

ПСИХОАНАЛИЗ И ЕДИНСТВО ПСИХОТЕРАПИИ

Л.И. ВОРОБЬЕВА*

В статье рассматривается проблема «единства психотерапевтического опыта». Автор использует метод анализа дискурсивных практик М.Фуко по трем «осям»: «знание-власть-этнос» и анализирует момент «мутации» клинического дискурса, связанный с появлением психоанализа, – мутации, давшей начало всему современному разветвленному дереву психотерапевтических направлений. Единство психотерапии в таком ракурсе следует искать не в теориях и методах, а в общей структуре коммуникации, которая представляет собой герменевтический диалог. Анализируются причины данной дискурсивной «мутации», связанные с открытием З.Фрейдом символического смысла симптома. Психотерапия рассматривается в связи с общеевропейской философской и культурной революцией XX века как новая антропологическая практика.

Введение

Человек, начинающий знакомиться с современной психотерапией, теряется перед фактом почти необъятного множества ее различных теоретических направлений, многообразием различных стилей психотерапевтической практики и технических приемов. Количество форм и методов психотерапии слишком велико: в 1986г. насчитывалось более 400 ее видов, а в детской терапии – 230 [см. обзор литературы по проблеме интеграции психотерапии в статье М.Ю.Колпаковой (2007)], а их границы становятся все более размытыми. Между тем, каждый настоящий психотерапевт интуитивно умеет отличить психотерапию от других видов психологической практики, значит, существует нечто, специфичное для нее, нечто, что объединяет психотерапию и выделяет ее из параллельных видов практики, например, психолого-педагогического консультирования

* *Воробьева Людмила Ивановна* – старший научный сотрудник Психологического Института Российской Академии Образования.

или психиатрии. Однако общепризнанного критерия, по которому можно отличить психотерапию в ее собственной специфике от других форм психологической практики, нет. В стихийно сложившемся «вавилонском столпотворении» психотерапевтических стилей и методов нелегко рассмотреть единство.

Осознать нечто, как обладающее связностью и единством, целостностью, можно, используя разные методы. Так, можно избрать эмпирический способ сравнения прилегающих областей по каким-то признакам или взять некое формальное основание для их классификации. Другой способ состоит во «внутренней рефлексии» «единства многообразного психотерапевтического опыта», попытка реализации которого была предпринята В.Н.Цапкиным (1992). Она предполагает поиск такой метапозиции, то есть такого основания, которое выявит единство в эмпирическом многообразии. Сюда же можно отнести попытку коллектива авторов, в который входит и автор данной статьи, выделить единое фундаментальное онтологическое основание для интеграции психотерапии, основанное на категориях *диалога и другого* (*Гуманитарные исследования*, 2007). В настоящей же статье будет использован третий путь, который можно было бы назвать способом исторического анализа, исторической реконструкции, следуя общепринятой традиции, поскольку на этом пути нас будет интересовать момент исторического появления психотерапии среди прочих социальных институтов в западном мире. Однако в действительности мы пойдем не вполне по этому пути.

Традиционно этот путь ограничен исследованием «истории идей», анализом их развития, а также вкладом, сделанным теми или иными персоналиями в этот процесс. История разворачивается так, будто практика является проекцией концептуально-понятийного аппарата научной теории, причем, проекцией, которая «прозрачна» для наблюдателя, так, будто в практике теория воплощена (или не воплощена) прямо и непосредственно. Между тем, всякая социальная практика не образуется заново на пустом месте, движимая, с одной стороны, наукой, а с другой – социально-экономическим интересом общества. Она, как правило, встраивается и надстраивается на исторически более древние образования, и наука способна только видоизменять их. Вообще сама проблема «наука – практика» имеет недавнее происхождение, поскольку изначальные человеческие институты всегда представляли собой нерасторжимое единство «практического» и «рефлексивного». Эта связь была разорвана, когда познание было институализировано и превратилось в современную науку. Так и психотерапия, рождение которой мы связываем с психоанализом, исторически выстроилась внутри клинической практики, имеющей

очень древние корни и длительную историю, как показал М.Фуко, изучивший этот процесс (1998а). Нас будет интересовать момент той «мутации» клинического дискурса, с которым связано появление психоанализа, мутации, имеющей принципиальный смысл для всего современного разветвленного дерева психотерапевтических направлений. Если мы будем идти по пути анализа единственно различий в содержании психоаналитических теорий с предшественниками (чем обычно заняты «историки идей»), игнорируя то, каким образом психоанализ видоизменил всю систему отношений врача и пациента, то к собственной специфике *практики* психотерапии мы не подберемся. Кроме того, психоанализ как предмет концептуального анализа давно неинтересен, поскольку все тропы здесь исхожены вдоль и поперек, а тот факт, что с ним впервые появился новый тип антропологической *практики*, хотя и был признан, но не был подвергнут детальному рассмотрению. Анализ психотерапии как нового типа антропологической практики, родившейся с появлением психоанализа, потребует не столько уяснения теоретических различий, сколько различий между *правилами*, которыми структурирована коммуникация между «врачом» и «пациентом», которых и называть-то теперь так можно только по традиции, идущей от ее генетической связи с клиникой. Дискурс бессознательного столь отличен от клинического патопсихологического дискурса, что позволил психотерапии иметь дело с людьми, неотягощенными психопатологией, следовательно, слово «лечение» теперь приходится брать в кавычки. Но даже если психоаналитик (психотерапевт) работает с больными людьми, то его коммуникация с ними в корне отличается от той, которую осуществляет врач. Речь идет не только и не столько о специфическом языке, используемом психоаналитиком, сколько о правилах, которым подчиняется дискурс в том и другом случае.

Психотерапия versus клиника

Итак, будем говорить о практике как о *дискурсивном образовании*, используя понятие М.Фуко: отношения, характеризующие дискурсивную практику, составляют «совокупность *правил*, которые имманентны некоей практике и которые определяют эту практику в ее специфичности» (2004а, с.107). Свой метод Фуко называет *археологией*. Археология не описывает дисциплины, вернее, она описывает их в виде дискурсов, которые рассматриваются не просто как знаковые системы, а как *практики*, постоянно образующие объекты, то есть нечто, о чем появляется возможность говорить. Он пишет: «Точкой приложения «Истории безумия»¹ было

¹ «История безумия» – книга М.Фуко. (Русск. пер.: Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997).

появление психиатрической дисциплины в начале XIX века. Эта дисциплина имела иное содержание, иную внутреннюю организацию, иное место в медицине, иную практическую функцию и иное применение, чем традиционный раздел «болезней головы» или «нервных болезней», встречающийся в медицинских трактатах XVIII века. Однако при рассмотрении этой новой дисциплины обнаружились две вещи: ее возникновение в ту эпоху и значительное изменение в организации понятий, типов анализа и доказательств стали возможными благодаря целому набору связей между госпитализацией, принудительным помещением в больницу, условиями и процедурами исключения из общества, юридическими постановлениями, нормами промышленного труда и буржуазной морали, короче говоря, благодаря целой совокупности, характеризующей формирование высказываний для этой дискурсивной практики. Но эта практика проявляется не только в дисциплине, обладающей научным статусом и притязаниями; ее присутствие обнаруживается также и в юридических текстах, в способах выражения, присущих литературе, в философских размышлениях, в решениях политического порядка, в повседневных разговорах и мнениях. Дискурсивная формация, существование которой позволяет выделить психиатрическая дисциплина, отнюдь не совпадает с этой практикой: она выходит далеко за ее пределы и окружает ее со всех сторон» (*там же*, с.327-328). М.Фуко не отождествляет дискурсивные формации ни с науками, ни с дисциплинами, обладающими той или иной степенью научности, ни с теми фигурами, которые предвосхищают будущие науки, ни с теми, которые никогда не достигнут научного статуса (*там же*, с.331).

Метод анализа дискурсивных формаций как исторических единичностей, разработанный М.Фуко, зиждется на трех взаимосвязанных «осях»: знание – власть – этос². Эта триадическая логика развертывает взаимообусловленность образующих тот или иной дискурс с помощью анализа, характерного для каждого «пучка отношений» между ними. С какой бы стороны мы ни разворачивали анализ той или иной дискурсивной формации, непременно будут затронуты все три грани. Здесь то, *что говорится* (содержание знания), интересно не в отрыве от остальных со-

² «Этос» у Фуко близок скорее не к «этике» в современном понимании, то есть к нормативному аспекту взаимоотношений, а к тому расширенному контексту, в котором этот термин употребляли греки: «определенный вид отношения к актуальности; добровольный выбор, совершаемый какими-то людьми; наконец, способ мыслить и чувствовать, а также способ действовать и вести себя, который одновременно выражает определенную принадлежность и представляет себя как задачу» (*Foucault M. Qu'est-ce que les Lumieres? // Dits et Ecrits. Vol. IV: 1980-1988. P., 1994. P.568*).

ставляющих дискурса, а в тесном переплетении с ними. Важен, во-первых, тот, *кто говорит*, не в смысле конкретного лица, а в смысле некоей анонимной инстанции, обладающей правом на речь в данном дискурсе – функция выражения не только *знания*, но и *полномочий*. Во-вторых, – тот, *кому говорят*, его позиция в общей структуре отношений. Этот путь позволяет подойти к анализу практики нетрадиционно, то есть не со стороны теорий и методов, которыми были озабочены «историки», что нельзя приписать случаю в силу гносеологического крена культуры модерна (которую Фуко называет «классической эпохой»). Такой «бессубъектный» способ исторического анализа Фуко и называет археологией.

Разберемся сначала, что имеется в виду, когда Фуко говорит о знании. «Знание – это то, о чем можно говорить в пространстве дискурсивной практики <...> (знание психиатрии в XIX веке – это не сумма того, что сочли истинным; это совокупность форм поведения, своеобразий и девиаций, о которых можно говорить в психиатрическом дискурсе)» (*там же*, с.333-334).

Действительное историческое развитие дискурсивных практик происходит под влиянием различных обстоятельств, условий и механизмов, включающих вовлеченность во взаимодействие с недискурсивными образованиями. Фуко демонстрирует свой метод при исследовании различных дискурсов. История психиатрии как клинической практики включена в историю дискурса безумия. Психиатрия продолжает дискурс безумия, однако, столь сильно модифицирует практику, что дискурс безумия преодолевает клиническую парадигму. Анализ «истории безумия» М.Фуко, хотя и вплотную подходит к той мутации дискурса, которая произошла с появлением психоанализа, но не касается ее. Он много пишет о психоанализе, но в ином контексте, о котором здесь не буду говорить. Для М.Фуко тот путь анализа данной мутации, по которому я предполагаю пойти, был бы, мне кажется, невозможен в силу неприятия «философии». Я же направляюсь в сторону феноменологической герменевтики, пытаюсь использовать эвристические возможности обоих. Приложение его метода к анализу данной мутации поэтому целиком на моей совести.

В данной статье я полагаю необходимым начать не со стороны «знания», поскольку это традиционный для исторического анализа путь. Анализ новых по сравнению с психиатрией, предшествовавшей психоанализу, теорий, сколь глубоким он бы ни был, не позволит подойти к решению поставленной задачи. Следуя триадической логике М.Фуко, можно было бы начать и с этого и сказать, что именно исследование бессознательных механизмов психического повлияло на процедурные моменты в организации отношений между психиатром и пациентом, но можно сказать и то,

что сыграло роль и само взаимодействие между врачом и пациентом: разочарование в гипнотических техниках, в техниках прямого воздействия дало импульс появлению нового (психоаналитического) знания. Не наша задача выявлять, что было «первичным», а что «вторичным», причинно-следственные отношения нас не интересуют. Мутация произошла, и наша задача заключается в том, чтобы остановиться именно на ней. Акцент на структуре власти, реализуемой в рассматриваемых видах психологической практики, позволит наиболее отчетливо показать характер этой мутации. Отсюда видно, что понятие коммуникации, если оно применяется к анализу практики, не может быть сведено к некоей абстракции «общения», оно конкретизируется таким образом, что в нем выделяются каналы для циркуляции не только знания, но и власти, равно как и всего, что содержит в себе «этос».

М.Фуко значительно модифицирует понятие власти, рассматривая ее как исторически изменяющееся явление. Он говорит о том, что, начиная с XVIII века, были изобретены «позитивные технологии власти»: «Помоему, и с методологической, и с исторической точки зрения ошибочно считать, будто власть по сути своей есть негативный механизм притеснения, что ее прирожденная функция – беречь, охранять и воссоздавать производственные отношения. Ошибочным кажется мне и мнение, будто власть – это нечто, располагающееся над игрой сил, на уровне надстройки» (2004б, с.74). Это представление в действительности построено на основе ряда исторически пройденных моделей, «неадекватное по отношению к реальности, современниками которой мы являемся не одно столетие, по меньшей мере с конца XVIII века» (*там же*). Так, мы «игнорируем то, что было особенным, новым в XVIII веке, а именно сложение власти, которая уже не выполняла по отношению к производительным силам, к производственным отношениям, к существовавшей социальной системе функцию контроля и воспроизводства, а, напротив, играла действительно позитивную роль. Тем, что было введено XVIII веком вместе с его системой «нормализующей дисциплины», вместе с его системой «дисциплины-нормализации» была, как мне кажется, власть, которая на самом деле не репрессивна, а продуктивна: репрессия фигурирует в ней лишь в качестве побочного, вторичного эффекта по отношению к механизмам, которые как раз являются сердечником этой власти, к таким механизмам, которые созидают, творят, производят» (*там же*, с.75). К концу XVIII века удалось создать такую власть, которая непосредственно встроена в распределение сил, власть уже не охранительную, но изобретательную, содержащую в себе самой принципы преобразования и обновления. «...XVIII век с его дисциплиной и нормализацией ввел тип

власти, уже не сопряженный с незнанием, но, наоборот, способный функционировать лишь вследствие сложения знания, каковое является для него и эффектом, и условием исполнения» (*там же*, с.76). Опираясь на эту позитивную концепцию власти, Фуко проводит в книге «Ненормальные» (2004б) анализ того, как осуществлялась в Европе нормализация в сфере сексуальности с XVII до конца XIX века.

Такое же историческое развитие технологии власти от репрессивных механизмов к механизмам нормализации можно наблюдать в «дискурсе безумия» вместе с появлением психиатрии, когда «безумные» перестали подвергаться изоляции и изгнанию. Происходила парадигмальная смена технологии власти: от чисто негативной репрессивной и иррациональной изоляции «нечистых монстров» к позитивной, рождалась клиническая парадигма «норма-патология». Клиническая медицина (в том числе, психиатрия) реализует ее с помощью технологической схемы «диагноз-прогноз-предписание». «Норма является носителем некоей властной претензии. <...> ...норма подразумевает одновременно принцип квалификации и принцип коррекции. Функцией нормы не является исключение, отторжение. Наоборот, она неизменно сопряжена с позитивной техникой вмешательства и преобразования, с нормативным проектом известного рода» (*там же*, с.73).

Опираясь на понятие власти, использующей механизм нормализации, перейдем к решению поставленной задачи и выдвинем тезис. Демаркационным критерием для различения клиники и психотерапии является оперирование нормой как ценностным основанием практики. Несмотря на то, что психоанализ оперирует теми же теоретическими конструктами, что и психиатрия, то есть нозологическими категориями невроза, психоза и т.п., понятием болезни, однако, это «знание» встроено в совершенно отличную от клинической систему отношений врача и пациента, что и позволяет говорить об образовании новой парадигмы в психологической практике. В психоаналитическом дискурсе «норма» исчезает из самих отношений (которые будем называть «осью власти») между врачом и пациентом, перестает быть их регулятивной направляющей, ее место теперь остается только внутри «области знания», и то, потому что в силу исторической преемственности он наследует язык психиатрии. Психоанализ меняет ценностные основания практики: приведение пациента в «норму» происходит не потому, что именно она ставится во главу угла и является целью психотерапии; теперь цель иная: пациент должен осознать действие бессознательных механизмов своей психики, а исчезновение симптома происходит (или не происходит) тогда, когда пациент сознательно от него отказывается (или не отказывается). «Задача психоте-

рапевта не в том, – как часто ошибочно думают, – чтобы “выяснить”, что не так у пациента, а потом “сказать ему”. Люди “говорили ему” всю его жизнь, и в той степени, в которой он принимал то, что ему говорили, он сам “говорил себе”. И даже если это будет исходить от авторитетного врача, это не поможет изменить дело. Важно не то, чтобы терапевт узнал нечто о пациенте, а потом рассказал ему это; важно, чтобы терапевт научил самого пациента узнавать те или иные вещи о самом себе», – пишет Ф.Перлз – создатель гештальттерапии (1993, с.27).

Конечно, психоанализ (и вся последующая психотерапия) является социальным институтом, и в силу этого вовлечен в необходимость социального оправдания своей практики, поэтому «психиатрическая норма» осознается психотерапевтом в качестве цели деятельности, но постольку, поскольку эта деятельность должна быть социально оправдана. Реально же деятельностью психотерапевта руководит так или иначе понимаемое «благо» пациента. Содержательный аспект этих ценностей может составить отдельный предмет анализа, который в данной статье останется за бортом, скажу только, что каждое психотерапевтическое направление разрабатывает собственное представление об этом «благ», и хотя «здоровье» входит в этот круг, но оно выступает в качестве «блага», а не нормы, и поэтому никогда не становится самоцелью. Теперь содержание того, что понимается под «благим», важным и необходимым пациенту, не является априорно заданным, как в клинической парадигме, – оно делается предметом психологической проработки. Чтобы сделать понятной эту мысль, вообразим некий предельный случай, который вполне возможен при таком завершении психотерапевтического процесса, который сообщество коллег сочтет вполне успешным, когда пациент, в результате осознав, какую защитную психологическую функцию выполняет его болезненный симптом, принимает решение не отказываться от него и оставаться больным. «”Успехом” можно считать не “излечение” в смысле законченного продукта, а надделение человека средствами и возможностями справляться с возникающими у него проблемами» (там же, с.26).

Если в психотерапию и включаются отношения, которые мы могли бы счесть властными, то их происхождение связано не с внешними процессу требованиями нормализации, а с внутренними, возникающими в самом процессе, трансферентными механизмами – проекцией неких внешних для него отношений, в которые вовлечены участники взаимодействия в реальной жизни. Интересно то, что эти отношения не должны остаться незамеченными, а должны стать предметом обсуждения, как и все, что происходит в кабинете психотерапевта. Здесь мы можем сфор-

мулировать еще один, весьма существенный принцип, характеризующий психотерапевтическую коммуникацию в отличие от клиники. Речь идет о способе получения «знания» о пациенте и не только об этом, поскольку то, что является аналогом диагностики в психотерапии, само вовлечено в круговой процесс и выполняет еще и терапевтическую функцию. Речь идет о модельном принципе: то, что происходит «здесь и сейчас» в ситуации общения психотерапевта с клиентом, *значимо*, поскольку моделирует их реальные жизненные взаимоотношения с собой и окружающими людьми. Отсюда ясно, какова и диагностическая и терапевтическая роль отношений, возникающих в кабинете психотерапевта: отношения вводятся в круг того, что должно быть непременно проанализировано, и тем самым становятся инструментом, которым необходимо владеть. Само название «здесь и сейчас» было впервые дано этому принципу гештальттерапией, однако, повсеместное распространение этого словосочетания свидетельствует о том, что гештальттерапия всего лишь зафиксировала существующее положение дел. Начало положил психоанализ, поскольку главным рычагом работы здесь являются трансферентные отношения между аналитиком и анализируемым. Очевидно, что принципы и диагностики, и терапии в клинике совершенно иные: диагностика опирается на объективные исследования и наблюдения, а лечение основано на прямых фармакологических или психологических интервенциях. Таким образом, главное изменение по сравнению с клиникой состоит в том, что пациент перестает быть объектом медицинского (а равно – педагогического, если говорить о психолого-педагогическом консультировании) вмешательства. Он становится участником психотерапевтического процесса³. Из этого выходят далеко идущие следствия, которыми я в дальнейшем и займусь.

Герменевтический диалог как структура психотерапевтической коммуникации

Происходят изменения в использовании языка. Язык старой психиатрии используется скорее для «внешних сношений» с психиатрическим сообществом, внутри психоанализа разрабатывается новый язык. Интересно и другое: этот новый язык служит средством общения не только между специалистами, как это было в клинике, но и меж-

³ Я намеренно не употребляю здесь термин «субъект», ибо психотерапевтический процесс в принципе не может быть описан в субъект-объектной парадигме отношений. Слово «участие» в данном контексте принимает терминологический смысл, как станет очевидно из дальнейших рассуждений.

ду психоаналитиком и анализируемым. Само лечение теперь связано с тем, что больной овладевает языком врача. Невиданное дело – они используют один язык! Нет больше языкового барьера, как раньше, когда психиатр говорил на одном языке, а пациенту не только был недоступен этот язык, но ему даже было предписано не знать его, дабы не было нежелательных последствий, например, ятрогении. Единый язык – предпосылка диалога! Однако диалог возможен не только в силу общего языка, но и по причине того, что теперь пациент имеет право на речь, позволение говорить и возможность быть услышанным, а не только выслушанным. Разница между тем и другим в том, что, когда выслушивают, то составляют мнение о говорящем, не беря всерьез во внимание сказанное. Если же речь услышана, то услышано именно то, *что* говорят. Если в клинике условием успешного лечения является строгое соблюдение предписаний врача, то в психоанализе условием успешного лечения является совсем иное: участие пациента в обсуждении причин болезни. Теперь он – не объект воздействия, не предмет врачебных манипуляций, он сам «субъект» собственного выздоровления, хотя и не без участия специалиста. Оставшись объектом теории, он в качестве «субъекта» усваивает ее язык в беседе с психоаналитиком для самопонимания. Именно эту структуру коммуникации наследует вся психотерапия.

Сделаем вывод. Все вышесказанное, разумеется не новость для психотерапевта. Однако эта старая новость не была оценена во всем ее значении. *Психоанализ открыл возможность для психотерапии не своей теорией, а тем, что реализовал в структуре коммуникации между участниками процесса герменевтический круг.* Структура коммуникации в клинике является частным случаем субъект-объектного отношения и описывается как *деятельность*, то есть как процесс, регулируемый триадой «цель-средство-результат». Субъектом всегда является специалист (врач или психолог), клиент или пациент предстает как объект деятельности. Психоанализ выводит психологическую практику из субъект-объектной парадигмы, а тем самым и из парадигмы деятельности тем, что пациент уже не предмет врачебных или психологических манипуляций, психотерапевтический процесс диалогичен по своей структуре, потому что сущностно – это процесс *понимания*. В клинической коммуникации происходит передача знания (аналогично фармакологическому препарату), пациенту необходимо лишь усвоить предписание. Психотерапевтическая коммуникация же имеет структуру *герменевтического* диалога, начиная с психоанализа. Хотя этот диалог меняется от психоанализа к экзистенциально-гуманистической психотерапии, но

заслуга парадигмальной мутации клинического дискурса безусловно принадлежит психоанализу. Гештальттерапевт, экзистенциальный терапевт, когнитивный терапевт и прочие⁴ разнятся друг с другом в содержании своих теоретических построений, однако, их практика отличается от клинической постольку, поскольку структура коммуникации с пациентом или клиентом у всех одна. Психиатрия может быть очень гуманной, а психоаналитик очень директивным и даже иногда жестким, однако, если мы зададимся вопросом, какая практика в большей мере соразмерна человеку, то ответ будет в пользу психоанализа, потому что клинический подход превращает человека в объект, овеществляет его, в то время как психоанализ и психотерапия *обращаются* к нему, не делая из него объекта воздействия, предполагают в нем *лицо*, способное к изменению себя в процессе понимания, что и составляет суть герменевтического феномена. «Понимание начинается с того, что нечто к нам обращается. Таково первейшее герменевтическое условие», – пишет Х.-Г.Гадамер (1998, с.354).

Герменевтический процесс имеет вопросно-ответную логику, где каждый из участников задает вопросы себе и другому (не обязательно прямым текстом; он может весьма искусно применять технику непрямого вопрошания), используя полученный ответ для понимания дела (Гадамер, 1991; 1998). Нельзя не заметить, как близки эти идеи концепции Бахтина. «Смыслами, – писал он, – я называю ответы на вопросы. То, что ни на какой вопрос не отвечает, лишено для нас смысла» (Бахтин, 1979, с.369). Здесь собственное пред-понимание по-настоящему вводится в игру благодаря тому, что мы ставим его на карту. Только в полной мере *участвуя* в игре, каждый способен осознать право другого на истину и позволить ему участвовать в ней (Гадамер, 1998, с.354). Истина, о которой идет речь в герменевтическом диалоге, это не та объективная истина, которую преследует ученый. Герменевтика отказывается от чистого, не связанного с бытийной вовлеченностью знания, поэтому герменевтическая истина всегда имеет нравственный модус. Это не предметное знание, такое, когда человек находится *перед* предметом в позиции незаинтересованного субъекта, а такое, когда человек непосредственно *затронут* тем, что он познает. Здесь герменевтика перекликается с археологией М.Фуко, говорящей о нераздельности «знания» и «этоса» в реальном человеческом мире. Гадамер говорит: «...практически действующий человек

⁴ Тут приходится исключить терапевта бихевиорального направления, который выпадает из этого ряда, поскольку бихевиоральная терапия не относится к герменевтическим дисциплинам.

должен рассматривать каждую конкретную ситуацию в свете того, что требуется от него в целом и в принципе. Высказанный негативно, этот тезис гласит, что всеобщее знание, не апплицирующее себя в конкретной ситуации, остается бессмысленным» (*там же*, с.370). Это положение, констатирует Гадамер, сообщает проблеме метода моральную релевантность. В психотерапевтической ситуации мы видим новое распределение прав и обязанностей, полномочий и ответственности, значит, изменение по оси «власти» системно связано с изменением по оси «этоса», если использовать средства анализа, предлагаемые М.Фуко.

Понятие ситуации, которым оперирует герменевтика, отсылает к конечности человеческого существа. Это значит, что в понятие ситуации существенным образом входит понятие *горизонта*, то есть охватывающего все то, что может быть увидено из какого-то пункта. Гадамер раскрывает его смысл, говоря, что философское словоупотребление пользуется им со времен Ницше и Гуссерля для того, чтобы охарактеризовать связанность мышления конечностью человека и закон постепенного расширения поля зрения. «Разработка герменевтической ситуации означает соответственно обретение правильного горизонта вопрошания...» (*там же*, с.358), двигаясь в перспективе которого, можно достигнуть слияния горизонтов участников диалога, то есть взаимопонимания.

Слово «понимание» является словом естественного языка. Для того, чтобы прояснить смысл, вкладываемый им самим в это слово, Гадамер рассматривает различные варианты словоупотребления, стараясь показать различие между «пониманием» и «пониманием». Например, он описывает вариант, когда мы ведем с кем-то устную беседу лишь с целью узнать собеседника, то есть понять его точку зрения и измерить его горизонты. Такая беседа не является подлинным диалогом, поскольку в ней не ищут взаимопонимания в каком-либо деле, содержание разговора является всего лишь средством познакомиться с горизонтом собеседника. Таким случаем является беседа экзаменатора с экзаменуемым или врача с пациентом. М.Фуко подводит такие ситуации под всеобщую категорию «допроса». Главное в этой беседе: мы не нуждаемся в том, чтобы вместе с пониманием собеседника понимать себя самих. В таком случае понимающий как бы выводит себя из ситуации взаимопонимания. Пытаясь реконструировать точку зрения другого, мы думаем, что понимаем. В действительности мы отказываемся принять его мнение всерьез, то есть найти общую, понятную и обязательную для нас двоих истину. Здесь мы превращаем инаковость другого в предмет объективного познания, отказывая ему, таким образом, в его притязании на истину.

Герменевтический диалог разворачивается в том случае, если мы ставим себя на место другого. Ф.Перлз говорит о гештальттерапии: «В пределах своих возможностей (а все мы ограничены) клиницист⁵ эмпатирует пациенту, то есть переживает его опыт посредством своего собственного опыта. Он ведь тоже человек, проживший свою жизнь» (1993, с.33). Перлз фактически воспроизводит Гадамера, говорящего, что мы «осознаем его инаковость, его неразложимую индивидуальность именно благодаря тому, что ставим *себя* на его место. Подобное перенесение себя не есть ни вчувствование, ни приложение к другому наших собственных масштабов – оно всегда означает достижение более высокой общности, преодолевающей не только нашу собственную партикулярность, но и партикулярность другого» (Гадамер, 1998, с.361).

Модельность ситуации психотерапевтического общения является методологическим принципом психотерапии, но парадоксальным образом эту ситуацию невозможно методически контролируемо организовать; это объясняется тем, что герменевтический диалог технически контролируемо невоспроизводим, он не подчиняется деятельностному управлению. *Понимание – это не метод* в общепринятом смысле слова в отличие от исследования. У него событийная природа, оно либо случается, либо нет, это эпифания смысла, и его как событие можно только подготавливать и ждать. Поэтому оно может появиться в случае, когда все предыдущие условия выполнены.

В силу модельности психотерапевтической ситуации терапевту нет нужды прибегать к объективирующим диагностическим техникам. Принцип модельности обоснован весьма серьезным образом: он зиждется на том, что симптом имеет феноменальную природу, а феномен говорит сам за себя. Модельный принцип построения психотерапевтической ситуации держится на априорной предпосылке: «скрытое кричит». Правда, для того, чтобы его услышать и увидеть, нужен «особый глаз», владеющий техникой специфического феноменологического наблюдения, то есть умения слышать в речи и видеть в поведении пациента то, что манифестирует помимо осознанных намерений говорящего. Этот «особый глаз» – не природная способность терапевта, она воспитывается при обучении профессии. Именно увиденное таким феноменологически вооруженным взглядом и есть диагностическое приобретение терапевта, поэтому ему не нужны иные диагностические средства. Это достояние, скрытое от клиента, в результате психотерапии должно стать их общим достоянием –

⁵ Здесь «клиницист» синонимичен «психотерапевту», так как у Ф.Перлза не было необходимости их различать, как в моем случае.

в этом смысл работы: должно произойти слияние горизонтов понимания. М.Фуко, изучая генезис клиники, пишет о том, что результатом этого процесса стал «клинический взгляд», теперь можно говорить, что в результате мутации, произведенной психоанализом, появился особый «психотерапевтический взгляд».

Самое главное открытие З.Фрейда

Попробуем теперь понять, что же привело к данной трансформации клинической парадигмы, двигаясь по оси «знания», произведенной психоанализом. При этом не станем анализировать содержание психоаналитических теорий, а поставим вопрос по-другому: что собственно заставило отказаться от парадигмы «диагноз-прогноз-предписание»? Почему она должна была быть изменена? Самым главным открытием З.Фрейда следует считать открытие того, что симптом имеет смысл: он символизирует нечто, скрытое от пациента. Здесь важно не конкретное содержание «скрытого», то есть не сексуальные теоретические импликации, а трансформация самого «знания», введение нового измерения в его структуру. Для клинициста симптом имеет знаковую, а не символическую природу: он отсылает к объективному знанию о симптоме, полученному в результате научного изучения людей, страдающих теми или иными нарушениями психики. Современная клиника вообще является производным классической новоевропейской рациональности и стремится к идеалу научности по образцу естественных наук, а следовательно, к расширению объективного знания. Открыв символическую природу симптома, психоанализ произвел революционное преобразование в антропологических практиках, ибо создал возможность для герменевтического диалога, то есть такого процесса, в котором излечение страдающего человека необходимым образом связано с *пониманием им самим* скрытого смысла симптома. Другие психотерапевтические направления могут не соглашаться с психоаналитиками по поводу того, что именно недоступно сознанию клиента, но важно то, что все они опираются на символическую связь между симптомом и тем «слепым пятном», которое ограничивает горизонт доступного его сознанию. Психотехники приведения в горизонт доступности могут быть самыми разнообразными – от психоаналитической интерпретации до простой фасилитации понимания в гуманистическом направлении с помощью безусловного принятия личности клиента. В подтверждение этого положения сошлюсь опять-таки на гештальттерапию. Ф.Перлз в цитированной выше книге пишет о том, что целью гештальттерапии является направленное сознавание «определенных блокировок и “слепых пя-

тен”» (1993, с.129). Однако все эти «психотехники» должны иметь структуру герменевтического круга, то есть цикличного процесса, в котором участники диалога достигают взаимопонимания, выстраивая единый горизонт смысла. Процесс ориентирован на то, чтобы пациент пришел к пониманию смысла симптома, близкого к пониманию терапевта, а терапевт, в свою очередь, стремился к уяснению того же со своей стороны. Однако, даже имея понимание символического смысла симптоматики пациента, терапевт не может передать его так, как передается клиническое знание, поскольку к смыслу можно прийти только самому. Это так, поскольку смысл имеет не знаковую (знаниевую), а феноменальную⁶ природу. Терапевт создает лишь условия для понимания. Тут не важно, что не все психотерапевтические направления опираются на понятие бессознательного, фактом остается то, что, апеллируя к смысловому измерению коммуникации, на деле они участвуют в том, что можно назвать дискурсом бессознательного, который преобразил всю культуру XX века. По гамбургскому счету следует отдать должное психоанализу именно за это. В конечном счете, психоанализ повлиял даже на философию, поскольку, как отмечает М.Фуко, дискурс бессознательного содействовал деструкции классического субъекта, и именно ему сам Фуко обязан происхождением своего дискурса о дискурсе.

Приобретя такое радикально новое измерение как «смысл», симптом перестал быть чем-то, обязательно подлежащим уничтожению. Поэтому и по оси, которую Фуко называет этосом, происходят существенные трансформации. Перед пациентом вплотную встает выбор, ведь симптом, как известно, желателен и является результатом когда-то сделанного выбора, который теперь надо пересмотреть; решение, которое теперь необходимо принять, психоаналитик (даже самый директивный и опекающий) не может сделать за больного. Помимо этого – решающего выбора, встают и другие, более частные. Делая выбор, пациент делает шаг к тому, чтобы освободиться от принудительности симптома, однако, такая свобода дорого стоит – человеку приходится самому теперь отвечать за свою судьбу, отказываясь от болезненного симптома, он, по сути, выбирает вместе с этим и новые (старые) проблемы, средством ухода от которых когда-то был симптом. Здесь мы видим еще одно отличие от клиники: психотерапия обязательно предполагает работу не с симптомом или болезнью как таковыми, а с целым всей жизни, всей

⁶ В том смысле, как об этом говорит феноменология. Но вопрос о феноменальности смысла придется отложить, дабы не увеличивать объема статьи.

личности пациента. Как видим, дискурсивные ходы прослеживаются от психоанализа столь далеко, сколь разнообразна современная карта психотерапии. В психоанализе содержатся предпосылки и экзистенциального направления, реализовавшего именно данную возможность, создав психотехнику выбора и ответственности, хотя они и декларируют свою антагонистичность.

В структуру психоаналитического дискурса включено, помимо символически-смыслового, также и объективное знание. Так, объяснение мотивов анализируемого, а также его эмпирическая проверка, как кажется, принципиально не отличается от причинного объяснения в физике. Речь идет об оговорках и прочих феноменах «психопатологии обыденной жизни», то есть естественных процессах, которые рассматриваются в качестве симптомов скрытых мотивов. Психоаналитическая интерпретация основывается на так называемой объективной продукции – ассоциативном материале пациента. Сам З.Фрейд, которого постоянно упрекали в ненаучности, изо всех сил стремился доказать «научность» психоанализа. А.Лоренцер пишет даже о «естественнонаучной одержимости Фрейда», который сказал: «Работа всей моей жизни направлялась одной-единственной целью. Я наблюдал тонкие духовные нарушения у здоровых и больных людей и хотел по этим признакам вывести, лучше сказать – угадать, как построен управляющий ими аппарат, какие силы в них взаимодействуют» (1996, с.165-166).

Из этих слов явствует, что Фрейд преследует ту же цель, что и любой другой ученый – физик или биолог, наблюдающий и анализирующий извне поведение своего объекта. «Глубоко укоренившаяся вера в психическую свободу и выбор, – пишет Фрейд, – ...совершенно не научна и должна уступить место утверждениям детерминизма, который управляет психической жизнью» (цит. по: Мэй Р., 1997, с.195). Со времени этого весьма категоричного утверждения прошло много лет, и теперь ясно, что сциентистская ориентация психоанализа была связана в большей мере с тем, что, зародившись в Европе в век, когда наука и научные нормы были высшими ценностями, все стремились им следовать, нежели с его фактической принадлежностью науке. К сожалению, и до сего времени сциентизм в психотерапии не преодолен, и для этого имеются основания в методе, который она использует.

Действительно, существенная особенность психотерапевтического процесса заключается в том, что он постоянно флюктуирует от герменевтического диалога, где пациент пребывает в качестве полноценного другого, с которым терапевт разговаривает как с человеком, к тому состоянию, когда межличностный диалог прерывается и «другой» помещается

на определенную дистанцию в качестве объекта. В определенной степени это происходит в любом диалоге. Однако внимательное рассмотрение этого феномена объективации все же приводит к выводу, что эта объективация не совсем та же, что в естественных науках. Скорее всего, это – квазиобъективация. Все дело в том, что здесь мы имеем дело с объектом, пользующимся языком. Поэтому нельзя думать, что расшифровка ассоциаций или оговорок как симптомов скрытых процессов происходит независимо от одновременного *понимания* терапевтом выраженных в языке бессознательных интенций. Полноценная объективация имела бы место в том случае, если бы верификация объяснения причины симптома могла произойти независимо от самопонимания объекта и была бы протокольно зафиксирована в опоре на «факты», то есть нечто, не зависящее от интерпретации участников. Но поскольку подтверждение теории здесь достигается не в опоре на протокольные записи аналитика, а путем сообщений анализируемого объекта, и процесс всегда опосредован самосознанием пациента, то говорить о полноценном феномене объективации не приходится. Пространство встречи аналитика и анализируемого невозможно, как бы ни хотела того научная психология, свести к физикальным характеристикам, так как интересубъективное языковое пространство это не только пространство всеобщих значений (семантическое), но и пространство «безъязыкого» индивидуального переживания, которое-то и составляет онтологический фундамент самого языка. Герменевтика – это искусство интерпретации. «Карту» экзистенциального пространства невозможно начертить так, как делают карту физического пространства – однозначное соответствие недостижимо. На этой метафорической объемной «карте» в процессе интерпретации можно наблюдать только яркие вспышки мгновенных экзистенциальных резонансов, места которых обозначают символами.

В отличие от этого научная психология осуществляет методологически полноценную объективацию, следуя идеалу естественнонаучного познания: ее цель – выстроить прогноз поведения объекта на основе тщательно методически контролируемого наблюдения или эксперимента. Это методологическое различие позволяет нам сделать определенный вывод и противопоставить психологическую науку психотерапии по оси «естественнонаучное – гуманитарное».

Психотерапия как новая культурная практика

Психотерапия отличается от клинической практики настолько радикально, насколько культурное сознание европейца XVIII века отличается от сознания европейца в XX веке. Это не просто смена клинической (пе-

дагогической или медицинской) модели на какую-то иную, параллельную им, внутри института психологической практики. Ведь то, что мы называем психотерапией, стоит с прежней не в одном ряду. Даже если они сейчас сосуществуют одновременно, то как исторические формы они отнюдь не являются современниками.

Психотерапия стала возможной в результате некоей общекультурной революции, случившейся в XX веке. Эта революция, в результате которой были пересмотрены когитальные предпосылки классического рационализма, создала возможность для новой антропологической практики. Дискурс бессознательного – наиболее успешная фигура гуманитарного мышления в XX веке. Опираясь на нее, гуманитарные науки разворачивают беспримерную рефлексивную атаку на все, что в человеческой сфере является скрыто запрограммированным. Последствия этой революции значительны во всех культурных областях. Что же касается психологических практик, то с психоанализом меняется все: появляется новый культурный институт, который в западном мире становится значимым антропогенным фактором. Процесс психотерапии – это не процесс потребления (знаний, таблеток и т.д.), следовательно, он выходит из сферы обслуживания, или, по крайней мере, имеет тенденцию выйти. Врач или учитель – это своеобразные предметы потребления, как и их знания и таблетки. Психотерапия же вместе с аннулированием односторонности в отношениях как диалогическая практика перестает быть простым предметом потребления. Отношения психотерапевта со своим собеседником основаны на взаимности, причем эквивалентность такого обмена выражается не деньгами, как в прежнем случае, по крайней мере, не только деньгами. В психотерапии открыта, на самом деле, уникальная возможность в профессиональной сфере выхода из тотальности экономического обмена: транgressия экономического в область символического обмена, то есть обмена смыслом, опытом и любовью⁷. А это то, что не поддается превращению в форму товара. Надо осознать этот факт во всем его глубоком смысле. Глубочайший смысл появления психотерапии как культурного события заключается в том, что она расширяет границы человеческой свободы. У Ж.Лакана врач – это тот, кто осуществляет дискурс хозяина: клиника выступает в качестве института власти, осуществляя функции надзора и дисциплинирования. Это очень понятно, ведь ценно-

⁷ Феноменологически любовь – это просто состояние «вместе с» (см. *Слотердайк П.* Сферы. Микросферология. Т.1. Пузыри. СПб.: Наука, 2005). Для описания феномена «вместе с» не нужны высокопарные слова, психотерапевт проживает вместе со своим пациентом весь нелегкий психотерапевтический процесс.

стные основания такой практики – приведение к «нормальному» функционированию. Психотерапия же предлагает пациенту взять ответственность на себя. По существу, брать ответственность на себя – это шаг к свободе, поскольку не отвечает за себя тот, над кем есть кто-то – господин или некто, кому делегированы функции отца, – это или опекаемый взрослый, или ребенок. М.Фуко указывает на два типа социально-антропологических техник. С одной стороны, существуют техники производства и коммуникации, представляющие как техники подчинения (сюда относятся тюрьма, школа, клиника (1996; 1999). С другой стороны, существуют техники, которые позволяют самим индивидам осуществлять операции на своем теле, душе и мыслях (1998б; 2004в). Эти техники он называет техниками себя, они являются в некотором смысле техниками свободы, техниками создания субъективности – пространства приватного, на языке психологии – самосознания или самости. Психотерапия в отличие от клиники впервые профессионализирует техники себя в секулярном мире. Эта новая антропологическая практика аннулирует отношения господства – подчинения, которые пронизывают всю нашу социальную жизнь. Говоря об этом, я имею в виду универсум возможного, который открывает нам психотерапия, а не о каких-то ее наличных формах. Она открывает нам такие возможности, которых раньше не было в сфере профессионально распределенного труда, это новая форма не только социального, но и культурного обмена.

ЛИТЕРАТУРА

- Бахтин М.М.* Эстетика словесного творчества. М.: Искусство, 1979.
- Гадамер Х.-Г.* Актуальность прекрасного. М.: Искусство, 1991.
- Гадамер Х.-Г.* Истина и метод. Основы философской герменевтики. М.: Прогресс, 1998.
- Гуманитарные исследования в психотерапии // Труды по психологии и психотерапии.* М.: МГППУ–ПИ РАО, 2007.
- Колтакова М.Ю.* Диалог как основание психотерапевтической интеграции // Гуманитарные исследования в психотерапии // Труды по психологии и психотерапии. М.: МГППУ–ПИ РАО, 2007.
- Лоренцер А.* Археология психоанализа: Интимность и социальное страдание. М.: Прогресс-Академия, 1996.
- Мэй Р.* Любовь и воля. М.: Рефл-бук; Ваклер, 1997.
- Перлз Ф.* Опыты психологии самопознания / практикум по гештальттерапии. М.: Гиль-Эстель, 1993.
- Фуко М.* Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. М.: Кас- таль, 1996.

- Фуко М.* Рождение клиники. М.: Смысл, 1998а.
- Фуко М.* Забота о себе. История сексуальности. Т.3. Киев; М., 1998б.
- Фуко М.* Надзирать и наказывать: рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999.
- Фуко М.* Археология знания. СПб.: ИЦ «Гуманитарная академия»; Университетская книга, 2004а.
- Фуко М.* Ненормальные: курс лекций, прочитанный в Коллеж де Франс в 1974-1975 учебном году. СПб.: Наука, 2004б.
- Фуко М.* Использование удовольствий. История сексуальности. Т.2. СПб.: Академический проект, 2004в.
- Цапкин В.Н.* Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал. 1992. № 2. С.5-40.