

ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ПСИХОТЕРАПЕВТА ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ. ОСЛОЖНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ ИЛИ ЕЕ ИНСТРУМЕНТ?

М.В. АГЕНОСОВ

В статье дается описание изменённых состояний сознания, которые могут возникать у психотерапевтов в процессе работы с больными шизофренией. Автор обосновывает, что механизм диссоциации защищает психику терапевта от негативных аспектов того специфического влияния больной личности, которое она оказывает при общении на окружающих. Рассмотрены способы преодоления и профилактики возникновения этих состояний и их последствий: активизация терапевтической позиции в ходе сеанса, «клиническая интеллектуализация», последующий анализ механизмов развития диссоциации и честное обсуждение с пациентом терапевтической ситуации. Описана продуктивная позиция терапевта, обозначенная как управляемая диссоциация.

Ключевые слова: измененные состояния сознания, диссоциация, контрперенос, шизофрения, терапевтическая позиция.

Цель данной статьи — рассмотреть некоторые аспекты того психологического влияния, которое могут оказывать больные шизофренией на психотерапевта. Вероятно, речь идёт о частном случае влияния психически больной личности на окружающих. Однако во время психотерапии характер этого влияния становится более очевидным благодаря особенностям психотерапевтического взаимодействия, а также способности терапевта к самонаблюдению и анализу собственных переживаний.

Толчком к разработке данной темы для меня послужил анализ одного случая на «балинтовской» группе¹: начинающий клинический

¹ Группа, которой я руководил в течение нескольких лет, состояла в основном из клинических психологов и была посвящена проблемам, возникающим в ходе психотерапии психически больных.

психолог рассказала о состоянии замешательства, возникшем у неё во время первой консультации психотического больного. Им оказался крупный молодой мужчина, который держался очень уверенно, активно высказывал бредовые идеи колдовства, настаивал на том, чтобы психолог честно сказала, верит она ему или нет. Пациент легко занял доминирующую позицию, психолог же, напротив, растерялась, «забыла всё, что знала и умела», испытывала страх, ощущала себя «как будто парализованной». Это состояние не позволило ей взять ситуацию под контроль, направить диалог в нужное русло. Она оставалась пассивной и только «ждала повода, чтобы выпроводить пациента». Ретроспективный анализ психического состояния психолога в той ситуации позволил предположить, что у психолога в ходе работы с бредовым пациентом развилось изменённое состояние сознания по типу лёгкого гипнотического транса². Вначале было искушение объяснить случившееся молодостью и неопытностью психолога, её повышенной внушаемостью. Однако к тому времени у меня имелись и другие наблюдения подобного рода: собственный терапевтический опыт и случаи, рассказанные коллегами, подтверждали тот факт, что в процессе психотерапии больных шизофренией у терапевтов могут возникать изменённые состояния сознания, например, сонливость или состояния, напоминающие деперсонализацию³.

Тот факт, что больные шизофренией способны оказывать особенное и весьма глубокое влияние на тех, кто близко взаимодействует с ними (психиатров, психотерапевтов, больничного персонал, родственников и т.д.), отмечался многими исследователями. Делались попытки теоретически объяснить характер этого необычного влияния. Об особом («магическом») влиянии больного шизофренией на окружающих писал Юнг. Он объяснял это воздействием на терапевта архетипов коллективного бессознательного, которые проецирует на него больной шизофренией, будучи сам переполнен ими. Психоаналитики школы объектных отношений используют в качестве объясняющей конструкции концепцию проективной идентификации М. Кляйн.

² В данной статье термин «транс» употребляется исключительно в его медицинском значении как изменённое состояние сознания в рамках диссоциативного расстройства.

³ Здесь перед нами встаёт трудная проблема психопатологической квалификации состояний психотерапевта. Насколько это возможно, я буду стараться ограничиваться феноменологическим описанием этих состояний, лёгкость и мимолётность которых препятствует однозначному отнесению их к тем или иным синдромам.

Согласно этой точке зрения, пациент в процессе общения каким-то образом бессознательно воспроизводит внутри аналитика нежелательный или опасный для себя внутренний объект, заставляет аналитика почувствовать это и затем взаимодействует с аналитиком, как с этим объектом, контролируя его не внутри себя, а вовне.

Винникотт говорил об интенсивных чувствах тревоги и ненависти, которые могут вызывать психотические пациенты [Винникотт, 2005, с. 361-365].

М. Балинт, описывая аналитическое взаимодействие с пациентами, «которых обычно называют «глубоко нарушенными», «имеющими глубинное расщепление», «тяжёлыми шизоидами», отмечал: помимо прочего, пациенту каким-то образом удается — и с этим трудно смириться — забраться аналитику под кожу. Ему становится известно многое, очень многое о своем аналитике. Это знание пополняется не из внешних источников информации, а с помощью какого-то вдруг открывшегося сверхъестественного таланта: пациент вдруг становится способен «понимать» мотивы аналитика и «интерпретировать» его поведение. ... В переживаниях аналитика этот феномен представлен чувством, будто пациент находится внутри него и видит всю его подноготную [Балинт, 2002, с. 32].

Ф. Фромм-Райхман, рассуждая о негативных реакциях контрпереноса в работе с большими шизофренией, также подчеркивала особую способность этих пациентов «подслушивать» струны души терапевта, понимать скрываемые им эмоции и даже проблемы характера. Автор отмечала, что длительная интенсивная психотерапия больных шизофренией приводит к значительно большей эмоциональной включённости терапевта по сравнению с терапией неврозов. В результате терапевт может вовлечься в бредовые переживания пациента и начать разделять его антипатии и болезненные идеи [Fromm-Reichmann, 1959, p. 210-217].

Г. Сирлз [Searles, 1965, p. 254-283] прямо писал про усилия больного шизофренией «свести с ума» другого человека (the effort to drive the other person crazy) и как частный случай подобного влияния рассматривал аналитические отношения.

Что касается скуки и сонливости аналитика, то в психоаналитической литературе они обычно рассматриваются как его бессознательные реакции (контрперенос) в ответ на отстранённость и аффективное отвержение со стороны пациента [см. например: Ракер, 1998, с. 139]. Однако в ходе дальнейшего изложения я попытаюсь показать, что, по крайней мере, в некоторых случаях сонливость терапевта во время

сессии имеет иной механизм развития. Впрочем, возможно, «сонливость» здесь не самый подходящий термин. Поэтому хочу подчеркнуть, что в данном контексте речь идёт не о состоянии, предшествующем засыпанию, а скорее об ощущениях, характерных для начальной стадии гипноза, или «сонливости» согласно классификации А. Фореля⁴.

Для иллюстрации я приведу описание своих собственных ощущений при наступлении сонливости во время психотерапии.

Это состояние обычно возникает *не сразу*. Обычно позади уже двадцать или более встреч. Так на очередной сессии⁵, обычно в ходе кропотливой и часто однообразной проработки уже известных тем и событий, возникают своеобразные «тянущие» ощущения в мышцах: желание изменить позу, потянуться, зевнуть. Это первые признаки наступающей сонливости. Далее становится всё труднее следить за высказываниями пациента. Возникает ощущение, что он как бы «растягивает» моё внимание, говоря одновременно о нескольких совершенно разных вещах. Возникают опасения потерять нить разговора, сказать что-нибудь невпопад. Основные усилия тратятся на борьбу с сонливостью. Мышление становится непродуктивным, всё больше приобретая черты образного. Почти не возникает новых идей, значимых для терапии ассоциаций. Профессиональный опыт удаётся использовать с трудом и в весьма ограниченном объёме. Воспоминания о содержании сессии фрагментарны и противоречивы. Нелегко признаваться в случившемся даже себе самому, гораздо легче объяснить всё переутомлением и постараться поскорее забыть об этом эпизоде. Однако анализ подобных случаев показывает, что если утомление и играет здесь роль, то далеко не главную, потому что сонливость может

⁴ «Я устанавливаю три степени гипноза, обнаруживающие переходы от одной к другой: 1) Сонливость. Субъект, слегка только загипнотизированный, может ещё при известной энергии противостоять внушению и раскрывать глаза; 2) Лёгкий сон или гипотаксия. Загипнотизированный не может уже открывать глаз и должен вообще подчиняться некоторым или даже всем внушениям, за исключением амнезии, которой он не поддается; 3) Глубокий сон или сомнамбулизм. Характеризуется амнезией (забыванием) после пробуждения» [Форель, 1928, с. 9].

⁵ Отмечу, что я работаю с пациентами лицом к лицу, по форме сессия представляет собой свободное неструктурированное общение. С теоретической точки зрения я бы охарактеризовал свою терапию как аналитическую, сочетающую психоаналитический и экзистенциальный подходы. Думаю, что подобный теоретический эклектизм не является редкостью среди отечественных психотерапевтов, не получивших систематической подготовки в рамках какой-либо конкретной психотерапевтической школы.

возникать в ходе работы с одними и теми же пациентами и отсутствовать при работе с другими в те же самые дни и часы.

Самоанализ влияния «проблемных» пациентов с точки зрения контрпереноса позволил предположить, что они вызывают у меня скрытое раздражение своей подчеркнуто «жертвенной» позицией, за которой я чувствовал подавленную агрессию. Поскольку в терапевтической ситуации чувства раздражения и злости по отношению к пациенту подавляются, можно допустить, что они проявляются в форме пассивной агрессии, принимая вид скуки и сонливости. Однако в работе с другими пациентами с похожей ролевой установкой сонливость не возникала! Постепенно я пришёл к выводу, что контрперенос и утомление являются лишь предрасполагающими факторами. Главным, что объединяло пациентов, вызывающих сонливость, было наличие в клинической картине типичных негативных расстройств — четырёх «А» Е. Блейлера (амбивалентность, аутизм, нарушения аффективной сферы и ассоциаций).

Причём чаще всего подобные состояния вызывали пациенты с «пограничной шизофренией», или шизотипическим расстройством согласно МКБ-10. Отметим, что К. Юнг, говоря о том, что пациент может оказывать очень сильное влияние на врача или обслуживающий персонал, подчеркивал, что это особенно типично при лечении больных с пограничной шизофренией⁶.

Работа над темой заставила меня более внимательно отслеживать свои реакции в процессе психотерапии. Благодаря этому моему сознанию стали доступны и другие состояния, возникающие во время сессий. Так, состояния *зачарованности* могут возникать в работе с пациентами, психотические переживания которых восхищают и поражают своей яркостью, масштабностью, поэтической и философской глубиной и производят впечатление «откровений».

Целенаправленный опрос коллег позволил выявить и у них возникновение похожих состояний во время работы с больными шизофренией. Чаще всего речь шла о сонливости, реже о деперсонализации (зачарованность, растерянность, смятение, ощущение утраты собственного «Я» со страхом сойти с ума, потерять самоконтроль). Психотерапевты описывают также возникающие после терапевтических сессий, как бы на пустом месте, из ничего, состояния с резким

⁶ «Воздействие, которому подвергается врач или сиделка, может оказаться очень глубоким. Мне известны случаи, когда при работе с пограничными случаями шизофрении, действительно «принимались на себя» краткие периоды психоза...» [Юнг, 1997, с. 140].

ухудшением настроения, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, тягостным физическим самочувствием, чувством общего дискомфорта. Создаётся впечатление, что развитию таких состояний часто предшествуют сессии, во время которых терапевт испытывал в той или иной форме изменённое состояние сознания.

Анализ случая на балинтовской группе позволил предложить общее объяснение для всех описанных феноменов: речь идёт о возникновении у терапевта во время работы с психически больным изменённого состояния сознания диссоциативного типа, которое можно определить как гипноидное. Механизм диссоциации в данном случае защищает терапевта от тех аспектов взаимодействия с пациентом, которые на бессознательном уровне болезненно переживаются терапевтом или воспринимаются как потенциально опасные. На начальном этапе можно говорить о сужении сознания терапевта, благодаря чему за чертой сознания остаются неприемлемые в терапевтической ситуации чувства (например, злость или отвращение по отношению к пациенту) и те аспекты поведения и высказываний пациента, которые эти чувства вызывают. Именно сужение сознания точнее всего характеризует рассматриваемое здесь состояние сонливости, в то время как расщепление сознания на альтернативные состояния: обычное и то, которое содержит подавляемый опыт и не может интегрироваться с первым, — свидетельствует об углублении диссоциации и, по-видимому, соответствует переживанию деперсонализации.

Создаётся впечатление, что сонливость чаще возникает при работе с пациентами, у которых преобладают негативные расстройства, возможно, в результате столкновения эмпатических усилий терапевта с эмоциональной холодностью и отстранённостью пациента, его расплывчатым мышлением. Что касается деперсонализации (состояний зачарованности, растерянности, смятения, ощущения потери собственного «Я»), то чаще всего она возникает у терапевтов при попытках более глубокого вчувствования в аффективно насыщенные психотические переживания пациента, которые — пусть патологическим образом через бред и галлюцинации — «собирают» личность и мышление пациента в единое целое. Такая «патологически целостная» личность стремится вовлечь слушателя в мир своих бредовых переживаний, «поглотить» его, разрушив тем самым привычную для нас логику здравого смысла.

Можно предположить, что описываемые измененные состояния сознания развиваются у психотерапевта в процессе эмпатического

вчувствования во внутренний мир больного шизофренией, причём в случаях с выраженной продуктивной симптоматикой можно ожидать развитие деперсонализационных переживаний, а при преобладании дефицитарных нарушений — реакций типа сонливости.

Ниже я попытаюсь проанализировать механизм возникновения этих состояний при работе с больными шизофренией. Но прежде следует остановиться на иных состояниях изменённого сознания, возникающих у психотерапевтов во время работы и, по мнению последних, играющих положительную роль в терапии. Часто от психотерапевтов, использующих самые разные терапевтические подходы, можно услышать о том, что они работают с пациентами в состоянии «лёгкого транса» и это помогает им быть более эффективными. Важно понять природу этих состояний, чтобы отграничить их от непродуктивных и препятствующих терапии изменённых состояний сознания, рассматриваемых в этой статье.

Карл Роджерс писал: «Когда я нахожусь в наилучшей форме как фасилитатор или терапевт, т.е. когда я ближе всего к моему внутреннему, интуитивному Я, когда я каким-то образом соприкасаюсь с неизвестным во мне, когда, возможно, я нахожусь в слегка изменённом состоянии сознания, тогда всё, что бы я ни делал, оказывается целебным» [Роджерс, 2002, с. 56].

Бион обозначил как «реверии» особое сновидное состояние сознания аналитика, позволяющее ему воспринимать и делать осмысленными неясные и разрозненные ощущения пациента [приводится по: Amrhein, 2002].

Примером «продуктивного» транса может также служить так называемое «парадоксальное мышление», описанное де М'Юзаном (de M'Uzan): «Интенсифицирование чувствительности аналитика к бессознательным процессам анализируемого иногда порождает следующий процесс: находясь в *изменённом состоянии сознания*⁷, характеризуемом как лёгкая *деперсонализация* с парадоксально усиленным вниманием, и не осознавая рационально связи с изучаемым реальным бытием, аналитик в словах и образах воспринимает фрагменты мыслей анализируемого, которые никогда не были осознаваемы или были вытеснены... Одним из показателей того, что сознательное содержание наведено пациентом, является то, что аналитик отмечает необычные явления в последующем самонаблюдении, включая усиливающуюся *объектную привязанность* к пациенту,

⁷ Здесь и далее в цитате курсив мой. — М.А.

а также *нарушение* своего собственного *чувства идентичности*. Такая психическая активность, которая не является отличительной особенностью ни состояния бодрствования, ни характера сновидений, была названа М'Юзаном «парадоксальным мышлением». Оно возникает в тот момент, когда психическое состояние аналитика становится во многом идентичным психическому состоянию анализируемого. Считается, что такое парадоксальное мышление возникает в зоне между бессознательным и предсознательным под влиянием *частично невятной и фрагментарной речи* пациента» [приводится по: Томэ, Кехеле, 1996, с. 145-146].

Столь подробная цитата с выделением курсивом наиболее важных для нас моментов позволяет увидеть как сходство, так и отличие «парадоксального мышления» и изменённого состояния сознания, препятствующего терапии. Они оба могут рассматриваться как проявление диссоциации сознания терапевта. Однако, если «парадоксальное мышление» и другие формы «полезного для терапии» транса характеризуются эмпатической погружённостью терапевта в психический мир пациента при сохранной способности к самонаблюдению, то препятствующее терапии изменённое состояние сознания, напротив, проявляется либо в отстранённости терапевта от переживаний пациента (сонливость), либо в столь глубокой погруженности в его переживания, что нарушается способность к самонаблюдению и создаётся угроза целостности сознания терапевта. Кроме того, способствующие терапии формы измененного состояния сознания можно считать вариантами управляемого транса, в который терапевт погружается в значительной мере сознательно и может сам регулировать глубину изменения сознания. Препятствующее терапии состояние, напротив, — это пример неуправляемого транса, состояния, которое возникает незаметно для субъекта и по этой причине практически не зависит от его воли.

Теперь рассмотрим возможные механизмы, которые приводят к развитию «неуправляемого транса» у терапевта в процессе работы с больными шизофренией. Как уже отмечалось выше, развитию этого состояния способствует утомление терапевта, а также однообразие и монотонность самой сессии. Другой предпосылкой служат бессознательные реакции терапевта на пациента (контрперенос). Однако дальнейшее (может быть, наиболее значимое в данном случае) углубление диссоциации происходит, на мой взгляд, под влиянием других причин: а именно — поведения и высказываний больного шизофренией, которые при более внимательном рассмотрении обнаруживают удивитель-

тельной сходство с хорошо известными гипнотическими техниками. Создаётся впечатление, что пациент неосознанно «гипнотизирует» своего терапевта⁸.

Сравним приёмы индукции гипнотического транса с характерными особенностями поведения и общения больных шизофренией.

Для того, чтобы гипнотерапия была эффективной, гипнолог⁹ должен выглядеть самодостаточным, абсолютно уверенным в себе человеком. Похожие с формальной точки зрения черты мы часто встречаем в поведении бредовых больных: аффективная заряженность, речевой напор, абсолютная убеждённость в своей правоте. Общим для обоих случаев является и то, что внимание пациента приковано к гипнологу точно так же, как внимание терапевта сконцентрировано на больном.

Далее следует отметить сходство в манере говорить: речь гипнолога благодаря особой размеренности, монотонности, напевности как бы «убаюкивает» пациента или зачаровывает его сказочными, вкрадчивыми интонациями рассказчика историй. Похожие особенности речи встречаются и у больных шизофренией: обусловленная негативными расстройствами монотонная, «роботообразная», лишённая модуляций и эмоциональной окраски речь, с одной стороны, и загадочная и непредсказуемая с множеством парадоксальных переходов, перемен интонаций и громкости речь бредового больного, с другой.

Имеются отчётливые параллели и в содержании высказываний. Целенаправленное использование гипнологом общих рассуждений, общих фраз, «трюизмов» для утомления внимания пациента напоминает склонность больных шизофренией к пространным и бессодержательным рассуждениям на общие темы.

В других случаях внимание слушателя приковывает к себе драматическая фабула повествования, неважно, идёт ли речь о злоключениях больного в его бредовом мире или о событиях внутри талантливо построенной терапевтической метафоры. В речи гипнолога обычно затрагиваются универсальные (архетипические) темы человеческого бытия: добро и зло, болезнь и исцеление, рождение и смерть, духовное преображение, выход за пределы личного опыта, «круговорот мировой энергии» и прочее. Сходную архетипическую тематику содержат бредовые построения психически больных.

⁸ Примеры того, как бессвязная речь больного шизофренией способна вызывать у слушателя изменённое состояние сознания, можно найти в работе М. Эриксона [Эриксон, 1992].

⁹ Так в статье я буду называть специалиста, проводящего гипноз.

Ещё одна общая черта — метафоричность языка. Метафоры уносят воображение слушателя за пределы логического, рационального, погружают в сновидный сказочный мир и углубляют диссоциацию. Можно сказать, что терапевт, создающий сказочную историю для пациента, и рассказывающий о своих фантастических переживаниях психотический больной — оба используют магический тип мышления¹⁰, наиболее созвучный бессознательному слушателя.

Нередко для усиления суггестивного эффекта гипнолог намеренно строит фразы таким образом, что грамматически правильная речь создаёт иллюзию верного умозаключения, а находящийся в изменённом состоянии сознания пациент не замечает логического противоречия в высказывании¹¹. Другой известный гипнотический приём заключается в том, что для усиления диссоциации внутри одного воображаемого образа создаётся другой, а внутри другого — третий (например, когда один из героев первой истории начинает собственный рассказ, внутри которого кто-то в свою очередь рассказывает ещё одну историю). С формальной точки зрения всё это напоминает нарушение мышления больных шизофренией.

Диссоциацию сознания слушателя углубляет и другая особенность больных шизофренией: амбивалентность и амбитендентность. На уровне высказываний эти симптомы обычно проявляются в бесконечном обсуждении противоположных возможностей, точек зрения, контрастных чувств, отношений, намерений и т.п. и неспособности остановиться на чем-то одном. В недирективном гипнозе этому близка техника «расщепления сознания»: «Ваше сознание слушает... ваше подсознание представляет... Ваш мозг бодрствует... ваше тело расслабляется...» и т.п. Вариант этой техники — «двойное наведение транса», когда работает одновременно два терапевта (см., например [Психотерапевтическая энциклопедия..., 1998, с. 700]).

¹⁰ Типичные характеристики магического мышления: игнорирование логических противоречий, исключение случайностей, признание таинственной мистической взаимосвязи всего сущего (мистическая сопричастность Леви-Брюля), отсутствие чётких границ между субъектом и объектом познания, образность и символизм, преобладание таких психологических механизмов как сгущение, смещение и замещение. Эти черты являются общими для первобытного (архаического) мышления (Леви-Брюль), аутистического мышления при шизофрении (Е. Блейлер) и сновидного мышления, описанного З. Фрейдом.

¹¹ Например, следующая фраза: *и, как только вашаотяжелевшая рука коснётся колена, тело полностью расслабится и именно поэтому наступающий сон будет особенно глубоким и освежающим.*

Можно было бы продолжить поиск общих черт с точки зрения механизмов влияния на слушателя в поведении и высказываниях терапевта-гипнолога и больного шизофренией, но и перечисленного выше достаточно для иллюстрации их несомненного сходства. При этом ещё раз подчеркнём, что терапевт применяет эти техники с конкретной целью индукции транса, магический модус его сознания обратим. Он, если так можно выразиться, «одной ногой твёрдо стоит в реальности» и при необходимости готов вернуться в рамки логического восприятия окружающего мира. Напротив, больной шизофренией не контролирует своё состояние, не ставит сознательной цели «гипнотизировать» слушателя, но особенности его поведения, отражающие характер заболевания, способны подобно гипнотическим техникам вызывать у слушателя изменённое состояние сознания.

Попробуем теперь выделить основные условия, способствующие развитию изменённого состояния сознания у терапевта при работе с больным шизофренией.

Фиксация внимания. Очевидно, что внимание терапевта должно быть сосредоточено на поведении и высказываниях пациента.

Утомление однообразием. Возможные причины: предшествующая усталость терапевта; монотонная, как будто обращённая в никуда, неясная или бессвязная речь больного, его эмоциональное однообразие, безынициативность и отстранённость от терапевта.

Состояние замешательства. Техника погружения в гипнотическое состояние с помощью различных приёмов, вызывающих у пациента замешательство (так называемая конфузионная индукция транса), хорошо известна. Что касается психотерапевта, то у него замешательство возникает, когда он не может целостно воспринимать поступающую информацию из-за абсурдности, противоречивости и разноплановости высказываний пациента, несоответствия между вербальным и невербальным компонентами его коммуникации. Внутри терапевта, пытающегося эмпатически вчувствоваться в переживания больного, возникают одновременно несколько контекстов, отражающих противоречащие друг другу стороны психически больной личности. Развитию состояния зачарованности способствуют аффективная заряженность переживаний больного, драматизм и архетипичность бредовой фабулы, яркость, глубина и многозначность высказываний.

Контрперенос. Первые три фактора создают предпосылки для развития гипноидного состояния и, ослабляя «Я» терапевта, облегчают развитие контрпереноса. Надо заметить, что больные шизофренией с удивительной лёгкостью провоцируют в окружающих негативные

чувства, примером этому могут служить взаимоотношения в семьях больных. Вероятно, это связано с их собственной амбивалентностью, склонностью формировать полярные эмоциональные отношения со значимыми другими. С помощью механизма проективной идентификации больные неосознанно «воспроизводят» в окружающих свои собственные негативные переживания и начинают бороться с ними.

Опыт работы в балинтовской группе позволяет говорить о широком спектре чувств (обычно неосознаваемых), возникающих у психотерапевтов по отношению к больным шизофренией. Это могут быть раздражение и злость, скука и отвращение, страх физического насилия, страх «заразиться безумием» и сойти с ума, потерять своё «Я»; растерянность, чувства беспомощности и собственного бессилия, стыда и вины; сексуальное возбуждение и многие другие.

Понятно, что появление негативных чувств по отношению к пациенту нарушает терапевтическое взаимодействие и вступает в противоречие с производными от ролевой позиции терапевта позитивными чувствами (доброжелательность, профессиональный интерес, сопереживание, желание помочь). Именно конфликт амбивалентных чувств создаёт энергетическую основу для диссоциации. Как уже было отмечено выше, вытеснение негативных чувств по отношению к пациенту сочетается с игнорированием (отрицанием) тех сторон его поведения, которые эти чувства вызывают. Поддержание диссоциации требует тем большей затраты психической энергии терапевта, чем глубже исходный конфликт полярных чувств. Сонливость (сужение сознания) в данном случае можно рассматривать как защиту от дальнейшего углубления диссоциации путём ограничения объёма поступающей от пациента информации. Полученный таким образом «тайм-аут» позволяет терапевту при благоприятных обстоятельствах вернуться в состояние ясного сознания и адекватно продолжить сессию. В худшем случае происходит углубление диссоциации, и тогда сонливость оказывается лишь начальной её стадией, вслед за которой развивается деперсонализация.

В качестве примера влияния психотического больного на окружающих рассмотрим описание выступления знаменитого балетного танцора и хореографа Вацлава Нижинского в момент, когда он находился в остром психотическом состоянии. Воспоминания его жены Р. Нижинской цитируются по монографии А. Кемпинского: «Сидя верхом на поставленном спинкой вперед стуле и опираясь руками о барьер, он всматривался в собравшихся. Все молчали как в церкви. Шло время. Так прошло около получаса. Публика вела себя так, как

будто была загипнотизирована им. [...] Наконец, Нижинский начал танцевать — великолепно, но поразительно жутко. Он бросил на пол несколько полотнищ чёрного и белого бархата в форме большого креста, а сам встал около верхней точки фигуры с распростёртыми руками в виде живого креста. Танец Нижинского был таким же великолепным и чарующим, как и всегда, но в нем было что-то новое. Казалось, что охваченный ужасом зал заполнен страданиями человечества. Он будто ввёл нас в транс. Все его жесты были драматичны, монументальны; казалось, что он плывёт над нами. Мы все сидели охваченные ужасом, затаив дыхание, странным образом зачарованные, словно окаменевшие. Мы чувствовали, что Вацлав напоминает одно из каких-то могучих существ, захваченных неведомой силой. [...] А он продолжал танцевать, кружась в пространстве, завораживая зрителей своим видением войны и уничтожения мира, ставя их лицом к лицу со страданиями и ужасом, борясь всеми мышцами, молниеносной быстротой движений, проворством эфирного существа, чтобы спастись от неизбежного конца. Это был танец за жизнь против смерти» [Кемпинский, 1999, с. 67-68].

Этот пример хорошо иллюстрирует описанные выше механизмы гипнотического влияния психотической личности на окружающих: фиксация внимания, утомление долгим ожиданием, замешательство от странного и непредсказуемого поведения, пробуждение в зрителях полярных чувств ужаса и восхищения. Следует особо выделить ещё один аспект этого влияния: особое ощущение таинственной могучей силы, которая как бы проявляется *через* большого человека, будучи независимой от его личности. Этот «магический» аспект влияния психотического пациента, безусловно, обладает самостоятельным и значительным суггестивным потенциалом. Так К.Г. Юнг писал о больных шизофренией: «От них исходит зачаровывающая сила, не только подчиняющая (точнее, уже подчинившая) себе пациента, но и способная индуктивным путём воздействовать на бессознательное беспристрастного наблюдателя, в данном случае — врача» [Юнг, 1997, с. 112].

Теперь представим на миг, что в зале находится терапевт, для которого происходящее представляет, прежде всего, профессиональный интерес и который, следовательно, стремится сохранить свое профессиональное восприятие «незамутнённым». Однако по мере усиления эмоциональной вовлеченности в происходящее способность терапевта к самонаблюдению уменьшается, что в конечном итоге приводит к той или иной степени нарушения самосознания. «Защищаясь», терапевт

попытается подавить или хотя бы «вынести за скобки» эмоционально захваченную часть своего «Я». Для этого он вынужден вытеснять возникающие чувства (восхищения, ужаса и т.п.) и частично игнорировать провоцирующие их аспекты поведения танцора. Ограничение объёма поступающих извне эмоционально значимых стимулов позволяет терапевту оставаться относительно беспристрастным и профессионально эффективным.

Продолжая рассмотрение гипотетического случая, можно представить, что терапевт просто погрузится в гипнотический транс, зачарованно наблюдая за танцором, забыв о себе и не замечая других аспектов происходящего¹². Понятно, что в нашем воображаемом случае это было бы не так опасно, как в реальной терапевтической ситуации.

Надо заметить, что некоторые из перечисленных факторов влияния пациента на терапевта могут иметь место в работе не только с больными шизофренией, но и практически во всех случаях, когда происходит интенсивное соприкосновение с бессознательным психическим материалом пациента при так называемой терапевтической регрессии. Тем не менее, именно характерные для больных шизофренией особенности речи и поведения придают этому влиянию особую силу. Это делает весьма вероятным развитие у терапевта во время работы с такими больными диссоциативных состояний. Поскольку эти состояния возникают произвольно и затрудняют деятельность терапевта, их следует рассматривать как осложнение терапии. Поэтому так важно обсудить пути преодоления этих состояний в ходе работы и профилактики их развития, а также возможности их конструктивного использования в психотерапии.

Прежде всего, следует остановиться на тактике терапевта во время сессии, когда состояние измененного сознания уже возникло. Для того чтобы как можно раньше распознать его, терапевту необходимо, как минимум, признавать саму возможность его развития. Постоянное самонаблюдение в ходе сессии позволяет выявить наиболее ранние субъективные признаки этого состояния, которые могут быть различными у разных терапевтов. Распознавание ранних признаков сонливости или иного сходного диссоциативного состояния позволит

¹² «Гипноз и выраженные состояния диссоциации, в общем, характеризуются полной погружённостью в некоторые аспекты происходящего и в то же время удержанием вне сознания других его сторон». В оригинале: «Hypnosis and severe states of dissociation have in common the characteristic of complete absorption in certain aspects of experience while keeping other aspects out of awareness» [Gabbard, 1994, p. 293].

терапевту принять необходимые меры для выхода из него, в то время как нежелание замечать происходящие внутри перемены будет лишь способствовать углублению диссоциации со всеми вытекающими отсюда последствиями¹³.

Далее я опишу несколько приёмов, которые помогают мне справиться с подобными ситуациями.

Заметив наступление изменённого состояния сознания и постепенную утрату контроля над терапевтической ситуацией, я пытаюсь «сбросить с себя оцепенение». Для этого можно, например, поменять позу, незаметно для пациента несколько раз напрячь и расслабить отдельные группы мышц. Далее я могу попытаться занять более активную позицию, осторожно вмешаться в ход сессии, изменить её ритм, эмоциональную окраску, ведущую тему и т.д. Это, возможно, позволит восстановить ясность сознания. Попытки начать комментировать или интерпретировать предыдущую часть сессии, чтобы продемонстрировать пациенту свой контроль над ситуацией, обычно бывают неэффективны или даже вредны в силу нарушения полноценного осознания терапевтом происходящего на сессии.

Можно также попытаться уменьшить глубину вчувствования в переживания пациента, сознательно отстраниться от них, переключив внимание на другие аспекты терапевтической ситуации. Например, сосредоточить внимание на клинической оценке психического статуса, на анализе терапевтического взаимодействия (не «о чём говорит», а «зачем говорит», «что происходит между нами»), взглянуть на пациента с точки зрения какой-либо другой целостной теоретической концепции, попытаться найти сходство бредовых построений с известными мифологическими темами и сюжетами и т.п. Подобная «интеллектуализация», наряду с упомянутыми выше мерами «пробуждения» сознания, как правило, позволяет вернуться к оптимальному уровню функционирования и эффективно продолжить сессию.

После окончания сессии необходимо проанализировать причины развития этого состояния. Важно рассмотреть и оценить роль каждого из перечисленных выше факторов, способных вызывать диссоциацию.

¹³ И снова цитата из Юнга: «Врачу нелегко осознать этот факт. Обычно крайне неприятно признавать свою способность подпадать под воздействие самого что ни на есть личного свойства со стороны практически любого пациента. [...] Однако такое нежелание вникать в суть дела — плохой советчик, поскольку инфицирование на бессознательном уровне создаёт в ходе терапии возможность (которую не следует недооценивать) переноса болезни на врача» [Юнг, 1997, с. 113].

Особо следует остановиться на анализе амбивалентных чувств, вызываемых поведением и высказываниями больного.

На следующей сессии обязательно следует обсудить с пациентом содержание предыдущей, особо остановившись на своем собственном состоянии! Следует отметить, что пациенты часто видят, что с терапевтом во время сессии что-то происходит, замечают его сонливость, попытки скрыть зевоту, замешательство, отсутствующий взгляд. Они, как правило, не говорят об этом, но как-то по-своему оценивают это странное поведение. Они думают, например, что терапевту с ними скучно, неинтересно, что он очень устал и поэтому не может полноценно работать. Честное обсуждение этого эпизода, инициированное самим терапевтом, даёт, как правило, положительный эффект, устраняя непонимание и укрепляя взаимное доверие. Содержание обсуждения может включать в себя рассказ пациенту в доступной форме о возникшем у терапевта состоянии и возможных причинах этого. Ниже на конкретных примерах я постараюсь показать, что подобная «открытость» терапевта может быть оправдана и эффективна.

И, наконец, следует внести коррективы в работу с такими пациентами.

Создаётся впечатление, что в отличие от здоровых лиц и невротических пациентов, главная цель которых при общении — донести до слушателя информацию о некотором предмете и своём отношении к этому предмету (будь то человек, событие, проблема или внутреннее душевное состояние), больной шизофренией благодаря специфическим особенностям коммуникации неосознанно *воспроизводит* в слушателе эмоциональные состояния, которые переживает в данный момент сам.

В современном психоанализе подобное взаимодействие рассматривается как особая форма проективной идентификации, служащая для аффективной коммуникации¹⁴. Вот как описывает этот процесс П. Кейсмент: «Когда проективная идентификация используется в качестве аффективной коммуникации, проектирующий обычно ис-

¹⁴ «Бион [Bion, 1959] и Розенфельд [Rosenfeld, 1971] описали особую форму проективной идентификации, служащей для коммуникации, в которой проекция чувств на мать (или аналитика) имеет целью вызвать определенное чувство, чтобы обозначить психическое состояние, которое не может быть вербализовано, и, возможно, чтобы заставить мать (аналитика) вести себя определенным образом» [Психотерапевтическая энциклопедия..., 1998, т. 2, с. 209]. Об использовании проективной идентификации для аффективной коммуникации см. также [Jureidini J., 1990, p. 99].

пытывает потребность (обычно бессознательную) сделать так, чтобы другой человек осознал, что передается и на что надо реагировать. Последовательность в общем виде такова: 1) проектирующий испытывает какое-то чувство, с которым не может справиться, скажем, такое, как у ребенка; 2) возникает бессознательная фантазия переложения этого состояния непреодолимого чувства на другого человека, например на мать, чтобы либо избавиться от него, либо справиться; 3) возникает напряжение взаимодействия (интеракции), такое, например, как плач ребенка, бессознательная цель которого — заставить другого человека испытать аналогичные чувства вместо ребенка (или пациента); 4) если эта коммуникация с помощью проективной идентификации помогает соединиться с другим человеком, создается аффективный резонанс у реципиента, чувства которого приобретают «одинаковость», основанную на идентификации. Такая аффективная идентификация может затем быть воспринята как нечто, созданное проективно проектирующим и интроективно реципиентом [Кейсмент, 1995, с. 99-100].

Если же взглянуть на то же самое взаимодействие с иной (не психоаналитической) точки зрения, то нельзя не заметить его поразительное сходство с феноменом внушения. Для иллюстрации приведём три цитаты, касающиеся внушения, из книги В.П. Бехтерева «Внушение и его роль в общественной жизни»: «Вообще говоря, внушение есть один из способов воздействия одних лиц на других, которое производится намеренно или ненамеренно со стороны воздействующего лица и которое может происходить или незаметно для внушаемого лица, или даже с его ведома и согласия». «Внушение сводится к непосредственному прививанию тех или других психических состояний от одного лица к другому, — прививанию, происходящему без участи воли (и внимания) воспринимающего лица и нередко даже без ясного с его стороны сознания»; «...под внушением же следует понимать непосредственное прививание к психической сфере данного лица идеи, чувства, эмоции и других психофизических состояний, помимо его «я», то есть в обход его самосознающей и критикующей личности» [Бехтерев, 1908].

Как бы то ни было, вероятнее всего, мы имеем здесь дело с функцией общения более древней и архаичной, чем привычная для нас функция передачи информации о некотором предмете. Если это предположение правильно, то большой шизофренией, общаясь, не столько рассказывает о чем-то, сколько вызывает внутри слушателя переживание, сходное со своим собственным. Терапевт при этом может испытывать ощущение, что пациент «манипулирует» им. Напрасный поиск предмета общения лишь отвлекает терапевта от сути

происходящего, утомляет его внимание и способствует включению защитного механизма диссоциации. Дело осложняется ещё и тем, что «воспроизведение» внутри терапевта шизофренического переживания из-за чуждости последнего здоровой психике подвергает испытанию саму способность к сопереживанию.

Остановимся подробнее на процессе сопереживания. Сопереживание (эмпатия) — процесс в значительной мере интуитивный, свойственный каждому человеку как неотъемлемая часть его способности понимать себе подобных. Благодаря эмпатии терапевт вчувствуется во внутренний мир пациента и *частично* отождествляет себя с ним. Рефлексия (самонаблюдение) позволяет терапевту оставаться самим собой (не «сливаться» с пациентом) и в то же время открывает путь к «генетическому пониманию» (К. Ясперс) внутренней логики переживаний и поступков пациента. Что касается психотических феноменов, то К. Ясперс считал недоступность сопереживанию одной из главных характеристик бреда. Однако можно предположить, что «недоступность сопереживанию» ещё не означает, что само сопереживание отсутствует. С уверенностью можно говорить лишь о том, что осознание сопереживаемого психического материала оказывается невозможным из-за принципиальной чуждости последнего для здоровой психики. Это может далее означать, что сопереживание *происходит*, но осознание этого процесса оказывается невозможным. Интуитивно терапевт при общении с больным шизофренией ощущает внутри себя нечто, что проявляется скорее не как знание, а как чувство, например, чувство «инакости» — «*graesox Gefühl*» (H.-G. Rümke).

Допущение того, что процесс сопереживания может быть как сознательным, так и бессознательным, позволяет по-иному взглянуть на феномен «недоступности сопереживанию». Можно предположить, что пластическое видоизменение части «Я» в смысле отождествления с Другим происходит у человека в процессе взаимодействия всегда, в то время как способность наблюдать эту эмпатически изменённую часть внутри себя ограничена возможностями сознания. В таком случае, эмпатические содержания лишь отчасти осознаются нами. По-видимому, существенная часть процесса сопереживания при работе с больными шизофренией остаётся бессознательной.

Можно предположить, что благодаря описанным выше суггестивным механизмам больной шизофренией воспроизводит в слушателе (терапевте) фрагмент собственных расщеплённых переживаний, недоступных целостному осознанию. Этот фрагмент, с одной стороны, вступает в противоречие с осознанным сопереживанием, а с другой —

актуализирует личные бессознательные конфликты терапевта, играя роль, так сказать, «пятой колонны» в его бессознательном. Мне представляется, что главной деструктивной особенностью взаимодействия больного шизофренией является его расщепляющее влияние на психику другого человека. Субъективно это переживается, как ощущение «растаскивания в разные стороны» вашего внимания, ваших чувств и интеллектуальных усилий. Это может сопровождаться страхом потери контроля, утраты целостности «Я». Именно поэтому в качестве защиты включается такой примитивный механизм психологической защиты как диссоциация.

Предлагаемая ниже стратегия работы с больными шизофренией предполагает изначальное сознательное выделение терапевтом в потоке собственных переживаний той его части, которая «рождается» в процессе сопереживания пациенту. Это становится возможным благодаря особому сосредоточению на собственных психических процессах и телесных ощущениях как возможном результате влияния со стороны пациента. Правило (звучащее как формула наведения транса): *одна часть моего сознания наблюдает за пациентом, другая часть — следит за тем, какие перемены происходят в моём психическом и физическом самоощущении в процессе общения с ним.* В результате мы имеем два независимых источника информации: внешний (клиническая реальность) и внутренний (эмпатически изменённая часть «Я» терапевта). Терапевт отказывается от попыток «объять необъятное» с помощью сознательного сопереживания, которые часто оказывают дестабилизирующее влияние на его психику. Вместо этого во главу угла ставится самонаблюдение за потоком смутных образов, телесных ощущений, чувств, фантазий, случайных мыслей, отрывочных воспоминаний, напрямую никакого отношения к состоянию пациента не имеющих. Пациент, не способный к полноценной рефлексии и описанию своего состояния, суггестивно воспроизводит фрагмент этого состояния в терапевте, а тот, будучи не в состоянии сознательно сопереживать, начинает воспринимать эмпатически видоизменённую часть своего «Я» как свободно ассоциирующего субъекта, выражающего то, что не может высказать его «протагонист», то есть пациент. Таким образом, терапевт, общаясь с пациентом, в то же самое время внутри себя свободно ассоциирует за него.

Создаётся впечатление, что чем тяжелее психопатология пациента, тем больше внимание терапевта от наблюдения за пациентом смещается в сторону *самонаблюдения* — за тем, как реагирует на пациента эмпатически изменённая часть его «Я». Это можно объяснить тем,

что у больных шизофренией самонаблюдение и свободное ассоциирование во время сессии часто оказываются невозможными и легко превращаются в диалог отдельных фрагментов расщеплённого «Я» (психотическая регрессия как осложнение психотерапии). Именно поэтому намеренная, *управляемая диссоциация* терапевта приобретает в работе с этими пациентами особую значимость. Ближайшим результатом применения такой техники может стать уменьшение частоты возникновения у терапевта во время сессий изменённого состояния сознания.

Однако сознательное поддержание диссоциации требует усилий и довольно быстро ведёт к утомлению. Поэтому следующим шагом должна стать «разгрузка» «эмпатически изменённой части» бессознательного терапевта.

В самом общем виде это должен быть рассказ пациенту о том, что испытывает терапевт во время общения с ним. Только с помощью пациента становится возможным осознание терапевтом содержания эмпатически изменённой части своего «Я», отражающей недоступные непосредственному сопереживанию психические процессы пациента. Рассказ терапевта о своих переживаниях оказывается «ключом», позволяющим пациенту лучше понять и описать те стороны его внутреннего мира, которые до этого оставались в тени. Обсуждение с пациентом этих сторон «возвращает» их ему и тем самым способствует интеграции его «Я». Одновременно высвобождаются дополнительные ресурсы терапевта, так как совместно осознанная часть переживаний пациента перестаёт оказывать «расщепляющее» влияние на «Я» терапевта.

В качестве иллюстрации к сказанному приведу несколько примеров:

1. *Пациентка О. Более 10 лет страдает параноидной шизофренией, не работает, инвалид 2 группы. В настоящее время её состояние определяется лекарственной ремиссией. Психотические переживания редуцированы, лишены аффективного заряда и практически не влияют на поведение. Порой ощущает внутреннюю раздвоенность, присутствие внутри себя второго «Я», возникают «странные мысли», как будто приходящие откуда-то извне. Случайные события часто воспринимает как «знаки», как «информацию свыше», подсказывающую ей, как она должна или не должна поступать. Негативные расстройства проявляются в отчётливом эмоционально-волевом снижении и нарушениях мышления. Через несколько месяцев терапии (с частотой одна сессия в неделю) у меня стали возникать состояния «сонливости», которые весьма затрудняли работу. Пациентка замечала их и считала, что это*

происходит потому, что мне с ней скучно или же я очень устаю от работы. «Сонливость» возникала, несмотря на все мои усилия как-то противиться ей, вскоре после начала сессии, когда я обычно слушал её рассказ о происшедших с ней за последнее время событиях. Её расплывчатое мышление делало невозможной фиксацию внимания на каком-то определённом предмете или теме, это быстро приводило к утомлению и вызывало раздражение. Попытки активизировать диалог расспросами с моей стороны позволяли «создать» предмет разговора и облегчали моё состояние. Однако я хорошо понимал, что таким образом навязываю свои правила игры, лишая пациентку возможности выражать себя в полной мере. Во время одной из сессий я рассказал ей о том, что иногда один человек, будучи не в силах объяснить другому своё внутреннее состояние, каким-то непонятным образом, не осознавая это сам, может в ходе общения «воспроизвести» в другом это состояние или подобие его. Я предположил, что сейчас, возможно, испытываю, что-то похожее, что-то «из этой серии», что-то вызванное общением с ней. Поэтому я хочу рассказать ей об этом в надежде, что описание моих ощущений поможет ей лучше понять что-то в себе. Мне показалось, что она ясно поняла смысл моего предложения и была готова выслушать меня. Итак, я описал своеобразные тянущие ощущения в мышцах «как при засыпании», сравнил это чувство с «томлением». Внезапно она «узнала» в моём рассказе нечто своё! Она вспомнила поездку в колхоз во время учёбы в институте и стихи Некрасова, которые читал ей один поклонник:

*Есть женщины в русских селеньях
С спокойною важностью лиц,
С красивою силой в движеньях,
С походкой, со взглядом цариц...*

Это воспоминание подняло целый пласт её переживаний. В-первых, для неё открылось прячущееся за подчеркнутой скромностью и даже некоторой приниженностью чувство своего превосходства над людьми, ощущение «царственности». (Позже она вспомнила, что в детстве брат говорил ей: «Ты ешь, как английская королева!») Таким образом, это чувство превосходства, которое прежде лишь угадывалось в её психотических переживаниях, стало доступно для обсуждения в категориях реальной повседневной жизни. Во-вторых, отвергнув вначале моё слово «томление» как неподходящее для описания её чувств, она, тем не менее, лучше смогла передать своё нынешнее состояние: «это как молоко, томится, но не кипит», состояние её души в последнее время — «предчувствие чувства, но

не само чувство». Это сравнение помогло мне увидеть за «фасадом» наводящего скуку и сонливость «эмоционально-волевого дефекта» доступную сопереживанию личность, страдающую от невозможности реализовать честолюбивые планы и вынужденную мириться со своим нынешним зависимым положением «инвалида по психическому заболеванию». Я смог заговорить с ней об этом и получил живой отклик в ответ. С тех пор у меня исчезла «сонливость» в работе с этой пациенткой. Что-то изменилось в наших отношениях. Возможно, она поверила в то, что я искренен с ней и воспринимаю её всерьёз, а я перестал защищаться с помощью клинической «интеллектуализации» от её «дефекта».

2. Пациент А., 38 лет. Диагноз: Шизотипическое расстройство. С детства стеснительный, неуверенный в себе, зависимый от матери. В подростковом возрасте — алкоголизация и нарушения поведения. Спустя несколько лет возникли приступы паники с агорафобией, затем — депрессивное состояние с «навязчивым» самоанализом, поиском смысла жизни. В последние годы состояние определяют хронические тревожные и субдепрессивные расстройства, разнообразие навязчивости (агорафобия, социофобия), эмоциональное однообразие, а также нечёткость и расплывчатость мышления. Повседневная жизнь для него — тяжелое испытание, алкогольные эксцессы — возможность дать себе передышку. В течение многих лет получает медикаментозное лечение и поддерживающую психотерапию. Одна из ведущих тем терапии — его робость и стеснение в отношениях с людьми. В ходе шестьдесят девятой сессии он рассказывает о конфликте с женой, которая прервала его откровенный разговор с ней. Он долго пытается мне объяснить, чего он от неё хочет. Я долго пытаюсь понять его пространные и расплывчатые рассуждения, но «предмет» его требований к ней постоянно ускользает от меня. Я начинаю испытывать тягостное чувство скованности во всём теле, заторможенность мышления. Понимаю, что на бытовом уровне то, что он делает в разговоре со мной и, вероятно, при общении с женой, называется «грузить» кого-то. Постепенно у меня складывается впечатление, что ему не надо, чтобы я или жена его понимали, а надо, чтобы просто его слушали. Тогда я говорю ему об этом. Он соглашается. Я высказываю предположение, что таким образом он пытается заставить другого человека почувствовать то же самое, что чувствует он сам, то, как ему сейчас плохо. Он (уже с некоторым раздражением) снова соглашается со мной. Я говорю ему о своих ощущениях, о том, что они тягостны, предполагаю, что его

жене так же нелегко при подобных разговорах с ним. Он начинает злиться, заявляет, что слушать его — моя работа, за это он платит мне деньги, а что касается жены, на то и жена, чтобы слушать мужа! Сессия заканчивается, и он уходит сердитый и неудовлетворённый. В следующий раз (примерно через десять дней) он пришёл не столько злой, сколько решительный. Меня приятно удивили его более ясное и чёткое выражение мыслей, более активная позиция в общении, большая смелость в высказываниях и вместе с тем более реалистичные ожидания в отношении близких.

3. *Пациентка И., 31 год, с шизотипическим расстройством и умеренно выраженным депрессивным состоянием.* По характеру робкая, замкнутая, зависимая от матери. Из-за страха разлучиться с ней никогда не покидала родной город. Основные жалобы: стойкие головные боли, подавленное настроение и чувство ненависти к мужу — беспокоят в течение нескольких лет. Всё это время от головной боли ежедневно принимает анальгетики. За последние три года похудела на 15 кг (ИМТ=16,8). Производит впечатление странной, манерной, эмоционально однообразной. Причудливо выражает свои мысли, часто невозможно уловить логическую связь в высказываниях. Не удаётся выявить бредовых идей, обманов восприятия. Состояние «сонливости» стало возникать у меня уже в ходе первых сессий, причём в нём преобладали крайне тягостные ощущения в мышцах, вызывающие у меня столь сильный дискомфорт, что порой я с нетерпением ждал окончания сессии. Её голос всегда звучал однообразно громко, казался несколько напряжённым, с повелительными, как бы «давящими» на слушателя интонациями и практически не менялся, о чём бы она ни говорила. «Сонливость» быстро возникала во время её долгих монологов, в которых полярные идеи, оценки, желания сменяли друг друга без осознания противоречия, без взвешивания «за» и «против», без стремления найти решение, определить своё отношение к той или иной ситуации. Нередко, выслушав мой комментарий или вопрос, она продолжала развивать свою мысль или начинала говорить ещё о чём-то, словно и не слышала моих слов. Во время 18-ой сессии я, слушая её, как обычно, почувствовал дремоту и тягостные ощущения в мышцах. В это время она рассказывала о серьёзном конфликте с мужем, во время которого впервые в жизни призналась ему, что не любит его и не хочет жить с ним. Когда же муж собрался уходить, «устроила истерику» и непустила его. Она продолжала рассуждать об отношениях с мужем: о ненависти к нему и нежелании жить с ним, о полной зависимости от него и о том, что

не представляет своей жизни без него. В какой-то момент я вдруг осознал, что она уже говорит о другом мужчине, с которым встречалась в последнее время: на этот раз речь шла о желании сойтись с ним и о том, что прекрасно понимает: с этим человеком она жить не будет. Ближе к концу сессии, когда своё самочувствие я бы оценил как «невыносимое», я сказал пациентке, что накопившееся в ней раздражение не может найти выхода, адекватного выражения в словах и чувствах. Она согласилась: «Во мне всё кипит, но я не могу это выразить». Тогда я сказал, что, возможно, я физически чувствую её напряжение, и рассказал про тягостные ощущения в мышцах. После этих слов я почувствовал столь значительное облегчение, что даже признался ей в этом. Больше мы никогда не возвращались к этой теме. Но эта сессия стала в известном смысле переломной: во-первых, у меня практически исчезли состояния «сонливости» во время работы с ней, а во-вторых, сама пациентка постепенно начала меняться: стала более эмоциональной и открытой диалогу.

Конечно, подобному самораскрытию терапевта должна предшествовать подготовительная работа. Она включает в себя установление достаточно глубоких и доверительных отношений между терапевтом и пациентом и фармакологическую коррекцию психопатологических расстройств. Затем пациенту следует подробно разъяснить характер и цели предстоящей работы. Пациенту можно сказать примерно следующее:

«Вам очень трудно описать словами то, что вы чувствуете и переживаете. Мне же, чтобы помочь, очень важно знать, что происходит с вами. Но понять вас — трудная задача. Давайте поступим следующим образом. Я буду рассказывать вам о том, что испытываю я, пытаюсь сопереживать вам. Это будет описание моих случайных мыслей, чувств, фантазий, воспоминаний, телесных ощущений. Они ничего не значат сами по себе, часть из них, вероятно, имеет отношение лишь к моему личному опыту, но, может быть, некоторые из моих высказываний натолкнут вас на какие-то важные мысли относительно происходящего в вашей душе. Я бы хотел, чтобы вы сообщали мне о возникающих в ответ на мои слова ассоциациях».

Такого рода разъяснения позволяют избежать нежелательных реакций пациента на рассказ терапевта о его собственных ощущениях. Слова терапевта должны быть, с одной стороны, точными и правдивыми, а с другой — щадящими для пациента. Например: «Когда я слушал ваш рассказ (когда я наблюдал за вами..., пока вы сидели молча ... и т.п.), я думал..., представлял..., вспоминал..., чув-

ствовал...». В отличие от высказываний вроде: «Ваши слова заставили меня вспомнить...» или «Ваше упорное молчание вызывает у меня...», такое построение фраз даёт возможность пациенту не рассматривать свое поведение как непосредственную причину того, о чём говорит терапевт.

Мой опыт показывает, что применение описанных выше терапевтических техник облегчает терапевтическое взаимодействие, позволяет пациенту лучше понимать самого себя, а терапевту — глубже проникать в мир шизофренических переживаний, избегая при этом опасности спонтанного и неконтролируемого погружения в изменённое состояние сознания.

Создаётся впечатление, что эффективность психотерапии при тяжёлой психопатологии зависит не столько от используемых в настоящее время терапевтических подходов, сколько от длительности лечения. Искусство психотерапевта в этих случаях состоит, быть может, прежде всего, в умении сохранять и поддерживать терапевтические отношения в течение времени, необходимом для достижения эффекта. Поэтому так важно для терапевта уметь «совладать» с деструктивным влиянием, исходящим от больной личности.

Возможно, описанные в статье механизмы воздействия больного шизофренией на окружающих позволят лучше понять отношения в семьях пациентов, природу так называемых индуцированных психозов (*folie à deux*), а также то, каким образом психически больной человек, считающий себя создателем и проповедником нового учения, так легко вовлекает в сферу своего влияния всё новых людей и превращает их в ревностных приверженцев своего учения.

ЛИТЕРАТУРА

- Балинт М. Базисный дефект. М.: Когито-Центр, 2002.
- Бехтерев В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. СПб., 1908. [Электронный ресурс] url: <http://www.bekhterev.net/modules/articles/article.php?id=29> (дата обращения: 1.09.2009)
- Винникотт Д. Ненависть в контрпереносе // Эра контрпереноса. Академический проект. М.: 2005, с. 361-365.
- Кейсмент П. Обучаясь у пациента / Пер. с англ. Воронеж: НПО МОДЭК, 1995.
- Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998.
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 1998.

- Ракер Г. Значение и использование контрпереноса // Московский психотерапевтический журнал, 1998, № 2.
- Роджерс К. Клиентцентрированный/человекоцентрированный подход в психотерапии // Московский психотерапевтический журнал, 2002, № 1, с. 56.
- Томэ Х., Кехеле Х. Современный психоанализ: В 2 томах. М.: Издательская группа Прогресс — Литера, 1996.
- Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия. Ленинград: Образование, 1928.
- Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 1, с. 97-122.
- Юнг К.Г. Психология переноса. Статьи. Сборник / пер. с англ. М.: Рефл-бук, К.: Ваклер, 1997.
- Amrhein Ch. 2002. Thinking About Reverie in Bion's Theory of the Mind. *American Journal of Psychoanalysis*; 62, 3.
- Dexter M. Bullard, Ed. 1959. *Psychoanalysis & Psychotherapy Selected Papers of Frieda Fromm-Reichmann*. Chicago: The University of Chicago Press, 350 p.
- Gabbard G.O. 1994. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-4 EDITION*.
- Jureidini J. 1990. Projective Identification in General Psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 157, 656-660.
- Searles H. 1959. The effort to drive the other person crazy — an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia // *Collected papers on schizophrenia and related subjects by Harold F. Searles*. N.Y.: International Universities Press, 1965, p. 254-283.

The altered states of consciousness in psychotherapist working with schizophrenia patients. Complication of psychotherapy or its tool?

M.V. Agenosov

The article describes the altered states of consciousness which can arise in psychotherapist in the course of work with schizophrenia patients. The author argues that the dissociation mechanism protects therapist's consciousness from negative aspects of the client's specific influence on his or her environment. Several ways of overcoming and prevention of these conditions and their consequences are considered: activation of the therapeutic position during a session, «clinical intellectualization», the subsequent analysis of mechanisms of dissociation development and fair discussion of the therapeutic situation with a patient. Also the article provides the description of the productive position of the therapist, labeled as «operated dissociation».

Key-words: the altered states of consciousness, dissociation, countertransference, schizophrenia, therapeutic position.

- Balint M. Bazisnyj defekt. M.: Kogito-Centr, 2002.
- Behterev V.M. Vnushenie i ego rol' v obvestvennoj zhizni. SPb., 1908. [Elektronnyj resurs] url: <http://www.bekhterev.net/modules/articles/article.php?id=29> (data obrawenija: 1.09.2009)
- Vinnikott D. Nenavist' v kontrperenose // Jera kontrperenosa. Akademi-cheskij proekt. M.: 2005, c. 361-365.
- Kejsment P. Obuchajas' u pacienta / Per. s angl. Voronezh: NPO MODJeK, 1995.
- Kempinskij A. Psihologija shizofrenii. SPb.: Juventa, 1998.
- Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / Pod red. B.D. Karvasarskogo. SPb.: Piter, 1998.
- Raker G. Znachenie i ispol'zovanie kontrperenosa // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 1998, № 2.
- Rodzhers K. Klientcentrirovannyj/chelovekocentrirovannyj podhod v psihoterapii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 2002, № 1, s. 56.
- Tomje X., Kehele X. Sovremennyj psihoanaliz: V 2 tomah. M.: Izdatel'skaja gruppa Progress — Litera, 1996.
- Forel' A. Gipnotizm ili vnushenie i psihoterapija. Leningrad: Obrazovanie, 1928.
- Jerikson M. Gipnoticheskaja tehnika «rasseivanija» // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 1992, № 1, s. 97-122.
- Jung K.G. Psihologija perenosa. Stat'i. Sbornik / per. s angl. M.: Refl-buk, K.: Vakler, 1997.
- Amrhein Ch. 2002. Thinking About Reverie in Bion's Theory of the Mind. American Journal of Psychoanalysis; 62, 3.
- Dexter M. Bullard, Ed. 1959. Psychoanalysis & Psychotherapy Selected Pa-pers of Frieda Fromm-Reichmann. Chicago: The University of Chicago Press, 350 p.
- Gabbard G.O. 1994. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-4 EDITION.
- Jureidini J. 1990. Projective Identification in General Psychiatry. British Journal of Psychiatry, 157, 656-660.
- Searles H. 1959. The effort to drive the other person crazy — an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia // Collected papers on schizophrenia and related subjects by Harold F. Searles. N.Y.: International Universities Press, 1965, p. 254-283.