиваются в соответствии со своей внутренней логикой, создают свой специфический внутренний мир, со своим языком и его диалектами, которые используются во внутреннем диалоге между различными, иногда взаимопротиворечащими, частями этого мира. До известных пределов такая закрытость позволяет любой терапевтической традиции сохранять свою индивидуальность, собственную идентичность. Однако, как все мы знаем, идентичность формируется в общении с близкими и дальними другими. Это требует от той или иной терапевтической традиции определенной открытости и создает потребность во внешнем диалоге с другими традициями.

Результат такого диалога мне видится вовсе не обязательно в создании своеобразного «психотерапевтического эсперанто», некоторой универсальной (интегративной или эклектической) суперпсихотерапии. Открытый диалог необходим прежде всего для формирования здоровой самобытной идентичности и зрелого самосознания каждой психотерапевтической школы, для преодоления «законсервированных» представлений как о себе, так и о соседствующих традициях.

Хотелось бы, чтобы читатели восприняли данную статью о психодраме и психоанализе в контексте развивающегося диалога разных терапевтических традиций и как приглашение к его продолжению.

### **ЛИТЕРАТУРА**

*Balint M. (1968) The Basic Fault. London: Tavistoc Publ.*

*Blatner A. (1988) Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods. New York: Springer.*

*Bollas C. (1979) The Transformational Object. Int. f. Psycho-Anal. 60:97 - 107.*

- Goldman E., Morrison D. (1984) *Psychodrama: Experience and Process*. Dubuque: Kendall Hunt.
- Greenson R. (1978) *On Transitional Object and Transference*. In: Grolnic S.A. et.al. (eds) *Between Reality and Fantasy*. New York: Aronson.
- Groen-Prakken H. (1994) *On Various Aspects of the Relationship between Patient and Therapist*. Paper Presented at the Summer School of the EPF in Lohusalu, Estonia.
- Habermus J. (1971) *Knowledge and Human Interest*. Beacon Pr.
- Heimann P. (1956) *Dynamics of Transference Interpretation*. *Int. J. Psycho-Anal.* 37:303-310.
- Holmes P. (1992) *The Inner World Outside. Object Relations Theory and Psychodrama*. London: Routledge.
- Holmes P., Watson M. (1994) *Introduction*. In: *Psychodrama since Moreno. Innovations in Theory and Practice*. London: Routledge.
- Kadyrov I. (1995) *Transference-Countertransference Manifestations in the Psychoanalytic Treatment of Severely Regressed Patients*. Paper Presented at the 6th East-European Seminar of the European Psychoanalytic Federation.
- Kafka J. (1977) *On Reality. An Examination of Object Constancy, Ambiguity, Paradox and Time*. *Psychiatry Human* 2: 133-158.
- Kellermann P. (1992) *Focus on Psychodrama*. London: Jessica Kingsley.
- Kernberg D. et.al. (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Books.
- Kipper D. (1986) *Psychotherapy Through Clinical Role Playing*. New York: Brunner / Mazel.
- Malcolm R. (1986) *Interpretation: the Past in the Present*. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 13:433-43.
- Marineau R. (1994) *The Cradles of Moreno's Contribution*. In: *Psychodrama since Moreno*.
- McDougall J. (1991) *Theatres of the Mind. Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. New York: Brunner / Mazel.
- Modell A. (1990) *Other Times, Other Realities*. Harvard Univ. Pr.
- Moreno J.L. (1967) *The Psychodrama of Sigmund Freud*. Beacon House.
- Moreno J.L. (1977) *Psychodrama, Vol.1*. Beacon House.
- Moreno J.K. (1989) «Autobiography». *J. Group Psychother., Psychodrama and Sociometry*. 42: 1-125.
- Moreno J.D. (1994) *Psychodramatic Moral Philosophy and Ethics*. In: *Psychodrama since Moreno*.
- Pines M. (1987) *Psychoanalysis, Psychodrama and Group Therapy: Step-Children of Vienna*. *J. of Brit. Psychodrama Ass.* 2(2): 15-23.
- Sandler J. (1976) *Countertransference and Role-Responsiveness*. *Int Rev Psychan.* 3: 43-47.
- Sandler A., Sandler J. (1994) *Therapeutic and Countertherapeutic Factors in Psychoanalytic Technique*. Paper Presented at the 5th East European

*Psychoanalytic Seminar of the EPF.*

*Thomä H., Kächele H. (1985) Psychoanalytic Practice. Berlin: Springer.*

*Winnicott D.W. (1968) Playing: It's Theoretical Status in the Clinical Situation.  
Int. J. Psycho-Anal. 49: 591-598.*