

МОДЕЛИРОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВНУТРЕННИХ ДИАЛОГАХ

Е. СОКОЛОВА, Е. ЧЕЧЕЛЬНИЦКАЯ

*Для современной клинической психологии и психотерапии все более притягательной становится диалогическая парадигма с присущим ей гуманизмом и богатым объяснительным потенциалом. В различных по своей теоретической направленности моделях личностной патологии и психотерапевтического общения часто фигурирует категория **внутреннего диалога**. Авторы делятся результатами проведенного ими исследования, которое преследовало две цели, - во-первых, феноменологическое описание двух выделенных типов патологических внутренних диалогов - "Я-Взывающий - Другой-Безмолвствующий" и "Я-Нежелающий слышать - Другой-Неумолкающий" и, во-вторых, моделирование адекватных им психотерапевтических стратегий, предполагающих постепенную смену пяти основных позиций ведения диалога. В статье обращается внимание на склонность пациентов, которым присущи патологические формы внутренних диалогов, к манипулированию Другим. Подчеркивается дискуссионный характер проблемы психотерапевтического взаимодействия с пациентом - "манипулятором". Отмечается опасность ранней конфронтации с манипулятивными усилиями повышено-уязвимогo пациента с патологическим внутренним диалогом и обосновывается уместность такой конфронтации только на отдаленных этапах психотерапии.*

Диалогический подход предполагает, что психотерапевтическое взаимодействие должно учитывать особенности того внутреннего диалога Я-Другой, который сложился в структуре самосознания пациента. Для ряда психотерапевтов-диалогистов это означает, что их усилия должны быть направлены, в первую очередь, на создание условий, позволяющих озвучить "внутренние голоса" пациента, дабы все они могли "быть услышанными". При этом не предусматривается специальных психотерапевтических стратегий для тех случаев, когда во внутреннем диалоге пациента голос Другого, вопреки желанию Я, либо не звучит совсем, либо звучит, не умолкая. Представляется, что такие случаи следует рассматривать как проявления патологии внутреннего

диалога, когда требуются особые стратегии психотерапевтического общения.

С опорой на клинический опыт становится возможным описать обычные жалобы пациентов, которым свойственны патологические внутренние диалоги, а также присущую им манеру общения, выступающую уже на первых встречах с психотерапевтом как условно-значимым Другим. Заслуживают внимания и чувства последнего, возникающие в минуты работы с этими пациентами.

В *патологическом внутреннем диалоге "Я-Взывающий-Другой-Безмолвствующий"* Я вновь и вновь взывает к Другому - к его сочувствию, помощи, совести, прощению, но этот зов остается "гласом вопиющего в пустыне". Пациенты, которым присущ данный тип внутреннего диалога, чувствуют себя покинутыми. Манера их общения с психотерапевтом зависит от остроты переживания покинутости, которая, в свою очередь, во многом определяется уровнем расстройства личностной организации. Представления о невротическом, пограничном и психотическом уровнях расстройства личностной организации в последние годы получили достаточно широкое распространение благодаря работам О.Кернберга (*Kernberg, 1975; 1984; 1989*). В рамках данной статьи обсуждаются пациенты с *невротической* и *пограничной* личностными организациями (у вторых более выражены нарушения самоидентичности в виде ее "диффузии", трудности исследования (тестирования) реальности и примитивные защитные механизмы, в частности, расщепление, проективная идентификация, отрицание и отреагирование).

При *невротической* личностной организации у Взывающего Я остается надежда на отклик Другого, в основе которой - опыт впитанной в младенчестве материнской любви, не покидающей навсегда, но возвращающейся, хотя и нередко с большим опозданием. На первых встречах с психотерапевтом пациент навязчиво повторяет ту просьбу "*ответствовать*", с которой Я взывает к Другому во внутреннем диалоге. Он жалуется, что не с кем поговорить по душам, не с кем посоветоваться; он часто переходит от слов к плачу. Очень скоро психотерапевт начинает чувствовать непреодолимое желание откликнуться на зов пациента, воспринимая его как *SOS*.

При *пограничной* личностной организации (и, тем более, при психотической, случаи которой в статье не рассматриваются) надежда на отклик Другого утрачена. Чувство безнадежности, придающее особую остроту переживанию покинутости, "произрастает" из опыта впитанной в младенчестве материнской "холодности", хронического дефицита заботы. На первых встречах с психотерапевтом пациент не жалуется, не зовет, не плачет. Он безмолвствует, словно сорвав голос в крике отчаяния. Чем дольше пациент отыгрывает проективную идентификацию с Безмолвствующим Другим, тем острее становится желание психотерапевта воззвать к нему с просьбой о диалоге. Это состояние эмоционально весьма насыщено. Его можно передать примерно в следующих словах: "Ну, не мучай меня, не молчи, откликнись же, наконец, твоё молчание меня пугает, что с тобой?!".

Нам вспоминается случай необычайно молчаливой, "малодоступной", с клинической точки зрения, пациентки Х., 39 лет. Она была направлена на консультацию к психологу (им оказался младший автор данной статьи, старший в данном случае выступал в роли супервизора) в связи с трудностями получения анамнестических данных и, следовательно, постановки диагноза, с которыми столкнулся врач-психиатр. Обратившись в клинику с жалобами на головные боли и плохое настроение, Х. кратко, односложно отвечала на вопросы, реагируя полным молчанием в случаях, когда они касались родителей и особенностей общения с близким окружением в детстве. В поисках контакта с пациенткой, ей было предложено, поскольку она отказывается говорить о себе, пофантазировать, что может быть на душе у других людей, изображенных на картинках психологического теста (проективного Теста объектных отношений Н. Phillipson). Рассказы Х. состояли, по преимуществу, из одного предложения, часто назывного. К примеру: "Встреча двух людей", "Семья во время обеда", "Расставание", "Одиночество". К призывам о чуть более глубоком "вживании" в происходящее с персонажами пациентка оставалась глуха, в ответ на просьбу описать их мысли и чувства лишь пожимала плечами. Манера общения Х. отдавалась в психологе чувством покинутости. То и дело мелькала мысль о невозможности "достучаться" до нее, возникало ощущение безнадежности случая. Почти отчаявшись "разговорить" пациентку и, одновременно, понимая, что испытываемые им чувства могут быть отголоском болезненных переживаний Х. в общении с Другим "там-и-тогда", психолог обратилась к ней со следующими словами: "Ваше молчание тревожит меня, я ощущаю себя в изоляции, как, возможно, и Вы когда-то". На глазах у пациентки появились слезы; еще немного помолчав, она начала рассказывать о своей глухонемой матери, отправившей ее в трехлетнем возрасте к бабушке в "глухую деревню". Бабушка, с которой она прожила почти 11 лет (до того как, по окончании 8 классов, смогла уехать в город), осталась в памяти Х. вечно занятой труженицей, не склонной к "пустой болтовне". Пациентка свыклась с мыслью, что до ее переживаний никому нет дела, что "жалуйся - не жалуйся, никто не услышит". Выйдя замуж за человека значительно старше себя и тоже крайне сдержанного в выражении чувств, "молчуна", Х. многие годы жила в атмосфере "давящей тишины", повторившей атмосферу дома, где прошло ее детство. Головные боли раскалывающего характера, по поводу которых она обратилась в клинику, возникли после ссоры с мужем, когда она, обычно сдержанная, выкрикнула ему слова обиды на невнимательное к ней отношение. Пациентка, однако, ничего не рассказывала врачу-психиатру об этом предшествовавшем появлению головных болей конфликте с мужем, как не рассказала и о более ранних конфликтах и обидах. Подспудно ожидая формально-безразличного отношения со стороны Другого (иными словами, со стороны всех людей), она предпочла идентифицироваться с безмолвием, нежели звать на помощь эмоционально глухонемого. Озвучив чувство

покинутости, бессознательно "вложенное" в нас пациенткой, мы попытались инициировать с ней и в ней диалог, в противовес привычному самоотчуждению и изоляции от окружающих.

Подчеркнем, что нередко пациент с пограничной личностной организацией, отыгрывая проективную идентификацию с безмолвствующим Другим (чьи качества он автоматически атрибутирует психотерапевту), подталкивает терапевта к большей настойчивости в проявлении предпринимаемых тем попыток и намерений. Бессознательно такой пациент дает понять психотерапевту, сколь пугающим может быть безмолвие Другого, в пределе своего выражения ассоциируясь со смертью.

В патологическом внутреннем диалоге "Я-Нежелающий слышать - Другой-Неумолкающий" последний вновь и вновь обвиняет, стыдит, угрожает, приказывает, просит, вещает - вопреки тому, что Я не желает ничего слышать. Пациенты, которым свойственен такой внутренний диалог, чувствуют себя преследуемыми. Их манера общения на первых встречах с психотерапевтом зависит от степени выраженности тревоги преследования и страха аннигиляции. Как отмечалось выше, это во многом определяется особенностями их личностной организации.

При невротической личностной организации назойливость Другого не столько пугает, сколько раздражает и утомляет. Тревога присутствует в незначительной степени. Как правило, пациент лишь несколько обеспокоен состоянием своего здоровья. Отсутствие выраженной тревоги преследования и страха аннигиляции объясняется достаточно благоприятным ранним опытом общения с матерью, способной не переходить границ Я-Другой и "оставить в покое", хотя и не по первому требованию ребенка. В начале психотерапевтической работы (заметим, что встречи, чаще, происходят в клинике, а не в психологической консультации) пациент жалуется на повышенную истощаемость, слишком чуткий сон с пробуждениями от каждого шороха, непереносимость громких звуков, возникающую от шума головную боль. В мельчайших подробностях рассказывая о том, что его беспокоит, пациент не скрывает и раздражения от бесконечных расспросов о его состоянии. Пациент неоднократно подчеркивает, что устал, что нуждается в тишине и покое, мечтает отдохнуть от людей. Он почти навязчиво повторяет, что не хочет вести пустые разговоры, не желает слышать ни о какой психотерапии (кроме, пожалуй, аутотренинга). Психотерапевт ответно начинает чувствовать, что ему лучше быть немногословным, чтобы не стать виновником нервного истощения пациента.

При пограничной личностной организации (и, тем более, при психотической) тревога преследования и страх аннигиляции выражены в значительной степени. В их основе лежит ранний травматический опыт общения с тревожной и поглощающей матерью, которая постоянно игнорирует границы между собой и ребенком и пренебрегает его потребностью "побывать одному". Охваченный тревогой, пациент бывает крайне многословен в своих жалобах на Другого, чей голос "бьет по мозгам",

"сводит с ума". На первых встречах с психотерапевтом он отыгрывает проективную идентификацию с Неумолкающим Другим. Не умолкая, он не только не дает психотерапевту "рта раскрыть", но одновременно пытается звуком собственного голоса заглушить голос Другого во внутреннем диалоге. Пациент с пограничной личностной организацией нередко попадает на прием к психотерапевту, уже испробовав различные самодеструктивные способы, призванные заглушить угрожающий потерей Я голос Другого: алкоголь, наркотики, даже попытки самоубийства. И зная, что пациент готов лишиться себя жизни, лишь бы заставить замолчать Другого, психотерапевт будет молчать, сколь бы долго тот не "голосил".

Дать поголосить - проверенный веками способ выражения поддержки человеку в горе, ассимилированный психотерапевтической практикой. Тем не менее, в условиях психотерапии не может не возникать вопрос о временных рамках сеанса на начальных этапах диалога с Неумолкающим. Пожалуй, никто из психотерапевтов, несмотря на заранее обговоренную с пациентом продолжительность встречи, не прервет последнего на полуслове только потому, что "время истекло". Вместе с тем, по-человечески абсолютно понятное удлинение сеанса в соответствии с нуждами пациента чревато укреплением столь характерных для пограничной личностной организации искаженных представлений о реальности. Не погружаясь в рассуждения о том, что более гуманно - создавать щадящие условия, с учетом тотальной травмированности пациента, или закалять его реальностью, отметим лишь, что любое из решений должно обсуждаться с пациентом в доступной ему форме. Что, по нашему мнению, действительно опасно, так это - умалчивание, "благодаря" которому между участниками общения, как правило, вырастает еще одна стена из фантазий: о жестокости/альтруистичности психотерапевта, о непримечательности/исключительности пациента, о смиренном служении, о неоплатном долге "по гроб жизни" и т.д.

* * *

Описывая чувства психотерапевта, возникающие на первых встречах с пациентами, которым свойственны патологические внутренние диалоги, мы специально обращали внимание на то, сколь высока его готовность вести себя в соответствии с нуждами последних. Бессознательно запуская механизмы навязчивого повторения и проективной идентификации, такого рода пациенты добиваются того, что психотерапевт начинает чувствовать необходимость общаться с ними с позиций, которые делают его в корне непохожим на Другого в патологическом внутреннем диалоге. Иными словами, на первых встречах с психотерапевтом пациенты реализуют манипулятивный тип общения, пытаясь превратить терапевта в идеального Другого, полностью отвечающего нуждам Я.

Проблема психотерапевтического общения с "манипулирующим"

пациентом многие годы носит дискуссионный характер. Поэтому, прежде чем приступить к моделированию психотерапевтических стратегий при патологических внутренних диалогах, хотелось бы остановиться на ней подробнее.

Наиболее активными участниками данной дискуссии выступают психотерапевты экзистенциально-гуманистического и психодинамического направлений. Причем, среди тех и других равно находятся как сторонники, так и противники конфронтации с пациентом-"манипулятором".

Обратимся вначале к теориям, в которых обосновывается необходимость конфронтации с "манипулирующим" пациентом. Пафосом анти-манипулятивности, на наш взгляд, просто пронизан классический психоанализ З.Фрейда. Чрезмерно увлекаясь противопоставлением психоанализа и гуманистической психотерапии, на это обстоятельство далеко не всегда обращают внимание. Обычно забывается, что, создаваясь для изучения и лечения больных истерией, которые, как известно, необычайно склонны к манипуляциям, психоаналитический метод был призван стать альтернативой гипнотическому внушению как способу манипулирования сознанием. Выступая против превращения психотерапевтического процесса в "состязание манипуляторов", З.Фрейд сформулировал правила безопасности психотерапевтического общения: "зеркала", "технической нейтральности" и "абстиненции". Возлагая на психоаналитика ответственность за соблюдение этих правил, З.Фрейд стремился свести к нулю вероятность ситуаций, в которых один из участников общения мог бы оказаться жертвой манипуляции со стороны другого.

Поскольку решающее значение в возникновении истерической патологии Фрейд придавал инцестуозным фантазиям, то особую бдительность он проявлял в вопросах предотвращения сексуального насилия. Строгое табу на прямое удовлетворение инстинктивных нужд, по его мнению, обеспечивает наиболее благоприятные условия для осознания пациентом своих манипуляций, а, значит, и отказа от них.

Можно заметить, что, настаивая на конфронтации с манипуляциями, исследователь предостерегал своих учеников от потакания, в первую очередь, эротическим фантазиям истерического пациента, которые порождаются "инстинктом жизни". И, как бы в дополнение, М.Кляйн стала особо подчеркивать необходимость конфронтации с манипуляциями, вызванными "инстинктом смерти". Она описала феномен проективной идентификации, позднее признанной одним из основных механизмов манипулятивного общения (*Klein, 1952*). Рассматривая проективную идентификацию в связи с ранними агрессивными фантазиями о внедрении в тело матери, М.Кляйн считала, что этот феномен должен сразу подлежать бесстрастной интерпретации. По сути, М.Кляйн придерживалась точки зрения, что аналитик должен противостоять агрессивным манипуляциям пациента. Позднее, ряд последователей М.Кляйн (В.Бион, П.Кейсмент,

Г.Розенфельд, Д.Зейнфельд и др.), видя в проективной идентификации механизм манипулятивного общения, стали обращать внимание на психотерапевтический эффект *контейнирования* контрпереносных чувств, "вложенных" в аналитика, т.е., по сути дела, на психотерапевтический эффект стратегии *поддержки* (!) манипулятивных усилий пациента.

О.Кернберг в своем структурном подходе интегрировал идеи З.Фрейда с идеями М.Кляйн. Будучи признанным авторитетом в вопросах психотерапии пациентов с пограничной личностной организацией, он считает оправданной конфронтацию с манипуляциями последних. Разделяя представления классического психоанализа об инстинктивных нуждах, стоящих за такими манипуляциями, исследователь придает решающее значение соблюдению "правила абстиненции". Обсуждая особенности психотерапевтического общения с нарциссическими пациентами (среди пациентов с пограничной личностной организацией Кернберг выделяет их в отдельную группу), он подчеркивает важность беспристрастной интерпретации всех манипулятивных проявлений Грандиозного Я и механизма всемогущего контроля, посредством которых нарциссическая личность пытается использовать аналитика в соответствии со своими нуждами. В то же время, Кернберг не исключает возможности и целесообразности поддержки на инициальной стадии анализа манипулятивных усилий наиболее тяжелых, самодеструктивных нарциссических пациентов (*Kernberg, 1989*).

Итак, мы видим, что в рамках психодинамического подхода необходимость конфронтации с пациентом-"манипулятором" отстаивается теми психотерапевтами, кто, вслед за З.Фрейдом, рассматривает манипуляции в тесной связи с инстинктивными нуждами, "влечениями". По сути, эти психоаналитики исследуют манипулятивное общение "на стыке" психологии и этики, что объединяет их с представителями экзистенциально-гуманистического направления психотерапии, наиболее жестко выступающими против общения подобного типа. Разделяет же тех и других, в первую очередь, вопрос о степени *осознания* пациентом своих манипуляций. Психоаналитикам, которые стараются поддерживать и актуализировать подлинно-человеческое в пациенте (Я в его борьбе с Оно), **а не потакать его** влечениям, обусловленные влечениями манипуляции **видятся** не **вполне** осознанными действиями. Психотерапевтам экзистенциально-гуманистической ориентации, стремящимся поддерживать и актуализировать подлинно-человеческий диалог с пациентом, а не потакать его обусловленным эгоцентризмом манипуляциям, последние представляются достаточно осознанными воздействиями.

Явными сторонниками конфронтации с клиентом-"манипулятором" являются и гештальттерапевты (*Perls, 1969*). Сразу знакомя клиента с "нормами-правилами" общения (говорить о своих чувствах "здесь-и-теперь" и от своего лица, обращаться адресно, избегать "эбаутизма" и т.д.), гештальттерапевт стремится инициировать диалог, в противовес манипулированию. Он фокусирует внимание клиента на любых нарушениях

правил диалогического общения и требует осознания манипуляций, направленных на поиск внешней поддержки ("слияний", "интроекций", "проекций" и "ретрофлексии"). Предполагается, что, столкнувшись с конфронтацией и оказавшись в тупике, клиент, благодаря "внутреннему взрыву", обнаружит ресурсы самоподдержки и сможет уже не манипулировать, но контактировать с другим человеком и с самим собой.

Идея конфронтации с манипулированием в пользу диалога (диалога-контакта, диалога-встречи, диалога-молитвы) не могла не найти отклика у отечественных практиков психологического консультирования, воспитанных на трудах М.М.Бахтина и Л.С.Выготского. Клиент-манипулятор с заблокированной диалогической интенцией представляется человеком как бы "вне этики"; основным принципом психотерапевтического общения с ним становится принцип психотерапевтической фрустрации молчанием (Копьев, 1992). Хотя отмечается, что в подтексте стремления к манипуляции можно найти глубокую разочарованность и отчаяние, тем не менее, подчеркивается, что консультанту важно не поддаваться соблазну и не включиться внутренне в "игру" с клиентом. В ходе диалогического консультирования считается необходимым принятие человека в его потенции творческого Я, но не терпимость и благодушие по отношению к эгоцентрическому Я (Флоренская, 1987).

Хотя диалогическое консультирование, как и гештальттерапия, до некоторой степени мыслятся "ветвями" гуманистической терапии, в них, по сути, пересматривается ключевая идея К.Роджерса о безусловном эмпатическом принятии переживаний клиента (даже если он выглядит "манипулятором"). Обратим, в который раз, внимание на эту идею, переходя к обзору теорий, обосновывающих необходимость *поддержки* манипулятивных усилий пациента.

Принцип эмпатического принятия, близкий принятию "идеальной матерью", является общим, как для К.Роджерса, так и для многих представителей современного психоанализа, видящих в раннем травматическом опыте общения с материнской фигурой основную причину возникновения тяжелой личностной патологии и типичных для нее манипуляций.

К ранней детской травме как причине манипуляций первым привлек внимание Ш.Ференци. Пациентов, склонных к манипуляциям, с расщепленным Эго, он считал жертвами материнского "лицемерия", иначе - жертвами манипулирования со стороны матери, не способной к искренней заботе. Придавая поиску объекта гораздо большее значение, чем поиску инстинктивного удовлетворения, он подчеркивал, что отказ аналитика от роли объекта манипуляций ведет к повторной травматизации. Ш.Ференци предложил "технику изнеживания", нацеленную на "изживание" травмы путем уступок манипуляциям пациента. При всей дис-куSSIONности формы, в какую облакалось восполнение дефицита материнской заботы (техника Ш.Ференци резко критиковалась З.Фрейдом, называвшим ее "техникой

поцелуев"), сам факт признания необходимости поддержки манипулятивных усилий пациента носил принципиальный характер.

Дифференцированный подход к пациентам-"манипуляторам" и возможность поддержки тех из них, кто пребывает в поисках утраченной материнской любви, обосновал, развивая идеи Ш.Ференци, его ученик М.Балинт (*Balint, 1952*). Он подчеркивал, что удовлетворение матерью потребности ребенка в первичной любви обеспечивает психологическое выживание Эго в той же степени, в какой кислород обеспечивает биологическое выживание. Исследователь стал различать два вида регрессии: благотворную, когда ищется материнский объект, утверждающий существование Эго, и злокачественную, когда ищется инстинктивное удовлетворение. По его мнению, в первом случае вполне правомерен отказ от технической нейтральности и интерпретаций в пользу эмпатического отклика и поддержки манипулятивных усилий пациента. Представление о манипулятивном общении как способе удовлетворения обращенных к материнской фигуре базовых потребностей Эго характерно не только для М.Балинта, но и для всей Британской группы теоретиков объектных отношений - В.Р.Д.Ферберна, Д.В.Винникотта, Г.Гантрипа. Видя в "недостаточно хорошем материнстве" основную причину манипуляций, они внесли изменения в организацию психотерапевтического пространства и разработали "холдинговые" техники, позволяющие удовлетворить потребность Эго в "хорошем" объекте.

В.Р.Д.Ферберн, уделявший немало времени общению с шизоидными пациентами, настаивал на выполнении аналитиками функций надежной и помогающей родительской фигуры. Обеспечивая поддержку пациенту, чувствующему себя полностью покинутым в Космосе сепарации, он предлагал ему расположиться не на кушетке, а в кресле рядом с аналитиком. Ферберн особо подчеркивал необходимость подтверждения ценности любви со стороны пациента, а, значит, и ценности его личности, в противовес обесцениванию, которому постоянно подвергала ее мать. Косвенно он указывал, что конфронтация с манипулятивными усилиями доказывающего свою любовь пациента приводит к болезненному ощущению эмоционального вакуума, влекущему за собой уход от контактов (*Fairbairn, 1966*).

Д.В.Винникотт, размышляя о "достаточно хорошем материнстве", дефицит которого приводит к манипулятивному общению, обращал внимание на значимость "отзеркаливания" истинного Я. Понимая под "отзеркаливанием" тотальный эмоциональный отклик на нужды младенца, исследователь выделял среди последних жизненно-важную потребность "быть вне коммуникации" и обращал особое внимание на способность матери "быть в доступности, не вторгаясь". Д.В.Винникотт считал, что "отзеркаливание" является адекватной техникой психотерапевтического общения даже с такими явными "манипуляторами", какими являются психопаты. Видя в антисоциальности таких пациентов экс-квизитную форму

манипулятивного общения, он связывал ее с urgentной потребностью в заботе в условиях эмоциональной депривации (*Winnicott, 1965*).

Заметим, что направленная на эго-поддержку "холдинговая" психоаналитическая техника Д.В.Винникотта получила то же название, что и гуманистическая "техника" К.Роджерса. "Отзеркаливанием" называет свой способ общения с нарциссическими пациентами и Х.Кохут, основатель селф-психологии. Склонный к манипуляциям пациент с нарциссическим расстройством личности представляется ему "человеком трагическим" (*Kohut, 1977*), пережившим дефицит эмпатического отзеркаливания в раннем детстве и потому идентифицирующимся исключительно со своим Грандиозным Я. Конфронтацию с манипулятивными усилиями Грандиозного Я такого пациента исследователь считал недопустимой, поскольку полагал, что они направлены на сохранение самоуважения и поддержание личностной целостности за счет связи с Другим. По мнению Х.Кохута, конфронтация в этом случае чревата опасными для пациента последствиями: усилением агрессивности и ипохондричности, деперсонализацией, патологической регрессией к холодной параноидной грандиозности.

Представив аргументы психотерапевтов психодинамической ориентации в пользу поддерживающей стратегии общения с пациентом-"манипулятором", вернемся к экзистенциально-гуманистическим теориям. Таким же последовательным, как и К.Роджерс, сторонником "отзеркаливания" переживаний обратившегося за помощью субъекта выступал Р.У.Лейнг. Возглавляя экзистенциально-феноменологическое ("антипсихиатрическое") направление психотерапии, он призывал к поддержке манипулятивных усилий пациента на том основании, что метакоммуникация представляет собой отчаянную, нередко последнюю попытку достижения онтологической защищенности. Р.У.Лейнг объяснял жизненную необходимость метакоммуникации амбивалентным отношением Я к пониманию его со стороны Другого. Страстно желая понимания, пациент, и особенно психотический пациент, в любом понимающем проявлении усматривает угрозу поглощения. Чтобы сохранить собственную идентичность и автономию, он прибегает к метакоммуникации, обеспечивающей наибольшую безопасность. Придавая метакоммуникативному посланию статус экзистенциального сообщения, Р.У.Лейнг подчеркивал важность психотерапевтического "вслушивания" и отклика.

Таким образом, для психотерапевтов, считающих возможной и даже необходимой поддержкой манипуляций пациента, последний предстает человеком трагическим, онтологически-незащищенным, травмированным лицемерием и равнодушием Другого. Вглядываясь в пациента-"манипулятора" с онтологической точки зрения, теоретики объектных отношений, селф-психологи, роджерсианцы и "антипсихиатры" обнаруживают под маской его эгоизма и агрессии жизненно-важные, экзистенциальные потребности в поддержке и утверждении собственной

идентичности.

Многолетний психотерапевтический опыт старшего автора данной статьи и результаты проведенных под ее руководством исследований (Бурлакова, 1996; Чеснова, 1986; Чечельницкая, 1999) также позволяют увидеть в пациенте-"манипуляторе" жертву неотзывчивого отношения со стороны первого онтогенетически-значимого Другого (в особо тяжелых случаях - жертву психологического и физического насилия). В манипулятивных формах взаимодействия с Другим находят свое не прямое выражение базовые потребности Я, удовлетворение которых было травматическим образом фрустрировано в раннем детстве. Поскольку манипуляции представляются *не вполне осознаваемыми* способами взаимодействия с Другим, сформировавшимися в условиях дефицита материнской заботы, мотивация манипулятивного общения, строго говоря, не может считаться "антигуманной" или "антидиалогической". Хочется подчеркнуть, что этическая трактовка манипулятивного общения как антитезы диалогу не просто уместна, но необходима, когда идет речь о недопустимости использования психотерапии в качестве определенной, имеющей эффект "технологии воздействия". Когда же чрезмерная увлеченность психотерапевта этической трактовкой становится помехой, лишаящей пациента необходимой помощи и укрепляющей последнего в представлениях о собственной "плохости", она превращается в крайне опасное оружие. Избыточное нагружение категории диалога этическими и религиозными коннотациями, игнорирование онтогенетического ракурса, обусловившего манипулятивность пациента в общении, чревато для последнего повтором травматического опыта отвержения, а порой - новым погружением в пучину суицидальных фантазий.

Поэтому на *начальных этапах* психотерапии требуется не незамедлительная дезавуация направленных на психологическое выживание Я способов манипулятивного общения, а, напротив, поддержка манипулятивных усилий пациента, ибо их цель - обретение Другого, сопереживающего его нуждам, Другого, с которым возможен нормальный, а не патологический диалог. Вместе с тем, именно во имя такого нормального диалога и следует конфронтировать с манипулятивным типом общения на *отдаленных* и, особенно, на *завершающих* этапах психотерапии. В терапевтическом контакте это означает отказ отвечать на манипулятивные стратегии общения путем разделения с пациентом чувств, возникающих у терапевта в ответ на оказываемое на него давление (Соколова, 1995; 2000).

Итак, выше обсуждались полярные взгляды на проблему психотерапевтического общения с пациентами - "манипуляторами", к числу которых с полным на то основанием можно отнести и пациентов, которые несут в себе патологические внутренние диалоги. Формулируя собственную

точку зрения по данной проблеме, мы выбрали онтогенетический ракурс ее рассмотрения и акцентировали идею этапности, стадийности психотерапевтического процесса. Это позволило, видя в манипуляциях не вполне осознаваемые, уходящие корнями в ранний травматический опыт и направленные на сохранение целостности Я способы общения с Другим, обосновать необходимость поддержки пациента - "манипулятора" на начальных и уместность конфронтации с ним на отдаленных этапах психотерапии. Определив, таким образом, ведущий принцип психотерапевтического общения с пациентами, которым свойственны патологические внутренние диалоги, перейдем непосредственно к моделированию психотерапевтических стратегий.

Кажется возможным рассматривать стратегии психотерапевтического общения при патологических внутренних диалогах как постепенную смену *пяти* психотерапевтических позиций: *ответствования, вопрошания, Эхо-позиции, Угу-позиции и молчания.*

Согласно общему принципу "от поддержки к конфронтации", наиболее адекватной стратегией психотерапевтического общения при патологическом внутреннем диалоге "Я-Взывающий - Другой-Безмолвствующий" выглядит движение "от ответствования к молчанию". Наиболее адекватной стратегией психотерапевтического общения при патологическом внутреннем диалоге "Я-Нежелающий слышать - Другой-Неумолкающий" представляется, напротив, движение "от молчания к ответствованию".

В то время как диалогический подход к психотерапевтическому общению позволяет рассматривать пять упомянутых выше психотерапевтических позиций в качестве "составляющих" целостных психотерапевтических стратегий, в рамках иных подходов наблюдается тенденция придавать статус стратегии лишь каким-то отдельным позициям.

Так, в классическом психоанализе статусом психотерапевтической стратегии наделена психотерапевтическая позиция молчания. Не раскрывающий рта ("лица") психотерапевт-"зеркало" считается идеалом поведения аналитика на всех этапах психотерапии. В рамках экзистенциально-гуманистического подхода решающее стратегическое значение придается Угу- и Эхо- позициям: эмпатически слушающий психотерапевт невербально ("угуканьем") и вербально вторит речи пациента в течение всего психотерапевтического процесса. Что касается психотерапевтических позиций вопрошания и ответствования, то можно заметить, что приверженцы того или иного психотерапевтического направления иногда ставят знак равенства между конкретным вопросом или типом ответствования и психотерапевтической стратегией. К примеру, многие гештальттерапевты считают стратегически важным вопрос о том, что происходит с клиентом "здесь-и-теперь". Для психотерапевтов когнитивно-бихевиоральной ориентации стратегический, по сути, статус отводится интеллектуальному "ответствованию", т.е. размышлениям вслух о возможных ошибках мышления пациента.

Уделив внимание взглядам на стратегическое значение отдельных психотерапевтических позиций, существующим у сторонников основных психотерапевтических подходов, перейдем к рассмотрению развиваемых в рамках диалогического подхода представлений о психотерапевтических стратегиях как постепенной смене психотерапевтических позиций в соответствии с принципом "от поддержки к конфронтации".

* * *

Психотерапевтическая стратегия при патологическом внутреннем диалоге "Я-Взывающий - Другой-Безмолвствующий": позиция ответственности - позиция вопрошания - Эхо-позиция - Угу-позиция - позиция молчания.

В начале психотерапии, ведя диалог с позиции ответственности, психотерапевт полностью раскрывает, какими чувствами, ощущениями, размышлениями, фантазиями, воспоминаниями отзываются в нем слова или безмолвие пациента. Позиция ответственности становится психотерапевтической альтернативой хроническому отсутствию Другого, его вечному безмолвию в диалоге с Взывающим Я. Разнообразные, в соответствии с индивидуальностью пациента, высказывания психотерапевта свидетельствуют о существовании реагирующего, чувствующего, думающего - живого! - Другого, столь необходимого покинутому Я. По мере того, как пациент вновь и вновь убеждается в стабильности существования "ответствующего" Другого - разделяющего боль, выражающего сочувствие, понимающего причины, замечающего успехи, - он, веря в доступность поддержки, может отважиться на исследование Я в поиске ресурсов самоподдержки. В этот период наиболее уместной психотерапевтической позицией становится, по нашему мнению, позиция вопрошания.

Позиция вопрошания служит альтернативой хроническому безразличию Другого, для которого Я - пустое место, а не таинственная, ждущая исследователя территория. Не скрывая искреннего любопытства и живого интереса к личности пациента, психотерапевт своими вопросами помогает ему сделать первые шаги по пути открытия Я как неисчерпаемого источника поддержки. Если, ведя диалог с позиции ответственности, Другой всем своим существом отзывается на зов Я, то, занимая позицию вопрошания, он, скорее, указывает направление поиска ресурсов - одно из бесконечного числа возможных, - когда Я заходит в тупик. По мере того, как пациент вновь и вновь убеждается в наличии выхода из тупика на пути открытия Я, психотерапевт как условно-значимый Другой может уйти в тень, отступив к диалогу с Эхо-позиции.

Эхо-позиция представляет собой психотерапевтическую альтернативу двум крайностям: постоянному ответствованию и полному молчанию. На наш взгляд, такая психотерапевтическая позиция уместна, когда пациент, благодаря возросшей способности к самоподдержке, уже не вызывает

ежесекундно к Другому, но все еще продолжает в нем нуждаться в критические моменты "охваченности" чувствами. Оказавшись в тупике и поддавшись отчаянию, найдя из него выход и испытав ликование, пациент, благодаря Эху, выходит за пределы собственного Я. Ему становится легче контролировать находящееся "по ту сторону" Я отчаяние, он получает возможность пережить безграничный триумф.

По мере того, как у пациента усиливается самоконтроль, накапливается опыт триумфа, крепнет голос, психотерапевт может ограничить свой вклад в диалог лишь время от времени звучащим нечленораздельным "угуканьем". Занимая в диалоге *Угу-позицию*, Другой позволяет солировать все более уверенно звучащему голосу Я. "Угуканье" Другого - нечто вроде бэк-вокала, не обязательного, но и не лишнего сопровождения сольному выступлению.

Психотерапевтическая *позиция молчания*, с которой ведется диалог на завершающем этапе психотерапии, приобретает смысл инициации, подтверждающей толерантность пациента к отсутствию "ответствующего" Другого вовне, поскольку тот теперь стабильно присутствует во внутреннем пространстве Я-Другой. Молчание психотерапевта свидетельствует о признании им способности пациента к заботе о себе, способности "ответствовать" за собственную жизнь. Пациент, способный к диалогу с молчащим психотерапевтом, по сути, перестает быть пациентом. Вновь - или впервые! - обретя веру в отзывчивость Другого, он становится "диалогической личностью".

Психотерапевтическая стратегия при патологическом внутреннем диалоге "Я-Нежелающий слышать - Другой-Неумолкающий": позиция молчания - Угу-позиция - Эхо-позиция -позиция вопрошания - позиция ответствования.

Занимая в начале психотерапии *позицию молчания*, психотерапевт утверждает реальность границ Я-Другой, в восстановлении которых столь нуждается пациент. Позиция молчания становится психотерапевтической альтернативой насилию со стороны Другого, "вышедшего из берегов" и размывающего, а то и затопляющего Я потоком слов. Психотерапевт дает пациенту возможность поверить в безопасность существования Я в пространстве Я-Другой. По мере того, как у пациента уменьшается страх поглощения, становится уместным направить психотерапевтические усилия на постепенное возрождение, а в особо тяжелых случаях на формирование его интереса к Другому.

Психотерапевтическая *Угу-позиция* позволяет мягко привлечь внимание пациента к самому факту существования Другого с его собственным голосом. Поскольку Другой не говорит, а "угукает", пациент не обязан слушать, а тем более - понимать. Существование Другого не угрожает пациенту необходимостью прервать свою речь (= жизнь) или ввести ее в определенное русло; его "угуканье" звучит ненавязчивым аккомпанементом, ничем не ограничивая Я. Спустя какое-то время пациент может заметить, что в ненавязчивом сопровождении Другого становится легче преодолеть

наиболее сложные участки на пути открытия Я. Занимая Угу-позицию, психотерапевт способствует появлению пусть и потребительского, но все же интереса к Другому. Дальнейшему развитию интереса пациента к Другому служит Эхо-позиция.

Психотерапевтическая *Эхо-позиция* представляется адекватной, когда пациент впервые отваживается на паузы, ранее не возможные из-за страха вторжения Другого. Не вторгаясь, но вторя голосу пациента в моменты наиболее драматических пауз, психотерапевт утверждает непрерывность существования Я - в противовес страху аннигиляции. Возрождая голос Я в Эхе, Другой в то же самое время проявляет свою готовность заговорить: связно, внятно, членораздельно. Психотерапевтическая *Эхо-позиция* позволяет пациенту увидеть в Другом и хранителя голоса Я, и потенциального собеседника.

Заговорив "своим голосом", психотерапевт вначале задает вопросы, имеющие смысл психотерапевтической альтернативы вторжениям на территорию Я без спросу. Когда психотерапевт занимает в диалоге *позицию вопрошания*, пациент может убедиться, что голос Другого звучит в помощь Я, служит надежным ориентиром на пути самоисследования. Выражая интерес к Я, Другой в то же время оказывается интересным для Я - ходом мыслей, оригинальностью взгляда и т.д. По мере того, как с возрастанием интереса к вопросам Другого возрастает и интерес пациента к самому Другому, становится уместной психотерапевтическая позиция ответственности.

На завершающем этапе психотерапии *позиция ответственности* приобретает психотерапевтический смысл утверждения уникальной ценности Другого, равноправия Я и Другого в диалоге. Выслушав пациента, говорящего о своих нуждах, чувствах, интерпретациях, психотерапевт в ответ рассказывает ему о своих - в чем-то схожих, а в чем-то совершенно иных. Позиция ответственности служит психотерапевтической альтернативой отношениям, в которых Я не интересуется Другим, не желает ничего слышать о нем как об отдельной, неподконтрольной ему личности. Когда психотерапевт реализует свое право "быть услышанным", он, в то же самое время, предоставляет пациенту возможность открыть в себе новую способность - слушать Другого с интересом, не страшась истощения и потери собственного Я. Пациент, который может быть слушателем в диалоге с психотерапевтом, не воспринимая его "неумол-кающим", перестает, по сути, быть пациентом. Вновь - или впервые! - обретая интерес к Другому как партнеру по диалогу, он становится "диалогической личностью".

* * *

Изложенные выше психотерапевтические стратегии нуждаются в дополнительном обсуждении. Описывая их, мы обращали особое внимание на те моменты психотерапевтического процесса, когда уместна смена

терапевтических позиций.

Так, пациент с патологическим внутренним диалогом "Я-Взывающий - Другой-Безмолвствующий", убедившись в стабильности существования живого, "ответствующего" психотерапевта, готов отвечать на его вопросы. Психотерапевтическая позиция вопрошания может смениться Эхо-позицией, когда пациент перестает быть "охваченным" чувствами и становится способным к исследованию территории собственного Я в поиске ресурсов самоподдержки. Чем увереннее звучит голос Я, тем уместнее аккомпанирующая Угу-позиция психотерапевта как условно-значимого Другого. Психотерапевтическая позиция молчания удостоверяет взросление пациента, его готовность "ответствовать" за свою судьбу и сформированность как диалогической личности.

В общении с пациентом, которому свойственен патологический внутренний диалог "Я-Нежелающий слышать - Другой-Неумолкающий", смена психотерапевтической позиции молчания на Угу-позицию уместна тогда, когда он, убедившись в безопасности существования Я, способен заметить существование Другого без страха аннигиляции. С появлением пауз в речи пациента, свидетельствующих об уменьшении страха вторжения, психотерапевт может заговорить "человеческим голосом" (правда, словами пациента). Переход от Эхо-позиции к позиции вопрошания возможен по мере возрастания у пациента интереса к Другому; психотерапевтическая позиция ответственности уместна, когда пациент готов к встрече с Другим как уникальной личностью.

Вряд ли возможно найти жесткие критерии, на основании которых должен осуществляться переход от одной психотерапевтической позиции к другой в рамках целостной психотерапевтической стратегии. Правомерно говорить лишь о существующем в клинической практике общем правиле, согласно которому следует переходить от изначально поддерживающих ко все более конфронтующим приемам психотерапевтического общения по мере того, как пациент "вырастает" и становится способен вынести конфронтацию, не разрушаясь.

Иногда о возможности подобного перехода можно судить непосредственно *по словам* пациента. К примеру, когда пациент с патологическим внутренним диалогом "Я-Взывающий - Другой-Безмолвствующий" впервые перестает плакать и начинает говорить, сам факт *слов* свидетельствует о готовности вести диалог с вопрошающим психотерапевтом. На уместность смены психотерапевтической позиции указывают, с нашей точки зрения, и *слова благодарности* пациента: "Благодаря Вашим словам (вопросам, молчанию) я ...". Однако известно, сколь непросто бывает многим пациентам (особенно, с пограничной личностной организацией) говорить о своей признательности психотерапевту за помощь. Поэтому последний, выбирая наиболее подходящее, время для смены психотерапевтической позиции, должен обращать особое внимание на те моменты, когда из уст пациента звучит *признание самого факта помощи*, оказанной посредством слов,

вопросов, молчания психотерапевта: "Ваши слова (вопросы, молчание) помогли мне (способствовали тому, что я)...". В каждом таком случае для психотерапевта становится оправданным переход к новой позиции в диалоге.

На что бы ни ориентировался психотерапевт при смене психотерапевтических позиций - на определенные высказывания пациента либо на свою, базирующуюся на опыте и "контрпереносных" чувствах, интуицию - о своевременности новой позиции в диалоге можно заключить по *факту его продолжения*. Раз пациент продолжает вести диалог с занявшим более конфронтующую позицию психотерапевтом, значит, он способен на такой диалог, готов к нему. Конечно, в переходные моменты диалога он всегда труден для обоих участников. Психотерапевту необходимо следить, чтобы степень трудности была оптимальной. Пациент должен быть оберегаем и от чрезмерного, "не по возрасту" напряжения, и от псевдопсихотерапевтического стремления облегчить ему жизнь, и от саморазрушительного желания погружаться в отношения по принципу "чем труднее, тем лучше".

До сих пор, моделируя психотерапевтические стратегии при патологических внутренних диалогах, мы описывали идеальный психотерапевтический процесс, в котором, во-первых, происходит четкая смена психотерапевтических позиций, и, во-вторых, задействованы они все. Очевидно, что в реальном взаимодействии с пациентом психотерапевт может лишь осознанно стремиться к тому, чтобы в начале психотерапевтического процесса вести диалог по преимуществу с одной из позиций, затем - с другой и т.д. При этом пациент (особенно, если он имеет пограничную личностную организацию) способен долгое время не позволять или даже никогда не позволить психотерапевту занять какую-либо из конфронтующих позиций, "задержавшись" или "остановившись" в индивидуальном росте. Это не означает неэффективности психотерапии. По нашему мнению, о психотерапевтическом успехе можно говорить во всех случаях, когда пациент стал способен к диалогу, в котором психотерапевт занимает уже не первоначально-поддерживающую позицию, а любую иную. Так, для пациента с патологическим внутренним диалогом "Я-Взывающий - Другой-Безмолвствующий" можно говорить об относительной эффективности психотерапевтической работы, если он готов вести диалог с "вопрошающим", а не только "ответствующим" психотерапевтом. Об относительном психотерапевтическом успехе можно заключить и в том случае, когда пациент с патологическим внутренним диалогом "Я-Нежелающий слышать - Другой-Неумолкающий" становится толерантным хотя бы к "угуканью" психотерапевта.

Мы надеемся, что изложенные выше размышления о психотерапевтических стратегиях при патологических внутренних диалогах как последовательной смене занимаемых психотерапевтом позиций будут полезны для интеграции нередко разрозненных, жестко привязанных к определенной школе представлений о психотерапевтическом общении.

Мы также считаем, что для развития способности к общению с различных психотерапевтических позиций в рамках целостных психотерапевтических стратегий необходим диалог "взывающего и желающего слышать" психотерапевта с "супервизирующим" Другим.

ЛИТЕРАТУРА

- Антология современного психоанализа. Т. 1. М., 2000.*
- Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. М., 1988.*
- Бурлакова Н. С. Внутренний диалог в структуре самосознания и его динамика в процессе психотерапии. - Дисс. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. М., 1996.*
- Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. СПб., 1997.*
- Копьев А.Ф. Диалогический подход в консультировании и вопросы психопатической клиники. МПЖ, 1992, № 1, с. 33-48.*
- Лэйнг Р.У. Разделенное Я. Киев, 1995.*
- Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.*
- Розениток-Хюсси О. Речь и действительность. М., Лабиринт, 1994.*
- Соколова Е. Т. Базовые принципы и методы психотерапии пограничных личностных расстройств. В: Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных личностных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995, с. 165-206.*
- Соколова Е.Т. Диалогическая парадигма в современной клинической психологии и психотерапии: ее притягательность и многообразие понимания. Международная конференция "Психология общения 2000: проблемы и перспективы", 25-27 октября 2000. Тезисы докладов. М., 2000, с.288-289.*
- Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. О метакоммуникации в процессе проективного исследования пациентов с пограничными личностными расстройствами. МПЖ., 1997, №3, с. 15-38.*
- Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Моделирование тактик психотерапевтического взаимодействия при основных типах личностных расстройств. Журнал практического психолога, 1998, № 8, с.50-80.*
- Столорой Р., Брандшафт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. М., 1999.*
- Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. Журнал практического психолога, 1999, №3, с.43-84.*
- Чечельницкая Е.П. Стратегии психотерапевтического общения при патологических внутренних диалогах. Международная конференция "Психология общения 2000: проблемы и перспективы", 25-27 октября 2000. Тезисы докладов. М., 2000, с. 334.*
- Чечельницкая Е.П. Стратегии манипулятивного общения у пациентов с иска-*

- жением образа Я при пограничной личностной организации. Дисс. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук. М., 1999.
- Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. В 2 тт. М., 1996.
- Флоренская Т.А. Диалогические принципы в психологии. - В: Общение и диалог в практике обучения, воспитания и психологической консультации. М., 1987, с.27-36.
- Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М., 1989.
- Энрайт Дж. Позиция слушателя-психотерапевта. М., Прагма, 1993.
- Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. М., 1998.
- Balint M. *Primary narcissism and primary love. Psychoanalytic Quarterly*, 29, pp.6-43.
- Fairbairn W.R.D. *Psychoanalytic studies of the personality*. L., 1966.
- Kernberg O.F., Selzer A.M., Koenigsberg H.W., Carr A.C, Appelbaum A.M. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. NY, 1989.
- Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J. *Developments in psychoanalysis*. L., 1952, v.43.
- Kohut H. *The restoration of the self*. NY, 1977.
- Perls F. *Gestalt therapy verbatim*. NY, 1969.
- Seinfeld J. *Interpreting and holding*. N.Jersey, 1993.
- Winnicott D.W. *The maturational processes and the facilitating environment*. L., 1965.