

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л. Г. ЩУКИНОЙ

# **КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ**

**№ 2 (65) 2010** апрель-июнь

До 2010 года МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**Москва**

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ №ФС77-36580

---

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

*Главный редактор*

Ф.Е. Василюк

*Отвественный редактор*

В.В. Архангельская

*Редакторы*

Е.В. Загородная Е.Н. Корнева, А.А. Леонтьева, О.В. Филипповская

*Директор*

В.Ю. Захарова

*Директор по развитию*

Н.Ю. Цеберс

*Электронная версия*

Е.Н. Корнева

*Технический редактор*

Е.Ю. Абрамова

*Оригинал-макет*

М.А. Баскакова

*Адрес редакции:*

127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305

Телефон: +7 (495) 632-92-12

E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Вопросы подписки и приобретения:*

127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305

Телефон: +7 (495) 632-92-12

mpj@list.ru

*Редакция не располагает возможность вести переписку,  
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных  
в журнале «Консультативная психология и психотерапия»,  
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины Лорана Парселье

© МГППУ, Факультет психологического консультирования, 2010

Подписано в печать 10.06.10. Формат 60×84/16  
Гарнитура Newton. Усл. печ. л. 15. Тираж 1000 экз.

- 5 От редакции
- НАУЧНАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ**
- 8 *В.А. Петровский*  
Предмет консультативной психологии: пред-«меты»
- ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ**
- 25 *Д. Шлиен*  
Контртеория переноса
- АНТРОПОЛОГИЯ, ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, КУЛЬТУРА**
- 60 *Г. Бейтсон*  
Культурные проблемы, возникающие при изучении шизофрении
- ИССЛЕДОВАНИЕ**
- 77 *А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, С.В. Воликова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева*  
Факторы эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра
- 110 *Е.В. Мишина*  
Феномен совместности в дебюте консультативного процесса
- МЕТОД**
- 132 *М.Н. Искандеров*  
Активная музыкотерапия. Опыт и перспективы методы в психиатрическом стационаре
- ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА**
- 144 *Е.А. Чурсина*  
Телефон доверия в мегаполисе
- ИНТЕРВЬЮ**
- 154 Необходимая утопия. Интервью с М.Д. Норамбуэной
- ДИСКУССИИ**
- 169 *Т.В. Снегирева*  
За гранями текста
- 191 *В.М. Розин*  
Феноменологическая психотерапия: претензии, концептуализация, реальный подход и работа
- СОБЫТИЯ**
- 208 *В.В. Колпачников*  
XI Международный форум по человекоцентрированному подходу
- 216 *Н.Б. Кедрова*  
Отчет о конференции в Эзалене
- 223 *И.М. Кадыров*  
Форум для встречи психоаналитических культур
- 235 Информация об авторах

5	Editor's note
	<b>SCIENTIFIC SPECIALTY</b>
8	<i>V.A. Petrovskij</i> Counseling psychology subject: introductory reflections
	<b>THEORY AND METHODOLOGY</b>
25	<i>J.M. Shlien</i> A Counter-Theory of Transference
	<b>ANTHROPOLOGY, PHENOMENOLOGY, CULTURE</b>
60	<i>G. Bateson</i> Cultural Problems Posed by a Study of Schizophrenic Process
	<b>RESEARCH</b>
77	<i>A.B. Holmogorova, O.D. Pugovkina, S.V. Volikova, N.G. Garanjan, T.V. Dovzhenko, G.A. Petrova, T.J. Judeeva</i> Factors of efficiency of integrative psychotherapy Treatment for affective disorders
110	<i>E.V. Mishina</i> Copresence phenomenon in the beginning of psychology counseling process
	<b>METHOD</b>
132	<i>M.N. Iscanderov</i> Active group music therapy: practice and prospects of the method in psychiatric hospital
	<b>PSYCHOLOGY SERVICE</b>
144	<i>E.A. Chursina</i> Phone counseling service in a big city
	<b>INTERVIEW</b>
154	Necessary utopia. Interview with M.D. Norambuena.
	<b>DISCUSSION</b>
169	<i>T.V. Snegireva</i> Beyond the text
191	<i>V.M. Rozin</i> Phenomenological psychotherapy: ambitions, concepts, approach and practice
	<b>EVENTS</b>
208	<i>V.V. Kolpachnikov</i> XI International forum of the personal-centered approach
216	<i>N.B. Kedrova</i> The second Moscow-Esalen conference on philosophy of psychotherapy
223	<i>I.M. Kadyrov</i> Forum for the meeting of psychoanalytic cultures
236	Out authors

## От редакции

Мы открываем второй выпуск журнала «Консультативная психология и психотерапия» новой рубрикой «Научная специальность». Редакция сочла необходимым ввести эту рубрику для того, чтобы предоставить место на страницах нашего издания — и таким образом, возможно, в профессиональном сообществе — для обсуждения ставшей уже достаточно актуальной темы: введения новой научной специальности «консультативная психология». Продолжая ее интенсивное обсуждение, начатое в предыдущем выпуске нашего журнала, мы помещаем в новую рубрику доклад В.А. Петровского, прочитанный им на юбилейной конференции РПО, состоявшейся в апреле текущего года. Докладчик «вбрасывает» в профессиональное сообщество несколько тезисов о предмете консультативной психологии как научной области, ставя перед собой задачу инициировать дискуссию на данную тему.

В рубрике «Теория и методология» мы представляем текст, который носит острый полемический и даже провокационный характер. Он принадлежит перу друга и ученика К. Роджерса — Джону М. Шлиену, много лет проработавшему в Гарвардском университете и написавшему несколько авторитетных изданий по общей и консультативной психологии. Д.М. Шлиен предлагает свою оригинальную реконструкцию истории создания З. Фрейдом теории переноса и предлагает альтернативную точку зрения на тот круг явлений, который вошел в историю психотерапии под названием отношений переноса.

В рубрике «Антропология, феноменология, культура» мы рады представить читателю впервые переведенную на русский язык статью Г. Бейтсона «Культурные проблемы, возникающие при изучении шизофрении».

В нашей традиционной рубрике «Исследования» читатель сможет найти результаты работы, выполненной коллективом авторов (А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, С.В. Воликова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко, Г.А. Петрова, Т.Ю. Юдеева). Это исследование продолжает целую серию работ, осуществляемых в рамках большого методологического проекта, ставящего перед собой задачу поиска сочетания классической и неклассической методологий в изучении психотерапии.

Второй материал этой рубрики — исследование дебюта консультативного процесса и факторов его успешности, которое проведено

Е.В. Мишиной в рамках подготовки диссертационной работы. Это исследование, кроме его прямых результатов, показывающих важную роль «проблемы» клиента как предмета совместной деятельности консультанта и консультируемого, также интересно своим поиском новых методов и процедур исследования материала психотерапевтических сессий.

В разделе «Метод» представлен уникальный и передовой опыт работы, который накоплен в Оренбургской городской психиатрической больнице № 2, где уже в течение почти десяти лет ведется психотерапевтическая работа с использованием метода активной групповой музыкальной терапии, разработанного совместно с немецкими специалистами.

Обновление журнала, которое началось с перемены названия и с обозначения новых задач и актуальных вызовов, на которые наше издание, по нашему мнению, должно отвечать, продолжается. Так, мы хотели бы предоставить на наших страницах особое место освещению работы различных психологических служб и центров. Для этого мы создаем еще одну рубрику, которая будет носить название «Психологическая служба». Эту рубрику мы открываем размышлениями Е.А. Чурсиной о роли телефона доверия в мегаполисе, о явных и неочевидных аспектах работы этой службы.

Беседа с замечательным швейцарским психотерапевтом М.Д. Норамбуэной представлена в рубрике «Интервью». Подводя итоги своего двухлетнего пребывания в Москве, М.Д. Норамбуэна дал нашему журналу большое интервью, в котором подробно рассказал о своем подходе, об опыте работы его центра в Женеве, а также — терапевтической группы для пациентов психиатрической больницы им. Б.П. Ганнушкина. Его работа с тяжелыми пациентами, представленная им в нескольких докладах, сделанных в Москве, вызвала немалый интерес в равной мере среди философов и среди психологов-практиков.

В разделе «Дискуссии» мы помещаем два материала, имеющих большую актуальность как для профессионального сообщества, так и для нашего журнала. Первый из них поддерживает ту новую волну обсуждений роли и специфики клиентоцентрированного подхода в России, которая была вызвана XI Международным форумом по человекоцентрированному подходу, проходившим в Подмосковье в мае этого года. Т.В. Снегирева возвращает нас к дискуссии о соотношении гуманистической психологии (прежде всего, психотерапии К. Роджерса) и христианской психотерапии и вновь призывает к обсуждению основных ценностных установок обоих подходов.

Вторая статья, предоставленная В.М. Розиным, представляет собой содержательный отзыв на специальный выпуск нашего журнала, посвя-

щенный феноменологическому подходу в психологии и психотерапии (Московский психотерапевтический журнал, 2009. № 2). В своем во многом критическом отклике В.М. Розин поднимает, на наш взгляд, важнейшие методологические вопросы, стоящие перед гуманитарным подходом в психологических исследованиях. Эти вопросы заслуживают специального обсуждения, к участию в котором мы приглашаем наших читателей.

И, наконец, в последней рубрике «События» мы представляем отчеты о двух мероприятиях. Первое — XI Международный форум по человекоцентрированному подходу, который проходил в Звенигороде с 4 по 10 мая 2010 года и был организован (с российской стороны) Факультетом психологического консультирования МГППУ. Это событие имело большой успех и резонанс не только в российском, но и в международном сообществе специалистов по клиентоцентрированному подходу. Отчет о Форуме читатель сможет найти в материале, подготовленном В.В. Колпачниковым.

Второе событие, отчет и впечатления о котором нам представляет один из его активных участников Н.Б. Кедрова, — это Вторая московско-эзаленовская конференция Московского Гештальт Института по философии психотерапии, проходившая в Эзалене в марте 2010 года. В этой конференции приняли участие некоторые ведущие российские психологи-практики, а также руководители и специалисты Института Развития Потенциала человека.

Отдельного внимания заслуживает выход в свет первого номера нового профессионального периодического издания: Международного психоаналитического ежегодника. В этом журнале российскому читателю будет представлена подборка переводов лучших статей, опубликованных в Международном журнале психоанализа. Подробная информация о новом издании представлена в слове его главного редактора — И.М. Кадырова.

*В.В. Архангельская*

# ПРЕДМЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПСИХОЛОГИИ: ПРЕД-«МЕТЫ»<sup>1</sup>

В.А. ПЕТРОВСКИЙ

Данный материал представляет собой доклад, сделанный В.А. Петровским на заседании секции консультативной психологии в ходе работы Юбилейной Конференции РПО (апрель, 2010). В тексте сохранена форма устного выступления. В докладе указывалось на необходимость и потребность психологического сообщества в создании новой научной специальности — консультативной психологии, а также прозвучали предложения, касающиеся возможных путей конструирования научного предмета этой отрасли науки.

**Ключевые слова:** консультативная психология, персонология, предмет консультативной психологии.

Два года назад, в МГППУ, выступая на Конференции, посвященной инновационному образованию, и презентуя только что подготовленную нами Хрестоматию по консультативной психологии [10], я начал слегка подправленной цитатой из «Манифеста коммунистической партии» Маркса и Энгельса:

«Призрак бродит в стенах Российской академии образования — призрак консультативной психологии...» (для тех, кто помнит советские времена, обрываю цитату на полуслове).

Мне давно уже казалось странным, что имя, словосочетание «консультативная психология», внутри которой фактически живет психологическое сообщество уже десятки лет, не озвучено ни в номинациях избрания в Академию, ни в списке ВАКовских специальностей. Психологи, вносящие вклад в развитие консультативной психологии, должны маскироваться под «педагогических», «возрастных»,

---

<sup>1</sup> Разработка данной темы поддерживается Научным фондом Государственного университета — «Высшая школа экономики» в рамках проекта № 08-01-0143 «Идеи и методы мультисубъектной персонологии».



«общих» психологов, «акмеологов» и т.д., но они не имеют права заявлять о себе как «консультативных» психологах. Я не говорю уже о том, что в Москве и в России нет академических Институты, носящих такое имя. Не было и журналов... Теперь, благодаря усилиям моих дорогих коллег, кафедры Ф.Е. Василюка, Журнал такой есть, и это большое событие!

Итак, как уже говорилось, общественность должна понять не тождественность двух словосочетаний: «психологическое консультирование» и «консультативная психология» (хотя, конечно, взаимосвязь подразумевается). «Психологическое консультирование» — это сфера *практики*, область практической деятельности психолога, содействующего людям в решении их проблем. «Консультативная психология» — сфера *теории*, область исследований, предметом которых являются условия, процессы и эффекты консультирования, как осознаваемые, так и не осознаваемые взаимодействующими сторонами.

Неразличение «психологического консультирования» и «консультативной психологии» приводит к тому, что топ-менеджеры от науки отмахиваются от идеи создания научных подразделений, которые бы разрабатывали проблемы консультативной психологии, говоря, например, так: «Зарабатываете? Ну и зарабатывайте себе на здоровье! А наука — это наука!» Лет 7 назад мы с Александром Борисовичем Орловым пытались разговаривать с высоким начальством об открытии института консультативной психологии в стенах РАО... Ответ был «по Фрейду»: «Разрешите закрыть собрание!»

Очевидно, что такая точка зрения — отзвук того раскола, который до сих пор существует в психологии, и о котором Федор Ефимович Василюк очень точно говорит: «схизис». Если так, то консультативная психология — это путь терапии, «клиентом» которой является сама психология.

Консультативного психолога я буду называть *персонологом* — представителем особой области психологических разработок, объединяющей практическую и академическую психологию (мы вернемся еще к этому далее, говоря о проблемах консультативной психологии).

Надеюсь, я не шокирую вас рисунком, на котором будет много значков — левеевских «человечков» (ибо, говорят, именно он их когда-то изобрел) и еще несколько символов; после того, как я назову всего только два-три из них, все остальные почти не будут нуждаться в пояснении (см. рис. 1):

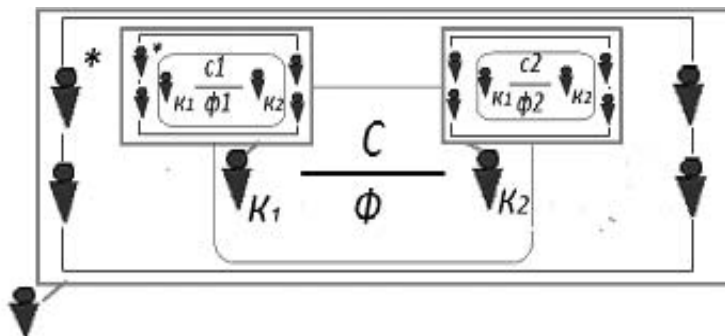


Рис. 1. Предмет консультативной психологии

Поясним **символы**:

$C$  — содержание решаемой проблемы — «с точки зрения исследователя»;

$C_1$  — то же — «глазами консультанта»;

$C_2$  — то же — «глазами консультируемого»;

$\Phi$ ,  $\Phi_1$ ,  $\Phi_2$  — форма взаимодействия;

*Скругленная рамка* — «развивающая среда» (в трех вариантах);

*Фигурки по краям* — социальное окружение, ближние и дальние (в трех вариантах);

*Фигурка со звездочкой* — супервизор (в двух вариантах);

*Широкая прямоугольная рамка* — рефлексия (с трех позиций).

Исследователь сопоставляет «картинки»: центральную и левую, центральную и правую. Имея в виду всю изображенную здесь систему (ее элементы и соотношения между ними), мы говорим о **предмете консультативной психологии** — перед нами его онтологическая модель.

Рассмотрим подробнее устройство онтологической модели.

1. **Значок «С» — «содержание»:**

— Какова проблема у консультируемого?

— Что в силах сделать консультант (границы его компетентности)?

Эти и другие вопросы — о содержании работы. Я вижу здесь связь проблем психологического консультирования с исторически сложившимися категориями теоретической психологии [А.В. Петровский, В.А.Петровский, 2000]. На рис. 2 представлена система категорий теоретической психологии, которые *маркируют* проблемы консультативной психологии — мы говорим о **персонологическом повороте теоретической психологии**.

«Причина себя»	Направленность	Активность	Когнитивность	Субъективность	Событийность	Действительность
<b>ЧЕЛОВЕК</b> Потеря или отсутствие идентичности	<b>ИДЕАЛ</b> Разочарованность в жизни	<b>СВОБОДА</b> Аддикции	<b>РАЗУМ</b> Кризис мировоззрения	<b>ЭКЗИСТЕНЦИЯ</b> Потеря смысла	<b>ТРАНСКОММУНИКАЦИЯ</b> Невостребованность, одиночество	<b>ЭЙКУМЕНА</b> Пустота бытия, изоляция
<b>ЛИЧНОСТЬ</b> Раздвоение, схизис, «множественность» личностей (в противоположность единомножию «Я»)	<b>ЦЕННОСТЬ</b> Кризис выбора	<b>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ</b> Апатия, безучастность	<b>СОЗНАНИЕ</b> Доминирование неосознанного и бессознательного; дереализация и др. измененные состояния сознания	<b>ЧУВСТВА</b> Индифферентность, эмоциональная уплощенность, «рекетные эмоции»	<b>ОБЩЕНИЕ</b> Кризис неперсонализированности	<b>ПЕРСОНОСФЕРА</b> Отсутствие референтного круга лиц, близких людей, одиночество
<b>Я</b> Деперсонафикация	<b>МОТИВ</b> «Подавление», механизмы психологической защиты	<b>ДЕЙСТВИЕ</b> Абулия, «выученная беспомощность», нерешительность	<b>ОБРАЗ</b> Иллюзии, нарушение когнитивных карт	<b>ПЕРЕЖИВАНИЕ</b> Бедность и недифференцированность чувственной	<b>ИНТЕРАКЦИЯ</b> Нарушение центрации, децентрации, коммуникации,	<b>СИТУАЦИЯ</b> Давление обстоятельств, неопределенность, эк-

				сферы	избегание и поверхность-ностность контактов, ролевые кризисы	трематальность, риск
<b>ИНДИВИД</b> Диссоциация (расщепление) психофизиологических функций	<b>ПОТРЕБНОСТЬ</b> Неопределенность или деструктивность влечений, перверсии	<b>РЕФЛЕКС</b> Патологические рефлексы	<b>ОЩУЩЕНИЕ</b> Сенсорный голод, пониженная или повышенная чувствительность	<b>АФФЕКТИВНОСТЬ</b> Импульсивность, ригидность аффекта	<b>СОСУЩЕСТВОВАНИЕ</b> Симбиоз	<b>ПРЕДМЕТНОСТЬ</b> «Барьеры», недостижимость значимых объектов
<b>ОРГАНИЗМ</b> Нарушение гомеостаза и др.	<b>НУЖДА</b> Отсутствие нужд («смертельный покой»)	<b>МЕТАБОЛИЗМ</b> Нарушение обмена веществ, энергообмена	<b>СИГНАЛ</b> Ограничения в детекции и передаче сигналов	<b>ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ</b> Сверхдлительность или отсутствие селектив	<b>СИНЕРГИЯ</b> Отторжение-поглощение	<b>СРЕДА</b> Бедность стимулов, чрезмерность стимуляции

Рис. 2. Категориальный строй теоретической психологии: персонологический поворот

Содержание категорий внутри каждой из пяти плеяд в строках таблицы характеризуются особым познавательным статусом. Отсюда — *возможность выделить в поле консультативной психологии некоторые логики направления деятельности консультантов.*

Нижняя (первая) строка таблицы, то есть плеяда биологических категорий, указывает на явления, которые могут быть изучены объективными методами, «извне», подобно тому, как физики изучают объекты «подведомственной» им области знания (что, конечно, не исключает необходимости моделирования происходящего «внутри» изучаемых объектов и фактов влияния измерительных приборов на эти объекты в процессе регистрации их «поведения»); интерпретация накапливаемых фактов при этом осуществляется на основе схем естественной причинности.

*Функция психолога-консультанта в работе с проблемами плеяды биологических категорий — опосредствование взаимодействий консультируемого со специалистами медицинского профиля (терапевтами, невропатологами, психиатрами).*

Вторая строка таблицы — плеяда протопсихологических категорий — заключает в себе то, что на языке философии обозначается как ноумены — умопостигаемые сущности. Действительно, каждый из соответствующих объектов не дан наблюдателю непосредственно ни в показателях датчиков, ни тем более путем прямого наблюдения извне. Например, даже такая, казалось бы, вполне наблюдаемая форма проявления активности, как рефлекс, не может быть осмыслена без введения особых конструкторов, природа которых исключает возможность их «созерцания» (например, понятия о «внутренних переменных» у Толмена, «настроения» у Басова и т.п.). Кроме того, и в интроспекции категории этой плеяды непосредственно не выступают (например, «потребность» приоткрывается нам исключительно в виде мотивов — переживаемых побуждений к действию).

*Психолог-консультант выступает здесь — 1) как посредник, ориентирующий клиента на взаимодействие с психиатром; 2) как клинический психолог (при соответствующем образовании); 3) как психотерапевт (например, «работа с телом» в рамках телесно-ориентированного подхода).*

В отличие от плеяды протопсихологических категорий, следующая плеяда — *базисные психологические категории* — заключают в себе явления, в той или иной мере доступные интроспекции. Это — плеяда феноменов. Данное положение справедливо даже по отношению к такой трудно уловимой категории, как «Субъект» → «Я». В логике «восхождения от абстрактного к конкретному» категория «субъект»

может рассматриваться в качестве базисной при построении метапсихологической категории «Я». Может быть предложено следующее понимание «Я» (в ранге дефиниции): Я есть идея самобытия (в терминах Гегеля, «в-себе-» и «для-себя-бытия»), присущая субъекту. Эта идея включает в себя столь же субъекта, сколь и присущие ему образ и переживание себя в системе взаимоотношений с другими субъектами, а также — процессы самоотражения и «самостроительства» как его внутренне мотивированные действия (самоценность cogito и самополагания).

*Функция психолога-консультанта — как посредническая (направление к клиническому психологу и врачам), так и собственно консультативная (связанная с необходимостью решения проблем более высокого порядка, например, источником деперсонификации может быть дисгармония во взаимодействии эго-состояний личности или потеря социальной идентичности).*

*Метапсихологические категории — это плеяда идей. Каждая идея — это не просто мысль о чем-либо; это — единство мысли и мыслимого, мысль, заряженная импульсом самоосуществления. Например, категория «Личность». Она включает в себе идею самоотраженности индивида. А это значит, что сама мысль о себе как индивиде, способен себя созерцать, переживать, мыслить, творит его личность, ведя за собой процесс отражения. Вот почему невозможно изучать личность подобно тому, как мы изучаем физические тела. «Личность», «Деятельность», «Чувство», «Сознание», «Общение», «Ценность» — всё это идеи, творящие свой объект.*

Сама природа категорий этого уровня адекватна специфике консультирования как ориентирования человека в системе взаимоотношений с собой и миром.

*Консультант оказывает психологическую помощь в установлении и отборе этих ориентиров, его мысль, соединяясь с мыслью клиента, обладает силой «порождения» новых реалий. Здесь психолог-консультант — «у себя дома», это именно его профессиональная роль.*

Пятая строка таблицы. Она представлена плеядой экстрапсихологических категорий. Познавательный статус этих категорий парадоксален. Они как бы играют в прятки с исследователем. Любой шаг познания здесь «отталкивает» от себя познаваемое содержание; объект исследования вступает в конкурентные отношения с самим исследователем, доказывая свою несводимость к чему-либо, что могло бы быть известно заранее. Неуловимость в определении «человеческого в человеке»... Споры об идеалах. ... Принципиальная невозможность построить алгоритм творчества [В.А. Петровский, 1974], дать исчерпывающее

(общее для всех) понимание свободы. ... Сопротивляемость личностных смыслов переводу их на чужой язык<sup>2</sup>. ... Невозможность — для индивидуального сознания — охватить, «объять необъятное» разума (уразуметь его)... Интимность соучастования. ... Споры о тварном и вечном...

Тайна, спрятанная внутри экстрапсихологических категорий, заключается в их неотделимости от личностных смыслов тех, кто пытается их определить. Они несут на себе печать индивидуальности, которая, в свою очередь, есть нечто «неотразимое» [В.А. Петровский, 2008]. Все это свидетельство категорий особого рода; они могут быть названы «категориями-контроверзами».

В данном случае *функция психолога-консультанта — осуществление «философского консультирования»*. При всей непривычности словосочетания «философ-консультант», — это одно из важных направлений психологического консультирования (онтологическое и персоналистическое направление экзистенциального консультирования и др.).

Разумеется, трудно представить себе консультанта, который — в процессе сеанса — будет рефлексировать динамику своей позиции в переходах «сейчас я — посредник» ↔ «сейчас я — психотерапевт» ↔ «сейчас я — философ-консультант» и т.п. «Die erste Kolonne marschiert... die zweite Kolonne marschiert... die dritte Kolonne marschiert...» Но если консультативная психология хочет все-таки обрисовать для себя свой предмет, она неизбежно схватывает и различает жанры психологического консультирования, — так почему бы их не назвать?

2. **Значок  $\Phi$  — «форма» взаимодействия.** «Нужен в поэме стиль, отвечающий теме». Это — само собой разумеется. Но стиль терапии варьирует даже у бройлеровских цыплят, у которых на лбу написано «роджерсианский терапевт» (так ли я цитирую Федора Ефимовича?).

3. Значки  $K_1$  и  $K_2$  и их производные. Неисчислимый пласт проблем, касающийся особенностей консультантов и консультируемых (начиная с гендерных и возрастных характеристик и продвигаясь вверх, к когнитивным и коммуникативным стилям, ценностям, идеалам и т.д.). Замечательно — у Э. Берна — о типах терапевтов. Перечислю: «Фаллос в стране чудес», «Делегат», Улыбающийся Бунтарь», «Клиницист, Лечащий Пациентов», «Мастер Жаргона» и др. [Э. Берн, 2000, с. 362].

Есть замечательные описания типов клиентов и специфические трудности, которые в связи с этим имеются у терапевтов. Я имею в виду,

<sup>2</sup> «И, может быть, в эту минуту / Меня на турецкий язык / Японец какой переводит / И в самое сердце проник» (О. Мандельштам).

например, книгу [МакВильямс, 2001], которая может шокировать своими рекомендациями<sup>3</sup>.

Центральный вопрос, однако, это не типы консультантов и консультируемых, а динамика как тех, так и других, — в ходе сеанса и после. Как ее уловить? Ничего путного пока не придумали. Я ставлю акцент на динамике обеих сторон: что происходит и с консультантом, и с консультируемым. Все больше и больше внимания многие из практикующих психологов уделяют собственным переживаниям на протяжении сеанса, видя в них исток понимания клиента и возможностей оказывать влияние. Это аспект метабытия, личностности обоих (а не только терапевта как «инструмента» понимания и влияния).

Итак — динамика. Как ее уловить? Быть может, подспорьем будет предложенный мною метод отраженной субъектности [В.А. Петровский, 1985в]. Я думаю, у многих из нас есть такие «домашние заготовки» (хотя, конечно, не во всех видах терапии они одинаково применимы, например, насколько я могу судить, они абсолютно неприменимы в «психотерапии инициального опыта» (см. [В.В. Архангельская, 2005]).

**4. Скрученная рамка:** символизирует обустройство среды. Примеры: психоаналитическая кушетка; двухъярусный театр Морено; несколько

---

<sup>3</sup> «Гринвальд... работавший с антисоциальными людьми общественного дна Лос-Анджелеса, описал, как ему удавалось налаживать связь с ними таким образом, что они его понимали. Он утверждает: поскольку сила — единственное уважаемое антисоциальными людьми качество, именно сила является тем, что должен прежде всего продемонстрировать терапевт. Гринвальд приводит следующий пример [Цит. по: Мак-Вильямс. — В.П.]:

"Ко мне пришел один сутенер и начал обсуждать свой способ жизни.

— Вы знаете, я стыжусь показать себя и тому подобное, но все-таки это довольно хороший способ заработать, и многие парни хотели бы так жить. Вы знаете, как живет сутенер. Это не так уж и плохо — вы заставляете девчонок суетиться для вас. Так почему бы вам этого не делать? Почему бы любому так не жить?

Я ответил:

— Ты сопляк.

Он спросил, почему. Я объяснил:

— Смотри, я живу на заработки проституток. Я пишу о них книгу; этим я добиваюсь уважения и приобретаю известность; по моей работе сняли фильм. Я зарабатывал на проститутках гораздо больше денег, чем ты когда-нибудь заработаешь. И, кроме того, тебя, подонка, в любой день могут арестовать и посадить в тюрьму на десять лет, а я в это время пользуюсь уважением, восхищением и имею отличную репутацию".

... Гринвальд, пишет МакВильямс, «в достаточной степени имел собственные психопатические импульсы, поэтому не чувствовал себя полностью отчужденным от эмоционального мира своих клиентов».



стульев в комнате (встречая клиентов, пришедших впервые и видящих перед собой множество стульев, я обычно говорю — «Это для наших с Вами будущих собеседников») и т.д. Итак: дизайн места встречи!

Тема эта, я думаю, будет становиться все более привлекательной для многих в связи с расширением спектра возможностей по созданию виртуальных пространств.

**5. Значки окружения.** Что происходит с близкими? Консультанта и консультируемого? Их реакции на происходящее. *Несовпадение рефлексий!*

Существует *много* примеров того, к каким деструктивным последствиям в общении с близкими *на стороне клиента* приводят конструктивные контакты в паре «консультант-консультируемый». Но в то же время — *мало* примеров того, что происходит с близкими *на стороне консультанта*. Здесь можно привести пример наших исследований детей психологов (матери-гештальтистки).

Особая тема — взаимоотношений консультанта с супервизором (здесь опять-таки центральное и главное — несовпадение рефлексий).

#### **Проблемы консультативной психологии:**

1) *Проблема эффективности консультирования и терапии. Демифологизация.* То, что, как известно, называется «метаанализом». В этом контексте возможен существенный пересмотр значимости терапевтических подходов (примером может служить сопоставление пролонгированного во времени психоанализа, краткосрочного психоанализа и ...глазодвигательной техники — в пользу последней!) (см. также: [Г. Блум, 1996]).

Или — другой пример: «рост личности изнутри». Личность — *конечно!* — растет изнутри. Но только: в каком смысле? Не тогда ли, когда она *учится* у терапевта тому, что он ей демонстрирует: принимать — безоценочно, «присутствовать» — полностью, чувствовать — а не только (как говорил Перлз) «вычислять»?

Только такая личность *растет изнутри*, которая застает себя присутствующей в жизненном мире значимого другого, бытийствует *внутри* этого мира, возвращается к себе из него и вновь полагает себя в этот мир.

2) *Проблема привлечения данных экспериментальной психологии в консультативный процесс:* есть ли смысл в этом? Разрабатывая идею общей персонологии — науки личности — мы положительно отвечали на этот вопрос [В.А. Петровский, 2001].

Но каковы в этом случае критерии привлечения фактов в консультативный процесс? Мы отвечаем: *нетривиальность, информативность, экзистенциальная значимость* (все это может быть определено эмпирически [В.А. Петровский, 1997]; [О.В. Митина, В.А. Петровский, 2001].

Только в этом случае факты персонологии — еще не построенной науки, которая, согласно нашему замыслу, должна объединить фундаментальную и практическую психологию личности — могут превратиться в «*психологическое орудие*» саморазвития личности (как консультуемого, так и консультанта) (см. рис. 3).

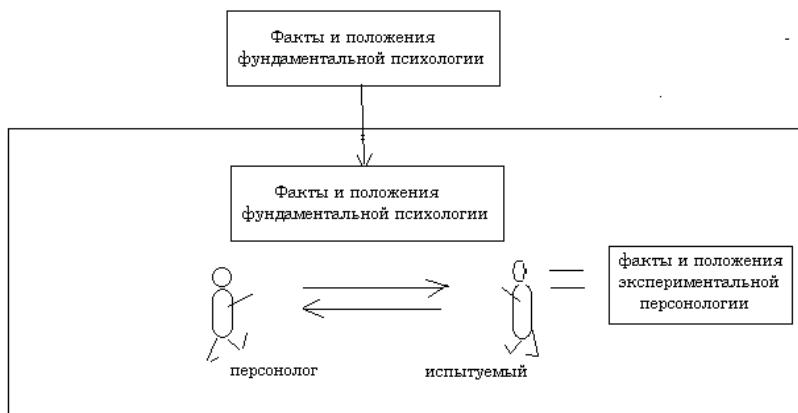


Рис. 3. Схема построения экспериментальной персонологии

3) Здесь же возникает и проблема использования результатов психодиагностики в психотерапевтическом процессе. Общий подход может быть выражен формулой: «психодиагностика как терапия».

4) *Возможность синтеза естественнонаучной и гуманистической парадигмы.* Затронем в этой связи несколько проблем.

А) «Я — ТЫ», «Я — ОН (ОНА, ОНО)»

Отношения «Я — ТЫ» и «Я — ОНО (ОН, ОНА)», о которых писал [М. Бубер, 1995], кажутся исключаящими друг друга в актуальном переживании; их гипотетическое объединение в рамках чего-то единого мнится совершенно невозможным. Но «психологическое орудие», о котором только что шла речь, может принять на себя важную роль миротворца — именно в качестве *психо-логического орудия*.

Заметим вначале, что психологические орудия знания могут быть разными по своему происхождению: знания-«корпускулы» (объективность, объектность) и знания-«волны» (субъективность, субъектность); однако, в любом случае — это именно *знания*. Неслучайно у Ф.Е. Василюка, обсуждающего проблему соотношения естественнонаучной и гуманистической парадигмы [Ф.Е. Василюк, 2003], речь идет о понятиях и категориях, а не о мифах (в том числе и мифах «психотехнических»).

Теперь представим себе диалог двух начал, образующих имя нашей науки:

Логос (уверенно): «Нет, невозможно! Я — ТЫ и Я — ОНО несовместны; каждое способно *мгновенно* сменяться другим (ссылки на М. Бубера); но там, где сейчас одно, не место другому».

Психея (с вызовом): «Невозможного — нет!».

Логос: «Я не могу *помыслить* подобного».

Психея: «Попробуй *пережить* это!».

... Пересказываю одно из возможных продолжений этого диалога (написанное, впрочем, за десять лет до своего появления на свет в данной статье): «Специфика мира переживаний состоит в том, что именно в нем существует несуществующее, обретает себя немислимое. За этот счет, например, только в переживании истинно существует геометрия невозможного (психологически, кстати сказать, совершенно не освоенная), объекты парадоксального знания, в переживаниях нам дано пережить «актуальную бесконечность», полноту бытия (= эфемерность *выбора* из альтернатив); впрочем, открывающаяся в переживаниях актуальная бесконечность явленного пленительна и капризна. Она существует вспышками, открывается на мгновение. Будучи дана разом, она открывается лишь на раз. В этом, как мы отмечаем, оборотная сторона актуальности открывшегося; переживания оплачивают своей скоротечностью вечность, живущую в них» [В.А. Петровский, 1996, с. 276—277].

Итак, если искать путь сущностного соотнесения двух проектов выхода из состояния кризиса («схизиса» — [Ф.Е. Василюк, 2003]) психологии, то это формирование психологических орудий, обеспечивающих человеку *переживание* мгновенного тождества или мгновенного растождествления отношений «Я — ТЫ» и «Я — ОНО (ОН, ОНА)»; это станет возможным, когда искомые психологические орудия сконцентрируют в себе результаты *психологического* познания — событийные истины — независимо от того, в какой логике они были впервые получены (в логике «естественной причинности», «объектности», «ОНО (ОН, ОНА)» и т.п., или в логике «свободной причинности», «субъектности», «ТЫ»). Поэтическими символами-метафорами таких психологических орудий-знаний может быть пушкинское «я ей — не он» и множество других примеров подобного рода. Недавно В.П. Зинченко в этой связи подсказал мне яркий пример того же — фразу: «Ты для меня ничто!» В играх-перевертышах означающих и означаемых, в знаках-разрушителях знаков [М.В. Бороденко, 1995] и в знаковых отождествлениях неотожествляемых знаков (так я определяю комическое — см. [М.В. Бороденко, В.А. Петровский, 2009]) «живут», сосуществуют, переходят друг в друга

субъектные и объектные ипостаси Я, — «материал» работающего психологического знания<sup>4</sup>.

Б) Возможность и условия синтеза разных направлений терапии, построения «мультипрофильного консультирования». Я, пожалуй, не вижу возможности синтеза *принимавшей* терапии (в варианте К. Роджерса) и *пронимающей* терапии — так я мог бы назвать авторитарные методы терапевта (будь то когнитивный терапевт, не А. Эллис, конечно, но какой-нибудь яркий адепт Эллиса, или гипнотерапевт, который, что называется, «пожизненно в имидже»). С другой стороны, Ф. Фарелли называет себя личностноцентрированным терапевтом (!).

В) Построение модельных ситуаций, раскрывающих проблемы личности для нее самой.

... Существует «Дилемма узника» как особый социально-психологический феномен; общеизвестен (в среде психологов) феномен «ролевой жестокости» Милгрема; в свое время мир потрясли эксперименты Аша и Крачфильда на конформизм. Но нет, увы, *демоверсий* этих потрясающих экспериментов, — а ведь они могли бы подвигнуть консультируемых к персональным открытиям! (Люди, как известно, не узнают себя в героях этих печально знаменитых экспериментов, когда им рассказывают о результатах этих исследований; другое дело — быть испытуемым: лучше один раз прожить, чем сто раз увидеть или услышать...)

Отсутствие того, что я назвал сейчас демоверсией психологических экспериментов (являющихся, на мой взгляд, аналогом притч в психотерапии), — демоверсий, в которых участниками действия становятся консультируемые, это, по-моему, — вызов психологам-экспериментаторам. Иногда я воспроизвожу условия своей ситуации «немотивированный риск» в кабинете, с людьми, которые не осознают своей склон-

---

<sup>4</sup> Чаще всего контр-знаки встречаются в смеховой культуре, несущей в себе мощный потенциал динамизации установок. Вернемся еще раз к двум граням «я»: физической и духовной. У В.Я. Проппа, в книжке о комическом, есть такая глава: «Человек-вещь». Там — примеры сравнения человека с вещью и вещи с человеком. Вот — из его коллекции: «Не будь штанами, приезжай», — пишет добрый русский писатель в пенсне брату. Или: «Характер ваш похож на прокисший крыжовник». «Одним словом, ты — пуговица» и т.д. И еще рельефней и действенней — обратное сравнение (это уже из Гоголя): в огороде Коробочки на фруктовые деревья наброшены сетки для защиты от сорок и других птиц; «для этой же самой причины водружено было несколько чучел на длинных шестах с растопыренными руками; на одном из них был надет чепец самой хозяйки». Через фигуру осмеяния смеющийся, я думаю, освобождает себя от изначального страха быть вещью среди вещей, — абсурд сравнения разрушает определенность, определенность «я» физическим бытием индивида.

ности к риску, или, наоборот, сверхосторожности. И они начинают видеть свои проблемы в ином свете.

5) Интерпретация труднообъяснимых феноменов консультативной практики (чудес). Вы, наверное, помните про Умного Ганса...<sup>5</sup> Что происходит с клиентом и его ближним кругом общения? Терапевт готовит маму к тому, что, когда придет домой, она будет общаться с ребенком по-новому. Но уже на пороге ребенок встречает ее так, будто все его проблемы с мамой разрешены («Ребенка как подменили!»). А чудеса хеллингеровских расстановок? Или вот еще случай со мною. Звонит встревоженная Ф. (после долгой подготовки к свиданию с молодым человеком): «Зачем Вы рассказали ему о нашей встрече?!» «Что-то случилось?!» «Нет, все замечательно! Он был великолепен. Но ведь это Вы его так настроили!» (ни адреса, ни телефона этого человека я не знаю, никаких контактов — не было...). А — предсказания? Разве не предчувствуем мы, имеющие многолетний опыт консультирования, сколько времени должно пройти (с точностью до месяца, а то и дня), чтобы случилось судьбоносное событие в жизни клиента? Иногда мы точно знаем, когда позвонит приятель, с которым консультируемая только что рассталась в конфликте — «ровно через полгода». Так и происходит. Как это объяснить? Миф, искажение фактов в угоду своим ожиданиям?

6) Проблема совместимости моделей общения, задаваемых консультантом, и моделей, принятых на работе и дома. Например, «модель понимания» в кабинете и «модель поливания» в жизни. Трудности отстройки и перестройки (помню свои ошибки: опыт переноса американской модели воспитания по Джайнотт на российскую почву).

7) Персональная и профессиональная подготовленность и, как говорят, «проработанность» консультантов и терапевтов. Речь идет о том, чем занимаются супервизоры. Разумеется, необходима и супервизия супервизоров — такая тема в литературе, мы знаем, есть [Дж. Винер, Р. Майзен, Дж. Дахэм, 2006]. Однако супервизию осуществляют обычно представители одной и той же («своей») школы. Консультативная психология подразумевает разработку иных моделей супервизии, основанных на *диалоге школ*. Но это требует также разработки моделей мультитипфильной подготовки специалистов, условий их самоопреде-

---

<sup>5</sup> ... Лошадь была такая умная. Умела считать. Извлекала даже квадратные корни. Публика была в восторге. Феномен! Отбивает копытом нужное число раз — поразительные умственные способности! Потом выяснилось: в момент напряженного ожидания — вот-вот решит! — все наклонялись вперед, к копыту. Это замечал надрессированный Ганс и прекращал бить копытом.

ления в поле существующих систем консультирования и психотерапии, совместного поиска и поддержки индивидуального стиля работы специалиста.

### **Предложение.**

Понятно, что сказанное — только набросок, штрихи к портрету будущей консультативной психологии. Мое предложение состоит в следующем. Мы могли бы взять за основу какую-нибудь *модель* видения этой науки (пусть эта модель будет совершенно абстрактна — как мои человечки на первом рисунке), и — «вбросить» эту модель, «черновик черновика», без всякой расшифровки, без пояснения деталей, — в группу заинтересованных профессионалов. Пусть присмотрятся к ней. Пусть внесут что-то свое. Пусть отвергнут ее... В диалоге, возможно, абстрактная схема предмета превратится в реальный предмет *особого направления в психологии*.

То, что родится, и будет, собственно, *предметом* консультативной психологии, а не только *пред-*«метами» его.

И это должен быть коллективный продукт. Наше общее vision.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Архангельская В.В. Проблема понимания в современной индирективной психотерапии: дисс. ... кандидата психологических наук: 19.00.01. М., 2005.
- Бороденко М.В. Двухликий Янус смеха. Ростов-на-Дону, 1995.
- Бороденко М.В., Петровский В.А. «Смеховая сшибка» смысловых миров в процессах саморегуляции личности // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России: материалы второй международной научно-практической конференции. Ч. II. Кисловодск-Ставрополь; М., 2009.
- Блюм Г. Психодинамические теории личности. М.: Изд. «КСП», 1996.
- Берн Э. Групповая психотерапия. М.: Академический Проект, 2000.
- Бубер М. Два образа веры. М., 1995.
- Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. М.: МГППУ, Смысл, 2003.
- Винер Дж., Майзен Р., Дахэм Дж. Супервизия супервизора. Практика в поиске теории. М.: «Когито-Центр» 2006.
- МакВильямс. Психодинамическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2001.
- Основы практической консультативной психологии. Учебно-методический комплекс: Хрестоматия + электронный учебник / под ред. В.А. Петровского и М.В. Бороденко. М.: МГППУ, 2008. 25 п.л., 1,2 Мб.
- Петровский А.В., Петровский В.А. Категориальная система психологии // Вопр. психологии. 2000, № 5.

- Петровский В.А. К пониманию творческой активности субъекта // Семинар по методологическим проблемам творчества / под ред. М.Г. Ярошевского. М., 1974.
- Петровский В.А. Принцип отраженной субъектности в психологическом исследовании личности // *Вопр. Психологии*. 1985 в, № 1.
- Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов-на-Дону, 1996.
- Петровский В.А. Научное знание сквозь призму обыденного (три ответа на вопрос «ну и что?») / под ред. Д.А. Пospelова // *Модели мира*. М., 1997.
- Митина О.В., Петровский В.А. Нетривиальность научного факта и психологическая экспертиза психологов как экспертов (совместно с О.В. Митиной) // *Мир психологии*, 2001.
- Петровский В.А. Общая персонология: наука личности // *Известия самарского научного центра Российской академии наук. Специальный выпуск «Актуальные проблемы психологии»*. Самарский регион, 2003.
- Петровский В.А. Мультисубъектная персонология // *Сб. трудов конференции Института экзистенциальной психологии и жизнетворчества*. М., 2004.
- Петровский В.А. Индивидуальность, саморегуляция, гармония // *Московский психотерапевтический журнал*. № 1(56), 2008. С. 60–90.

## COUNSELING PSYCHOLOGY SUBJECT: INTRODUCTORY REFLECTIONS

*V.A. PETROVSKIJ*

This article represents the report made by Vadim Petrovskij at counseling psychology section during Anniversary Conference of Russian Psychology Association (April, 2010). The form of oral speech is kept in the text. The author argues on the necessity and need of psychological community for a new scientific field — counseling psychology. He proposes a methodology model of this field and points out some probable ways to define scientific subject of this branch of academic psychology.

**Keywords:** counseling psychology, personology, subject of counseling psychology.

- Arhangel'skaja V.V. Problema ponimaniya v sovremennoj indirektivnoj psihoterapii: diss. ... kandidata psihologicheskikh nauk: 19.00.01. М., 2005.
- Borodenko M.V. Dvulikiy Janus smeha. Rostov-na-Donu, 1995.
- Borodenko M.V., Petrovskij V.A. «Smehovaya sshibka» smyslovyh mirov v processah samoreguljacii lichnosti // *Lichnostnyj resurs sub'ekta truda v izmenjajuwejsja Rossii: materialy vtoroj mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii*. Ch. II. Kislovodsk-Stavropol'; М., 2009.

- Bljum G. Psihoanaliticheskie teorii lichnosti. M.: Izd. «KSP», 1996.
- Bern E. Gruppovaja psihoterapija. M.: Akademicheskij Proekt, 2000.
- Buber M. Dva obraza very. M., 1995.
- Vasiljuk F.E. Metodologicheskij analiz v psihologii. M.: MGPPU, Smysl, 2003.
- Viner Dzh., Majzen R., Dakhjem Dzh. Supervizija supervizora. Praktika v poiske teorii. M.: «Kogito-Centr» 2006.
- MakVil'jams. Psihoanaliticheskaja diagnostika: ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom processe. M.: Nezavisimaja firma «Klass», 2001.
- Osnovy prakticheskoj konsul'tativnoj psihologii. Uchebno-metodicheskij kompleks: Hrestomatija + jelektronnyj uchebnik / pod red. V.A. Petrovskogo i M.V. Borodenko. M.: MGPPU, 2008. 25 p.l., 1,2 Mb.
- Petrovskij A.V., Petrovskij V.A. Kategorial'naja sistema psihologii // Vopr. psihologii. 2000, № 5.
- Petrovskij V.A. K ponimaniju tvorcheskoj aktivnosti sub'ekta // Seminar po metodologicheskim problemam tvorcestva / pod red. M.G. Jaroshevskogo. M., 1974.
- Petrovskij V.A. Princip otrazhennoj sub#ektnosti v psihologicheskom issledovanii lichnosti // Vopr. Psihologii. 1985 v, № 1.
- Petrovskij V.A. Lichnost' v psihologii: paradigma sub'ektnosti. Rostov-na-Donu, 1996.
- Petrovskij V.A. Nauchnoe znanie skvoz' prizmu obydenного (tri otveta na vopros «nu i chto?») / pod red. D.A. Pospelova // Modeli mira. M., 1997.
- Mitina O.V., Petrovskij V.A. Netrivial'nost' nauchnogo fakta i psihologicheskaja jekspertiza psihologov kak jekspertov (sovместно s O.V. Mitinoj) // Mir psihologii, 2001.
- Petrovskij V.A. Obwaja personologija: nauka lichnosti // Izvestija samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk. Special'nyj vypusk «Aktual'nye problemy psihologii». Samarskij region, 2003.
- Petrovskij V.A. Mul'tisub'ektnaja personologija // Sb. trudov konferencii Instituta jekzistencial'noj psihologii i zhiznetvorcestva. M., 2004.
- Petrovskij V.A. Individual'nost', samoreguljacija, garmonija // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. № 1 (56), 2008. S. 60—90.



# КОНТРТЕОРИЯ ПЕРЕНОСА<sup>1</sup>

ДЖОН М. ШЛИЕН

В статье представлен острый и призывающий к дискуссии взгляд на традиционные для психотерапии понятия переноса и контрпереноса и стоящую за ними реальность. Автор — ученик и коллега К. Роджерса, Дж. Шлиен предлагает свою реконструкцию истории возникновения представлений о переносных отношениях и предлагает теорию, по-новому объясняющую выделенные когда-то Фрейдом специфические явления в отношениях между терапевтом и клиентом. Дж. Шлиен — известный психолог, много лет проработавший в Гарвардском университете, автор многих получивших известность книг по консультативной психологии.

**Ключевые слова:** перенос, контрперенос, психоанализ, клиентоцентрированная психотерапия, «оригинальный опыт».

«Перенос» — это фикция, придуманная и поддерживаемая терапевтами, чтобы защитить себя от последствий собственного поведения.

Возможно, данное утверждение звучит как преувеличение, вызов или обвинение, но, по сути, это серьезная научная гипотеза, призывающая высокопрофессиональных и авторитетных специалистов пересмотреть одну из основополагающих концепций.

Рассматривать перенос в качестве защиты не ново — за ним закреплено место в перечне защитных механизмов под названием «проекция». Странники такого подхода к переносу имеют в виду, что это защита, которую использует клиент. В моей гипотезе предполагается, что это другой вид защиты: отрицание или искажение, используемое терапевтом.

Моя точка зрения на данный вопрос не выражает официальной позиции клиентцентрированной терапии. Такой позиции вообще не существует. Карл Роджерс в своей работе [1951, р. 198—217] сжато рас-

---

<sup>1</sup> Данный материал представляет собой первый перевод на русский язык статьи J.M. Shlien «A Counter-Theory of Transference» (Copyright 1984 John M. Shlien).

Оригинальный текст: <http://www.allanturner.co.uk/papers/counter.htm#F2>.

смотрел вопрос о защите в относительно малом по объему тексте, особенно если учесть, что по этому вопросу написаны тома специальной литературы<sup>2</sup>. Конечно, во многих сессиях, которые проводят клиентцентрированные терапевты, переносные отношения явно присутствуют, но «отношения зависимости, характеризующие спутанной вовлеченностью и устойчивостью, в клиентцентрированной терапии не имеют оснований для развития». В отношениях, в которых не требуется интенсивное исследование периода детства, в которых клиент видит терапевта и может подвергнуть его тесту на реальность, перенос не укореняется. Карл Роджерс, на которого данная гипотеза повлияла, я думаю, с момента ее первого появления в 1959 году, никогда не рассматривал тему переноса как дискуссионный вопрос. Частично это объясняется тем, что он не стремился участвовать в баталиях по спорным вопросам, предпочитая накапливать собственный опыт.

Зачем в таком случае клиентцентрированной терапии занимать позицию по столь несущественному для нее вопросу? Одна из причин — универсальность концепции переноса, которая захватила умы профессионалов и общественности. Другая причина состоит в том, что, хотя роль терапевта в клиентцентрированной практике считается достаточно скромной, все же сама практика соответствует стандартам самодисциплины и ответственности за условия терапии и процессы, которые возникают при ее проведении, следовательно, она не может игнорировать те эмоциональные аспекты и аспекты отношений, которые квалифицируются как перенос.

Утверждение, высказанное в начале статьи, поднимает немало вопросов, относительно не зависимых друг от друга. О *каком* именно поведении терапевта идет речь? К *каким* именно последствиям это поведение приводит? *Зачем* изобретать<sup>3</sup> эту концепцию? *Каким образом* эта концепция защищает терапевта? Начав пересмотр концепции «переноса», *каким образом* мы должны, говоря словами Фрейда, «обратиться к источнику»?

В дальнейшем мы будем рассматривать данные, относящиеся к следующему сеттингу: мужчина-терапевт / женщина-пациентка. Именно такой была критическая ситуация при возникновении концепции переноса. Первыми случаями, описанными в переломной работе «Ис-

---

<sup>2</sup> В индексе более ранней работы «Консультирование и психотерапия» термин «перенос» не встречается [1942b].

<sup>3</sup> Изобретения создаются человеком. Здесь слово «изобретать» используется для того, чтобы оттенить используемое Фрейдом слово «открыть», которое подразумевает обнаружение факта или нахождение истины.

следования истерии» [Breuer & Freud, 1957] в 1895 году, стали пять случаев: Анны О., Эмми фон Н., Люси Р., Катарины и Элизабет. Терапевтический сеттинг воплощал образ самых чувственных отношений (молодая женщина, мужчина старше ее). Этот образ вызывал наибольший интерес в умах публики (скептический или восторженный), и к тому же многие десятилетия именно такая комбинация была самой типичной для сексуальных отношений<sup>4</sup>. Возможно, не будь атмосфера терапевтических сессий настолько сексуально заряженной, у концепции «переноса» было бы другое будущее (если бы оно вообще было). Немаловажно, что и Брейер, и Фрейд были особенно уязвимы. Будучи врачами-евреями, они оказались на периферии светского общества Вены, известного своими антисемитскими настроениями, и не могли позволить себе идти на риск.

Для психоанализа перенос, по-видимому, является фундаментальной концепцией: это «*sine qua non*», «неизбежная необходимость», «объект терапии», «самая важная вещь, которую мы <Фрейд и Брейер> должны открыть миру», без которой «терапевт и его аргументы никогда не будут услышаны». К тому же теория переноса включает и все поддерживающие структуры: ведущее значение сексуальных инстинктов, психический детерминизм, бессознательное, теорию психоанализа, власть прошлого опыта. Решающее значение в теории психоанализа! С практической же стороны концепция успокаивает, защищает и объясняет.

Считается, что наличие концепции переноса выделяет психоанализ из прочих форм терапии. Возможно, концепции и отводится такая роль, хотя противоречивые утверждения в литературе заставляют усомниться в этом: с одной стороны, многократно говорилось, что перенос свойствен исключительно психоанализу, с другой — что он весьма распространен в обыденной жизни. Будучи то ли уникальной, то ли повсеместной, концепция широко используется в большинстве психодинамических систем. Одно различие весьма функционально: между профессионалами и непрофессионалами, или: умудренными и наивными,

---

<sup>4</sup> Социальные и экономические условия, которые вызывали тревожные неврозы у женщин и способствовали тому, чтобы мужчины становились терапевтами, достаточно изменились для возникновения новых возможностей. К счастью, женщинам теперь проще найти терапевтов-женщин. Также теперь существуют и различные комбинации: гетеро-, гомо-, бисексуальные. Мы сравнительно мало знаем об этих параллелях в модели переноса, но можно быть уверенным, что концепция сейчас настолько утвердилась, что следует ожидать «требуемых результатов». Концепция стала частью псевдосложной системы верований информированных клиентов.

в общем — теми, кто во власти, и теми, кто вне ее. Если перенос уже не является единственным признаком психоанализа, он, тем не менее, отменяет тех, «кто знает», вне зависимости от уровня подготовки.

Для Фрейда это был «новый факт, который мы вынуждены так неохотно признавать» [1935, р. 385]. Слово «неохотно» не вполне объективно описывает позицию Фрейда. Оно отражает искренний ход в аргументации, целью которой является выдать желаемую гипотезу за неизбежный факт. Соответственно, «неохотно» более подходит к описанию позиции психотерапевтов по отношению к новому исследованию идеи. Но новое исследование необходимо, если мы хотим объективно оценить пользу данной концепции.

Для того чтобы наиболее адекватно решить поставленную задачу, начнем с переоценки ранней истории концепции. Случай Анны О. является тем краеугольным камнем, на котором базируется теория переноса; это общепринятое мнение. Случай этот — не просто история драматичных и волнующих отношений: его важность трудно переоценить, следствия его до сих пор влияют как на теорию, так и на практику психотерапии. Возможно, психоанализ и другие формы психотерапии могли бы развиться без Фрейда и Брейера, но все виды терапии сегодняшнего дня многим обязаны этим первопроходцам и их борьбе. Необходимо изучить отправные точки, чтобы надлежащим образом почтить их.

Первые отчеты появились в 1895 году в труде «Исследования истории» [Breuer & Freud, 1957], спустя 13 лет по окончании терапии. Детали лечения сообщались с осторожностью — из уважения к еще живущей пациентке, а также из-за вопросов, связанных с результатами лечения и растущим напряжением между Фрейдом и Брейером. Анна О. была во всех отношениях выдающейся личностью, и таким же (для того времени) было ее лечение. В свой 21 год она была, по описанию Брейера, женщиной необычайной красоты и обаяния, обладала мощным интеллектом, была сообразительна и чрезмерно энергична. Она жила в комфортных, но монотонных условиях и жаждала интеллектуальных впечатлений.

Анна О. была поэтична и одарена богатым воображением, бегло говорила на немецком, английском, итальянском и французском языках. Большую часть времени она проводила во «снах наяву» в своем «личном театре». Также она была остроумна и критична, следовательно, как замечает Брейер, «совершенно не внушаема» (он обычно прибегал к гипнозу) — приходилось приводить аргументы по любому поводу, чтобы убедить ее. Она была цепкой и упорной, а также славилась своей безгранично сострадательной добротой — качеством, которое определило большинство дел ее жизни. Она никогда не была влюблена. Коротко говоря, она была молода,

привлекательна, умна и одинока. Именно она назвала психотерапию «лечением беседой», и она была практически идеальным партнером для не менее замечательного врача — пионера в данной области терапии. (В то время Брейеру было 38 лет, он был уважаем, любим и вызывал восхищение. Это был мужчина высокого профессионального и социального статуса.) Оба врача — и Брейер, и Фрейд — обладали всеми этими качествами; Брейер — даже в большей степени. Фрейд был, без сомнения, теоретическим и литературным гением, Анна О. — центральной фигурой его наиболее известного случая, а Брейер, возможно, был гениальным терапевтом своего времени. Они оказались участниками нового, опасного и практически беспрецедентного исследования, для которого еще не существовало достаточных теоретических принципов и личного опыта.

Материал, использованный в основе теории переноса-любви (название того времени), был собран в терапии Брейера с Анной О. Позже Фрейд в одиночку создал теорию, объяснившую материал терапии самому Брейеру и всему миру. К тому времени теория Фрейда подкреплялась также его собственной работой с одной (по меньшей мере) женщиной-пациенткой.

Случай Анны О. описан в 1895 году Брейером [Breuer & Freud, 1957, p. 21—47]. Он писал, что «скрыл большое количество очень интересных деталей» (это правда) и что пациентка покинула Вену, отправившись на некоторое время в путешествие, свободная от прежних тревог и волнений (это не совсем правда, так как она была помещена в санаторий, где «воспламенила сердце лечащего терапевта» [Jones, 1953, p. 225] и временно пристрастилась к морфию). Десять лет спустя, когда Брейер опубликовал случай, он уже мог написать, что «прошло значительное время, прежде чем она полностью восстановила умственное равновесие» [p. 41]. В более ранней дискуссии Брейер с сожалением делился с Фрейдом своими переживаниями: иногда он думал, что ей лучше умереть, чем так страдать. «Скрытые детали» могут быть связаны, в частности, с внезапным окончанием лечения и шокирующим критическим состоянием пациентки, вызванным ее «беременностью» и его «ответственностью». Джеймс Стрэчи, редактор «Исследований истерии» 1957 года, сообщает, что Фрейд рассказал ему об окончании лечения Анны О.: «пациентка внезапно сделала явным для Брейера наличие сильного непроанализированного позитивного переноса безошибочно сексуальной природы» [Breuer & Freud, 1957, p. 41]. Конечно, это ретроспективная интерпретация. В то время ни у Брейера, ни даже, возможно, у самого Фрейда еще не было идеи «переноса». С развитием этой идеи Фрейд предоставляет больше информации о случае в прямом и косвенном виде в лекциях и других работах, начиная с 1905 и вплоть до

1925 года, когда вышла его автобиография. Однако еще более откровенные отрывки бесед появились в биографии Фрейда, написанной Эрнестом Джонсом [1953]. В 1972 году Фриман, широко известный популярный писатель, опубликовал «новеллизированную» биографию и сообщение о случае Анны О. (Ничто из этого не точно, не дословно и никоим образом не является «подтверждаемыми данными».)

Даже при таком положении дел сообщение Брейера, хотя и несколько сдержанное, позволяет нам более широко взглянуть на его работу. Редактор «Исследований» рассказывает, что у Брейера не было необходимости применять гипноз, так как Анна О. с большой готовностью «предъявляла потоки бессознательного материала, и *всё, что должен был делать Брейер, — это сидеть рядом и, не прерывая, слушать*» [Breuer & Freud, 1957, р. XVII, курсив автора]. И это *всё*? Как будет видно дальше, я считаю, что это совсем не мало. Редактор, непрофессиональный обучающийся аналитик, мог посчитать это маловажным, но для одинокой, страдающей, отчаявшейся молодой женщины это должно было быть бесценным сокровищем. В то время молодые леди получали плацебо, отсылались от доктора к доктору, где их выслушивали либо с высокомерием, либо с пренебрежением, прикрываясь доброжелательностью. Брейер и Фрейд были драгоценными исключениями — они слушали и принимали всерьез. Если бы только Брейер делал это больше и *до конца*! Слушание — это поведение с большими последствиями. Чрезвычайно жаль, что он почувствовал себя вынужденным прекратить это в последний критический момент.

Брейер не только слушал — он делал и многое другое. Мы можем только оценить последствия этих дел. Он кормил Анну О.: она была истощена, и он был единственным, кто мог дать ей еду. Он мог дать ей воды, когда она ничего не пила. Несомненно, в ее жизни были и другие кормящие ее фигуры, но одним из кормильцев был он. Он наносил ежедневные визиты, и, когда она не могла видеть, она брала его за руки, чтобы узнать, он ли это. Когда она изнемогала от усталости, он с помощью наркотиков или внушений укладывал ее спать. Он возвращал подвижность ее парализованным конечностям. Он гипнотизировал ее, порой дважды в день, обучал ее самогипнозу и затем «освобождал ее от продуктов воображения, которые она скопила со времени (его) последнего визита» [1957, р. 36]. Он брал ее на прогулки в собственном экипаже вместе со своей дочерью (которую звали Берта — так же, как и Анну О. в реальности). Он читал ее дневник, с разрешением или без него, — исключительно опасное занятие. Он заставлял ее вспоминать неприятные события и чувства.

Даже если брать в расчет только это, можете ли вы поверить, что у Анны О. были причины (реальные, не воображаемые) чувствовать

благодарность, надежду, любовь, доверие, раздражение, близость, негодование, страх разлуки?

Приближалась развязка. Брейер был поглощен работой с пациенткой. Его жена становилась все более ревнивой и мрачной. В лечении появилось улучшение. В то же время, согласно Джонсу, Брейер рассказал Фрейду о своем решении закончить терапию, так как он догадался о значении поведения и состояния его жены. «И это вызвало в нем сильнейшую реакцию, возможно, состоявшую из любви и чувства вины. Он принял решение закончить лечение» [Jones, 1953, p. 225].

Как он объявил свое решение Анне О., мы не знаем. Позже, вечером того же дня, его вызвала мать пациентки. Брейер нашел Анну О. «в состоянии сильнейшего возбуждения, такой же больной, как и прежде». Она пребывала «в схватках истерических родов» [Jones, 1953, p. 224].

Конечно, это всего лишь интерпретация того, что с ней происходило, — тех «судорог» и издаваемых ею звуков, которые могут встречаться и в других ситуациях. Информации из первых рук о том, что думала или чувствовала пациентка, у нас нет. Любое сообщение передавалось «по цепочке» — от Фрейда о Брейере и обычно через Джонса, который написал: «Фрейд сообщил мне информацию более полную, чем в его собственных работах». Часть этого сообщения приводится ниже:

«Пациентка, которая, согласно Брейеру, производила впечатление асексуального существа, во время лечения ни разу не затронувшая столь запретной темы, находилась в родовых муках истерического происхождения (pseudocysis) — логическом завершении фантомной беременности, которая незаметно развивалась как реакция на помощь, оказываемую Брейером. Находясь в глубоко шокированном состоянии, он сумел успокоить ее с помощью гипноза и затем в холодном поту бежал из дома. На следующий день он и его жена покинули Вену, чтобы провести второй медовый месяц...» [1953, p. 224].

Спустя примерно десять лет, когда Брейер и Фрейд совместно исследовали терапевтические случаи, Брейер пригласил Фрейда для консультации истерической пациентки. Перед встречей с ней он описал ее симптомы; в ответ Фрейд указал, что они являются типичными для фантомной беременности. Возврат старой ситуации оказался чрезмерным для Брейера: не говоря ни слова, он взял шляпу и трость и спешно покинул дом [1953, p. 224—226].

Более подробное (хотя еще очень далекое от непосредственного или дословного) сообщение процитировано в труде Фримана [Freeman, 1972, p. 200]. Фрейд пишет Стефану Цвейгу (Анна О. была его родственницей со стороны жены): «*Что действительно произошло с Брейером, я*

смог *догадаться* позже, когда прошло много времени после разрыва в отношениях. Я *внезапно вспомнил* нечто, сказанное мне Брейером совершенно в другом контексте, до того как мы начали сотрудничать, и что впоследствии он никогда не повторял (курсив автора). Вечером того же дня, когда все ее симптомы были сняты, его снова вызывают к пациентке. Брейер видит, что сознание ее помрачено и она корчится на полу от абдоминальных судорог. На вопрос, что с ней, она отвечает: «Дитя доктора Б. рождается!»<sup>5</sup>.

Фрейд, говоря о Брейере, добавляет: «в этот момент он держал в своей руке ключ», но, «охваченный традиционным ужасом, он бежал, оставив пациентку коллеге» [Freeman, 1972, p. 200]<sup>6</sup>.

Еще одна (последняя) цитата принадлежит самому Брейеру. Он сообщает: «Ее сексуальность была удивительно неразвита. Пациентка, жизнь которой стала мне известна *в такой глубине, в какой она редко предстает перед другим человеком*, никогда не была влюблена» [Breuer & Freud, 1957, p. 21—22, курсив автора].

---

<sup>5</sup> Необходимо выделить один важный момент. Существует только одна реконструкция событий этой значительной истории — реконструкция Фрейда. У нас есть несколько ссылок, показывающих, как сильно Фрейд хотел заполучить эти данные и какое давление он оказывал на Брейера. В своей автобиографии [1948, впервые опубликована в 1925] Фрейд пишет: «Вернувшись в Вену, я снова обратился к наблюдениям Брейера и убедил его рассказать мне подробности тех событий» [с. 34]. В 1925 году он еще говорит о «завесе тайны, которую Брейер так никогда для меня и не снял» [с. 36]. В конце концов, это понуждение стоило им дружбы. Мы знаем, как много значила поддержка Брейера для Фрейда, как сильно он хотел добыть эту информацию. Мы также знаем, что он несколько раз сообщал об отказе Брейера повторить рассказ о событиях. Однако это реконструкция событий по Фрейду. В 1932 году, когда он пишет процитированное письмо С. Цвейгу, ему все еще нужно подтверждение. «Я был настолько убежден в собственной реконструкции событий, что где-то ее опубликовал. Младшая дочь Брейера, прочитав публикацию, спросила отца незадолго до его смерти об этих событиях. Он подтвердил мою версию, о чем позднее она сообщила мне» [Freeman, 1972, с. 200]. К какой реконструкции это относится? К той, которая была где-то опубликована (где?), потому что он был настолько убежден в ней — и в то же время нуждался в подтверждении? Несомненно, это тонкие различия, но факты излагаются с некоторыми несходствами и только Фрейдом.

<sup>6</sup> Ключ к чему? Не обязательно, что к сокрытому от непосвященных замку, который подразмывал Фрейд. Возможно, им открывалась дверь, ведущая к более земному, однако более смелому исследованию. Став на этот путь, Брейер мог бы основать такую форму психотерапии, которая продвинула бы поле на десятилетия вперед. Но он испугался происшествия, обстоятельств и, возможно, своего коллеги.



Что же «действительно произошло»? Этого мы никогда не узнаем. Два исключительных (я считаю, великолепных) человека огромного интеллекта и истинного благородства приблизились к пониманию. Брейер хорошо ее знал. Возможно, она знала его больше, чем он думал. Знание является драгоценным для обоих. Понимание подвело в критический момент. Они потеряли ключ. Это трагично — так много потеряно. К счастью, мы знаем, что дальше оба вели продуктивную и наполненную смыслом жизнь.

Если вы женщина, то, возможно, читая это, вы испытываете другие чувства, нежели типичный мужчина. Может быть, вы чувствуете больше симпатии к пациентке. Если вы встанете на место терапевта и представите, что работаете с этой пациенткой, то сможете предположить, что ваши слова, обращенные к Анне О., были бы такими: «Не может быть, что это мой ребенок в физическом смысле, — я ведь тоже женщина, как и Вы, — но, возможно, Вы имеете в виду, что я имею отношение к Вашей боли, Вашему росту, Вашему состоянию, каким бы оно ни было». (Если вы полагаете, что в реальности женщина-терапевт никогда не столкнется с подобной ситуацией, — подумайте о следствиях этой вашей мысли для теории переноса!)

Мужчине труднее поставить себя в эту воображаемую ситуацию. Вы могли бы сказать: «Я прибег к добровольной стерилизации, чтобы сделать свою жизнь менее беспокойной, так что не может быть...» (далее как в предыдущем варианте). При таких условиях немногим читателям удастся идентифицироваться с терапевтом, к тому же в данном случае этот прием бесполезен: Анна О. знает, что у Брейера недавно родился ребенок. (Конечно, тут открывается возможность прибегнуть к другому источнику безопасности — теории переноса, — но она еще не была разработана.)

Давайте вернемся к тому факту, что доктор Брейер непосредственно вовлечен в отношения с Анной О. Что они могли бы — в наилучшем и наихудшем случаях — иметь в виду, подумать, сказать друг другу в этот опасный момент? Бог знает какие слова произносила Анна О. (известно, что во время болезни она «несла бессмыслицу» на смеси из четырех языков). Это могло быть совсем не то, что он услышал, и не то, что он потом сказал Фрейду, и не то, что Фрейд сказал Джонсу (особенно учитывая, что точность переводов Джонса не всегда была идеальной). Допустим, что письмо Фрейда к Цвейгу является наиболее аутентичным свидетельством. В нем мы читаем, что Анна говорит: «Дитя доктора Б. рождается!» [Freeman, 1972, p. 200], или слегка отличающаяся цитата из той же сцены той же книги: «Малышка доктора Брейера рождается. Она рождается!» [p. 56].

Что могла бы подумать, почувствовать или сказать Анна О.? Например:

- Доктор Б. — ребенок. Я чувствую его как ребенка!
- Вы абортируете моего ребенка? Тогда не делайте того же с моим лечением.

- Вы знаете меня, но вы думали, что я сексуально недоразвита, никогда не была влюблена, не испытывала романтических чувств, хотя вы знали, например, что я люблю танцевать. Что ж, я выросла. В том числе благодаря вам. Сейчас дитя доктора Брейера стало женщиной. Наконец я готова к раскрытию сексуальности. Она рождается!

- Однажды утром, когда вы опоздали к нашей встрече, вы извинились и сказали (что и в самом деле было так), что у вашей жены в это время появился малыш и вы должны были быть с ней всю ночь. Если это для вас более важно, посмотрите: у меня тоже появляется малыш.

- Почему вы так внезапно сказали мне, что больше не можете видеть меня? Ваши причины звучали так фальшиво. Я хорошо знаю ваш голос, ваши глаза. В чем реальная причина? Если вы лжете мне, чтобы оставить меня, я должна лгать, чтобы удержать вас.

- Только выслушайте меня. Теперь, когда вы уезжаете, я не хочу причинить вам вреда. Мы касались друг друга. Вы делали мне массаж, кормили меня, дали мне жизнь, покой, порядок. Вы сделали так, что я рассказывала вам вещи, которые никогда никому не рассказала бы. Я чувствовала себя любимой, и я должна вам сказать — я тоже люблю вас. Вы привлекательны, добры, известны. Если это не оправдывает моей любви, то что может ее оправдать? Жить вместе невозможно, я знаю. Секс для меня не так уж важен. Но любовь — важна, и ребенок был бы важен. Я хочу любить. Поэтому я глубоко страдаю.

Ни одна из этих возможностей не описывает разговор, к которому они могли прийти. Со своей стороны, что мог бы почувствовать, подумать или сказать доктор Брейер? Например:

- За что мне это? Что я сделал?
- Боже мой, вы действительно сошли с ума (опять).
- Вы же не можете думать, что я... (или можете?)
- Мы никогда даже не обсуждали ничего подобного (действительно, не обсуждали).

- Такое мне и в голову не приходило (если действительно не приходило).

- Это опять одна из сцен в вашем «личном театре»? Неинтересно.
- Вы наказываете меня.
- Ужасно неловко. У меня дома полно проблем.
- Это ловушка! Как выбраться из нее?

• Я сейчас наблюдаю, как рушатся мои репутация / семья / жизнь / метод / надежда / всё<sup>7</sup> [6].

Или, будучи в более благодушном настроении:

• Вы не хотите, чтобы я оставлял вас.

• Может, я был слишком заботлив и неосторожен и нечестно оставил вас.

• Что вы вынашиваете?

• Какая моя роль в этом?

• Я польщен и тронут, что вы выбрали меня.

• Я позволил вам ожидать больше, чем то, что могу дать?

Или (лучше всего):

• Вы страдаете. Давайте постараемся понять. Я отложу мою поездку и продолжу свою работу с вами.

Как мы уже знаем, Фрейд неоднократно обсуждал случай Анны О. с Брейером. По некоторым сведениям, этот случай вместе с неуверенностью вызывал у Брейера переживания вины и стыда. В конце 1880-х, спустя годы после написания «Исследований истерии», Фрейд пытался убедить Брейера случай Анны О. описать подробнее. Брейер объявил терапию истеричек тяжелым испытанием, которое он не может выносить. Тогда Фрейд рассказал Брейеру о собственном опыте, хорошо известном по его автобиографии [1948, р. 48], в котором он также столкнулся с «неблагоприятными обстоятельствами». Джонс пишет:

«Фрейд рассказал ему о собственном опыте с пациенткой, которая внезапно обхватила его шею руками в порыве аффекта. Фрейд объяснил, почему он считает такие «неблагоприятные происшествия» частью феномена переноса, характерного для некоторых типов истерии<sup>8</sup>. Казалось, рассказ произвел на Брейера успокаивающий эффект. Брейер, видимо, воспринял происшедшее с ним очень лично и, возможно, даже укорял себя за неосторожность при лечении пациентки [Jones, 1953, p. 250].

---

<sup>7</sup> Я лично знал психологов и психиатров, которые оставили далеко позади относительно невинные нарушения Брейера; например, формальное определение их «грехов» таково: «обмен телесными жидкостями». Результатами таких «обменов» были развод, женитьба на пациентке, самоубийство, мысли об убийстве и попытка к нему, смена профессии и развитие новых теорий. Теория покойного О.Н. Mowrer, основанная на чувстве вины и ее компенсации (1967), является примером последнего, о чем он часто объявлял своим коллегам.

<sup>8</sup> Это или тот случай, когда пациентка выводится из гипнотического транса, а в этот момент неожиданно стучится или входит служанка, или же другой, прототипический случай.

На короткое время это объяснение успокоило и защитило Брейера — но только на короткое время. Сначала он согласился на совместную публикацию и продвижение идеи переноса. Фрейд писал: «Я верю, — сказал он <Брейер> мне, — что это важнейшая идея, которую мы можем дать миру» [Breuer & Freud, 1957, р. XXVIII]. Но затем Брейер отказался поддерживать теорию переноса и примат сексуальности в происхождении невроза, а Фрейд нуждался в поддержке и искал ее. «Он <Брейер> мог сокрушить меня... указанием на свою пациентку (Анну О.), в случае которой сексуальные факторы не играли какой-либо заметной роли» [Freud, 1948, р. 6]<sup>9</sup>. Отношение Брейера — не поддерживать и не сокрушать — Фрейд объяснил желанием последнего оставить некоторые вещи в тайне. У Брейера могли быть другие серьезные и искренние сомнения насчет вышеупомянутых теорий. Они сошлись на том, что не могут найти согласия по этому вопросу: «естественные и понятные различия между мнениями двух исследователей, которые согласны с фактами и их прочтением, но при этом не составляют неизменного единства в вопросах их интерпретации и гипотетических построений». Подписано: Дж. Брейер / З. Фрейд, апрель 1895 [Breuer & Freud, 1957]. Возможно, что Брейер, смущенный природой подавленного материала и будучи лояльным по отношению к Фрейду и к своей пациентке Анне О., не настаивал на своих аргументах, какими бы они ни были. Фрейд настаивал — и последнее слово осталось за ним.

Теперь у нас есть перенос.

### **Определения и их создатели**

Сейчас наступил момент для того, чтобы дать несколько определений. Они исчисляются дюжинами, меняются во времени и от автора к автору. Но основная тема этих определений остаётся неизменной в той степени, чтобы быть узанной пропонентами любой из форм «глубинной психологии» (хотя Опп и пишет, что «с 1930 года появилось слишком много вариаций концепции переноса, чтобы их можно было систематически обозреть» [Opp, 1954, р. 625]).

Что же такое перенос? Перенос — это повторное издание, копия или факсимиле стремлений и фантазий, которые возникают во время анализа и с которыми проводится работа по осознанию; у них есть одна особенность, характерная для всех переносов: они обращены не на фигуру из

---

<sup>9</sup> Брейер отлично понимал ситуацию. Если бы он попал в эту ловушку — он был бы сокрушен.

прошлого, а на терапевта. Если выразить эту же мысль по-другому: целый ряд психологических состояний клиента переживается им не как принадлежащий прошлому, а как относящийся к персоне терапевта в актуальной ситуации терапии. Некоторые из переносов содержат материал, который ни в чем не отличается от первичной модели — за исключением подмены фигуры адресата. Если оставаться в той же метафоре, такие переносы являются всего лишь новыми переизданиями, или репринтами. Другой тип переносов устроен сложнее: их содержание подверглось умеряющему воздействию, — я называю это сублимацией, — и в таком виде они могут даже проникнуть в сознание, хитроумно используя какую-либо реально существующую особенность терапевта или обстоятельств и прилепляя свое содержание к этой особенности<sup>10</sup>. Таким образом, это уже не репринт, а «издание, исправленное и дополненное» [Freud, 1959, p. 139].

«Новый факт, который мы вынуждены так неохотно признавать, мы называем “перенос”. Под этим мы подразумеваем перенос чувств на личность терапевта, так как мы не верим, что ситуации в терапии могут порождать такие чувства» [Freud, 1935, p. 384].

«Под переносом понимается яркая особенность невротиков направлять на терапевта как положительные, так и враждебные эмоциональные реакции, не имеющие каких-либо оснований в реальной ситуации, но берущие свое начало в отношениях с родителями» [Freud, 1935, p. 391].

«Несомненно, что враждебные чувства к терапевту заслуживают название “переноса”, так как в ситуации лечения нет адекватных обстоятельств для их возникновения» [Freud, 1935, p. 385].

Почему кто-либо будет чувствовать враждебность к нему? «Фактически я никогда не делал ничего плохого», — писал Фрейд Путнэму [Jones, 1957, p. 247]. Мало кто мог бы сделать такое утверждение, и не все верят, что оно есть в записях Фрейда [Roustang, Dire Mastery, 1982]. Однако если он *думает* о себе так, тогда более понятно, почему враждебные чувства к нему будут казаться не имеющими отношения к его поведению. Главным здесь является то, что аналитик объявляет самого себя невиновным — позиция, которая насквозь пропитывает теорию переноса. Если аргумент *ad hominem* и является аргументом ограниченной пользы, то существует принцип, под которым читатели в данном научном поле, безусловно, могут подписаться: любая честная теория личности и психотерапии должна отражать личность и опыт ее автора. Разве может быть иначе?

<sup>10</sup> Женщинам это особенно удается, пишет он. У них «гениальные способности для этого» [Freud, 1935, p. 384].

Фрейд продолжает данное определение (определение переноса):

«Необходимость рассматривать негативный перенос в этом свете является подтверждением подобных взглядов на положительный перенос, изложенных нами ранее» [Freud, 1935, p. 385].

Эта «необходимость» является частью той странной логики, в которой второе утверждение служит подтверждением первого!

Полезен ли перенос? Да, он преодолевает сопротивление, делает возможным интерпретацию; перенос — это ваш главнейший тактический союзник.

«Отцовский перенос является единственным полем сражений, где мы одерживаем победы и захватываем либидо в плен» [Freud, 1935, p. 396].

Суммируя вышеизложенное: чувства пациента *«не порождаются актуальной ситуацией и не заслужены личностью терапевта, но они повторяют то, что случилось с пациентом когда-то прежде в его жизни»* [Freud, 1927, p. 129; курсив автора]. «Когда-то прежде» — это опыт, пережитый «в детстве, как правило — в отношениях с кем-либо из родителей». Яснее всего об этом написано в работе «К вопросу о дилетантском анализе» [Freud, 1927]: «Если сказать прямо, это почти то же, что влюбиться» [p. 129]. Мы не должны забывать: «Это чувство не объяснимо ни поведением терапевта, ни их <терапевта и пациента> отношениями, ни ситуацией» [1935, p. 383].

Итак, даже если у терапевта или у обстоятельств имеются некоторые «реальные особенности», аналитик ответственности за них не несет, и ситуация также ни при чем. Перенос свойствен неврозу. Неясно также, является ли перенос нормальным (обычным) свойством; но то, что невротический перенос характерен для анализа, — это несомненно.

Со временем кое-что в определении изменялось, но в своей сущности оно оставалось тем же. Однако стоит отметить, что Фенихель в 1941 году пытался посягнуть на неприкосновенное. Он писал: «Не все, что испытывает пациент в форме аффектов и импульсов в течение аналитического лечения, является переносом. Если анализ не продвигается, по-моему, пациент имеет основания для гнева, и его гнев может и не быть переносом из детства. Вернее, мы будем безуспешны в демонстрации переносного компонента в этом чувстве гнева» [Fenichel, 1941, p. 95].

Позже предлагалось [Macalpine, 1950; Menninger, 1958] рассматривать аналитическую ситуацию как ситуацию регресса, и поэтому скорее воздействующую, чем способствующую возникновению ответственности. Уилдер [Waelder, 1956] пишет: «Итак, перенос — это регрес-

сивный процесс. Перенос развивается *вследствие* условий аналитической ситуации и применения аналитических методов» [Ibid. P. 367; курсив автора]. Это утверждение прямо противоречит некоторым базовым определениям, данным Фрейдом. Каков же результат?

Авторы, которые вносят уточнения, идут на некоторые уступки и поправки, но никто не ставит под вопрос основную концепцию как таковую; наоборот, уточнения лишь укрепляют позиции, отмечая сомнения. Ситуация терапии *является* регрессивной, так как она направляет всё внимание пациента внутрь себя и назад во времени к ранним переживаниям, а терапевт становится мягким, нейтральным, нечетким, даже невидимым. Это очень похоже на ситуацию сенсорной депривации. Также и другим нетипичным ситуациям придается необычайная значимость и отводится ведущее место. Так происходит с присутствием и высказываниями терапевта в ситуации регресса.

Если перенос рассматривается как «проекция», то возникает вопрос: «Что же является экраном»? Ответ подразумевался (хотя, кажется, и не был сразу распознан) при первом же серьезном затруднении, когда теория переноса дала глубокую трещину: в «контрпереносе». В момент, когда эта концепция возникла, должно было стать очевидно, что аналитик присутствует, он — не пустота. Предполагалось, что контрперенос должен сводиться к минимуму. До недавнего времени внимание к контрпереносу и разработка основных определений были сравнительно малы (за исключением одной сферы, в которой он казался наиболее невинным, надлежащим и «естественным», а именно сферы работы с детьми).

Когда Фрейд начал обращать внимание на контрперенос, он рассматривал его скорее как реактивное или рефлексивное явление, нежели как явление, порожаемое терапевтом. «Мы осознали существование «контрпереноса», который возникает <у терапевта> в результате *воздействия пациентом*<sup>11</sup> на его неосознаваемые чувства» [Freud, 1910, p. 122; курсив автора]. Как это далеко от представлений одного из моих студентов, который думает, что перенос, так же как желания и ожидания, возникают у терапевта, а контрперенос — у пациента! Однако, как это ни покажется поначалу странным, такое представление недалеко от реальности. В нем всего лишь изменен порядок следования событий по сравнению с тем, что описано у Фрейда. Что же идёт вначале?

<sup>11</sup> И за это отвечает пациент? Разве это не есть переживания терапевта? Если учитывать интерактивное свойство переноса, возможно ли обратное: что перенос возникает у пациента в результате воздействий терапевта?

Психоаналитические взгляды на контрперенос варьируются от отношения к нему как к помехе, которую следует преодолеть<sup>12</sup>, до видения в нем ценного чувственного качества («третьего уха») [Epstein & Feiner, 1974, p. 1]. В любом случае, теперь вряд ли возможно отрицать свою ответственность, говоря, что «там никого не было», если очевидно, что присутствует *некто* со вполне ощутимыми характеристиками. Тогда возникает вопрос: какова природа этих характеристик?

Терапевт, конечно же, является человеком с некоторой определенностью, некоторой идентичностью, вне зависимости от того, насколько тщательно он ее скрывает. У терапевта есть некоторая Я-концепция — образ того, какой он и каким хочет быть. Возможно, чем искреннее он в своей скромности и непритязательности, тем больше он будет удивлен, насколько идеализируют его окружающие. Если терапевт считает свою внешность обыкновенной, то мысли пациента о его красоте будут казаться неадекватными.

Но возможно, что на самом деле терапевт не является скромным, а скромность есть только некоторая его профессиональная установка. Когда Фрейд пишет своей жене Марте письмо с рассказом о сильнейшем чувстве Анны О. по отношению к доктору Брейеру и о тревожном состоянии жены последнего, Марта отвечает, что она надеется, что подобное не случится с ней (типичное беспокойство для жены терапевта). Фрейд же «с укором порицает ее за тщеславное предположение, что какая-либо другая женщина может влюбиться в *ее* мужа»: «чтобы это случилось, нужно быть Брейером» [Jones, 1953, p. 225]. На самом деле главное здесь — не *ее* тщеславие, а беспокойство за *его* открытость для воздействий. Недооценив проблему с самого начала, Фрейд не смог в полной мере дать жене уверенность в том, о чем она беспокоилась<sup>13</sup>, — и, наконец, это *случилось*, как и было предсказано в теории. Возможно, что это *уже* случилось

---

<sup>12</sup> В датированном 1909 годом письме о случае, получившем дурную известность, Фрейд написал Юнгу: «По получении вашей телеграммы я написал Фрейлейн Ср. письмо, в котором сделал вид, будто нахожусь в неведении...» [McGuire, 1974, p. 230]. Далее он пишет о неприятностях Юнга: «лично я никогда не был так близок к катастрофе, хотя несколько раз это было «пагоу escape» <счастливое избавление>. Я думаю, что только непреклонные обстоятельства, тяготевшие над моей работой, и факт, что я был на десять лет старше, когда я пришел к психоанализу, спасли меня от подобных происшествий. Но ничего непоправимого не произошло. Подобные ситуации помогли нам стать толстокожими, что необходимо для овладения «контрпереносом», который остается нашей постоянной проблемой» [McGuire, 1974, p. 231].

<sup>13</sup> «Позже он уверял ее, что единственная соперница, которая есть или может быть у нее, — это анатомия мозга» [Jones, 1953, p. 211].



к моменту написания процитированного выше письма. В определенный момент, отмеченный в автобиографии, Фрейд отказался от гипноза после одного «неблагоприятного» события, произошедшего с ним самим. Пациентка, только что выведенная из гипноза, обняла его «в аффективном порыве». Так или иначе, вскоре после этого события Фрейд отказался от гипноза (стал «свободным от него») и занял позицию позы кушетки. Некоторый аспект Я-концепции определенно был значимым фактором: гипноз сравнивался с работой «носильщика» или «косметолога», тогда как анализ был «наукой», «хирургией». Возможно, здесь было больше беспокойства о собственном достоинстве, чем о скромности.

Хотя скромность являлась той нитью, за которую часто дергали. Фрейд писал Марте: «Разговаривать с Брейером — то же самое, что сидеть на солнце: он излучает свет и тепло. Он очень жизнерадостный человек и так добр ко мне, что я не знаю, что он нашел во мне».

То же Фрейд писал и о самой Марте: «Может ли что-нибудь быть безумнее, говорю я себе. Ты завоевал прекраснейшую девушку в мире без каких-либо заслуг с твоей стороны»<sup>14</sup> [Jones, 1953, p. 110]. Соглашусь, что это романтическое преувеличение периода ухаживания. Соглашусь также, что с изменением обстоятельств настроение и самоощущение могут меняться до такой степени, что мы слышим самоуничтожение от того же самого мощного гения, который определяет себя как *конкистадора*. Мы совершенно доверяем «ни в чем не повинному» терапевту, который незаслуженно пострадал за то, что для терапевтических целей всего лишь создавал условия для переноса.

«Может ли что-нибудь быть безумнее, говорю я себе». Да, может; и даже несколько вещей. Одна из них — институционализация подобной фальшивой скромности посредством отрицания особенностей ситуации и личности терапевта (отрицания настолько полного, что невроз культивируется обеими сторонами, являясь в то же время объектом терапии). И всё это делается во имя здравомыслия, ясности и честного исследования.

### *Предварительные соображения*

В процессе формулирования контртеории я бы хотел описать некоторые события, приведшие меня к отказу от общих положений психоанализа, которых я когда-то придерживался.

---

<sup>14</sup> «Неделей позже он спрашивает, почему хотя бы раз в жизни ему не получить больше, чем он заслужил. Никогда прежде не мог он представить себе такого счастья» [Jones, 1953, p. 110].

1. За 15 лет работы в Консультационном центре Чикагского Университета мной был пройден путь от практиканта до главного специалиста и Председателя Межведомственной клинической программы. Я занял офис своего прежнего наставника Карла Роджерса после того, как он переехал в Висконсин. В таком положении любой бы заслужил репутацию терапевта терапевтов. Для меня же это явилось и привилегированной возможностью обучения. Моя клиентура преимущественно состояла из начинающих профессионалов. Трое из них были специалистами психиатрического отделения университетской больницы. Они получили хорошее представление о переносе на медицинском факультете и обсуждали свой терапевтический опыт как обучающиеся психиатры. Один из них, скромный, застенчивый молодой человек, особо выделял начало переносного процесса, который он почувствовал с одной из своих пациенток — женщиной немного старше его. Он ощущал нарастающее возбуждение: «вот оно». Он также чувствовал себя наделенным властью, от которой одновременно испытывал смущение и удовольствие, и вновь смущался от собственных переживаний. Теория переноса была не только «броней в его испытании», но и источником непосредственного удовлетворения. Он чувствовал: «Как будто на мне была надета маска. Я улыбался за ней. Я также мог ее снять. Я думал об этом, но был слишком смущен тем, что должен буду раскрыть. За этой маской я мог удивляться или быть отчужденным, быть более вдумчивым или отзывчивым».

Это было откровенным объяснением относительно внутреннего опыта переноса, пережитого молодым сторонником данной теории. Я задался вопросом, сколько еще врачей способны настолько же честно признавать свое удовольствие.

Несколько недель спустя я привез своего соседа и его четырехлетнего сына в отделение неотложной помощи. Мой клиент был на дежурстве. Я помогал держать и успокаивать маленького мальчика, в то время как доктор Г. зашивал рану на голове. Мы работали в своего рода «гармоничном унисоне», оказывая помощь этому ребенку франко-иранского происхождения, который почти не знал английского языка, испытывал боль и был напуган. Мы сделали это хорошо. На нашей следующей сессии доктор Г. сказал мне, что он чувствовал, как будто это был «наш ребенок». Подразумевал ли он, что его женские качества получили продолжение в моих мужских чертах (или наоборот)? Нет. Он думал, что если бы это и было помещено в семейные рамки, мы были бы скорее братьями. Так же думал и я (хотя ни у кого из нас на самом деле не было братьев). Можно было бы с легкостью увидеть в этом проявление переноса и/или контрпереноса. Но я так не сделал.

Мы пережили опыт, который позволил нам чувствовать себя подобно братьям.

2. Я присутствовал при религиозной дискуссии, состоявшейся между Бруно Беттельгеймом и Паулем Тиллихом. Беттельгейм отстаивал позицию, описанную Фрейдом в «Будущем одной иллюзии»: обращение к религиозной вере является проектированием тоски по отцу. Мне это также казалось наиболее вероятным. Но Тиллих ответил: «Тогда что является экраном?». Это был не самый весомый довод для моего сознания в то время, однако благодаря ему я смог более явственно понять, что «экран» не может быть ничем.

3. Однажды вечером я случайно услышал сказанное клиенткой в соседнем консультационном кабинете. Она плакала и кричала: «Никто никогда прежде не обходился со мной таким образом. Мне нравится это, я не могу в это поверить и я боюсь каждый раз, когда прихожу сюда». Я думаю, что она стучала кулаком по столу, чтобы подчеркнуть свои слова. В конце дня я пошел в тот кабинет и спросил: «Ради Бога, Расс, что Вы делали?!» Он объяснил, и я послушал фрагменты аудиозаписи. То, что я принял за стук кулака, на самом деле было звуком, издаваемым паровыми трубами. Словами же клиентки было: «Никто никогда не понимал меня так прежде. Никто. Я не могу в это поверить. Я люблю чувствовать, что «наконец кто-то знает, кто-то заботится». Но когда я приду сюда на следующей неделе, с остатками моего хлама, поймете ли Вы меня? Я не смогу перенести, если Вы этого не сделаете».

Я не знаю содержания того, что именно было понято; но больше всего я был поражен тем, что значило для нее само понимание, и еще много времени думал об этом.

4. Как-то я проводил учебный курс вместе с видным адлеровским терапевтом, доктором Рудольфом Дрейкурсом — сердечным, но грубоватым человеком-медведем. На одном из занятий он казался особенно властным. Студенты были сердиты и критически настроены. Во время перерыва он спросил: «Замечаете ли Вы враждебность? Здесь существенный отрицательный перенос». Я поделился с ним своими наблюдениями, и он стал озадаченным, удрученным. Он обучал сотни, даже тысячи студентов — и никто раньше не жаловался. Они обычно любили его.

5. В 1971 году, в период «революции душевного здоровья» (организация сообществ, демистификация, «радикальная терапия» и соответствующая этому политика и т.п.), один консультирующий психиатр и практикующий психоаналитик сказал мне: «Это удивительно. Некоторые работники, относящиеся к среднему персоналу, которых я супервизирую, вполне могут делать то, что делаем мы, — за исключением

работы с переносом». Я задался вопросом — а что бы он сказал, если бы не существовало никакого «переноса»?

6. За многие годы работы разные клиенты воспринимали меня совершенно по-разному. Скромный и гордый, добрый и жестокий, верный и ненадежный, уродливый и красивый, трусливый и храбрый — так можно было бы обозначить некоторые противоречивые характеристики. Означает ли это, что кто-то из них ошибался? Нет, все характеристики верны. Такое знание себя — например, иногда как эгоистичного, а иногда как щедрого, — заставляет меня испытывать сомнения, прежде чем характеризовать чье-либо восприятие как искаженное. Одна клиентка представляла меня как маленького мальчика, который сидит у нее на коленях, — в то время как я уже был седовласым отцом, вырастившим трёх детей, и это ей было известно. Она была права (у нее были свои собственные причины для подобных фантазий): я обладаю и этими чертами. Я мог бы отбросить их, но они доставляют мне удовольствие. Меня воспринимали и как льва, и как кролика — и я действительно могу быть и твердым, и мягким. Так ли это необычно? Хотя я счастлив в браке вот уже 40 лет, по молодости лет я влюблялся часто — со страстью и нежностью, легко и непринужденно. Seriously? Иногда достаточно серьезно, чтобы представить себе целую другую жизнь, но все же не настолько серьезно, чтобы подумать, что я — единственный мужчина для этой женщины, а она — единственная для меня<sup>15</sup>. И хотя я не уважаю бабников из-за вреда, который они с легкостью причиняют, суждение Джонса о том, что «Фрейд был не только моногамен в весьма необычной степени, но и временами, казалось, становился на путь “подкаблучника”» [1953, с. 139], казалось мне забавным и сомнительным. Однако это могло стать тем обстоятельством, которое склонило его к теории переноса — по крайней мере, как к некой поддерживающей иллюзии. Но если это не соответствует моим обстоятельствам и моей личности, то должна ли эта теория также быть и моей?

Несколько слов о моей внучке. Я нежно люблю этого ребенка. Из какого предшествующего опыта я переношу эту привязанность? Да, действительно: я так же нежно любил своих двух дочерей и своего сына, когда им было по три года. Но откуда это взялось? Рано или поздно я

---

<sup>15</sup> Моя жена, обладая хорошим вкусом и способностью к справедливой оценке, советовала мне («в конце концов, это не твоя биография») опустить эту часть. Я, возможно, и хотел бы это сделать, но главная идея этой главы состоит в том, что теория хотя бы частично состоит из самопознания, наблюдений, мыслей, и уже в этом смысле она — биографична.

должен добраться до того, когда это было «de novo», до первоисточка. Из работ по сравнительной психологии мы знаем, что большинство как мужчин, так и женщин демонстрируют индивидуальные черты (столь же несхожие между собой, как, например, папиллярные узоры) в выражении привязанности к типичной «конфигурации ребенка», а именно: к большой голове и маленькому телу. Короче говоря, это — инстинкт, и он *влечет за собой естественные последствия, каждый раз по тем же самым инстинктивным причинам, как если бы каждый случай его возникновения был первым*. Моя внучка знает меня, а также доверяет мне и любит меня. Является ли ее опыт переносом? Переносом чего? Откуда? Являются ли мои переживания переносом, а ее — контрпереносом? Ни то и ни другое. Доверие — заслуживается. Любовь — естественна. Вот ответ.

Главный же вопрос состоит в следующем: «Какие условия формируют специфический опыт — первый в ряду подобных случаев?». Далее: «Что произойдет, если те же условия возникнут вновь?». Или, несколько иначе: «Если каждое восприятие так зависит от прошлого, то как быть, если прошлого не было?».

### ***Следующий шаг***

Оставив в стороне историю происхождения понятия, отметим, что перенос — это короткое обобщенное название для определенных качеств и особенностей человеческого взаимодействия. Но любое обобщенное представление не может отразить уникальные отношения. Такое сокращение и обобщение будет склонно затенять (порой наиболее удобным, «утешительным» образом) сложную реальность отношений. Например, понятие «отцовская фигура» нуждается в уточнении: какими именно характеристиками она должна обладать? Что означают такие понятия, как «родитель» или «инфантильный»? На оставшихся страницах представлен альтернативный взгляд на обсуждаемую проблему, и мы надеемся прояснить, что именно такому обобщающему подходу не удастся отразить.

### ***Контртеория***

Если перенос является понятием, искусственно выдуманном для того, чтобы обезопасить терапевта от последствий его же собственных поступков, то сейчас настало время изучить некоторые действия те-

рапевтов и оценить их естественные последствия. Это намерение не несет в себе подлого умысла. Мы исходим из того, что «перенос любви» — это наиболее беспокоящее по своим последствиям явление, которое легло в основу развития теории переноса (от него же происходит и дальнейшее расширение этой теории), и нам следует изучить то поведение, которое вызывает развитие нежных и эротических чувств. В чем состоит истина и каковы факты?

Во-первых и прежде всего, есть объективная ситуация и ее истинные условия. Зависимость является неотъемлемой особенностью человека, обратившегося за помощью на начальном этапе, и сама терапия зачастую создает предпосылки для еще большей зависимости. Пациент (или клиент), как правило, обеспокоен, встревожен, нуждается в помощи, часто одинок. Врач же, по-видимому, в такой ситуации не находится. Вместо этого он вынужден удерживаться в рамках профессиональной позиции (в особенности если он является медицинским работником) и занимает место, близкое к вершине иерархии, описанной в социологических обзорах романтической привлекательности для женщин, ищущих мужей (опередив при этом астронавтов и прочих знаменитостей)<sup>16</sup>. При этом сама ситуация располагает к установлению камерности и близости в отношениях, доверительному контакту, раскрытию сокровенных тайн.

Во-вторых, реальность такова, что подростки, да и многие взрослые люди находятся в поиске партнеров для сексуальных отношений. Нужно только, чтобы представилась такая возможность близости. Человеку не нужно проходить терапию для того, чтобы постичь скрытые и таинственные источники эротических чувств. Эти чувства банальны, они сопровождают людей везде, где бы они ни были. И психотерапия будет иметь дело с сексуальной привлекательностью так же, как имеет дело со всеми другими фактами. Простое сочетание потребности и ситуации — вот формула одномоментного, случайного возникновения романтической фантазии.

В-третьих, в поведении терапевта есть в высшей степени важный фактор, который предписан любому терапевту и которого необходимо достичь. Этот фактор — понимание. Фрейд без обиняков говорит о переносе следующее: «Перенос — это своего рода влюбленность». Разрешите и

---

<sup>16</sup> Современная социальная психология полагает, что любовь, в особенности сексуальная любовь, является результатом воздействия факторов статуса и власти: «отношениями любви являются те, в которых по крайней мере один партнер дает (или готов дать) более высокий статус другому партнеру» [Кемптер, 1978, с. 285].

мне выразиться прямо: понимание — это один из способов заниматься любовью. Конечно, это не основное его предназначение, но один из эффектов. Профессиональный Дон Жуан знает это и использует, чтобы получить преимущество. Для терапевта же, который не желает злоупотреблять данным преимуществом, оно может стать затруднением: он оказывается стеснен необходимостью принимать эти естественные чувства, которые традиционно предполагают некоторый ответ — принятие или отвержение. Но эта сложность не освобождает его от ответственности. Он был понимающим, — таково было его намерение, — и через какое-то время это активизирует в пациенте объект-направленные компоненты доверия, благодарности и даже, возможно, привязанности или сексуального желания.

В данном контексте непонимание — это форма ненависти. Непонимание работает также безотказно: для человека, привыкшего к пониманию, быть неправильно понятым является шоком, предательством, фрустрацией<sup>17</sup>.

Понимание и непонимание и их противоречивое взаимодействие являются первичными факторами, формирующими понятие «положительного и отрицательного переноса»; далее следуют многочисленные действия, дополняющие данные основания. Добавим к ситуациям непонимания, например, следующие обстоятельства: ожидание, просьба ключа от туалетной комнаты, оплата (возможно, за пропущенные сеансы), сигарный дым, различные субординационные и инфантилизирующие условия.

Наиболее убедительные доказательства этого простого, но одновременно глубокого тезиса, возможно, находятся внутри собственного опыта терапевтов. Мое внимание, однако, было привлечено чередой событий, среди которых были случайно услышанные мною слова, сказанные клиентом в соседней комнате, а также другими обстоятельствами. Один католический священник провел год в Университете Чикаго, занимаясь исследованием того, как человек чувствует себя

---

<sup>17</sup> Это не должно быть проигнорировано: терапевт хочет, а иногда требует, чтобы клиент или пациент его понимал. Идет ли речь о размышлениях, интерпретациях или гипнотическом воздействии, — он хочет, чтобы это было понято. Если это происходит, то он будет чувствовать себя хорошо, если нет — самочувствие будет неадекватным, возникнет ощущение «сопротивления». Действительно, переживание понимания/непонимания у терапевта может быть таким же, как и у пациента! При этом оно, безусловно, будет сопряжено с мудростью, зрелостью, самосознанием и другими не всегда представленными достоинствами терапевта.

«действительно понятым» [ван Каам, 1959]. Это был, казалось бы, простой вопрос, который, тем не менее, обладал глубоким смыслом. У меня появилась возможность увидеть некоторые исходные данные проведенного исследования. Так случилось, что первой испытуемой, ответившей на вопросник, оказалась 17-летняя студентка приходской школы. Этот тип девочки-подростка со Среднего Запада вряд ли сопоставим с утонченной европейкой Анной О., но обе они одинаково реальны, и я предполагаю, что они поняли бы друг друга в том, как они переживают чувство «быть понятой другим человеком». Эта девушка написала:

«Я чувствовала, как будто мой молодой человек достиг моего сердца, действительно увидел мои страхи и понял, как много значит для меня религия. Мое существо хотело кричать о том, как я люблю его за это понимание. Мое тело чувствовало себя таким живым, и мне хотелось всем рассказать о том, насколько я преисполнена счастья. Я хотела бы, чтобы все были счастливы вместе со мной. И я хотела сохранить это чувство понимания и молиться о том, чтобы оно никогда меня не покинуло.

Всякий раз, когда я бываю понятой кем-либо, я испытываю чувство зарождения новой любви к кому-то или чему-то. Я не могу уснуть сразу же, потому что не хочу, чтобы это понимание исчезло, но так или иначе мне кажется, что утром оно, вероятнее всего, исчезнет.

Мне кажется, что у моего тела появляются потрясающие ощущения, и я хочу выкрикнуть что-то, что не могу выразить словами. Я чувствую себя более уверенной. Я хочу отдавать. Я хочу отдать все, что у меня есть, чтобы человек, который меня понимает, был счастливее. Я хочу проживать в полной мере каждую минуту своей жизни. Жизнь кажется богаче, когда вы знаете, что кто-то понимает вас, потому что для меня тот, кто понимает, — это тот, кто заботится и любит, и я чувствую мир, безопасность и любовь» [А. ван Каам, Личностная коммуникация, 1961].

Я утверждаю, что такая реакция не является какой-то необычной, она просто усилена подростковой энергией восторженной девочки. Все это говорит нам об эффекте, производимом пониманием на психологическом и физиологическом уровне. Почему мы должны называть это «переносом»? В работе психотерапевта в терапевтической ситуации действительно имеют место подобные факты (если терапевт действительно доброжелателен).

Такую реакцию лучше было бы называть «оригинальным опытом». Этот опыт не является переносом. Это нормальная, соответствующая реакция. Она могла бы проявиться у человека, никогда прежде не имев-



шего опыта такого понимания. Таким образом, эта реакция не могла явиться из предшествующего жизненного опыта, но могла возникнуть из желания, чтобы прошлое было другим, или же могла быть порождена надеждами и мечтами о будущем.

Например, существует снятая на видео сессия Карла Роджерса и Глории [Rogers, 1965], часть которой приведена ниже. Ближе к заключительной части беседы клиентка чувствует себя глубоко понятой — в такой степени, что она плачет, испытывая чувство, которое она называет «драгоценным». Она бы хотела, чтобы ее отец был столь же понимающим, но этого не было. Типичная профессиональная аудитория, наблюдающая за процессом, становится напряженной и бдительной. Слышится тревожный смех. Им ведь преподавали, что именно следует думать в подобных ситуациях, и настроение аудитории варьируется от презрительного до сочувствующего, поскольку присутствует общее мнение о том, что возник перенос (и все ожидают, что Роджерс окажется в опасной «фрейдистской» ситуации). Все это может быть понято в терминах переноса, однако возможно и другое прочтение: это был ответ на понимание, *которого она никогда не получала* от своего отца. Ее желание иметь именно такого отца, а не того, который был ее собственным, — является ли это переносом?

Роджерс, прекрасно осведомленный об этой проблеме, не отрицает и не отвергает клиентку, и в то же время его ответ (возможно, и не являющийся идеальной моделью) с уважением признает ее восхищение и грусть. Он продолжает работать в понимающей манере.

*Роджерс:* Я так чувствую, что в эти фантастические моменты Вы действительно ощущаете себя целостной. Вы на самом деле чувствуете всю себя единой.

*Глория:* Да. (*Роджерс:* М-хм.) Да. Когда Вы сказали это, у меня возникло чувство комка в горле, потому что я не могу испытывать его так часто, как мне бы этого хотелось. (*Роджерс:* М-хм.) Мне нравится это чувство целостности. Оно является для меня действительно драгоценным.

*Роджерс:* Я подозреваю, что никто из нас не получает его так часто, как мы бы хотели, но я действительно понимаю. (Пауза.) М-хм, это (обращаясь к ее слезам) на самом деле Вас трогает, не так ли?

*Глория:* Да, и Вы знаете, еще я вот только что подумала... Я чувствую, что это глупо, что, ммм, вдруг, когда я начинаю говорить... вот это да! Как же хорошо я могу говорить с Вами, я хочу, чтобы Вы одобрили меня, я уважаю Вас. Но я сожалею о том, что мой отец не мог говорить со мной так же, как Вы. Я имею в виду, что я хочу сказать, что мне бы хо-

телось, чтобы Вы были моим отцом. (*Роджерс*: М-хм.) (Пауза.) (*Роджерс*: Вы...) Даже не знаю, откуда это взялось<sup>18</sup>.

*Роджерс*: Я вижу Вас как милую хорошую дочь (длинная, длинная пауза). Но Вы действительно тоскуете, что Вы не имели возможности быть открытой со своим собственным папой.

*Глория*: Да, я не могла быть открытой, но я... Я хочу обвинить в этом его. Я думаю, что я более открыта, чем он позволял мне. Я думаю, что он никогда бы не стал слушать меня так, как Вы в нашем разговоре. И, ах, не осуждать, и не унижать.

### **«Оригинальный опыт» против формы «компульсивного повторения» в психологической мысли**

«Оригинальный опыт» — не самое лучшее название для обозначения другого способа мыслить о нашей проблеме. Речь идет о возможности, если вы в нее верите, получения нового опыта. Это может означать «свежее восприятие», или «первую любовь», а может также обращать нас к ранее пережитому опыту, действию, несмотря на его кажущуюся повторяемость, совершенному по-новому. Здесь важна ориентация на влияние настоящего или даже будущего на поведение. Понятие «оригинальный опыт» является просто антиподом понятия «переноса», и оно, безусловно, разработано не для того, чтобы завоевывать популярность в качестве теории.

Целью здесь является достижение баланса и затем последующий отход от этих специфических теорий — с тем, чтобы еще раз оценить факты с той «сложной наивностью», о которой говорят феноменологи.

---

<sup>18</sup> Типичная аудитория думает, что она знает причину: «клиент ищет отца». Житейская мудрость, как правило, объясняет это тенденцией молодых женщин к поиску «отцовской фигуры». Менее популярно другое понимание — мужчина также может искать «фигуру дочери». Фрейд, возможно, знал это из своего сна о «сверхнежных чувствах» к его 10-летней дочери Матильде (письмо В. Флиссу, 31 мая 1897), но такая взаимность, или поиск, исходящий от обеих сторон, не вполне соответствует теории переноса. Какими бы ни были мотивы каждой из сторон — трепетная забота, зависимость, эксплуатация, воплощение различных надежд и желаний, — поиск происходит в обоих направлениях. Таким образом, ни одна из сторон не может быть обвинена в полной безучастности и безответственности. Необязательно этим должен быть объяснен случай Глории, но необходимо добавить это во многом интересное утверждение с целью пересмотра и «переанализа» теории переноса.

Одна из ошибок в теории переноса — нелогичное предположение, что любая реакция, дублирующая похожий предшествующий опыт, обязательно будет являться его повторением.

Похожие ответы не всегда являются повторениями. Они кажутся таковыми потому, что в наших попытках быстрого постижения ситуации мы ищем образцы, которыми мы могли бы руководствоваться. Возьмем, например, процесс дыхания: каждый новый вдох не происходит по причине предыдущего. Скорее он происходит по той же самой причине, что и предыдущий. Это не является привычкой. Это — нормальная функция, повторяемая, но не являющаяся повтором.

Прежде всего, любовь ребенка к родителям не принесена им из прошлого. У ребенка нет прошлого. Что же тогда? Эта любовь формировалась на основании тех же условий и причин, которые будут порождать ее и в дальнейшей жизни. Создайте эти условия снова, и они будут производить (а не воспроизводить) это вновь и вновь, каждый раз по-своему. Полученный опыт смешивается с воспоминаниями и ассоциациями, но не они производят этот опыт. Может показаться, что воспоминания воспроизводят его. Если это и так, то они воспроизводят условия (для страха или страсти, например), и опять же: это — условия, а не память, которая объясняет ответ.

Каким образом специфический аффект возникает впервые? Если бы любовь ребенка развивалась через понимание его родителями (через заботу о нем и понимание его нужд, через развитие целостной внутренней жизни, начиная с того, что ребенок говорит, и заканчивая тем, что он думает), то и дальнейшее понимание должно было бы проявлять такую же любовь; но подумайте — ведь *каждый второй случай мог быть первым*. Тепло приятно нашему телу, но не только потому, что это было приятно в детстве, но еще и потому, что это *всегда* приятно. Потребность передана нам как врожденное физиологическое требование. Когда кто-то пробует лимон в 30 лет, ощущает ли он кислый вкус лишь потому, что ощущал его, когда ему было три года? Лимон на вкус всегда кислый, в каком бы возрасте вы его ни ели; он кислый, когда вы его пробуете впервые, и он кислый каждый следующий раз — по той же самой, но своеобразной причине.

Эта логика функциональна; логика переноса, напротив, — исторична. Различие очень велико. В психоанализе исторический подход не ограничивается рассмотрением индивидуального опыта человека — он идет глубже. А. Фрейд пишет: «Уже давно в рамках аналитического подхода к изучению неврозов предполагалось, что в человеческой природе заложена некая склонность к отказу от определенных инстинктов, в особенности сексуальных, без разбора и независимо от личного опыта кон-

кретного человека. Эта склонность, которая появилась в результате *филогенетического наследования как своего рода депозит, накопленный многими поколениями в актах подавления, просто продолжается в поведении людей, не иницилируясь ими*» (курсив автора). Напротив, логика, ориентированная на настоящее (или будущее), не отрицает прошлого, но фокусируется на непосредственном опыте человека или даже на его воображении.

Наш опыт использования этой новой логики явно подтверждает, что у любого терапевта есть определенный ролевой набор и способы действий, побуждающие ответное поведение. Он любим за то, что делает его любимым, ненавидим за то, что делает его таким; этот набор также включает все возможные промежуточные оттенки. *Именно это составляет начальную гипотезу.* Всё, что она не объясняет, может быть описано как свидетельства другого явления, такого как перенос; но я верю, что основные аффекты любви и ненависти будут объясняться именно пониманием или непониманием.

Мы не будем начинать анализ всего комплекса взаимодействий, лежащего вне рамок понимания и непонимания. Вне зависимости от того, что в данном случае имеет место, также свою роль будет играть и личность терапевта. Таким образом, первый принцип остается важен: необходимо отказаться от претензий терапевта на его невинность и «невидимость» и подумать о том, что именно в ситуации или в поведении терапевта лежат причины «неблагоприятных событий», которые породили теорию переноса. Принятие этого принципа может привести к уязвимости терапевта, лишить его не только защиты, но и некоторых декоративных атрибутов терапии. Не самая привлекательная перспектива для современного психотерапевта; проще использовать экзотическое лечение интригующего заболевания. Для пациента в этом может быть скрыто определенное очарование и, возможно, удовольствие.

Так, может, и не было никакого переноса? Конечно же, был, если вам так хочется. Материал об этом был собран. Перенос может быть культивирован и вызван. Эмоциональные отношения будут выражаться посредством косвенных каналов, поскольку открытое их выражение не поощряется. Как брошенные семена, эмоции и восприятия вырастут ровными на подготовленной почве или вылезут с кривыми стеблями через трещины тротуара. Можно поощрять подобные искажения и затем анализировать их. Это — вопрос выбора. Как и любая фикция, «перенос» может быть превращен в сценарий, который разыгрывается, создавая ожидаемую действительность.

Вначале мы всегда будем иметь дело с имеющимися предубеждениями. Во время первой встречи стереотипные суждения и оценки, являю-

щиеся результатом предшествующего опыта, будут использованы в восприятии нового и неизвестного. Некоторые называют это «генерализацией стимула». Что еще можно предпринять в состоянии незнания, чтобы получить значение? В редких случаях человек не торопится с суждением, оказывается готов посмотреть на происходящее свежим взглядом и относиться к нему как к новому жизненному опыту; в остальных случаях используется предвзятое суждение. Если реальность нового опыта закрыта, внимание уделяется поиску значения. Однако если новая действительность доступна пониманию, то предубеждение исчезает; начинают развиваться оценки и суждения, соответствующие этой реальности. Например, если вы встречаете человека в красных подтяжках (это могут быть и синие глаза, свастика, символы мира, определенный цвет кожи или другие комбинации сигналов), а до этого некто, носивший красные подтяжки, с вами плохо обращался, то вы, скорее всего, будете опасаться и этого нового человека в красных подтяжках. Если вы захотите узнать больше и вам это удастся, то эффект красных подтяжек будет либо отменен, либо подтвержден, либо же просто потеряет свою значимость, — в зависимости от вашего целостного осознания новой действительности. Но если новая реальность недоступна, вы будете искать отправную точку и значение происходящего, и тогда отношениями начинают управлять проекции. Затем перенос (или то, что под ним подразумевается) будет развиваться. Однако все это не является ни неизбежным, ни необходимым. Это лишь препятствие<sup>19</sup>. Для некоторых клиентов выгода от анализа переноса состоит в том, что можно заниматься концентрированной самопроверкой, иногда к тому же в присутствии внимательного интеллекта терапевта, — но оба варианта возможны, по меньшей мере, в таком же чистом виде, без опоры на невроз переноса.

Будут ли внесены изменения в основную теорию переноса? Можно ли достичь баланса посредством корректирующей критики? Вряд ли. Подобный «баланс» — лишь временная уступка. Сама теория не допускает такого баланса. Она слишком тяжеловесна (почти категорична — «всё или ничего»), поскольку ее логика не может быть подвергнута сомнению. Что касается ее основного постулата, то он слишком хорошо защищен. Для обществственности это высокая мода и массовая культура, занимательное отвлечение; для профессионала это традиция, удобство, защита, привычный инструментарий, открытая истина и привычное мышление.

---

<sup>19</sup> Без сомнения, невроз переноса — болезнь, намеренно изобретенная для пользы терапии. Возможно, это есть часть того, что подразумевается утверждением, что «психоанализ — болезнь, которую он же и пытается вылечить».

Насколько сильна привычка к подобному образу мысли, проиллюстрируем случаем, описанным в исследовании опытного и сочувствующего журналиста, Дж. Малкольма, под названием «Проблема в Архивах» [1983]. Он рассказывает о терапевтическом случае, в котором «Эйслер дал поразительный пример<sup>20</sup> свободы от самооправдания» [с. 132]. «Он лечил богатую пожилую даму в течение нескольких лет незадолго до ее смерти и был настолько эффективен, что в благодарность она изменила свое завещание и оставила ему огромное состояние». Он не мог принять его для себя и распорядился о пожертвовании завещанной суммы на благотворительность. Однако «муж родственницы покойной, наследство которого уменьшилось из-за изменения в завещании, формально опротестовал его исполнение. Так случилось, что он был психоаналитиком, и его аргумент состоял в том, что Эйслер оказал «некорректное влияние» на пациентку посредством “бессознательного использования переноса”» [с. 132]. Малкольм пишет: «Эта история завершилась удивительным образом». Поскольку вопрос о наследстве вызвал болезненное затруднение, а первоначально данное событие было воспринято как «жест любви», Эйслер дает ему новое толкование — изменение завещания было «выражением ее ненависти к нему — проявлением отрицательного переноса, который не был выявлен в ходе терапии» [с. 137].

Но здесь могут быть и другие интерпретации. Экспациентка, действительно, могла желать только хорошего, ожидая также, что если он не сможет использовать деньги для себя лично, то во всяком случае сможет выбрать, в соответствии со своими предпочтениями, кому именно их пожертвовать. С другой стороны, возможно, она развлекалась, предвосхищая, как умно она может ранить и своего аналитика, и своих родственников собственным решением. Остаются еще два наблюдения. Во-первых, ее даже после смерти рассматривали как психиатрическую пациентку, следовательно, частично или полностью невменяемую. Она не могла распоряжаться своими деньгами, потому что (а) здравость ее решений вызывала подозрения, (б) то, чем она должна была распорядиться, являлось значимыми ценностями для других людей, и (с) это не удовлетворяло тех, кто призывал к ответу за происходящее или был призван к ответу в соответствии с теорией переноса. Во-вторых, страдает (не без компенсации) все, *кроме* понятия переноса. Мож-

---

<sup>20</sup> Курт Эйслер — видная фигура в психоаналитическом движении; его коллега сказал о нем: «Эйслер непривлекателен и знает это» [Малкольм, «Нью-Йоркер» 5 декабря 1983, р. 152]. И все же, возможно, он мог понравиться пациенту, и справедливо: по причине его понимающего поведения, — с оговорками «когда, если, и поскольку».

но было бы думать, что то, что было рождено в связи с определенными затруднениями, могло бы теперь и умереть от связанных с этим затруднений. Но нет — и в этом состоит его очарование! — оно просто меняет свой цвет, никогда не подвергается серьезному сомнению, получая лишь подтверждения.

### **Заключение**

Я предложил краткое изложение контртеории — не в качестве дополнения или повторения, как в случае «переноса и контрпереноса», но в том смысле, что «контр-» означает противоположное, альтернативу. Если перенос — это теория, то что будет являться контртеорией? Личность и ситуация вокруг в данный момент, *ответственность терапевта за две основополагающие вещи, понимание и непонимание*, — вот что является причиной любви, ненависти и связанных с ними аффектов. Это поведение и составляющие ситуации (а потому именно они должны быть учтены в первую очередь), а также личность терапевта могут дать целостную картину того, что сейчас объясняется переносом.

Причину того феномена, который называют «переносом», составляет сила понимания. Такое утверждение не должно скрыть от нас тот факт, что именно понимание (не перенос, не перенос любви и не любовь сама по себе) лечит. Понимание способствует исцелению и росту; непонимание оказывает травмирующее и разрушающее воздействие.

Утверждение, что «понимание исцеляет», не делает его исключительной собственностью клиентцентрированной терапии. Это далеко не так. В клиентцентрированной терапии есть постоянная тема, фокусом которой является понимание: ранее речь шла о методе поиска подтверждения от клиента; позднее — о фокусировке на эмпатии (как форме понимания и даже способа «быть») и о том, как такого понимания лучше достичь. В этом состоит основной акцент клиентцентрированной терапии, но не претензия на собственность.

Акцент на понимании сделан именно в финальной части — чтобы показать, что, хотя любовь и является благословением, одной любви недостаточно. В конечном счете, мы пытаемся рассматривать не любовь в контексте переноса и не любовь вообще, а любовь в контексте лечения. Даже романтическая любовь («влюбленность» или желание) дает обещание и надежду на понимание в будущем (которое будет или не будет достигнуто). «Влюбленность» часто предполагает наличие понимания, даже если в реальности его нет. Если любовь есть, то она

составляет саму среду и следствие понимания. Хотя эти два понятия крепко взаимосвязаны, любовь не излечивает. Исцеляет понимание. Оно также позволяет почувствовать себя любимым или поддержать ту любовь, которая уже возникла, однако сила исцеления состоит именно в понимании.

Знание этого не делает терапевтическую работу хоть сколько-нибудь легкой. Однако оно помогает разделить терапию и всю остальную жизнь. Кажется, что мы можем вполне хорошо любить и принимать любовь, не прикладывая усилий (иногда почти поглощающих усилий), чтобы попытаться полностью понять. В этом и состоит различие между настоящей жизнью в обычных отношениях и настоящей жизнью в терапии. Если объединение того и другого происходит, то это прекрасно; если же нет, то своя польза может быть в каждой из них в отдельности.

Вывод, что любовь не способна лечить, возможно, многих разочарует. Роль целителя — благодетеля, раздающего любовь, — привлекает. Терапевты и представители других профессий находят эту роль весьма приятной. Но это не так. «Целитель» получает благодарности за процесс, врожденно присутствующий в организме, если ему удастся его запустить, а любовь становится терапевтической и приносящей пользу, если она выражается через понимание. Акт понимания может быть самым трудным из всех задач, которые мы себе ставили самостоятельно, — казалось бы, обычная мирская «обслуживающая роль», но в ней требуются настолько высокие качества интеллекта и чувствительности, что лишь немногих людей можно признать одаренными этой способностью. Но даже и не в этом состоит окончательная причина исцеления. Только сам клиент может почувствовать себя понятым. Только почувствовав себя понятым другим, клиент может начать понимать себя сам: в этом заключается источник подтверждения понимания.

Осознание того, что именно понимание способствует исцелению, подводит нас к оставшейся неразрешенной проблеме психологии и психотерапии: мы не знаем тех механизмов, благодаря которым осуществляется продвижение, или даже просто механизмов понимания. Это знание не может быть взято из такой теории, как теория переноса, которая была контрольно-пропускным пунктом и указателем неправильного направления в течение почти столетия. Это знание не может быть взято ни в одной из существующих школ психотерапии; скорее, его стоит искать в более нейтральных областях, таких как познавательная, социальная психология, психология развития или нейронауки, для окончательного утверждения новой теории и практики.

*Перевод З. Зимелевой, И. Постникова*



## ЛИТЕРАТУРА

- Breuer J. & Freud S. 1957. *Studies on hysteria*. New York: Basic Books.
- Epstein L. & Feiner A. 1974. *Countertransference*. New York: Aronson.
- Fenichel O. 1941. *Problems of psychoanalytic technique*. Albany, NY: Psychoanalytic Quarterly, Inc.
- Freeman L. 1972. *The story of Anna O*. New York: Walker.
- Freud A. 1946. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. International University Press, Inc., New York.
- Freud S. 1910. The future prospects of psychoanalytic theory. In J. Strachey (Ed. and trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol. 7, p. 3—122. London: Hogarth.
- Freud S. 1923. *The ego and the id*. London: Hogarth.
- Freud S. 1927. *The problem of lay analysis*. New York: Brentano.
- Freud S. 1935. *A general introduction to psychoanalysis*. Vol. 1. New York: Liveright.
- Freud S. 1948. *An autobiographical study*. London: Hogarth.
- Freud S. 1959. *Collected papers*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Jones E. 1953. *The life and work of Sigmund Freud*. Vol. 1. New York: Basic Books.
- Jones E. 1953. *The life and work of Sigmund Freud*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Kemper T. 1978. *A social interactional theory of emotions*. New York: Wiley.
- Macalpine I. 1950. *The development of the transference*. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 501—539.
- Masson J. (Ed.) 1985. *The complete letters of S. Freud to W. Fliess 1887—1904*. Cambridge: Belknap-Harvard.
- McGuire W. (Ed.) 1974. *The Freud-Jung Letters*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Malcolm J. December S, 1983. Annals of scholarship. *Trouble in the Archives-I*. The New Yorker. P. 59—152.
- Menninger K. 1958. *The theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.
- Mowrer O.H. (Ed.) 1967. *Morality and mental health*. Chicago, Rand McNally.
- Orr D. 1954. Transference and countertransference: An historical survey. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 621—670.
- Rogers C.R. 1942. *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C.R. 1951. *Clientcentered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C.R. 1954. The case of Mrs. Oak. in C.R. Rogers & R.F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers C.R. 1965. *Three approaches to psychotherapy I*. (film) Psychological Films.
- Roustang F. 1982. *Dire mastery*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Shlien J.M. 1963. Erotic feelings in psychotherapy relationships: Origins, influences, and resolutions. *Paper presented at Annual Meeting of the American Psychological Association*, Philadelphia.
- Van Kaam A. 1959. Phenomenal analysis: exemplified by a study of the experience of «really feeling understood.» *Journal of Individual Psychology*. 15, 66—72.
- Waelder R. 1956. Introduction to the discussion on problems of transference. *International Journal of Psychoanalysis*. 37, 369—384.

## A COUNTER-THEORY OF TRANSFERENCE

JOHN M. SHLIEN

The article presents a sharp and debatable vision of the traditional concepts of psychotherapy: transference and countertransference and the problem field, which they come from. The author, J. M. Shlien — a follower and colleague of Karl Rogers — offers his reconstruction of the history of ideas about transference and proposes a new theory to explain the specific phenomena in relations between the therapist and the client which were once discovered by S. Freud. J. M. Shlien is a wellknown psychologist, has worked in the Harvard University for many years, he is an author of many influential books on counseling psychology.

**Keywords:** transference, countertransference, psychoanalysis, client-centered psychotherapy, «original experience».

- Breuer J. & Freud S. 1957. *Studies on hysteria*. New York: Basic Books.
- Epstein L. & Feiner A. 1974. *Countertransference*. New York: Aronson.
- Fenichel O. 1941. *Problems of psychoanalytic technique*. Albany, NY: Psychoanalytic Quarterly, Inc.
- Freeman L. 1972. *The story of Anna O*. New York: Walker.
- Freud A. 1946. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. International University Press, Inc., New York.
- Freud S. 1910. The future prospects of psychoanalytic theory. In J. Strachey (Ed. and trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol. 7, p. 3—122. London: Hogarth.
- Freud S. 1923. *The ego and the id*. London: Hogarth.
- Freud S. 1927. *The problem of lay analysis*. New York: Brentano.
- Freud S. 1935. *A general introduction to psychoanalysis*. Vol. 1. New York: Liveright.
- Freud S. 1948. *An autobiographical study*. London: Hogarth.
- Freud S. 1959. *Collected papers*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Jones E. 1953. *The life and work of Sigmund Freud*. Vol. 1. New York: Basic Books.
- Jones E. 1953. *The life and work of Sigmund Freud*. Vol. 3. New York: Basic Books.
- Kemper T. 1978. *A social interactional theory of emotions*. New York: Wiley.
- Macalpine I. 1950. *The development of the transference*. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 501—539.
- Masson J. (Ed.) 1985. *The complete letters of S. Freud to W. Fliess 1887—1904*. Cambridge: Belknap-Harvard.
- McGuire W. (Ed.) 1974. *The Freud-Jung Letters*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Malcolm J. December S, 1983. *Annals of scholarship. Trouble in the Archives-I*. The New Yorker. P. 59—152.

- Menninger K. 1958. *The theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books.
- Mowrer O.H. (Ed.) 1967. *Morality and mental health*. Chicago, Rand McNally.
- Orr D. 1954. Transference and countertransference: An historical survey. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 621—670.
- Rogers C.R. 1942. *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C.R. 1951. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C.R. 1954. The case of Mrs. Oak. in C.R. Rogers & R.F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers C.R. 1965. *Three approaches to psychotherapy 1*. (film) Psychological Films.
- Roustang F. 1982. *Dire mastery*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Shlien J.M. 1963. Erotic feelings in psychotherapy relationships: Origins, influences, and resolutions. *Paper presented at Annual Meeting of the American Psychological Association*, Philadelphia.
- Van Kaam A. 1959. Phenomenal analysis: exemplified by a study of the experience of «really feeling understood.» *Journal of Individual Psychology*. 15, 66—72.
- Waelder R. 1956. Introduction to the discussion on problems of transference. *International Journal of Psychoanalysis*. 37, 369—384.

# КУЛЬТУРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ<sup>1</sup>

Г. БЕЙТСОН

Настоящая статья представляет собой конспект лекции 1958 года и содержит совместные гипотезы группы по изучению шизофренической коммуникации, в которую входили Грегори Бейтсон, Джей Хейли, Джон Уикленд, доктор медицины Дон Д. Джексон и доктор медицины Уильям Фрай. Излагается подход с точки зрения стабильного состояния системы и механизмов его поддержания и вводится понятие даблбайнда как дилеммы самосохранения системы при угрозах и извне, и изнутри. Применяя этот подход к семье с пациентом-шизофреником, Г. Бейтсон указывает на такие угрозы, порождаемые межличностными взаимодействиями, и их следствия для пациента и его окружения. Обсуждается методологическое значение представленного подхода для широкого спектра социальных наук.

**Ключевые слова:** шизофрения, гомеостаз, Грегори Бейтсон, системный подход.

## Стабильное состояние с точки зрения антропологии и психиатрии

Сразу после Второй мировой войны произошли существенные сдвиги всей теоретической структуры наук о поведении. Именно в эти годы кибернетика, теория информации и теория игр предоставили нам

---

<sup>1</sup> Bateson G., «Cultural Problems Posed by a Study of Schizophrenic Process» // Schizophrenia: An Integrated Approach, ed. Alfred Auerback, 1959. Эта лекция была прочитана на Симпозиуме по вопросам шизофрении, организованном Гавайским филиалом Американской психиатрической ассоциации, Сан-Франциско, 1958.

Проект финансировался Фондом Джосайи Мейси, управлялся Факультетом антропологии Стэндфордского университета и осуществлялся в госпитале Управления по делам ветеранов, Пало-Альто, Калифорния.

совершенно новые и гораздо более строгие модели для размышлений о социальных и межличностных процессах. Довольно грубые концепции *равновесия*, которые мы разрабатывали до войны, были замещены более строгими и более гибкими идеями, связанными с понятием *стабильного состояния*, которые следует использовать применительно к тем видам равновесия, которые поддерживаются гомеостатическими механизмами.

Вот пример таких перемен: полевые исследования в сообществах Новой Гвинеи демонстрируют нам работу двух процессов. С одной стороны, наблюдаются различные виды симметричного соперничества между индивидуумами и группами. Очевидно, что такие серии состязательных взаимодействий могут прогрессировать и в конечном счете становиться патогенными. Если состязательное поведение (индивидуума или группы) *A* провоцирует к состязанию соответствующую единицу *B* и наоборот, то система должна идти к разрушению, если только не возникает некоторый корректирующий феномен. С другой стороны, второй наблюдающийся процесс включает комплементарные мотивы (например, доминирование — подчинение, демонстрация — рассматривание, оберегание — зависимость), где поведение *B* согласуется, но не совпадает с поведением *A*.

Более того, оказывается, что эти комплементарные мотивы служат своего рода психологическими инверсиями симметричных мотивов. Если *A* и *B* находятся в симметричных отношениях, и *A* в некотором психологическом аспекте опережает *B*, то *B* будет отвечать попытками нагнать *A*. Если же *A* и *B* находятся в комплементарных отношениях и *B* отстал, он будет продолжать отставать. Можно сказать по-другому: в симметричных отношениях стимулом для агрессии *A* является сила *B*, тогда как в комплементарных отношениях *A* проявляет агрессию при виде слабости *B*.

Этот психологический контраст между двумя мотивами человеческих взаимоотношений дал начало гипотезе, объясняющей тот факт, что в культуре, где высоко развиты оба мотива, ни один мотив не может достичь интенсивности, разрушительной для системы. Гипотеза заключалась в том, что культура поддерживает психологическое равновесие посредством балансировки этих двух противоположных процессов, любой из которых сам по себе привел бы к ее разрушению. Однако никак не удавалось объяснить, как получается, что две этих тенденции имеют равную силу.

Когда данные были пересмотрены с точки зрения теории стабильного состояния, стало очевидно, что для баланса этих двух противоположных тенденций не требуется их простое совпадение. Дело в том,

что чрезмерное симметричное поведение активизирует ритуалы, акцентирующие комплементарность, и наоборот.

Подробный анализ подобного явления был опубликован [Bateson, 1936, 1958]. Здесь нам достаточно представить две идеи, связанные с концепцией *стабильного состояния*: 1) прогрессирующие изменения в любом направлении должны неизбежно разрушить существующее положение дел; 2) система, возможно, содержит гомеостатические петли (они же петли обратной связи), которые ограничивают или перенаправляют эти процессы, в противном случае разрушительные.

Разумеется, не все стабильные состояния желательны, и не все необратимые изменения нежелательны. Если у вас создалось подобное впечатление, то только потому, что картина была намеренно сильно упрощена за счет исключения больших гештальтов или контекстов, и особенно тех, которые включают длительные периоды времени. Гомеостаз новогвинейской культуры, которая была здесь кратко проанализирована, в равной степени способен удерживать эту культуру от адаптивных изменений к условиям двадцатого века. Стабильное состояние, которое, с одной стороны, столь прекрасно сбалансировано, в более широком контексте может привести к гибели системы. Нормы культуры могут быть таковы, что в длительной перспективе она не сможет ужиться с соседями, или не сможет существовать в более широкой структуре окружающей индустриальной цивилизации. В таком случае приходится заключить, что с точки зрения этих более широких обстоятельств гомеостаз нежелателен.

Вот конкретная иллюстрация: существующие на Новой Гвинее ритуалы комплементарного поведения, корректирующие чрезмерное симметричное соперничество, включают сексуальный трансвестизм. Вполне возможно, что эти ритуалы могут быть запрещены миссионерами или западным правительством. В подобном случае подчинение правительству означает риск внутреннего разрушения.

Этот общий теоретический подход непосредственно применим к проблемам шизофрении. Мы только что показали, каким образом культура может попасть в «даблбайнд» (*double bind*). С точки зрения культуры, она стоит либо перед внешним уничтожением, либо перед внутренним разрушением. Дилемма построена так, что становится дилеммой *само-*сохранения в самом буквальном смысле. Препятствие «Я» (*self*) не может выжить ни при каких обстоятельствах. Любой выбор сулит либо уничтожение со стороны окружающей среды, либо муки внутреннего разрушения. Даже если культура делает выбор в пользу внешней адаптации и совершает подвиг необходимой внутренней метаморфозы, то, что выживет, будет уже другим «Я».

Это краткое описание персонифицированной культурной системы показывает механизм разрушительного воздействия даблбайнда на самоидентичность.

### **Стабильное состояние семьи шизофреника**

Дадим краткое формальное описание того вида взаимодействий, который, как мы обнаружили, характерен для образа жизни семей, содержащих шизофренических или околошизофренических индивидуумов. В первую очередь, как характерную черту надо отметить очень жесткую стабильность, которую Джексон назвал *гомеостаз* [Jackson, 1957]. Пока мы не можем сказать, какие именно переменные запускают корректирующие процессы этого гомеостаза, однако поведение системы как целого оправдывает использование этого слова. Если у идентифицированного пациента происходит улучшение, мы можем наблюдать множество видов скрытого давления, направленных на продление его болезни. Вместе с тем, хорошо известно много случаев, когда по мере выздоровления пациента некоторый другой член семьи начинает выказывать симптомы психиатрического стресса. Из этого следует, что гомеостаз этих семей организован не просто вокруг состояния инвалидности конкретного идентифицированного пациента. Создается впечатление, что те переменные, постоянство которых должно поддерживаться любой ценой, имеют более абстрактную и тайную природу. Дело не в том, что надо любой ценой удерживать идентифицированного пациента в состоянии помутнения рассудка. Скорее кажется, что пациент сам является соучастником и даже добровольной жертвой семейного гомеостаза. Если он перестает играть эту роль, есть вероятность, что некоторый другой член семьи примет эту роль вместо него. Как и многие другие сложные гомеостатические системы, патогенная семья способна восстановить потерянную часть подобно тритону, регенерирующему потерянную конечность.

Этот тип феноменов, конечно, хорошо известен в более широкой сфере наук о коллективном поведении [Redl, 1959], где подробно обсуждаются характеристики регенеративных процессов в детских группах, а также приводятся аналогичные примеры из области поведения животных, включая сообщества муравьев и пчел. Однако их природа и механизмы в целом малопонятны, кроме тех случаев, когда для регенеративных процессов имеются установленные процедуры. Мы кое-что знаем о том, как комитет регенерирует нового председателя взамен утраченного, но мы фактически ничего не знаем о процессе, который на-

чинается, когда тот же комитет теряет члена, который на заседаниях незаметно выполнял определенные каталитические функции. Иногда какой-то другой, ранее неактивный член «спонтанно» берет эти функции на себя.

Аналогичные феномены встречаются во многих биологических системах. Если, например, отрезать у новогодней елки верхушечный побег, *одна* из веток первого яруса под срезом выгнется вверх и заменит утраченную верхушку. Затем эта ветка потеряет свою прежнюю зеркальную симметрию и станет радиально симметричной как любой верхушечный побег. Такие системы лучше всего рассматривать как своего рода соревновательные. Различные индивидуумы, из которых состоит система (в данном случае ветки), находятся в таких отношениях, что в результате их взаимодействия кто-то всегда оказывается либо «победителем», либо «побежденным». Затем этот индивидуум специализируется на функциях этой роли и, выполняя эти функции, активно блокирует занятие данной специализированной роли другими индивидуумами.

Мы говорим об «идентифицированном» пациенте, а также о замещении этого индивидуума кем-то другим, однако иногда бывает трудно соблюсти деликатность и идентифицировать одного члена подобной семьи как более больного по сравнению с остальными. Если определить шизофрению не с точки зрения способности ладить с внешним миром, а более формально, с точки зрения искажения коммуникации, мы получим картину из трех или четырех индивидуумов, каждый из которых имеет искаженную манеру коммуникации, однако вписан в семейную субкультуру как ее дифференцированный член<sup>2</sup>. Несомненно, эта патогенная субкультура является идиосинкразической и аномальной по отношению к прочим семейным субкультурам в сообществе, однако проблема гомеостаза у данной семьи вряд ли фундаментально отличается от проблем культурного гомеостаза в целом.

Члены патогенной семьи имеют определенное распределение ролей и образуют взаимодействующую и самоподдерживающуюся систему, внутри которой едва ли возможно указать на одного члена как на причину характеристик системы в целом. И действительно, чтобы назначить того или иного члена такого клубка на роль ответственного или виновного, нужно ответить на вопрос «Кто здесь самый больной?» Болезнь идентифицированного пациента наиболее очевидна,

---

<sup>2</sup> В связи с изучением различий субкультур нормальных семей Г. Бейтсон и У. Киз (Kees) сняли фильм «Коммуникация и взаимодействие на примере трех семей».



однако и сама семейная система выглядит странно, и странность можно отнести не столько к индивидуумам, сколько к предпосылкам, управляющим распределением их ролей.

Мы имеем дело с ситуацией, когда гомеостатические механизмы допускают изменения лишь в узко очерченной зоне. Фактически во многих случаях дело выглядит так, словно шизофреногенная семья может быть *стабильна* (т.е. в своих изменениях не выходить за узкие границы) только в присутствии *reductio ad absurdum* той философии, на которой основывается распределение ролей ее членов. И эта функция выполняется идентифицированным пациентом.

Что можно сказать о философии человеческих взаимоотношений, которая жизнеспособна только в присутствии собственной опровергающей антитезы?

Идея отнюдь не нова. Например, мы знаем, что для поддержания философии полицейского государства необходимо наличие явных преступников. Если же их нет или такое государство не может выявить настоящих преступников, оно фокусирует свое внимание на невинных козлах отпущения. Иногда даже *миф* о подрывной деятельности может помочь стабилизировать подобную философскую систему.

Как говорил Уильям Блейк: «Тюрьмы построены из камней Закона, бордели — из кирпичей Религии»<sup>3</sup>. Показательно, что полицейское государство, приведенное здесь как пример социологической системы, философия которой стабильна только в присутствии собственной антитезы, и в самом деле является системой, стимулирующей параноидальные и другие шизофренические симптомы у своих членов.

Также важно отметить, что эта философская система, несмотря на свою безжалостность, настойчиво демонстрирует показную доброжелательность и даже может называть себя «государством социальной защищенности».

Все это, однако, только аналогии и поэтические образы. В первую очередь от антропологов требуется общая теория семейного гомеостаза. Несомненно, это будет абстрактная теоретическая модель, полученная дедукцией из некоторого набора аксиом. Вероятно, она многим будет обязана современной теории игр и не в меньшей степени последним достижениям генетики и эмбриологии. Антропологи и другие ученые уже начали работать над этой и связанными проблемами [Bavelas, 1959; Romney, 1956; Von Neumann & Morgenstern, 1955; Waddington, 1957], однако пройдет еще несколько лет, прежде чем они смогут нам помочь.

---

<sup>3</sup> «Prisons are built with stones of Law, brothels with bricks of Religion».

Пока же нам придется сосредоточить свои размышления о семейных субкультурах на более узкой области патогенной семьи.

### Семейная система глазами двух индивидуумов

Ниже будет приведена комбинированная картина взаимодействий в таких семьях, взятая из наших съемок поведения подобных семей и терапевтических эпизодов. Шизофреническая коммуникация идентифицированного пациента соответствует тому, как он воспринимает происходящее между ним и другими членами семьи. Он «видит», что его постоянно помещают в контексты определенного рода, и нужно сказать честно, что в каждый данный момент этот контекст отчасти детерминирован его собственным предшествующим поведением. Другие члены семьи действуют и общаются таким образом, что усиливают у пациента такое восприятие и вытекающее из него поведение. Однако так же, как и он, они действуют соответственно контекстам, как они их воспринимают; при этом текущие контексты отчасти определяются их собственными предшествующими действиями. С точки зрения пациента, контексты имеют следующую формальную структуру: родитель, которого он одновременно напряженно любит и ненавидит, передает сигналы несочетаемой (*incongruent*) природы. Эта несочетаемость, возможно, наиболее очевидна, когда первая часть поведенческого акта родителя предшествует действию пациента, а вторая часть следует за ним. Например, родитель предлагает пациенту смело высказать свое мнение, а когда мнение высказано, обесценивает его как проявление черствости, предательства, неподчинения и т.д. Характерно, что первая часть поведенческого акта родителя кажется основанной на определенной модальности или философии межличностных отношений, тогда как вторая часть выглядит как опровержение и подмена этой модальности. Например, первая часть может быть шуточной (или серьезной). Пациент отвечает в соответствии с этой модальностью, и обнаруживает, что модальность переключилась. Предварительная стадия шутовства или серьезности была только ловушкой, предшествующей издевательствам.

С точки зрения пациента, ситуация, когда его ответ зажат между этими двумя модальностями, разрушительна для его личности. Его «Я» уничтожается в том же смысле, в каком в вышеприведенном примере разрушается «Я» (*self*) культуры, встретившейся с даблбайндом. То «Я», которое приняло родительский сигнал за чистую монету и дало соответствующий ответ, должно быть пересмотрено в пользу другого «Я», когда этот ответ принимается родителем не так, как его видит отправитель.

Если аудитория смеется в ответ на слова, которые я считаю серьезными, то может возникнуть искушение вообразить себя юмористом, но это представление о себе можно позднее и разрушить подобным же способом. Если данная группа не является патогенной, у меня должен быть шанс на стабилизацию в некотором непротиворечивом представлении о себе. Если же группа патогенна, она никогда не допустит этой стабилизации, — а я, в свою очередь, и не дам группе такой возможности.

Следует упомянуть и некоторые другие особенности такого контекста. С точки зрения идентифицированного пациента, имеется абсолютный запрет (действительный или кажущийся) на любое открытое привлечение внимания к родительской неконгруэнтности. Ранее говорилось, что пациент «видит» себя как бы в зажиме (*bind*), однако нужно уточнить, что запрет на комментирование ситуации может быть столь силен, что приводит к вытеснению самого восприятия зажима. Ни родитель, ни пациент не смогли бы действовать, вполне осознавая неконгруэнтность.

Также имеется запрет на бегство с поля действий, а также дополнительное требование родителя на реакцию со стороны пациента. Не допускается ни молчание, ни безразличие. Все эти запреты взаимосвязаны. И действительно, убежать с поля действий или проявить «пофигизм» — значит указать пальцем на неконгруэнтность.

### Типичное шизофреническое сообщение

Понятно, что при подобных обстоятельствах любой человек будет защищать себя, отправляя такие сообщения, которые нельзя извратить. Типичный способ — это удаление из сообщения всего явного или подразумеваемого метакоммуникативного материала. Если вы возьмете телеграфный бланк, вы увидите поле для текстовой части сообщения, а также несколько других полей для данных, маркирующих этот текст, т.е. классифицирующих его по таким категориям, как «адресат», «отправитель», «время», «место», «срочность», «используемые коды» и т.д. В духе этой аналогии, шизофреник опустит или исказит все подобные данные, составляющие процессуальную часть его сообщения. Кроме того, он исказит и сам текст именно в тех пунктах, из которых можно сделать выводы процессуального или метакоммуникативного характера. Например, он будет избегать местоимений, а также любых указаний на возможный тип отношений между собой и тем, к кому он обращается. Он будет фальсифицировать приоритет своих высказываний, приписыва-

вая высокую важность сравнительно банальным сообщениям или отрицая важность сообщений, которые для него жизненно важны. Помимо этого, он может кодировать сообщение в метафорическую форму без указаний об использовании такого кода. Может быть даже наложен второй метафорический код поверх первого. И наконец, столь искаженное сообщение может быть выдано за объективное высказывание, касающееся какого-то другого реального предмета. Помимо этого, шизофреник может взять какое-то простое сообщение и сделать очень небольшие изменения, достаточные, однако, чтобы он мог тайно считать, что это *не его* сообщение. Например, он может назвать себя У. Эдвард Джонс, тогда, как его настоящее имя — Эдвард У. Джонс, как ребенок, который скрещивает пальцы за спиной, когда лжет.

Однако идентифицированный шизофреник может не только защищаться, но и нападать. Он может сделать попытку поменяться ролями с родителем, отвечая так, словно исходное сообщение родителя не таково, каким его видит родитель. Он может пытаться наложить на родителя запреты, окружающие даблбайнд: запрет на комментирование неконгруэнтности, запрет на уход с поля действий. Он может требовать реакции.

Как защита, так и нападение — это разумное поведение в том смысле, что его легко понять, если посмотреть на обстоятельства глазами шизофреника. Однако он выходит за рамки разумного, когда применяет эти коммуникативные трюки в ситуациях, которые обычный человек — язык не поворачивается сказать «нормальный» — не воспринял бы так, как их воспринимает шизофреник.

Здесь мы не станем отвлекаться на детальное обсуждение теории обучения [Bateson, 1942; Harlow, 1949; Ruesh & Bateson, 1951]. Мы ограничимся утверждением, что повторяющееся переживание взаимоподкрепляющих контекстов, которые (несмотря на возможные вариации содержания) постоянно имеют один и тот же формальный паттерн, обучит ожидать этот формальный паттерн везде. Индивидуум с таким опытом будет ожидать повторения подобных паттернов, и даже будет действовать, словно он окружен такими паттернами. Он будет делать это даже тогда, когда указания на существование таких паттернов минимальны и были бы неразличимы для других людей с другой историей. Например, вся теория переноса во фрейдовском психоанализе зависит от подобных допущений. Предполагается, что реакция пациента на аналитика связана с тем, что последний ведет себя так, как по представлениям пациента (возможно, бессознательным) вел себя его родитель. Другими словами, в присутствии аналитика пациент реагирует так, словно коммуникативное поведение аналитика создает структури-

рованные контексты, подобные тем, в которых пациент обучался есть, ходить, держать под контролем свой сфинктер и т.п.

В свете упомянутого положения теории обучения можно ожидать, что индивидуум, подвергшийся повторяющемуся травмированию даблбайндом, будет действовать так, словно его постоянно окружает этот травматический контекст, даже тогда, когда более нормальные индивидуумы сочтут такое поведение «сумасшедшим».

Оставим пока идентифицированного открыто шизофренического члена семьи, которого я изобразил в противостоянии с «родителем». Вообще говоря, ему придется иметь дело с двумя родителями, и теперь я должен описать семейную систему с их точек зрения.

Один из пациентов, с которым мы много работали, в День матери<sup>4</sup> послал своей матери пошпунную открытку с текстом «Той, что была мне как мать». Делая так, он, конечно, помещал ее в даблбайнд. С ее точки зрения, над любым ее будущим спонтанным материнским проявлением нависла угроза перемаркирования (возможно, незаслуженного) как какой-то театральной игры и лицемерия, не идущего от сердца. Вне зависимости от того, насколько заслуженной была колкость сына, она угрожала «Я» матери. Она немедленно приехала в больницу с открыткой в руке «узнать, что он имел в виду». Проявив исключительное мужество, сын смог сказать, что хотел «слегка ее уколоть», но такого ответа она принять не смогла. Она довела сына до полного замешательства и вынудила у него признание, что это было «сплошное недоразумение» [Haley, 1959].

Этот пример иллюстрирует одну из наиболее разрушительных форм даблбайнда, а именно, нападение на спонтанность или искренность. Она открыто используется родителем, когда идентифицированный пациент делает что-то, что может показаться щедрым или добрым. «Ты сделал это только чтобы понравиться. На самом деле ты этого не *хочешь*», или даже: «Ты сделал это только потому, что я тебя попросила». Верно и обратное: любой врач, имевший дело с явными психотиками, знаком с (часто завуалированным) недоверчиво-агрессивным отношением пациента к мотивам и спонтанности врача. Характерно, что этот вид даблбайнда противопоставляет внутренние процессы разума или души внешнему открытому поведению, что ставит жертву точно в то же положение, которое я рассматривал в связи с новогвинейской культурой: если не принести в жертву внутреннего человека, то внешнее поведение накликает уничтожение.

---

<sup>4</sup> «Mother's Day» — официальный праздник в США и Великобритании, отмечается во второе воскресенье мая. В этот день принято дарить подарки матери и другим женщинам — членам семьи (*Прим. перев.*).

Фактически навязывание даблбайнда — это битва вокруг вопроса, чье «Я» должно быть разрушено. Базовой характеристикой такой семьи, разделяемой всеми вовлеченными членами, является допущение, что в этой битве «Я» уже разрушено или может быть разрушено — а *потому* битва должна продолжаться<sup>5</sup>. Как писал Льюис Кэрролл: «Раз Твиддлум и Твидлди *договорились* драться...»

Однако в изученных нами семьях мы обнаружили почти повсеместное скрытое соглашение родителей отрицать существование подобной борьбы. Идентифицированный пациент может знать о борьбе, но не смеет о ней упоминать. В конце концов, семья не пребывает в изоляции. Она — часть большего сообщества и имеет разнообразные внешние контакты, что держит «психически здоровых» членов семьи в постоянной тревоге. Один пациент точно выразил суть дела, когда я спросил его, чего больше всего боится его мать. Он ответил «неослабительная бдительность»<sup>6</sup>, искусно соединив в едином неологизме как ее направленный вовне страх потери престижа в глазах соседей в случае ослабления контроля над своей физиологией, так и ее внутренний страх перед возможной реакцией своего кишечника в ответ на попытки его контролировать.

Роль отца в целом кажется менее героической, чем роли пациента или матери. Когда сталкиваешься с подобной семьей, сразу возникает импульс как-то подстегнуть отца, чтобы он встал и разобрался с глубоким лицемерием и жестокостью, которыми он окружен. Возможно, это правильный импульс. Я пока не знаю.

Как бы то ни было, такой отец действует как еще один фактор удержания узких границ семейного гомеостаза. Его поведение в отношении идентифицированного пациента может варьироваться от пассивного согласия с мероприятиями матери — каковые мероприятия она обычно практикует и на нем — до активного участия в конструировании травматических контекстов для пациента. Он может поддерживать требование, чтобы пациент не покидал поля действий и реагировал. Он может активно высмеивать пациента, еще более снижая его уверенность в себе. Также возможно (хотя здесь у нас мало данных), что отец может способствовать созданию даблбайндов, делая замечания, звучащие контрапунктом к сообщениям матери, так что идентифицирован-

---

<sup>5</sup> По вопросу математического анализа условий гомеостатического баланса при гонке вооружений см.: [Richardson, 1939].

<sup>6</sup> В оригинале: «*apperiential securities*», т.е. речь идет о «мерах безопасности», связанных как с «*appearance*» — внешним видом, так и с «*aperient*» — слабительным (*Прим. перев.*).

ный пациент иногда зажат не между двумя высказываниями матери, а между одним высказыванием матери и другим высказыванием отца.

В одном известном нам случае мать отругала своего шестнадцатилетнего сына-психотика, когда тот назвал свою трехлетнюю сестру «мальчиком». Отец присоединился к ней и запретил сыну так говорить, но она повернулась и велела отцу заткнуться — она с этим разберется. Если бы пациент послушал своего отца, даже если отец только повторил слова матери, он поступил бы против воли матери.

Что касается примыкающего сюда вопроса о конфликте между отцом и матерью, результаты ясны: *завуалированный* конфликт дает тенденцию к усилению психотических симптомов идентифицированного пациента, тогда как переход конфликта в открытую форму дает тенденцию к уменьшению этих симптомов. Это же общее правило, как кажется, применимо и к властным фигурам, замещающим родителей, например, врачам и медперсоналу [Stanton, Schwartz, 1954].

Нет сомнений, что сокрытие конфликта создает для идентифицированного пациента сообщение, возможно даже приказ: не комментировать разногласий. Этого может быть достаточно, чтобы индуцировать у него то поведение, которое он научился проявлять в контекстах даблбайндов. Вопрос еще не вполне ясен, и сокрытие конфликта родителей может в равной степени быть для ребенка разрушительным требованием самоконтроля. Весьма интересно, что в балинезийских ритуальных спектаклях трансное поведение у молодых мужчин индуцируется *открытым* конфликтом между родительскими фигурами Ведьмы и Дракона [Bateson & Mead, 1942].

## Культурные проблемы

Следующее ниже резюме клинической картины семьи является попыткой поставить ряд вопросов перед антропологами. Приведенный выше краткий очерк, к сожалению, не является ни теорией шизофрении, ни даже теорией коммуникативных аспектов этой патологии. Скорее, это *семейство* подобных теорий. На основании сказанного можно сконструировать широкий спектр различных коммуникативных моделей, любая из которых может оказаться шизофреногенной. Я не пытался выбрать одну из этих альтернатив, а также не пытался давать классификацию возможных объяснительных моделей применительно к семье. Например, мы избегали чрезмерного фокусирования на роли матери в патогенной семье, поскольку в самой теории нет априорных соображений, которые заставили бы нас приписывать этому члену семьи

особое значение. Разумеется, мать имеет особые функции в ходе внутриутробного и младенческого периода жизни. Но это обстоятельство нерелевантно или второстепенно для формальной кибернетической модели. Сущности или индивидуумы, описываемые такой моделью, не являются людьми, и могут быть построены модели шизофреногенных систем, в которых роль, отведенная матери, может быть передана любому другому члену ближнего круга, и даже — это самый интересный случай — эта роль может быть нелокальной и распределенной. Семейная единица как целое может вести себя так, *как будто* содержит члена, чья роль будет совпадать с ролью, отведенной здесь патогенной матери, но может не содержать такого члена в явном виде. Патогенная природа семейной единицы может быть результатом ее характеристик как организационной сети. Если мы видим, что машина ведет себя так, словно содержит (*гомеостатический*. — *Прим. перев.*) регулятор, эта внешняя характеристика машины не дает нам права сказать, что внутри системы действительно находится *локализованный* регулятор. Характерная способность системы к самокоррекции может быть результатом совокупной сетевой структуры.

Что можно в итоге сказать о предложенном выше семействе теорий, каковы общие характеристики членов этого семейства теорий?

1) Теория предполагает наличие трех уровней или трех систем гештальтов: **A**, **B** и **C**, причем **A** есть часть **B**, а **B** есть часть **C**.

2) В этой системе переплетения интересов, сущности **A** способны к внутреннему гомеостазу, сложному обучению и сложной внешней коммуникации между собой. Это — аналоги человеческих индивидуумов.

3) Гештальт под названием **B** состоит из нескольких единиц **A**. Это — аналог семьи. Эта единица также характеризуется внутренним гомеостазом и, возможно, какими-то видами примитивного обучения.

4) Самый большой гештальт **C** — это аналог общества. Он состоит из множества гештальтов **B**. Эта единица также способна к гомеостазу, сложно организована и подвержена изменениям, которые являются социологическими аналогами обучения.

5) Теория патогенного процесса предполагает, что три этих гомеостатических гештальта могут быть взаимосвязаны следующим образом: сущности **A** (индивидуумы) содержат процессы с положительной обратной связью или процессы «регенеративного» типа, т.е. процессы, которые при отсутствии управления приведут к неограниченным однонаправленным изменениям и, следовательно, к разрушению системы **A** как таковой. Однако эти регенеративные процессы ограничиваются наложением гомеостатического управления. (Заметим, что утверждения о внутреннем



функционировании индивидуумов выходят за рамки психологических или антропологических исследований. Мы можем видеть и слышать только внешнюю коммуникацию индивидуума. Внутри «черного ящика» находится физиология.)

6) Единица **B** сконструирована так, что ее стабильность зависит от некоторых процессов, которые идут поперек гомеостатических процессов внутри индивидуума. Эти процессы мешают друг другу. Семья может быть стабильна, только если индивидуум ослабляет то внутреннее управление, от которого зависит его личная стабильность.

7) Аналогично, стабильность системы **B** как части большего сообщества **C** зависит от гомеостатических процессов, которые препятствуют тем процессам, от которых зависит собственная стабильность **B**.

Наши предсказания таковы: в любой подобной совокупной системе единицы уровня **B**, т.е. семьи, будут иметь характеристики, которые мы назвали *шизофреногенными*. Это значит, что взаимная коммуникация ее членов будет размывать, делать нечеткими их индивидуальности, и каждый член такой семьи будет испытывать определенное давление, подталкивающее его к доведению этого размывания индивидуальности до степени гротеска. Такое *reductio ad absurdum* (напоминающее метод «доказательства от противного») и называется *шизофренией*.

И наконец, стабильность семейной единицы повышается, если один из членов семьи становится на путь подобного гротеска и абсурдизации.

С этой обобщенной картиной в руках я хочу обратиться к моим коллегам-антропологам и предложить их вниманию некоторые вопросы:

1) Со времени публикации *Паттернов культуры* Рут Бенедикт [Benedict, 1934] антропологи проделали большую работу, чтобы показать, как в различных культурах происходит формирование характера индивидуума. Они показали, что в целом паттерны воспитания детей и семейные конфигурации, членом которых является ребенок, соответствуют паттернам взрослой жизни в сфере религии, мифологии, приемов ведения войны, технологии, искусства и т.д. Однако всегда акцентировался прямой вопрос: «Как в данной культуре из детей делают типичных членов этой культуры?» Но теперь встает обратный вопрос: «Каким образом предотвращается превращение детей в гиперболизированные версии культурной нормы, в карикатуры на нее?» Мы знаем, что в некоторых культурах время от времени спорадически появляются такие гиперболизации отдельных культурных паттернов. Какие сбои каких предохранительных процессов приводят к этим спорадическим гиперболизациям? И как предотвращается их более частое появление?

2) Первый вопрос поистине служит парадигмой для последующих. Для построения общей теории семьи (в которой патогенная семья будет

частным случаем) нам нужна картография гомеостатических механизмов, определяющих семейную организацию. Каким образом три названные выше гомеостатические системы — индивидум, семья и сообщество — взаимосочетаются так, чтобы избежать конфликта гомеостазов, который в данной теории считается патогенным? Антропологи пока дали на вопрос о гомеостазе лишь половину ответа. Они собрали данные, показывающие, что обучение, формирование индивидуального характера и дифференциация организационных структур являются направленными процессами. Но при этом они не задают обратных вопросов: «Каковы верхние границы развития процесса в данном направлении?», «Ограничивается ли процесс какой-либо корректирующей обратной связью?», «Какие переменные активизируют эту обратную связь?», «Какие “симптомы” индивидуального поведения или характеристик подгруппы служат для включения корректирующего процесса?».

3) Помимо общих вопросов гомеостаза в человеческих сообществах, сказанное о шизофрении ставит несколько более конкретных вопросов. Нет смысла просить антропологов собрать статистику заболеваемости шизофренией в различных культурах, пока это заболевание не определено способом, приемлемым с кросскультурной точки зрения. Мы можем, однако, поставить вопросы о видах семейных патологий, встречающихся в отдельных культурах, изучаемых антропологами. Выше я упоминал весьма заметные отличия семейных субкультур, имеющие место среди семей среднего класса городских районов северной Калифорнии (см. сноску 1). Нам нужны подобные исследования семейных субкультур в предположительно более однородных сообществах дописьменной стадии развития. Такая работа является необходимым предварительным этапом для изучения патологии семейного гомеостаза в различных культурных средах. Только после этого мы сможем задать осмысленные вопросы о специфических ролях отца, матери, супруга, дедушек, бабушек и т.д. в патогенных семьях в конкретной культуре.

Чтобы завершить на более позитивной ноте, заметим, что сказанное выше продемонстрировало обширные области, о которых мы почти ничего не знаем. Однако само то, что сегодня мы можем задавать подобные вопросы, — уже большое достижение. Концептуальные инструменты, позволяющие нам ставить такие вопросы, появились менее двадцати лет назад. Захватывающая работа по исследованию их потенциальных возможностей только началась.

*Перевод: Д.Я. Федотов*

## ЛИТЕРАТУРА

- Bateson G. 1936. *Naven, a Survey of Problems Suggested by a Composite Picture of Culture of a New Guinea Tribe Drawn from Three Points of View*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bateson G. 1942. Comment on Margaret Mead's «The Comparative Study of Culture and the Purposive Cultivation of Democratic Values» // Science, Philosophy and Religion; Second Symposium, NY. Reprinted as: *Social Planning and the Concept of Deutero-Learning // Steps to an Ecology of Mind, 1972* (см. Социальное планирование и концепция вторичного обучения // Бейтсон Г. Шаги в направлении экологии разума. М.: URSS, 2005).
- Bateson G. 1958. *Epilogue 1958, In Naven, 2nd ed.* Stanford, Stanford University Press.
- Bateson G., Mead M. 1942. *Balinese Character: A Photographic Analysis*. NY, NY Academy of Sciences.
- Bavelas Alex. 1959. In «Group Processes». Transactions of the Fourth Conference. NY: Josiah Macy Jr. Foundation.
- Benedict R. 1934. *Patterns of Culture*. Boston.
- Haley Jay D. 1959. The Family of the Schizophrenic: A Model System. *Am. J. Nerv. Ment. Dis.* 129.
- Harlow H.F. 1949. The Formation of Learning Sets. *Psychol. Rev.* 56.
- Jackson Donald D. 1957. The Question of Family Homeostasis. *Psychoanal. Quart.* 31.
- Redl Fritz. 1959. In «Group Process». Transactions of the Fourth Conference. NY, Josiah Macy Foundation.
- Richardson L.F. 1939. Generalized Foreign Politics. *British Journal of Psychology*.
- Romney Kim. 1956. *Structural Analysis of Crosscousin Marriage*. Harvard University.
- Ruesch J., Bateson G. 1951. *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. NY, Norton.
- Stanton A.H., Schwartz M.S. 1954. *The Mental Hospital*. NY, Basic Books.
- Von Neumann J. and Morgenstern O. 1955. *Theory of Games and Economic Behavior*. Rev. ed., Princeton.
- Waddington C.H. 1957. *The Strategy of Genes*. London.

## CULTURAL PROBLEMS POSED BY A STUDY OF SCHIZOPHRENIC PROCESS

### *BATESON GREGORY*

The article represents the abstract of lecture of 1958 which contains the hypotheses by members of Project of schizophrenic communication study which included Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Don D. Jackson and William Fry. The approach of system stable condition and its' mechanism is described and the concept of double bind is explained as a dilemma of self-preservation in situations of both from within and without. Applying this approach to a family with a schizo-

phrenic patient G. Bateson points out the threats which come from his interpersonal relationships and its consequence for the patient and his relatives. Theoretical and methodological issues of this approach for other disciplines in social science are discussed.

**Keywords:** schizophrenia, homeostasis, Gregory Bateson, system approach.

- Bateson G. 1936. *Naven, a Survey of Problems Suggested by a Composite Picture of Culture of a New Guinea Tribe Drawn from Three Points of View*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bateson G. 1942. Comment on Margaret Mead's «The Comparative Study of Culture and the Purposive Cultivation of Democratic Values» // Science, Philosophy and Religion; Second Symposium, NY. Reprinted as: *Social Planning and the Concept of Deutero-Learning // Steps to an Ecology of Mind*, 1972 (см. Социальное планирование и концепция вторичного обучения // Бейтсон Г. Шаги в направлении экологии разума. М.: URSS, 2005).
- Bateson G. 1958. *Epilogue 1958*, In *Naven*, 2nd ed. Stanford, Stanford University Press.
- Bateson G., Mead M. 1942. *Balinese Character: A Photographic Analysis*. NY, NY Academy of Sciences.
- Bavelas Alex. 1959. In «Group Processes». Transactions of the Fourth Conference. NY: Josiah Macy Jr. Foundation.
- Benedict R. 1934. *Patterns of Culture*. Boston.
- Haley Jay D. 1959. The Family of the Schizophrenic: A Model System. *Am. J. Nerv. Ment. Dis.* 129.
- Harlow H.F. 1949. The Formation of Learning Sets. *Psychol. Rev.* 56.
- Jackson Donald D. 1957. The Question of Family Homeostasis. *Psychoanal. Quart.* 31.
- Redl Fritz. 1959. In «Group Process». Transactions of the Fourth Conference. NY, Josiah Macy Foundation.
- Richardson L.F. 1939. Generalized Foreign Politics. *British Journal of Psychology*.
- Romney Kim. 1956. *Structural Analysis of Crosscousin Marriage*. Harvard University.
- Ruesch J., Bateson G. 1951. *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. NY, Norton.
- Stanton A.H., Schwartz M.S. 1954. *The Mental Hospital*. NY, Basic Books.
- Von Neumann J. and Morgenstern O. 1955. *Theory of Games and Economic Behavior*. Rev. ed., Princeton.
- Waddington C.H. 1957. *The Strategy of Genes*. London.

# ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

А.Б. ХОЛМОГорова, О.Д. ПУГОВКИНА,  
С.В. ВОЛИКОВА, Н.Г. ГАРАНЯН, Т.В. ДОВЖЕНКО,  
Г.А. ПЕТРОВА, Т.Ю. ЮДЕЕВА

В статье представлены результаты пилотажного этапа исследования эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра, выполненного в опоре на методологию, сочетающую элементы герменевтической и позитивистской парадигм. Выделены факторы-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность.

**Ключевые слова:** факторы эффективности психотерапии, интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра, многофакторная модель расстройств аффективного спектра.

## 1. Методологическое обоснование исследования

Исследования эффективности психотерапии как метода помощи внесли неоценимый вклад в ее официальное признание как важного ресурса помощи людям в медицине и в других сферах жизни современного общества. Хотя в нашей стране финансирование этих исследований очень ограничено, необходимость их проведения на основе осмысления и обсуждения имеющихся данных не вызывает сомнений.

В настоящее время на Западе, в связи с возросшими требованиями к ответственности специалистов за результаты психотерапии, исследования эффективности начинают играть все большую роль в клинической практике. Проблема столкновения двух враждующих методологий исследования — герменевтической и позитивистской — и необходимость поиска выхода из этого конфликта специально и подробно об-

суждалась нами [Холмогорова, 2009]. Одно из принципиальных разногласий этих подходов связано с представлением о том, как следует организовать процесс психотерапии, чтобы получить надежные данные о его эффективности.

Представители герменевтической парадигмы настаивают на необходимости изучения эффективности психотерапии в естественных условиях ее проведения с неизбежной вариативностью в работе с каждым пациентом. Представители позитивистской парадигмы, напротив, стремятся к унификации процесса психотерапии на основе составления так называемого «протокола лечения». В основе «естественного» процесса психотерапии, по мнению многих исследователей, должны лежать теоретические представления о механизмах патологии и механизмах изменений в рамках изучаемого психотерапевтического подхода. Позитивистски ориентированные исследователи в большей степени направлены на оценку эффективности отдельных техник и приемов в работе с различными расстройствами.

Исследователи находятся в поисках третьего пути, сочетающего принципы доказательности и объективности с теоретически фундаментальным и индивидуально ориентированным подходом к лечению, позволяющим интегрировать все лучшие достижения разных течений и школ. Широко дискутируется роль теоретических представлений, фиксируется размывание границ между подходами и все большее распространение эклектизма в работе психотерапевтов-практиков. Одним из актуальных и многообещающих направлений исследований называется применение методов отслеживания динамики состояния пациента в естественных условиях лечения и модификации терапии в случае, если позитивных изменений не наступает. Подобные исследования уже проводятся и им даже посвящаются специальные выпуски авторитетных журналов<sup>1</sup>. При этом подчеркивается: «Исследования, направленные на обнаружение потенциальной неудачи и способов ее избежать в ходе курса терапии должны выйти на первый план в течение следующего десятилетия» [M.J. Lambert, N.B. Hansen, A.E. Finch, 2001].

На примере лечения расстройств аффективного спектра в качестве третьего пути нами была предложена интегративно ориентированная модель организации процесса психотерапии [Холмогорова, 2006, 2009]. С одной стороны, эта модель синтезирует наиболее весомые, теоретически и эмпирически обоснованные данные о факторах расст-

---

<sup>1</sup> См. например, «Journal of Clinical and Consulting Psychology».

ройств аффективного спектра и задает последовательность задач психотерапии, вытекающую из этих данных, т.е. содержит примерный протокол или план работы психотерапевта с этими расстройствами, основанный на объективных научных данных. С другой стороны, эта модель опирается на принцип составления индивидуальных маршрутов лечения, которые строятся на основе коррекции и конкретизации вышеупомянутого плана в зависимости от изначальной специфики проблем каждого конкретного пациента и хода терапии [Холмогорова, 2006, 2010].

Разработка описанной модели проводилась коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии на протяжении последних 15 лет. Эта многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра включает четыре блока факторов: макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные. На ее основе осуществлен всесторонний анализ имеющихся литературных данных, а также проведены собственные исследования, направленные на выявление системы факторов, способствующих заболеваемости расстройствами аффективного спектра как наиболее распространенных в современном мире.

Анализ психологических и социальных факторов расстройств аффективного спектра на основе многофакторной психосоциальной модели позволяет сделать ряд выводов относительно факторов каждого уровня.

Таблица 1

**Основные результаты исследований психосоциальных факторов расстройств аффективного спектра**

Уровни	Факторы
<b>Макросоциальный уровень</b>  Социально-экономические стрессы и их последствия	• рост числа социально неблагополучных семей и беспрецедентный рост социального сиротства, что приводит к росту числа детей с травматическим опытом, составляющих группу риска по эмоциональному неблагополучию [Bowlby, 1980; Лангмейер, Матейчик, 1984; Ослон, Холмогорова, 2001; Прихожан, Толстых, 2005 и др.];

Уровни	Факторы
<p>Дисфункциональные ценности и стандарты общества</p> <p>Культуральные полоролевые стереотипы</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• культ успеха и совершенства, перфекционистские стандарты учебной подготовки в школах и классах с усложненной программой, несовместимые со здоровьем и возрастными особенностями стандарты внешнего вида, стимулируемые рекламой, коммерческой диетологией и косметологией [Холмогорова, 2006; Воликова, Холмогорова, Галкина, 2006];</li> <li>• культ силы и мужественности у мужчин, связанный с высоким уровнем запрета на выражение чувств и обращением за помощью, риском вторичной алкоголизации и антивиталяного поведения [Меллер-Леймкюллер, 2004].</li> </ul>
<p><b>Семейный уровень</b></p> <p><i>Характеристики семейной системы</i></p> <p><i>Структура</i></p> <p><i>Микродинамика</i></p> <p><i>Макродинамика</i></p> <p><i>Идеология</i></p> <p><i>Стиль детско-родительских отношений</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ряд дисфункций родительской семьи, общих для больных расстройствами аффективного спектра [Воликова, 2006; Холмогорова, 2006];</li> <li>• симбиозы и разобщенность, закрытые границы [Эйдемиллер, Юстицкис, 2000 и др.];</li> <li>• высокий уровень критики, давления и контроля [Parker, 1981, 1993 и др.];</li> <li>• тяжелые болезни и смерти родственников, физическое и сексуальное насилие в семейной истории [Hill, Pickles et al., 2001; Scott, Barker, Eccleston, 1998; Воликова, 2006; Холмогорова, 2006];</li> <li>• перфекционистские стандарты, ценность послушания и успеха, враждебная картина мира [Ким, 1997; Гаранян, 2006; Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2001; Blatt, 1995];</li> <li>• особый стиль детско-родительских отношений [Parker, 1981, 1993]: у депрессивных пациентов «холодный контроль», а тревожных — «эмоциональные тиски».</li> </ul>



Уровни	Факторы
<p><b>Личностный уровень</b></p> <p><i>Тип личности</i></p> <p><i>Личностные черты</i></p> <p><i>Когнитивно-поведенческие стили</i></p> <p><i>Рефлексивная регуляция</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тип личности как фактор уязвимости к расстройствам аффективного спектра, например, типус-меланхоликус, статотимическая личность [Банников, 1999; Thellenbach, 1975; Shimoda, 1941 др.];</li> <li>• дисфункциональные личностные черты, установки и убеждения, такие как перфекционизм и враждебность [Гаранян, 2006];</li> <li>• дисфункциональный аффективно-когнитивный стиль личности [Beck, et al., 1979; Гаранян, 2006], включая различные искажения при переработке информации и дезадаптивные поведенческие стратегии;</li> <li>• нарушения рефлексивной регуляции мышления, эмоций и поведения [Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989].</li> </ul>
<p><b>Интерперсональный уровень</b></p> <p><i>Социальная сеть</i></p> <p><i>Социальная поддержка</i></p> <p><i>Система интерперсональных отношений</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• узкая социальная сеть;</li> <li>• дефицит социальной поддержки [Brugha, 1995; Холмогорова, Гаранян, Петрова, 2003];</li> <li>• различные нарушения системы интерперсональных отношений [Мясищев, 1960].</li> </ul>

Макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра тесно связаны между собой и представляют определенную систему, поэтому необходим их комплексный учет в процессе проведения психотерапии.

Анализ исследований факторов эффективности психотерапии позволил выделить наиболее достоверные и учесть их при планировании исследования. Эти данные были систематизированы нами в рамках трех блоков: 1) факторы, связанные с процессом; 2) факторы, связанные с характеристиками клиента; 3) факторы, связанные с характеристиками терапевта [Холмогорова, Гаранян, Никитина, Пуговкина, 2009]. В данной статье мы в компактной форме укажем только наиболее обоснованные факторы, относительно которых отмечается единодушие у разных исследователей, и которые, в связи с этим, особенно важно учитывать при организации исследования процесса психотерапии.

**Основные результаты исследований эффективности психотерапии расстройств аффективного спектра**

Основные характеристики терапевтической ситуации	Факторы
<p><b>Характеристики процесса</b> <i>Отношения с терапевтом</i></p> <p><i>Временные параметры</i></p> <p><i>Организационные параметры</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• уровень терапевтического альянса;</li> <li>• активизация ресурсов пациента во время сеансов;</li> <li>• переживание позитивного корректирующего опыта во время сеансов;</li> <li>• длительность курса психотерапии (для достижения клинически значимого улучшения более половины пациентов нуждаются в курсе не менее 20 сеансов);</li> <li>• домашние задания (наличие домашних заданий значительно повышает эффективность психотерапии).</li> </ul>
<p><b>Характеристики пациента</b> <i>Социодемографические характеристики</i> <i>Симптоматика и уровень стресса</i></p> <p><i>Личностные характеристики</i></p> <p><i>Характеристики семейных и интерперсональных отношений</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• не оказывают заметного влияния;</li> <li>• наличие коморбидных диагнозов (прежде всего обсессивно-компульсивного личностного расстройства) и хронический характер расстройства оказывают негативное влияние;</li> <li>• нарушение социального и когнитивного функционирования (негативное влияние);</li> <li>• высокий уровень субъективного дистресса (позитивное влияние);</li> <li>• наличие таких личностных черт как выраженные перфекционизм и враждебность (негативное влияние);</li> <li>• надежная привязанность (позитивное влияние);</li> <li>• позитивные ожидания от лечения;</li> <li>• уровень социальной поддержки (наличие системы социальной поддержки и ее позитивная оценка);</li> <li>• reactance — выраженность оппозиционного поведения в ситуациях предписания и уровень сопротивления (чем выше, тем ниже эффективность);</li> <li>• совладающий стиль (способы совладания с проблемными ситуациями).</li> </ul>

Основные характеристики терапевтической ситуации	Факторы
<b>Характеристики терапевта</b> <i>Социодемографические характеристики</i> <i>Профессиональная подготовка</i> <i>Опыт работы</i> <i>Личностные характеристики</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• не имеют существенного значения;</li> <li>• психологи несколько успешнее, чем врачи;</li> <li>• чем больше опыт, тем выше эффективность;</li> <li>• не имеют существенного значения.</li> </ul>

## 2. Характеристика методического комплекса и организации исследования

Процесс психотерапии был организован с опорой на многофакторную психосоциальную модель расстройств аффективного спектра и, соответственно, включал мишени, относящиеся к четырем уровням: культуральному, семейному, личностному, интерперсональному. Для изучения влияния различных факторов на процесс психотерапии нами был разработан методический комплекс, тестирующий разные блоки факторов, роль которых по данным теоретических и эмпирических исследований представлялась особенно важной: психопатологические особенности и уровень стресса у пациента, дисфункциональные личностные черты, семейные и интерперсональные дисфункции.

*Для диагностики симптомов психических расстройств используются следующие инструменты:*

1. Шкала оценки выраженности клинических симптомов Symptomatic Checklist — 90 (SCL-90).
2. Опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory).
3. Опросник тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory).
4. Модифицированная Шкала повседневного стресса [Daily Hassle Scale, DHS-revised, J. Holm, A. Holroyd, 1992]. Шкала позволяет оценить наличие и степень влияния повседневных стрессогенных событий за последний месяц, имевших место в следующих сферах жизни человека: связанный с внутренними конфликтами; финансовыми затруднениями; нехваткой времени; с работой; со средой обитания; семейный стресс; стресс, связанный со здоровьем.
5. Шкала стрессогенных жизненных событий (Life Events Scale, М. Перре). Шкала направлена на выявление стрессогенных жизненных событий, произошедших за последний год в жизни человека, и оценку степени их влияния на жизнь человека.
6. Шкала глобального клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI) — одна из наиболее часто используемых в

клинической практике шкал, позволяющая оценить общее психическое состояние пациента при первичном обращении и в динамике.

**Для диагностики дисфункциональных личностных установок и черт (личностный уровень) используются следующие инструменты:**

1. «Запрет на выражение чувств» [ЗВЧ, Холмогорова, 2006]. ЗВЧ тестирует установки испытуемого по отношению к переживанию и открытому выражению четырех базальных эмоций — печали, гнева, страха и радости.

2. Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. Тестирует 6 параметров перфекционизма: восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); завышенные притязания и требования к себе; высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; поляризованное мышление, чрезмерные требования к другим людям.

3. Проективный тест враждебности Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой. Содержит утверждения, отражающие проявления доминантности, равнодушия, презрения к слабости. Инструкция построена таким образом, чтобы испытуемый обнаружил свои представления о склонности людей проявлять эти формы поведения.

4. Опросник «Большая пятёрка» Л. Голдберга. Оценивает выраженность пяти базисных личностных черт-факторов: нейротизм, открытость опыту, экстраверсию, доброжелательность (кооперативность) и сознательность.

5. Опросник личностных убеждений (Personality Belief Questionnaire). Направлен на выявление дисфункциональных убеждений, затрудняющих адаптацию (эмоциональное благополучие, установление конструктивных отношений с другими людьми и т.п.).

**Для диагностики паттернов семейного функционирования применяется блок следующих инструментов:**

1. Фрайбургский семейный опросник (переведен А.Б. Холмогоровой, апробирован С.В. Волковой, 2006).

Тестирует функционирование актуальной семьи пациента по следующим параметрам: адаптивность, распределение ролей, коммуникации, эмоциональность, автономность, контроль, нормы и ценности, фасадность, сопротивление.

2. Опросник «Стили эмоциональной коммуникации в семье» [А.Б. Холмогорова, 2006]. Направлен на диагностику микродинамики и идеологии родительских семей испытуемых: родительской критики, индуцирования тревоги, элиминирования эмоций в семье, внешнего благополучия, фиксации на негативных переживаниях, индуцирования недоверия к людям, семейного перфекционизма, сверхвключенности.

**Для диагностики интерперсонального функционирования пациентов применяются:**

1. Шкала социального избегания и дистресса [Social avoidance and distress scale, Watson, Friend, 1989]. Измеряет склонность к социальному избеганию и тревожности в межличностных ситуациях.

2. Опросник воспринимаемой социальной поддержки Sommer-Fydrick (F-SOCU 22). Предназначен для оценки уровня эмоциональной поддержки, включает ряд подшкал: инструментальной поддержки, эмоциональной поддержки, социальной интеграции, доверительных отношений и субъективной удовлетворенности поддержкой.

3. Шкала оценки терапевтического альянса психотерапевтом, которая включает такие характеристики взаимодействия как мотивация к лечению, аккуратность посещения сеансов, активность и конструктивность усилий, прикладываемых пациентом в ходе лечения, свобода и открытость выражения чувств, разделение пациентом ответственности за ход лечения.

4. Шкала оценки комплайенса в медикаментозном лечении, которая направлена на оценку аккуратности в выполнении врачебных рекомендаций (соблюдения режима приема лекарств и посещения врача).

На основе разработанных теоретических и методических средств было проведено эмпирическое исследование эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Для исследования был отобран 41 пациент с расстройствами аффективного спектра. Врачом-психиатром проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты, после подписания информированного согласия на участие в исследовании, были обследованы с помощью разработанного комплекса методик, тестирующих выраженность психопатологической симптоматики, а также личностные, семейные и интерперсональные факторы расстройств аффективного спектра<sup>2</sup>. Всем пациентам был предложен курс интегративной психотерапии, в основу которого положены когнитивно-бихевиоральный и системный подходы, а также ряд идей отечественной клинической психологии и других школ психотерапии [Холмогорова, 2009]. Для каждого из пациентов в ходе супервизии составлялся «индивидуальный маршрут» лечения, включавший наиболее важные задачи и последовательность их реализации. Всего было проведено 570 сеансов и 70 супервизий. 10 пациентов (25% от общего числа) по показаниям получили 18 сеансов семейной или супружеской психотерапии. 75% пациентов по показаниям было предписано медикаментозное лечение.

---

<sup>2</sup> Всего 21 методика, в данной статье анализируются данные по 17 методикам.

После 10—15 сессий пациенты прошли повторное обследование и заполнили шкалы самоотчета (всего 24 пациента, т.к. 17 пациентов составили группу drop-out, т.е. по разным причинам оставили лечение до получения 10 сеансов интегративной психотерапии). Были также проведены интервью с психотерапевтами и психиатрами с целью получения экспертных оценок.

Все полученные результаты (первый, второй срез, листы самоотчетов для пациентов и психотерапевтов) послужили основой для создания базы данных исследования. Результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0. Проведена обработка, количественный и качественный анализ полученных данных, направленный на выявление предикторов успешности интегративной психотерапии и контртерапевтических факторов. Для сравнения исследовательских групп по выделенным признакам использовались непараметрические критерии Манна-Уитни (для парного сравнения групп) и Краскела-Уоллиса (для общего сравнения групп). Для анализа социодемографических данных применялся критерий хи-квадрат Пирсона.

На основе сравнения результатов обследования с помощью разработанного методического комплекса трех групп пациентов («drop-out», «краткосрочная терапия», «долгосрочная терапия») были выделены: 1) факторы — предикторы отказа от терапии; 2) факторы успешности краткосрочного курса лечения; 3) факторы увеличения длительности необходимого лечения.

По социодемографическим характеристикам выделенные группы значимо не различались, за исключением возраста пациентов. В группе краткосрочной терапии пациенты были значимо моложе (средний возраст 26,0 лет,  $p=0,0$ ), чем в группе «drop-out» (32,2 года) и в группе долгосрочной терапии (31,0 год). С этим могут быть связаны и другие различия: более низкий процент испытуемых с окончанным высшим образованием (54%, в других группах — 85%), и большее количество холостых испытуемых (61%, в других группах около 30%). В краткосрочной группе и группе «drop-out» преобладали женщины (77%), в группе долгосрочной терапии оказалось равное распределение испытуемых по полу.

Врачом-психиатром была проведена диагностика каждого пациента в соответствии с критериями МКБ-10. В группе drop-out были равным образом представлены депрессивные и тревожные расстройства (по 46% и 41% пациентов соответственно), один пациент с соматоформным расстройством, один — с основным диагнозом зависимого личностного расстройства. Половина депрессивных расстройств в этой группе представляли собой случаи первичного обращения за помощью —

т.е. депрессивные эпизоды разной степени тяжести (F 30.1 — 30.3). Среди тревожных расстройств преобладало генерализованное тревожное расстройство (71% от общего числа пациентов с тревожными расстройствами), которое, как правило, характеризуется конфликтной мотивацией на лечение.

В группе краткосрочной терапии из 45% испытуемых с депрессивными расстройствами большинство (за исключением одного пациента) относилось к категории F33.0 — 33.3 (эпизод рекуррентной депрессии разной степени тяжести), 57% пациентов обратились по поводу тревожных расстройств.

В группе долгосрочной терапии были пациенты с тревожными расстройствами (50%), из них половина имела диагноз обсессивно-компульсивного расстройства, а также смешанным тревожно-депрессивным расстройством (10%). Депрессивные расстройства (30% пациентов) представляли собой, как и в краткосрочной группе, эпизоды рекуррентной депрессии.

Значительная часть пациентов во всех группах имела коморбидные диагнозы расстройств аффективного спектра (от 30% в группе «drop-out» до 37% в краткосрочной группе) и личностных расстройств (около от 53% в группе «drop-out» до 70% в группе долгосрочной терапии).

Средняя продолжительность курса лечения составила в группе «drop-out» — 5 сессий, в краткосрочной группе — 11,5 сессий, в группе долгосрочной терапии — 28,4 сессии.

В исследовании приняли участие 5 психотерапевтов с опытом работы с подобным контингентом от 10 до 20 лет и врач-психиатр с опытом работы более 20 лет.

### 3. Результаты исследования факторов эффективности

***Факторы, связанные с отказом от терапии или ее преждевременным прерыванием (специфические особенности группы «drop-out»).***

Для выделения предикторов прерывания психотерапии на ранних стадиях до достижения клинически значимых улучшений были проанализированы специфические особенности группы «drop-out». В соответствии с многофакторной психосоциальной моделью расстройств аффективного спектра были выделены факторы отказа от продолжения терапии у начавших психотерапевтическое лечение пациентов.

*Выраженность симптомов и уровень стресса.*

• Анализ результатов группы drop-out показал, что отказ от психотерапии не связан с тяжестью симптоматики, т.е. по данным симптомати-

ческой шкалы SCL-90 Дерогатис не отмечено значимых отличий от двух других групп ни по одной из шкал, включая общий индекс тяжести патологии. Исключение составляет шкала обсессивно-компульсивной симптоматики, по которой показатели данной группы превышают значения показателей краткосрочной группы на уровне тенденции к статистической значимости ( $p=0,083$ ).

- Анализ уровня стресса показал, что группа «drop-out» не отличается от двух других по числу стрессогенных жизненных событий в течение последнего года, но отличается более низким уровнем субъективно воспринимаемого повседневного стресса по сравнению с группой краткосрочной терапии, включая как стресс в результате внешних обстоятельств (нехватка времени ( $p=0,039$ ), финансовые затруднения ( $p=0,024$ ), семейные проблемы ( $p=0,045$ ), так и стресс в результате внутренних конфликтов ( $p=0,024$ ) (т.е. пациенты выражают меньше озабоченности внутренним состоянием, своим будущим, чувством одиночества, поисками смысла и трудностями в отношениях, а также в принятии решений, что можно интерпретировать в аспекте их личностных характеристик, как более низкую способность к интернализации конфликтов); по уровню семейного стресса (проблемы с детьми, перегруженность семейными обязанностями и т.п.) группа «drop-out» значимо отличается более низкими показателями от обеих групп пациентов, продолживших терапию ( $p=0,037$ ).

#### *Личностный уровень.*

- Более выражены убеждения, характерные для шизоидного типа личности, по сравнению с пациентами из обеих групп, продолживших терапию ( $p=0,072$ ), т.е. среди них чаще встречаются люди, менее заинтересованные в близких отношениях с другими, избегающие тесных контактов, предпочитающие действовать в одиночку.

- Меньшая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из краткосрочной группы, т.е. пациенты из этой группы менее рефлексивны ( $p=0,024$ ), не склонны искать причины возникающих трудностей в своих внутренних проблемах.

- По сравнению с пациентами из краткосрочной группы у них значимо более высокие показатели враждебности, прежде всего в аспекте готовности воспринимать других людей как холодных и равнодушных, не склонных оказывать помощь в трудных ситуациях ( $p=0,048$ ).

#### *Семейный уровень.*

- При характеристике родительской семьи эти пациенты отмечают более высокий уровень запрета на открытое выражение чувств по сравнению с пациентами из группы долговременной терапии ( $p=0,035$ ).

- При характеристике отношений в актуальной семье отмечается сходная особенность — низкий уровень открытости в эмоциональных



коммуникациях (он статистически значимо снижен по сравнению с группой краткосрочной психотерапии ( $p=0,035$ ) и ниже, чем в группе долгосрочной терапии, хотя эти различия и не достигают статистически значимых ( $p=0,069$ ).

*Интерперсональный уровень.*

• Пациентов, прервавших терапию, отличает более низкий уровень инструментальной социальной поддержки ( $p=0,009$ ) и социальной интеграции ( $p=0,001$ ), по сравнению с двумя другими группами, т.е. в их окружении меньше людей, интересующихся их проблемами, с которыми они могут обмениваться мнениями и информацией, и которые могут помочь им делом или советом в затруднительных ситуациях.

• Пациентов этой группы отличает изначально более низкий уровень терапевтического альянса: уже в первые недели работы пациенты данной группы по оценкам психотерапевта отличаются от пациентов из группы краткосрочной психотерапии сомнениями в полезности работы и необходимости ее продолжения ( $p=0,025$ ), меньшей способностью к признанию проблем, в которых психотерапевт может им помочь ( $p=0,003$ ), и меньшей готовностью к консенсусу в постановке целей и задач ( $p=0,022$ ), большей закрытостью и недоверчивостью в отношениях с терапевтом ( $p=0,023$ ).

• В отличие от двух других исследуемых групп, пациенты, прервавшие терапию, отличаются отсутствием тенденции к росту терапевтического альянса после первых недель работы<sup>3</sup>, т.е. психотерапевты не отметили значимого улучшения в ходе взаимодействия с этими пациентами: спустя десять недель после начала работы они так же, как после первых пяти недель, не склонны были признавать проблемы, в которых им может помочь психотерапевт, были достаточно закрытыми, зачастую не принимали свою часть ответственности за ход лечения, были скептически настроены по отношению к его возможным результатам и, как правило, не формулировали конструктивных целей.

**Таким образом**, главными характеристиками группы «drop out» являются: *на личностном уровне* — наличие системы убеждений в холодности, равнодушии и враждебности окружающих людей, необходимости полагаться только на себя и предпочтении одиночества общению и взаимодействию с другими, а также неспособность к интернализации конфликтов; *на семейном уровне* имеет место закрытый стиль эмоциональных коммуникаций; *на интерперсональном уровне* — низкий уровень ин-

---

<sup>3</sup> Пациенты, продолжившие терапию, отличаются статистически значимым улучшением общего показателя терапевтического альянса, как в краткосрочной, так и в долгосрочной группе.

струментальной поддержки и социальной интеграции, сниженная способность к кооперации, установлению и развитию рабочего альянса.

***Факторы успешности краткосрочного курса лечения.***

Для выделения факторов успешности краткосрочного лечения были выделены специфические особенности группы краткосрочной психотерапии. 77% пациентов данной группы проходили курс комплексной терапии и наряду с психотерапией получали медикаментозное лечение. Степень выраженности улучшения психического состояния в процессе психотерапии по шкале глобального клинического впечатления в среднем по результатам данной группы приближается к градации «выраженная» (оценка психиатра), и является значимо более высокой, чем в группе долгосрочной терапии ( $p=0,024$ ). Были выделены следующие факторы, обуславливающие успех лечения в краткосрочном режиме (не более 15 консультаций).

***Выраженность симптомов и уровень стресса.***

- Анализ результатов обследования группы краткосрочной психотерапии не выявил отличий по тяжести симптоматики (данные симптоматической шкалы SCL-90 Дерогатис), за исключением шкалы обсессивно-компульсивных симптомов, по которой данная группа отличается от двух других более низкими показателями ( $p=0,05$  при сравнении с группой долгосрочной терапии и  $p=0,083$  при сравнении с группой «drop-out»).

- Анализ уровня стресса показал, что краткосрочная группа не отличается от двух других по числу стрессогенных жизненных событий в течение последнего года, но отличается более высоким уровнем субъективно воспринимаемого повседневного стресса по сравнению с группой «drop-out», включая как стресс в результате внешних обстоятельств (нехватка времени ( $p=0,024$ ), финансовые затруднения ( $p=0,045$ ), семейные проблемы (по сравнению с обеими другими группами,  $p=0,037$ )), так и стресс в результате внутренних конфликтов ( $p=0,024$ ). Т.е. пациенты обостренно осознают и переживают свои внутренние проблемы — страх принятия решений, озабоченность по поводу будущего, чувство отвержения со стороны других людей и т.д., что несомненно облегчает конструктивную формулировку целей психотерапевтической работы, кроме того, высокий уровень общего субъективного дистресса создает дополнительную мотивацию для работы.

***Личностный уровень.***

- Выявлена большая способность к интернализации проблем по сравнению с пациентами из группы «drop-out», т.е. пациенты из этой группы отличаются лучшим осознанием своих внутренних конфликтов

и переживаний (при сравнении с группой «drop-out»,  $p=0,024$ ; при сравнении с долгосрочной группой  $p=0,069$ ).

- Выявлена тенденция в различиях по уровню враждебности: по сравнению с пациентами из двух других групп они испытывают меньше недоверия к окружающим, прежде всего в аспекте меньшей готовности воспринимать других людей как холодных и равнодушных, не склонных оказывать помощь в трудных ситуациях (при сравнении с группой «drop-out»,  $p=0,078$ ; при сравнении с долгосрочной группой  $p=0,084$ ).

- Выявлены несколько противоречивые данные по степени выраженности перфекционизма: более низкий по сравнению с долгосрочной группой показатель такого параметра перфекционизма, как чрезмерные требования к другим людям ( $p=0,049$ ); однако при этом более выражена склонность сравнивать себя с другими при ориентации на полюс самых успешных (при тенденции к статистической значимости при сравнении с группой долговременной терапии,  $p=0,087$ ).

#### *Семейный уровень.*

- При характеристике родительской семьи эти пациенты отмечают более высокий уровень запрета на открытое выражение чувств по сравнению с пациентами группы долговременной терапии ( $p=0,036$ ).

- При характеристике отношений в актуальной семье отмечается противоположная особенность — более высокий уровень открытости в эмоциональных коммуникациях по сравнению с двумя остальными группами, причем по сравнению с группой «drop-out» эти отличия статистически значимы ( $p=0,035$ ).

- От двух других групп данную группу отличают более низкие показатели «фасадности» — желания представить свою семью как вполне благополучную, ведущее к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с долговременной группой эти различия достигают статистической значимости ( $p=0,069$ ).

#### *Интерперсональный уровень.*

- Пациентов краткосрочной группы отличает более высокий уровень инструментальной социальной поддержки ( $p=0,009$ ) и социальной интеграции ( $p=0,001$ ) только по сравнению с группой «drop-out», т.е. их социальные контакты более интенсивны, в их окружении больше близких им по духу людей, от которых при необходимости они могут получить помощь, чем у тех, кто прерывает психотерапию.

- Пациентов этой группы по сравнению с двумя другими группами отличает способность к выработке терапевтического альянса и его быстрому укреплению и развитию в ходе терапии: они верят в успех работы ( $p=0,025$ ), открыты в обсуждении своих проблем ( $p=0,046$ ), умеют при-

нимать свою часть ответственности ( $p=0,029$ ) и приходиться к консенсусу с психотерапевтом при формулировке целей работы ( $p=0,022$ ) (различия в показателях рабочего альянса при первом и втором срезе статистически значимы,  $p=0,026$ ), следует также отметить более высокий уровень альянса в медикаментозном лечении по сравнению с долгосрочной группой ( $p=0,042$ ).

**Таким образом**, наиболее важными характеристиками группы краткосрочной психотерапии являются *на симптоматическом уровне и по социодемографическим показателям*: более молодой возраст, наименьшая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и наиболее высокий уровень субъективного стресса; *на личностном уровне*: наименьшая выраженность убеждений относительно враждебности окружающих и наименьшие ожидания и требования от них, а также способность к интернализации конфликтов; *на семейном уровне*: высокий уровень запрета на выражение чувств в родительской семье в детстве и более открытое выражение чувств в актуальной семье, а также более открытое и искреннее описание семейных проблем; *на интерперсональном уровне*: более высокий уровень социальной интеграции и способность к установлению и укреплению конструктивного рабочего альянса.

#### **Факторы увеличения длительности необходимого лечения.**

Для выделения этих факторов были проанализированы специфические особенности группы долговременной терапии. 80% пациентов этой группы получали комплексное лечение (психотерапия и психофармакотерапия). Степень выраженности улучшения психического состояния в процессе комплексного лечения по шкале глобального клинического впечатления (оценка психиатра) колеблется в данной группе от незначительной до выраженной, однако является значимо более низкой, чем в группе краткосрочной терапии ( $p=0,024$ ).

Были выделены факторы, которые препятствуют быстрому достижению клинически значимых результатов и завершению терапии. По сравнению с группой, успешно завершившей психотерапию в краткосрочном формате, рассматриваемую группу значимо отличали следующие характеристики.

#### *Выраженность симптомов и уровень стресса.*

- Наибольшая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов по сравнению с двумя другими группами ( $p=0,05$ ).
- Наибольшая выраженность стресса среды ( $p=0,039$ ) (субъективная оценка тяжести стресса, связанного с загрязнением окружающей среды, преступностью, ростом цен, неприятными новостями и т.п.) и семейного стресса ( $p=0,037$ ) (перегруженность обязанностями по дому,

проблемами с детьми, с собственностью и т.д.) по сравнению с двумя другими группами.

*Личностный уровень.*

- Наибольшая выраженность убеждений, свойственных избегающему личностному расстройству ( $p=0,05$ ) (относительно собственной непривлекательности и неизбежного отвержения другими людьми при высокой потребности в близости и принятии) по сравнению с двумя другими группами, причем по сравнению с группой «drop-out» эти различия статистически значимы.

- От группы краткосрочной терапии эту группу отличают более высокие показатели враждебности ( $p=0,084$ ) и требований к другим людям ( $p=0,049$ ), т.е. можно говорить о конфликте представлений и ожиданий: при склонности видеть людей в негативном свете как холодных и равнодушных, очень много ожидать от них.

*Семейный уровень.*

- Эту группу отличают наиболее высокие показатели «фасадности» — желание представить свою семью как вполне благополучную, ведущее к сокрытию истинных проблем, причем по сравнению с краткосрочной группой эти различия достигают статистической значимости ( $p=0,069$ ).

*Интерперсональный уровень.*

- Пациентов долгосрочной группы отличает более высокий уровень инструментальной социальной поддержки ( $p=0,009$ ) и социальной интеграции ( $p=0,001$ ) только по сравнению с группой «drop-out», т.е. их социальные контакты более благополучны, в их окружении больше людей, от которых при необходимости они могут получить помощь, чем у тех, кто прерывает психотерапию.

- Пациентов этой группы по сравнению с группой «drop-out» отличает способность к выработке терапевтического альянса и его постепенному укреплению и развитию в ходе терапии, хотя показатели альянса по истечении 10 недель терапии остаются более низкими по сравнению с группой краткосрочного лечения, от которой их отличает меньшая искренность в отношениях и открытость в выражении чувств ( $p=0,009$ ), а также меньшая способность к принятию ответственности ( $p=0,029$ ), альянс в медикаментозном лечении ниже, чем в группе краткосрочного лечения ( $p=0,042$ ).

**Таким образом,** наиболее важными характеристиками группы долгосрочной психотерапии являются на *симптоматическом уровне*: большая выраженность обсессивно-компульсивных симптомов и стресса, связанного со средой (т.е. внешнего, а не внутреннего); на *личностном уровне*: система убеждений относительно собственной непривлекательности, враждебности людей и необходимости избегать близких контактов с ни-

ми в сочетании с потребностью в контактах и высокими ожиданиями от них; *на семейном уровне*: установка на сокрытие семейных проблем при наиболее высоком субъективном уровне семейного стресса; *на интерперсональном уровне*: проблемы в построении конструктивного рабочего альянса при относительно благополучных показателях социальной поддержки и общей положительной динамике рабочего альянса в процессе психотерапии в отличие от группы «drop-out».

#### 4. Обсуждение результатов и выводы

Нами были выделены фактор-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность. Наличие обсессивно-компульсивных симптомов оказалось связанным с ее большей длительностью, что коррелирует с данными других авторов. Основными контртерапевтическими личностными факторами оказались высокий уровень враждебности и низкая способность к интернализации конфликтов. Это также вполне соответствует наиболее современным данным. Из семейных факторов наиболее важным оказался уровень эмоциональной открытости и готовности признавать наличие семейных проблем. Низкие показатели по этим параметрам связаны с риском преждевременного прерывания или затягивания лечения. Наконец, к наиболее важным интерперсональным факторам следует отнести уровень социальной интеграции и способность к созданию и укреплению терапевтического альянса. Низкие показатели по этим параметрам также относятся к неблагоприятным прогностическим факторам, что полностью вписывается в наиболее надежные выводы обобщающих обзоров.

В итоге можно сделать следующие выводы:

1. К контртерапевтическим факторам относятся: первичное обращение за помощью, черты характера, свойственные шизоидным личностям, низкий уровень субъективного дистресса, высокий уровень враждебности, закрытый стиль коммуникаций в семье, низкий уровень социальной интеграции и устойчиво низкий терапевтический альянс.
2. К прогностически благоприятным показателям относятся: сравнительно молодой возраст, наличие опыта заболевания, высокий уровень стресса и прежде всего внутренних конфликтов, т.е. способность к их интернализации, низкая враждебность и высокая толерантность по отношению к другим людям, открытость в описании проблем, в том числе семейных, хорошая способность к установлению и развитию рабочего альянса.

Учет перечисленных выше факторов поможет практикам строить обоснованный прогноз лечения и выбирать в качестве мишенной работы наиболее важные с точки зрения успешности психотерапии.

Небольшой количественный состав групп предполагает рассмотрение полученных данных в качестве предварительных, для более надежных выводов необходимо увеличить объем выборки и продолжить качественный анализ случаев в процессе супервизии.

## 5. Анализ случаев с различной динамикой в процессе психотерапии

В заключение приведем несколько примеров, иллюстрирующих особенности разрабатываемых индивидуальных маршрутов и процесса психотерапии в каждой из трех выделенных групп.

### Описание случая 1 (преждевременно прерванная психотерапия)

**Пациентка:** В., 48 лет, получила музыкальное образование, 17 лет не работает (домохозяйка), замужем (муж — иностранец), сын — студент. Десять лет назад переехали из-за границы.

**Диагноз:** соматоформное расстройство, зависимое личностное расстройство.

**Жалобы:** сильное напряжение и сильные болевые ощущения в шее, плечах, жалобы на онемение в области от лба до носа, ощущение опухоли во рту. Иногда очень редко бывают приступы безудержного плача, рыданий по умершим родственникам (матери, бабушкам, которые умерли больше 30 лет назад). Плакать может несколько часов. Старается плакать в одиночестве, т.к. если заплаканную застает муж, он очень недоволен.

**История заболевания:** боли, чувство напряжения и онемения появилось после сильной ссоры с братом, который ушел от жены к другой женщине, отказался помогать детям. В. резко осудила поведение брата, «сказала все, что она думает о его подлом поведении». Между ними произошел скандал, приведший практически к разрыву отношений. После появления симптомов последовательно в течение нескольких лет обращалась к хирургам, отоларингологам, которые никакой патологии не нашли. Обращалась к невропатологу — без изменений. Затем обратилась к психиатру, который назначил медикаментозную терапию и направил на психотерапию. До посещения нашей консультации В. сходила на прием к психологу. Однако решила отказаться от работы с этим психологом, так как он сказал, что «в семье надо менять», а ей этого не хочется.

**Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:**

1. *Симптоматический уровень:*

— соматические симптомы, носящие психологический характер (указаны выше);

— депрессивные симптомы (тоска по умершим родственникам, прорывающаяся в многочасовых взрывах плача. Когда говорила об этом на консультации, также принялась безудержно плакать взахлеб).

### *2. Личностный уровень:*

#### *Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:*

— алекситимия (не могла назвать никаких чувств, кроме тоски по умершим близким), отрицала, что когда-либо в текущей жизни испытывала негативные эмоции, 4 консультации понадобилось, чтобы установить связь между симптомами и негативными переживаниями;

— зависимость (эмоциональная, материальная, в принятии любых решений) от мужа, страх любых конфликтов с ним (старается устроить жизнь так, чтобы у мужа не было повода даже для недовольства), отрицание наличия проблем в семье с мужем, с сыном;

— перфекционизм (в семье должен быть идеальный порядок, мир и покой, идеальная уборка дома, идеальный уход за мужем, сыном);

— монотонный депрессогенный стиль жизни и связанный с ним дефицит впечатлений и положительных эмоций (типичный день: приготовить завтрак, всех проводить, в магазин за продуктами, готовка, уборка каждый день, встретить всех, покормить. Если остается время — играет на пианино). В. нигде не бывает, никуда не ходит, объясняет тем, что муж не любит, когда она отсутствует.

### *3. Семейный уровень:*

— симбиотические отношения с мужем (муж требует полного внимания, не разрешает завести кошку, т.к. тогда ему будет меньше внимания);

— элиминация эмоций в семейных коммуникациях (муж не разрешает грустить, т.к. «у тебя не может быть плохого настроения, т.к. для этого нет причин»);

— закрытые семейные границы (гостей никогда не бывает, В. и муж ни с кем не общаются, никуда не ходят. Муж говорит, что ему достаточно общения на работе, хочет посидеть дома);

— травматический ранний опыт и насыщенная стрессами семейная история (ранние потери, росла в неполной семье, росла в нищете, было очень стыдно перед сверстниками и соседями за то, что росла без отца, очень бедно выглядела. Замуж вышла очень рано. Считает, что муж спас ее от нищеты, за что ему очень благодарна).

### *4. Интерперсональный уровень:*

— узкая социальная сеть, ограниченная членами нуклеарной семьи (друзей нет, муж против общения, очень ревнует даже к редким звонкам заграничных друзей).



Последовательность психотерапевтических задач:

1. Преодоление алекситимических черт через фокусировку на эмоциональной жизни и развитие навыков эмоциональной психогигиены (расширение эмоционального словаря, способности к осознанию и дифференциации эмоций, установление связи между изменением эмоционального состояния с внешними и внутренними событиями — из-за чего появляется раздражение, портится настроение и др.). Развитие навыков эмоциональной психогигиены было необходимым условием осознания природы соматоформной симптоматики, депрессивного состояния, а также переработки травматического опыта и текущего стресса.

2. Перестройка депрессогенного образа жизни (выявление вкусов и предпочтений пациентки и разработка программы по посещению музеев, кино и др.).

3. Расширение социальной сети с целью преодоления депрессогенного стиля жизни и развития некоторой автономии и самостоятельности в контактах (восстановление утраченных контактов, планирование совместных мероприятий с прежними знакомыми).

4. Проработка травматического опыта (обсуждение опыта потерь и стрессов в родительской семье, катарсическое отреагирование прошлых травм).

5. Перестройка семейной системы (развитие автономии пациентки, уменьшение симбиотической связанности в отношениях с мужем).

#### **Контртерапевтические факторы:**

1. Алекситимия (не могла свободно выражать и обсуждать свои чувства, т.к. не понимала, что она чувствует, что особенно касалось отрицательных чувств).

2. Непонимание и неприятие психологической модели появления симптомов. Трудности в выработке общих целей психотерапии, пассивность (пациентка говорила только о желании избавиться от симптомов, ждала от терапевта активных действий по устранению ее симптомов, занимая пассивную позицию).

3. Ригидность семейной системы, симбиотическая связь и полная эмоциональная и материальная зависимость от мужа (сопротивление изменениям выразилось в категорическом отказе мужа от семейной консультации, сама больная настаивала на том, чтобы ничего в ее жизни не менялось, только бы были устранены болевые симптомы, так как боялась, что любое ее изменение может вызвать недовольство со стороны мужа, которое она не может выносить).

#### **Ресурсы пациента:**

1. Сильное желание избавиться от надоевших болевых симптомов.

2. Своевременное посещение консультации, отсутствие пропусков, направленность на выполнение домашних заданий.

3. Высокий уровень доверия психотерапевту.

**Динамика состояния:**

Было проведено 6 индивидуальных консультаций, в процессе которых отмечалась определенная положительная динамика:

— научилась видеть и выявлять ситуации в семье, когда раздражалась (связаны с мужем и сыном);

— сходила в музей (на выставке очень понравилось, хотела повторить этот опыт);

— зарегистрировалась в одной из социальных сетей, стала активно переписываться с некоторыми одноклассниками.

Настроение и самочувствие улучшилось, но эти занятия вызвали недовольство и ревность мужа, который по-прежнему отказывался от посещения консультации, несмотря на письменное обращение психотерапевта с просьбой прийти.

После консультации, на которой обсуждались возникшие проблемы в отношениях с мужем, В. позвонила и предупредила, что заболела, после чего больше не перезванивала и на консультации не приходила.

*Описание случая 2 (краткосрочная психотерапия)*

**Пациент:** Б., 20 лет, в академическом отпуске, живет с родителями.

**Диагноз:** депрессивный эпизод средней тяжести, черты зависимого и избегающего личностного расстройства.

**Жалобы:** в течение 1 года отмечает устойчивое плохое настроение после разрыва отношений с девушкой, стал раздражительным при общении с родителями, набрал лишний вес, полгода не выходит из дома из-за страха встретить знакомых (из дома выходил только с родителями, чтобы поехать в магазин или к врачу), перестал посещать институт, потом оформил академический отпуск.

**История заболевания:** депрессия началась после того, как Б. полюбил девушку, которая выпивала, не работала, общалась с сомнительной компанией. Б. очень хотел, чтобы девушка переехала к нему. Родители были резко против, дома начались скандалы. Тогда Б. стал уходить из дома к ней. Через некоторое время девушка отказалась встречаться с Б., стала при нем оказывать активные знаки внимания другому молодому человеку из этой же компании. Б. из компании ушел, почти все время проводил дома, перестал ходить в институт, стал раздражительным, печальным, много ел, в результате чего резко прибавил в весе. Сначала родители считали, что Б. должен «взять себя в руки», не придавали значения его состоянию, часто ругали за безделье. Б. стал испытывать сильное чувство стыда и вины перед родителями (за роман, за брошенный институт, за то, что «сидит на шее отца», не работает, живет и лечится за его счет). Через год родители обратились за помощью к

врачу-психиатру, который и направил Б. на психотерапию. Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и семейной форме.

**Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:**

*1. Симптоматический уровень (типичные симптомы депрессии):*

— социальная тревожность — страх выходить из дома, быть плохо оцененным;

— плохое настроение;

— нарушения питания;

— повышенная раздражительность;

— сильное чувство вины перед родителями;

— обидчивость.

*2. Личностный уровень:*

*Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:*

— перфекционизм (очень высокие требования к себе);

— враждебность;

— зависимость (от мнения родителей, сверстников, настроения; прямо зависит от их отношения, критики и т.д.).

При работе со страхом выхода из дома выявилось следующее дисфункциональное убеждение: общаться со сверстниками можно, если у тебя все в порядке — успешно учишься, хорошо выглядишь. Если у человека что-то не в порядке, то его осудят, он будет осмеян, отвергнут. Данное убеждение подкрепляло дисфункциональную поведенческую стратегию — избегание, уклонение от контактов.

*Когнитивные искажения:*

— поляризованное мышление (например, в дружеских или партнерских отношениях не должно быть никакого недовольства друг другом, если кто-то кем-то недоволен, это не дружба);

— персонализация (когда посещал институт, часто обижался на сокурсников, т.к. считал высказанное даже в безличной форме кем-то из сокурсников недовольство чем-либо относящимся к себе).

*3. Семейный уровень:*

— повышенный уровень критики со стороны родителей, особенно матери. Мать критиковала за все (не так повесил полотенце, не в такой последовательности убирает квартиру, не сразу вытер брызги в ванной и др., могла обзывать, оскорблять, припомнить прошлые ошибки);

— опека со стороны родителей, особенно отца;

— коалиция между отцом и Б. против матери (отец жаловался сыну на эмоциональные срывы жены, они друг другу по очереди говорили «Перетерпи», когда мать особенно критиковала или обзывалась);

— индуцирование тревоги в семье со стороны родителей, особенно отца (очень тревожится за будущее Б., за его здоровье, а также за себя, за то, сможет ли он и дальше содержать семью на должном уровне).

#### *4. Интерперсональный уровень:*

— интерперсональный перфекционизм, высокие требования к окружающим (нельзя покритиковать, нельзя подшутить, нельзя сказать что-то, что Б. расценит как обидное для себя) приводили к тому, что Б. резко и быстро прекращал отношения с друзьями («Если они так себя ведут, то это не настоящие друзья»);

— низкая социальная компетентность, не умеет адекватно оценивать людей (либо идеализирует образ, быстро влюбляется, либо видит недостатки, преувеличивает их, и расстается).

Последовательность психотерапевтических задач:

1. Снижение социальной тревожности, функциональные тренировки (самостоятельный выход из дома, самостоятельные поездки на консультации к психологу и врачу, прогулки, походы в магазин).

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции (фиксация ситуаций, в которых снижается настроение, выявление негативных автоматических мыслей и работа с ними).

3. Нормализация образа жизни и питания (налаживание рационального питания, режима дня, включение физической активности в режим дня).

4. Восстановление дружеских связей, работа с обидчивостью, как механизмом разрывов в интерперсональных отношениях.

5. Развитие самостоятельности и снижение зависимости от мнения родителей, других окружающих.

6. Работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями и личностными особенностями (поляризованным мышлением, персонализацией, избеганием).

7. Семейная консультация (снижение уровня требований и критики со стороны родителей, а также критики и уровня их собственной тревожности).

#### **Контртерапевтические факторы:**

1. Сильное сопротивление со стороны семьи при работе с семейными дисфункциями. С родителями, особенно с матерью, было очень трудно установить отношения сотрудничества. Мать была настроена враждебно. На семейной консультации обсуждали повышенную требовательность и критичность, говорили про условия, необходимые для развития самостоятельности Б. Были даны рекомендации и назначена супружеская консультация. Мать от супружеской консультации отка-

залась. По словам Б., «политику критики не изменила». Отец занял позицию «надо терпеть».

**Ресурсы пациента:**

1. Высокая мотивация к лечению.
2. Понимание и принятие когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии. Идентифицирует себя с методом.
3. Доверие к врачу и психологу. Аккуратное выполнение всех домашних заданий, рекомендаций психотерапевта. Ведение дневника. Аккуратное выполнение всех медицинских назначений. Не пропускал сеансы психотерапии, приходил в назначенное время.
4. Полностью признает проблемы, в решении которых ему может помочь психотерапия.
5. Открыто и искренне говорит о себе. Достаточно свободно выражает свои чувства. Во время сеансов держится в доброжелательной манере.
6. Проявлял смелость при выполнении домашних заданий и конфронтации с пугающими ситуациями.
7. Проявлял желание быть самостоятельным, независимым от мнения родителей и др. окружающих его людей.
8. Отсутствие рентных установок и условной выгоды болезни (хотел вернуться к учебе, пойти работать, не быть в тягость родителям).

**Динамика состояния:**

Проведено: 1 семейная и 17 индивидуальных консультаций.

За это время:

- уже после первых сеансов стал выходить из дома и ездить на консультации сам;
- настроение нормализовалось. Научился не пугаться ухудшений настроения и анализировать приводящие к этому ситуации. Особенно помогало узнавание и маркировка таких ошибок мышления как полярная оценка, персонализация, поспешные обобщения. Учился находить альтернативное объяснение ситуации;
- стал заниматься физической культурой (бег по утрам), немного пошел;
- восстановил отношения с некоторыми друзьями;
- стал встречаться с девушкой (без вредных привычек), которая учится в институте, работает в компьютерной фирме, живет отдельно от родителей. Б. знал ее и раньше, но считал скучной. Родители Б. были против их встреч, мать обзывалась, скандалила. Родители считали, что Б. опять, как и в прошлый раз, познакомился с какой-то «плохой» девушкой. Потом, узнав девушку лучше, родители несколько успокоились;
- вышел на работу (продавец в магазине);
- в планах было возвращение в институт.

***Описание случая 3 (долгосрочная психотерапия)***

**Пациент:** А., 52 года, военный в отставке, женат, дочь — студентка.

**Диагноз:** обсессивно-компульсивное расстройство, зависимое личностное расстройство. Преобладали компульсии в виде многочисленных ритуалов.

**Жалобы:** многочисленные ритуалы, выражающиеся в навязчивом желании рассматривать себя (многочасовых рассматриваниях каких-либо образований на коже), до изнеможения делать большое количество однотипных физических упражнений (число выполняемых упражнений должно было быть кратно 30), рассматривать цифры на мобильном телефоне. Перечисленные действия выполнял многократно, начав, не мог остановиться, не мог контролировать желание выполнять эти действия. Из-за этого появилась депрессивная симптоматика. Ушел с работы. Остановить процесс выполнения этих действий могла только жена.

**История заболевания:** навязчивые мысли и действия первый раз появились 15 лет назад после смерти родственника (онкология). Был госпитализирован, получал медикаментозное лечение. Навязчивости до конца не прошли, но интенсивность резко снизилась. Смог контролировать навязчивости, вернулся к обычной жизни. В течение многих лет алкоголизировался. Несколько лет назад жена уговорила закодироваться. Перестал пить, но навязчивости стали настолько интенсивны, что пришлось уйти с работы. Обращался к экстрасенсу, сначала помогал, потом симптоматика усилилась. Был госпитализирован и направлен на психотерапию лечащим врачом-психиатром после 2-х месяцев практически безуспешного медикаментозного лечения.

Пациент очень мотивирован на лечение, ищет помощи, т.к. буквально вымотан навязчивыми мыслями и действиями, непрерывные навязчивые ритуалы не оставляют времени ни на что другое и негативно влияют на настроение.

Пациенту была назначена комбинированная терапия: курс медикаментозного лечения и психотерапии. Психотерапия проводилась как в индивидуальной, так и в семейной форме.

**Были определены следующие мишени психотерапевтической помощи:**

***1. Симптоматический уровень (типичные симптомы ОКР):***

- навязчивые мысли (желание рассматривать себя);
- навязчивые действия (рассматривание кожных образований, физические упражнения и др.);
- депрессивная симптоматика, появившаяся из-за многочасовых навязчивых действий, невозможности контролировать этот процесс, остановиться;
- предполагаемая канцерофобия (возникшая после смерти первой жены).

***2. Личностный уровень:***

***Дисфункциональные личностные черты и поведенческие паттерны:***

— перфекционизм, проявляющийся в виде крайней педантичности и аккуратности. Малейший беспорядок вызывает дискомфорт, беспокойство, эмоциональное напряжение, что приводит к усилению симптоматики. Например, очень тщательно следит за состоянием одежды, обуви. Как-то на консультации заметил нитку на пиджаке, не успокоился до тех пор, пока не убрал ее;

— алекситимия (никогда не обращал и не обращает внимания на свои чувства, очень бедный эмоциональный словарь, на вопросы о чувствах перечисляет внешние детали и обстоятельства);

— зависимость в межличностной сфере (не может совершать покупки без жены или дочери. Одежду пациенту выбирает жена. По мнению пациента, только она может сказать, подходит ли ему вещь или нет, хорошего ли она качества, не слишком ли она дорогая и др. Совершенно не переносит конфликтов, старается их избегать, очень их боится. Особенно боится конфликтов с женой. Вообще не может ей возразить ни в чем и со всем соглашается. «Она очень хорошая, но командир. Я не выдержу, если она злится» (чего не выдержит, уточнить не может). Зависимость пациента выражается, в частности, в стойком убеждении «Я сам ни с чем не могу справиться»).

#### *Когнитивные искажения:*

— незрелое поляризованное мышление, проявляющиеся в дисфункциональном убеждении «Нормальная жизнь — это когда все в полном порядке. Все должно быть в полном порядке, идеально организовано, ничего не должно беспокоить. Любой беспорядок — это катастрофа». (Это убеждение подкрепляет педантизм и аккуратность пациента, в различных ситуациях повышает уровень тревоги, дискомфорта пациента, приводит к усилению симптоматики. Например, резкое ухудшение состояния вызывали: разрядка аккумулятора в машине, хотя водительский стаж пациента очень большой, и самостоятельно аккумулятор заряжал много раз, но каждый раз, когда что-то подобное происходит с машиной, возникает ощущение сильнейшего дискомфорта (беспорядок, который надо срочно устранять). Такую же реакцию в виде сильнейшего эмоционального дискомфорта вызывает любое нежелательное происшествие, например, потеря дочери студенческого проездного (со слов пациента — это «беспорядок, беспокойство, хлопоты, которых нельзя допускать»).

#### *3. Семейный уровень:*

— семейная жизнь организована вокруг регулирования обсессивно-компульсивной симптоматики (жена и дочь следят, чтобы А. не делал ритуалов, отслеживают его настроение, постоянно контролируют его эмоциональное состояние);

— настроение жены полностью зависит от интенсивности навязчивостей А.: чем больше навязчивостей, тем больше она раздражается;

— выявлен монотонный и депрессогенный стиль жизни (А. с женой никуда не ходили, сам ничего не читал, в обычной жизни нет никаких положительных впечатлений). Фактически, болезнь пациента — это единственное содержание общения между ним и супругой;

— высокий уровень критики со стороны жены (например, А. вымыл пол, жена критикует, что недостаточно чисто);

— детский травматический опыт (доминантная мать, которая требовала и требует полного подчинения от всех членов семьи; алкоголизирующийся отец).

#### *4. Интерперсональный уровень:*

— фактическое отсутствие социальной сети вне семейного круга.

Последовательность психотерапевтических задач:

1. Работа с обсессивно-компульсивной симптоматикой. Формирование у больного биопсихо-социальной картины заболевания, так как он видит свою болезнь как чисто биологическую и не верит в возможность психологической регуляции своего состояния, т.е. выявления ситуаций, в которых повышается тревога, скрытого смысла ритуала и развития умения противостоять желанию их выполнять.

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции (расширение эмоционального словаря, развитие умения понимать и замечать свое эмоциональное состояние).

3. Преодоление депрессогенного стиля жизни пациента и его семьи (планирование чтения книг, просмотра кинофильмов и др.).

4. Расширение круга общения.

5. Развитие автономии (выработка своего отношения к различным событиям и явлениям, своего мнения и способа действий, повышение толерантности к разногласиям и конфликтам с женой).

6. Снижение степени включенности семьи в регулирование обсессивно-компульсивной симптоматики пациента.

#### **Контртерапевтические факторы:**

Наиболее важным контртерапевтическим фактором выступал *высокий уровень алекситимии*. Пациент раньше мало задумывался и говорил о своей психологической жизни, ему очень сложно было отслеживать свои чувства, не мог ответить на вопросы, что он чувствует, что с ним происходит. Это затрудняло отслеживание изменения настроения, реакций тревоги, фиксирование ситуаций, которые вызвали негативное изменения настроения, выявление негативных автоматических мыслей, что очень важно при работе в русле когнитивно-бихевиоральной психотерапии. К сожалению, пациент так и не смог научиться устанавливать связь между ситуациями, провоцирующими тревогу, и ритуалами, как дисфункциональными способами ее снижения.



На сеансах, особенно в начале работы, становился настолько тревожным, что испытывал непреодолимое желание выполнить навязчивое действие, что отнимало время от работы.

В начале работы отказывался от обсуждения семейной ситуации. Боялся представить в невыгодном свете жену, мать, отца. Это мешало осознанию и переработке негативных чувств, возникавших или возникающих у пациента в общении с близкими, а также препятствовало развитию умений быть самостоятельным, самостоятельно справляться с возникающими симптомами ОКР.

**Ресурсы пациента:**

1. Высокая мотивация к лечению. Признание существования проблем, в которых ему нужна помощь.

2. Доверие к специалистам и способность к кооперации (на сеансе держался в доброжелательной манере, сотрудничал со специалистами, не пропускал сеансы, аккуратно и своевременно приходил на консультации).

3. Уверенность в полезности психотерапии. Принял на себя роль клиента и часть ответственности за процесс. Старался выполнять все рекомендации, хотя испытывал большие трудности из-за выраженной alexitimии и отсутствия навыков осмысления своей внутренней жизни.

**Динамика состояния:**

После проведения 35 индивидуальных и 2 семейных консультаций:

1. Интенсивность навязчивых мыслей существенно снизилась. Перестал выполнять навязчивые действия. Пропало желание выполнять физические упражнения. Осталось желание рассматривать образования на коже, рассматривать мобильный телефон, но сила желания выполнить эти действия значительно снизилась. Научился справляться, терпеть желание выполнить навязчивое действие. В ходе работы была составлена совладающая карточка, которая очень помогала пациенту («Если я начну делать навязчивое действие, то это приведет к тому, что я не смогу остановиться. Не смогу остановиться, будет хотеться делать это больше и больше. Это путь назад, в болезнь, а не вперед, к здоровью. Поэтому лучше не начинать»).

2. Настроение нормализовалось, т.к. интенсивность навязчивых мыслей снизилась. А. понял, что может контролировать и самостоятельно справляться с навязчивыми действиями. Высвободилось время, которое мог теперь потратить на работу, получение новых впечатлений.

3. Стал лучше справляться с чувством дискомфорта из-за бытовых неурядиц, мелких неполадок с машиной, стал спокойнее относиться к

состоянию одежды, менее тщательно следить за порядком дома и др. Перестал относиться к подобным ситуациям, как к катастрофе.

2. Изменился образ жизни. Начал читать художественную литературу, стал получать удовольствие от чтения. С женой стали ходить в кино. Первый раз собирались съездить с женой на отдых за границу (раньше отдыхали «по хозяйству» только на даче, больше нигде и никогда не были).

3. Вышел на работу. Потом сменил работу с повышением. На работе стал больше общаться с коллегами.

4. Отношения в семье существенно не поменялись. Власть сосредоточена у жены, она так же часто занимает критикующую позицию по отношению к пациенту, часто обижается на членов семьи. Жена пытается контролировать навязчивости А., пытается вовлекать в деятельность дочь.

## ЛИТЕРАТУРА

- Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999.
- Воликова С.В. Системно-психологические характеристики родительских семей пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006.
- Воликова С.В., Холмогорова А.Б., Галкина А.М. Родительский перфекционизм — фактор развития эмоциональных нарушений у детей, обучающихся по усложненным программам // Вопросы психологии. 2006. № 5. С. 23—31.
- Гаранян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31—41.
- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18—48.
- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. № 2. С. 122—132.
- Ким Л.В. Кросс-культуральное исследование депрессии среди подростков — этнических корейцев — жителей Узбекистана и Республики Корея: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
- Лангмайер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага: Авиценум, 1984.
- Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Социальная и клиническая психиатрия 2004. № 4.
- Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Ослон В.Н., Холмогорова А.Б. Профессиональная замещающая семья как одна из наиболее эффективных моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии. 2001. № 3.
- Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психология сиротства. СПб.: Питер, 2005.

- Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006.
- Холмогорова А.Б. Две конфликтующие методологии в исследованиях эффективности психотерапии и ее эффективности: поиск третьего пути // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 4 (63). С. 5—25.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 3. С. 92—100.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Никитина И.В., Пуговкина О.Д. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 20. № 4 (в печати).
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 15—23.
- Эйдмиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. СПб, 2000.
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blatt S.J. 1995. The destructiveness of perfectionism: *American Psychologist*. Vol. 50.: 1003—1020.
- Bowlby J. 1980. *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books. Vol. 3. P. 472.
- Brugha T. 1995. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence. In: *Social support and psychiatric disorders*. Cambridge: University Press.
- Hill J., Pickles A. et al. 2001. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179: 104—109.
- Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. 2001. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 69: 159—172.
- Parker G. 1981. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation: *Journal of Affective Disorder*. Vol. 3: 131—140.
- Parker G. 1993. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression: *Soc. Psychiatry — Psychiatry Epidemiology*. Vol. 28: 97—100.
- Scott J., Barher W.A., Eccleston D. 1998. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 152: 28—33.
- Shimoda M. 1941. Uber den premorbiden Charakter des manischdepressiven Irreins: *Psychiat. Neurol. Jap*. Bd. 45: 101—102.
- Tellenbach R. 1975. Typologische Untersuchungen zur premorbiden Persoenlichkeit von Psychotikern unter besonderer Beruecksichtigung Manischdepressiver: *Confinia psychiat*. Bd. 18. N 1: 1—15.

## FACTORS OF EFFICIENCY OF INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY TREATMENT FOR AFFECTIVE DISORDERS

*A.B. HOLMOGOROVA, O.D. PUGOVKINA,  
S.V. VOLIKOVA, N.G. GARANJAN, T.V. DOVZHENKO,  
G.A. PETROVA, T.J. JUDEEVA*

The article presents the results of pilot study of the effectiveness of integrative psychotherapy treatment for affective disorders. Its methodology combines hermeneutic and positivistic approaches. There were found factors that predict therapy interruption, factors of success of short-term psychotherapy and the factors that increase its duration.

**Keywords:** factors of effectiveness of psychotherapy, integrative psychotherapy of affective disorders, multi-factor model of affective disorders.

- Bannikov G.S. Rol' lichnostnyh osobennostej v formirovanii struktury depressii i reakcij dezadaptacii: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 1999.
- Volikova S.V. Sistemno-psihologicheskie harakteristiki roditel'skikh semej pacientov s depressivnymi i trevozhnymi rasstrojstvami: avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. M., 2006.
- Volikova S.V., Holmogorova A.B., Galkina A.M. Roditel'skij perfekcionizm — faktor razvitiya jemocional'nyh narusenij u detej, obuchajuvihsja po uslozhnennym programmam // Voprosy psihologii. 2006. № 5. S. 23–31.
- Garanjan N.G. Perfekcionizm i psihicheskie rasstrojstva (obzor zarubezhnyh jempiricheskikh issledovanij) // Terapija psihicheskikh rasstrojstv. 2006. № 1. S. 31–41.
- Garanjan N.G., Holmogorova A.B., Judeeva T.Ju. Perfekcionizm, depressija i trevoga // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2001. № 4. S.18–48.
- Zeigarnik B.V., Holmogorova A.B., Mazur E.S. Samoreguljacija povedenija v norme i patologii // Psihologicheskij zhurnal. 1989. № 2. S. 122–132.
- Kim L.V. Kross-kul'tural'noe issledovanie depressii sredi podrostkov — jetnicheskikh korejcev — zhitelej Uzbekistana i Respubliki Koreja: avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 1997.
- Langmajer I., Matejchik J. Psihicheskaja deprivacija v detskom vozraste. Praga: Avicenum, 1984.
- Meller-Lejmkujuller A.M. Stress v obvestve i rasstrojstva, svjazannye so stressom, v aspekte gendernyh razlichij // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija 2004. № 4.
- Mjasihev V.N. Lichnost' i nevrozy. L., 1960.
- Oslov V.N., Holmogorova A.B. Professional'naja zamewajuwaja sem'ja kak odna iz naibolee jeffektivnyh modelej reshenija problemy sirotstva v Rossii // Voprosy psihologii. 2001. № 3.

- Prihozhan A.M., Tolstyh N.N. Psihologija sirotstva. SPb.: Piter, 2005.
- Holmogorova A.B. Teoreticheskie i jempiricheskie osnovanija integrativnoj psihoterapii rasstrojstv affektivnogo spektra: avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk. M., 2006.
- Holmogorova A.B. Dve konfliktujuwие metodologii v issledovanijah jeffektivnosti psihoterapii i ee jeffektivnosti: poisk tret'ego puti // Moskovskij psihoterapevticheskiy zhurnal. 2009. № 4 (63). S. 5–25.
- Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovanija processa psihoterapii i ee jeffektivnosti: sovremennoe so-stojanie problemy. Chast' 1 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. T. 19. № 3. S. 92–100.
- Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Nikitina I.V., Pugovkina O.D. Nauchnye issledovanija processa psihoterapii i ee jeffektivnosti: sovremennoe sostojanie problemy. Chast' 2 // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. T. 20. № 4 (v pečhati).
- Holmogorova A.B., Garanjan N.G., Petrova G.A. Social'naja podderzhka kak predmet nauchnogo izucheniya i ee narusheniya u bol'nyh s rasstrojstvami affektivnogo spektra // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2003. № 2. S. 15–23.
- Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. 1979. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blatt S.J. 1995. The destructiveness of perfectionism: *American Psychologist*. Vol. 50.: 1003–1020.
- Bowlby J. 1980. *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books. Vol. 3. P. 472.
- Brugha T. 1995. Social support and psychiatric disorders: overview of evidence. In: *Social support and psychiatric disorders*. Cambridge: University Press.
- Hill J., Pickles A. et al. 2001. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179: 104–109.
- Lambert M.J., Hansen N.B., Finch A.E. 2001. Patient focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 69: 159–172.
- Parker G. 1981. Parental reports of depressives: an investigation of several explanation: *Journal of Affective Disorder*. Vol. 3: 131–140.
- Parker G. 1993. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression: *Soc. Psychiatry — Psychiatry Epidemiology*. Vol. 28: 97–100.
- Scott J., Barher W.A., Eccleston D. 1998. The new castle chronic depression study. Patient characteristics and factors associated with chronicity: *British Journal of Psychiatry*. Vol. 152: 28–33.
- Shimoda M. 1941. Uber den premorbiden Charakter des manishdepressiven Irreins: *Psychiat. Neurol. Jap.* Bd. 45: 101–102.
- Tellenbach R. 1975. Typologische Untersuchungen zur premorbiden Persoenlichkeit von Psychotikern unter besonderer Beruecksichtigung Manischdepressiver: *Confina psychiat.* Bd. 18. N 1: 1–15.

# ФЕНОМЕН СОВМЕСТНОСТИ В ДЕБЮТЕ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ПРОЦЕССА

Е.В. МИШИНА

В статье представлены результаты исследования формирования феномена «совместности» в дебюте консультативного процесса. Материалом послужили дословные стенограммы психотерапевтических сессий. Показано, что решающую роль в формировании совместности играет диалогическое согласование предмета совместной деятельности психотерапевта и клиента. Делается вывод, что формирование совместности является задачей первой фазы консультирования, от скорости и полноты решения которой зависит качество консультативного процесса в целом.

**Ключевые слова:** феномен совместности, психологическая проблема, дебют консультативного процесса.

## Введение

Одним из значимых событий отечественной психологии середины 70-х годов прошедшего столетия оказалась дискуссия, развернувшаяся вокруг проблемы общения. Полемическое острие дискуссии было обращено на психологическую теорию деятельности А.Н. Леонтьева, которую критики (например, [Ломов, 1975]) упрекали не просто в недостаточном внимании к проблеме общения и взаимодействия, а в принципиальной неспособности распространить основные теоретические схемы на такой предмет, как общение. Представители самой теории деятельности (например, А.А. Леонтьев, Г.В. Гусев и др.), напротив, доказывали, что теория деятельности является универсальной и для категории общения, а значит, общение может и должно быть описано как одна из разновидностей человеческой деятельности. Оглядываясь теперь на новейшую историю отечественной психологии, можно констатировать, что ни одной из оппонирующих сторон не удалось победить в этом теоретическом споре, но сама наша психология, несомненно, выиграла: и в самой теории деятельности, и за ее пределами дискуссия

стимулировала развитие методологии, которую стоит назвать кооперативно-деятельностной.

Эта методология нашла свое воплощение как в общепсихологических теоретических исследованиях, так и в «отраслевых» психологических исследованиях [Давыдов, 1986; Зинченко, 1983; Брушлинский, Петровский, 1973; Мясищев, 2003; Донцов, 1998; Рубцов, 1998; Цукерман, 1993; и др.].

Кооперативно-диалогическая методология, на наш взгляд, сейчас является основой для наиболее продуктивных исследований в разных областях психологии, в частности, в консультативной психологии, которая является предметом нашего интереса в данной статье. Это вовсе не означает, что сама кооперативно-диалогическая методология уже завершила свое теоретическое становление, оформилась как теоретическая доктрина, и теперь осталось только правильно применять ее в конкретных психологических исследованиях. Напротив, настоятельно требуют своей разработки многие категории этой еще становящейся методологии, равно как и многие специфические феномены «совместности», которые порождаются деятельностью человека в контексте его взаимодействия и общения с другими. Характерной чертой современного этапа развития отечественной общей психологии является понимание того, что частные, конкретные эмпирические исследования в разных областях психологии могут быть полигоном для развития общепсихологических идей кооперативно-диалогической методологии.

К упомянутым выше феноменам «совместности» и соответствующим понятиям можно отнести понятие совокупного субъекта [А.И. Донцов, 1979], понятие сплоченности [А.В. Петровский, 1982], понятие сотрудничества [В.В. Рубцов, 1996] и пр. Сам термин «совместность» впервые был введен и определен А.Л. Журавлевым [2005] в рамках исследования совместной деятельности. Автор понимает под этим феноменом совместности «... особое качество деятельности, порождаемое таким объединением индивидов, при котором между ними возникают различные взаимосвязи и взаимозависимости, задаваемое конкретными видами деятельности...» [Журавлев, 2005, с. 109].

Среди различных областей психологической науки и практики, которые могли бы послужить для разработки общепсихологического представления о феноменах совместности, можно назвать и возрастную психологию, и инженерную психологию, и психологию образования, и педагогическую психологию, и военную психологию, и другие. В рамках данной работы феномены совместности исследуются на материале психологического консультирования.

Актуальность исследования феномена совместности на материале психологического консультирования определяется, конечно, не только тем, что оно надеется сделать свой вклад в разработку теоретических проблем общей психологии. Исследование феноменов совместности востребовано самой психологической практикой. Об этом свидетельствует большое количество терминов, которые имеют обращение в психологическом консультировании и психотерапии (контакт, альянс, перенос, контрперенос, раппорт, психотерапевтический контракт, рабочие отношения, мы-связь и т.д.). Все эти термины описывают и выражают те или иные аспекты феномена совместности, возникающего в процессе консультирования.

Всякое исследование стремится подобрать такой эмпирический материал, который мог бы наиболее рельефно выявить общие закономерности предмета исследования. В качестве такого материала для изучения феномена совместности был выбран дебют консультативного процесса. Во-первых, интуитивно понятно, что достижение совместности, единства взаимопонимания является необходимым условием психотерапии. Во-вторых, сама коммуникативно-кооперативная реальность психотерапии<sup>1</sup> не дана участникам этого взаимодействия как четко зафиксированный свод правил и регламентов поведения, как, например, в шахматной игре, где не знакомые друг с другом партнеры быстро достигают согласованности в силу строго зафиксированных правил, независимо от установления личностного контакта. Третье обстоятельство, вытекающее из первых двух: раз совместность является необходимым условием для процесса психотерапии и в то же время не дана участникам априори, она должна быть создана, сформирована. Это позволяет исследовать этот феномен в генезе, а не в ставшем, завершенном виде. Естественно, что основной вклад в формирование этого феномена вносит начало психотерапии, именно поэтому главным объектом нашего исследования стал *дебют консультативного процесса*. Четвертое. Психотерапия является высокоорганизованной коммуникацией, важнейшим слоем которой является рефлексия самой себя. Кроме того, этот процесс, в отличие от многих взаимодействий, легко документируется, что чрезвычайно ценно для эмпирического исследования.

---

<sup>1</sup> В контексте данной работы мы будем использовать термины «психотерапия» и «психологическое консультирование» как синонимы, следуя традиции К. Роджерса. Различение этих понятий возможно и актуально для других контекстов.



Все это является выгодами данного материала с точки зрения задач общей психологии. Однако есть еще одна методологическая выгода, позволяющая в данном случае реализовать психотехническую парадигму исследования [Выготский, 1982; Пузырей, 1986, 2005; Василюк, 1992]. Она заключается в том, что этот же объект — дебют консультативного процесса — является наиболее привлекательным с точки зрения развития самой психотерапии. О его особой значимости свидетельствует то, что в руководствах по психотерапии анализу первых встреч уделяется на порядок больше внимания, чем анализу других фаз консультативного процесса.

Таким образом, цель исследования заключалась в том, чтобы изучить закономерности и механизмы формирования феномена совместности в дебюте консультативного процесса.

### **Построение теоретической модели исследования**

Для организации эмпирического исследования феномена совместности требуется опора на интегральную схему анализа, релевантную и общепсихологической методологии, и эмпирии практики психологического консультирования. На теоретическом уровне искомая схема должна объединять ключевые общепсихологические категории — индивидуальной деятельности, совместной деятельности, отношения, общения и т.д. На уровне психологической практики требуется такая схема, которая позволяла бы осуществлять построение эмпирических исследований, операционализацию формирующегося феномена совместности. В качестве общей схемы, моделирующей формирование феноменов совместности, нами была избрана модель *интегральной психологической единицы жизненного мира человека*, которая на разных уровнях разрабатывалась М.С. Каганом [1988], Д.А. Леонтьевым [1989] и другими. Наиболее полно модель интегральной психологической единицы анализа представлена в работах Ф.Е. Василюка [2003, 2007]. Она объединяет разработанные в отечественной общей психологии категории деятельности, совместной деятельности, общения, установки, отношения.

Применительно к теории психотерапии данная схема выступает как модель структуры психотерапевтической ситуации (рис. 1) [Василюк, 2007]. С помощью этой схемы возможно теоретически ассимилировать и описывать различные формы совместности, возникающие в психотерапевтическом процессе.

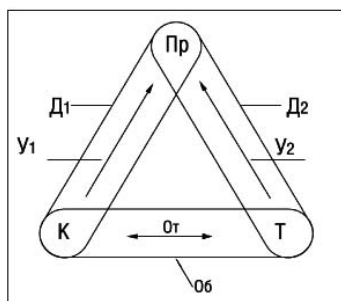


Рис. 1. Структура психотерапевтической ситуации

К — клиент; Т — психотерапевт; Пр — проблема; Д<sub>1</sub> — деятельность клиента по отношению к проблеме; У<sub>1</sub> — установка и отношение клиента к проблеме; У<sub>2</sub> — установка и отношение терапевта к проблеме; Д<sub>2</sub> — деятельность психотерапевта по отношению к проблеме; Об — общение; От — система отношений между клиентом и психотерапевтом.

На конкретно-экспериментальном уровне модель структуры терапевтической ситуации позволяет исследовать интегральную специфику эмпирических феноменов, а также их динамический характер, то есть описывать возникающие феномены совместности в ходе психотерапевтического процесса.

Опираясь на эту теоретическую модель, можно выдвинуть предположение, что сам феномен совместности не дан участникам до консультативного процесса и может считаться сформированным тогда, когда все элементы терапевтического взаимодействия — деятельность клиента, деятельность терапевта, общение между ними, их отношения и т.д. — соединяются, образуя интегральное единство.

Это единство может, наконец, «замыкаться» наподобие электрической цепи или, напротив, размыкаться в любом элементе предложенной структуры. Например, на полюсе терапевта: когда терапевт вдруг отвлекается от происходящего на консультации, скажем, под действием собственного аффекта, связанного с личными обстоятельствами, возникает угроза разрушения всей структуры терапевтической ситуации. Другой пример: клиент, рассказав о том, что его привело на прием, замолкает, полагая, что теперь его беда отдана в руки профессионала и тот должен действовать. В этом случае «электрическая цепь» рвется в звене «деятельность клиента».

Все звенья структуры обязательны и важны, но в данном исследовании мы исходим из предположения, что на первом этапе консультативного процесса для формирования феномена совместности ключе-

вым является *полюс проблемы*<sup>2</sup>. Речь идет именно о ключевой, а вовсе не об исключительной роли этого полюса, поскольку свой вклад в формирование совместности в дебюте психотерапии вносят все элементы и звенья структуры терапевтической ситуации. Например, спонтанная взаимная симпатия, возникающая в отношениях психотерапевта и клиента, безусловно, способствует формированию феномена совместности. Однако именно полюс проблемы, являясь предметом совместной деятельности психотерапевта и клиента, выступает основной «точкой сборки», центром кристаллизации, в котором феномен совместности формируется на первом этапе психотерапевтического процесса — формируется, как мы надеемся показать, в соответствии со специфическими закономерностями этого процесса, а не по относительно случайным причинам и поводам, таким как симпатия терапевта и клиента.

Косвенным теоретическим подтверждением этого предположения являются исследования в области психологии образования [Рубцов, 1996; Цукерман, 1990], в которых была показана ведущая роль предмета совместной деятельности. Важно отметить, что в концепции развивающего обучения предмет совместной деятельности ребенка и взрослого выступает в двух планах — в плане содержания и в организационном плане как специфическое средство организации совместной деятельности, удерживающее эту совместность. Такая трактовка предмета совместной деятельности включает представление о *форме взаимодействия*. Именно посредством формы взаимодействия происходит удерживание совместности деятельности, чтобы избежать ее редукции к сумме индивидуальных действий участников.

Проводя аналогию между структурой предмета совместной деятельности в контексте развивающего обучения и проблемой как предметом совместной деятельности психотерапевта и клиента, можно предположить, что полюс проблемы является таким элементом терапевтической ситуации, который способен удержать в себе содержательные аспекты совместной деятельности участников, с одной стороны, и специфику ее организации, с другой.

---

<sup>2</sup> «Проблема» выступает в психотерапевтическом контексте и как предмет переживания клиента, и как предмет профессиональной деятельности психотерапевта, и как предмет психотерапевтического контракта, и как центральная тема общения клиента и психотерапевта, и т.д. (подробнее см.: [Васильюк, 2007]). Полнота понимания проблемы клиента предполагает рассмотрение ее во всех вышеперечисленных контекстах. В соответствии с целями данной работы мы рассматриваем проблему преимущественно как предмет совместной деятельности терапевта и клиента.

Чтобы охарактеризовать полюс проблемы в плане содержания, необходимо описать его структуру. Полюс проблемы включает в себя три структурных элемента — *жалобу*, *запрос* и *собственно проблему*<sup>3</sup>. Каждый из этих структурных элементов, как мы увидим ниже, может быть эмпирически выявлен по специфическим речевым формулам в протоколе консультативного случая. Характеристика полюса проблемы в организационном плане задается через описание проблемы как предмета совместной деятельности психотерапевта и клиента.

Для формирования феномена совместности участникам терапевтического взаимодействия нужно достичь некоторой степени согласованности и солидарности по поводу каждого из элементов полюса проблемы. *Жалоба* клиента должна быть рано или поздно высказана клиентом так<sup>4</sup>, чтобы у терапевта возник эмоциональный отклик на нее («жалость»). *Запрос* может стать действительной реальностью терапии только тогда, когда он вызвал деятельный отклик у терапевта, установку на помощь и соучастие. Наконец, формулировка *собственно проблемы* также должна быть согласована клиентом и терапевтом: они должны «договориться» о том, что именно они считают причиной неблагополучия клиента, что станет «мишенью» их совместной работы в терапевтическом взаимодействии, словом, достичь солидарности на интеллектуальном, когнитивном уровне. Только когда достигается согласованность в этих трех пунктах, терапевт оказывается способен к сочувствию, содействию и сомыслию, и тем самым достигается синергичная и диалогическая объединенность терапевта и клиента, формируется специфический для психотерапии феномен совместности.

### Экспериментальное исследование феномена совместности

Экспериментальное исследование формирования совместности в начальной фазе консультативного процесса осуществлялось в два этапа. На **первом этапе** была выдвинута следующая гипотеза: чем полноценнее формирование феномена совместности в дебюте консультативного процесса, тем выше качество всего процесса в целом. Для эмпирической проверки этой гипотезы было выдвинуто предположение, что о

---

<sup>3</sup> Таким образом, мы вводим различие двух терминов: «Проблемы» (полюса «Проблемы») как базового структурного элемента терапевтической ситуации — и «проблемы» («собственно проблемы») как одного из структурных элементов полюса «Проблемы» наряду с жалобой и запросом.

<sup>4</sup> Или терапевтом, который может выразить за клиента непонятое ему самому чувство.

качестве формирования феномена совместности можно судить по двум показателям, которые могут быть непосредственно измерены методом экспертной оценки; эти показатели — терапевтический контакт и терапевтический контракт.

Задача экспериментальной проверки гипотезы решалась следующим образом. Группе из 19 практикующих психотерапевтов, имеющих опыт психотерапевтической, преподавательской и супервизорской практики, было предложено оценить 30 протоколов психотерапевтических сессий<sup>5</sup> по следующему алгоритму:

- 1 — выделить фазы психотерапевтического процесса;
- 2 — оценить по десятибалльной шкале качество терапевтического контакта в первой фазе консультации;
- 3 — оценить по десятибалльной шкале качество терапевтического контракта в первой фазе консультации;
- 4 — оценить по десятибалльной шкале качество психотерапевтического процесса в целом.

На основании полученных данных для 30 протоколов консультаций было сформировано две группы экспертных оценок. Каждая консультация получила по два набора экспертных оценок. Далее при помощи статистического пакета SPSS был проведен корреляционный анализ

---

<sup>5</sup> В качестве материала экспертной оценки использовались дословные протоколы 20-минутных учебных психотерапевтических сессий, проведенных студентами в рамках курса «Понимающая психотерапия» на факультете психологического консультирования МГППУ. Консультации были первичными встречами, которые проводились разными терапевтами с разными клиентами. Выбор в качестве материала исследования учебных консультаций обусловлен двумя соображениями. Во-первых, в студенческих консультациях максимально нивелированы факторы, связанные с индивидуальным профессиональным стилем психотерапевта: на первый план выходили те или иные аспекты метода психотерапии, которому обучались психотерапевты. Во-вторых, поскольку объект исследования лежит в области формирования рабочих отношений между психотерапевтом и клиентом в их соотношении с качеством всей психотерапии в целом, необходимо было выбрать такой экспериментальный материал, который представлял бы собой завершённый психотерапевтический процесс. Этим требованиям отвечают либо цикл психотерапевтических консультаций, либо единичная встреча. Целостный терапевтический курс, состоящий из многих сессий, — чрезвычайно сложный для обработки материал. Кроме того, достичь «экспериментального выравнивания» нескольких курсов психотерапии (по числу сессий, уровню подготовки консультантов и другим параметрам) возможно только в условиях большой клиники. По этим соображениям для целей нашего исследования были выбраны студенческие консультации, изначально рассчитанные именно на одну встречу с клиентом.

для показателей внутри групп. Основные результаты анализа отражены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

**Согласованность экспертных оценок между двумя группами экспертов**

Оцениваемый параметр	Корреляция между 2-мя группами экспертов
<b>Контакт</b> (в 1-й фазе консультации)	0.366*
<b>Контракт</b> (в 1-й фазе консультации)	-0.017
<b>Качество</b> (всей консультации)	0.391*

\* Коэффициент корреляции Спирмена при уровне значимости 0.05.

Таблица 2

**Корреляции между различными параметрами консультативного процесса**

Сравниваемые параметры	I группа экспертов	II группа экспертов
<b>Контакт</b> (в 1-й фазе)		
<b>качество</b> (всей консультации)	0.845**	0.784**
<b>Контракт</b> (в 1-й фазе) —		
<b>качество</b> (всей консультации)	0.386*	0.853**

\* Коэффициент корреляции Спирмена при уровне значимости 0.05.

\*\* Коэффициент корреляции Спирмена при уровне значимости 0.01.

По результатам корреляционного анализа гипотеза была подтверждена лишь частично. Дело в том, что устойчивые значимые корреляции внутри групп были получены только между показателями качества всей консультации и контакта. Коэффициент корреляции Спирмена между показателями контакта и качества всего психотерапевтического процесса составил 0.845 для первой группы экспертных оценок и 0.784 для второй группы с уровнем значимости 0.01 (см. табл. 2). Также эти показатели обнаружили свою надежность при оценке степени согласованности между группами (см. табл. 1). Корреляция по показателям контакта между первой и второй группами экспертных оценок составила 0.366 при уровне значимости 0.05; по показателям качества всего психотерапевтического сеанса корреляция между группами экспертных оценок составила 0.391 при уровне значимости 0.05.

Корреляция же между двумя группами экспертных оценок параметра контракта была статистически незначимой и отрицательной, она составила -0.017. Такая неустойчивость показателя контракта, возмож-

но, определялась неоднозначностью данной категории для разных экспертов. Похоже, что использование термина «контакт» интуитивно намного более понятно, и психотерапевты вкладывают в это понятие сходное содержание. Представление же о психотерапевтическом контакте оказалось гораздо менее согласованно. И, видимо, в данном случае эксперты не просто поразному оценивали одну и ту же реальность, но — оценивали разные аспекты реальности. Это заставило нас отказаться от дальнейшего использования параметра «контракт» и ограничиться таким параметром, как «психотерапевтический контакт». Можно думать, что параметр контакта в достаточной степени отражает формирование совместности на первом этапе консультирования, поскольку используется экспертами более интегрально, чем мы полагали в начале исследования. А именно, мы предполагали, что эксперты смогут устойчиво и однозначно различать, с одной стороны, «контакт» как выражение категорий «отношение» и «общение» в нашей теоретической модели (см. рис. 1), а с другой стороны, «контракт» как выражение категории совместной деятельности терапевта и клиента. Но, как оказалось, то, что теоретически различить достаточно легко, эмпирически слито в единую целостность. Итак, мы остановились на предположении, что параметр «терапевтический контакт» в условиях данного эксперимента в достаточной мере эмпирически репрезентирует феномен совместности.

С учетом этого предположения, по результатам первого этапа исследования можно сделать вывод о наличии сильной и статистически достоверной связи между формированием феномена совместности в дебюте консультативного процесса и качеством всего психотерапевтического процесса в целом. Или, говоря в прогностическом залоге: чем полноценнее формирование феномена совместности в первой фазе консультации, тем более вероятно, что консультация в целом окажется успешной.

На **втором этапе** исследования была поставлена задача изучить конкретные механизмы формирования феномена совместности в дебюте консультативного процесса.

«Совместность» понимается нами как интегральный феномен; он «размещается» на всем пространстве структуры терапевтической ситуации (см. рис. 1), захватывает все ее элементы и связи. И эксперты, оценивая на первом этапе исследования качество терапевтического контакта, как следует из их отчетов, интуитивно учитывали целостную терапевтическую ситуацию в ее динамике. Эта динамика включала в себя и те события, которые происходили на полюсе Клиента, и те, что происходили на полюсе Терапевта, и изменения на полюсе Проблемы кли-

ента, и перемены в отношениях между всеми этими полюсами (так, например, значимым для эксперта оказывались не только метаморфозы самой проблемы, но и изменения в отношении к ней клиента).

Таким образом, экспертное оценивание феномена совместности было *интуитивным* и *интегральным*. Мы же поставили перед собой задачу попытаться найти такой способ оценки, который был бы *рациональным* и *дифференцированным*. Перед нами встал вопрос: возможно ли диагностировать происходящие целостные изменения всей терапевтической ситуации по изменениям одного ее узла — полюса проблемы? Аналогичные задачи достаточно успешно решаются в медицине, где разработаны методы диагностики состояния организма по состоянию отдельного органа или даже отдельного элемента этого органа. Если продолжить аналогию, можно сказать, что сам пациент на приеме у врача подобен эксперту в нашем исследовании: он сообщает врачу об общем плохом самочувствии, боли, ознобе и т.д., оценивая свое состояние интуитивно и интегрально; врач же по анализу нескольких капель крови может объяснить причины и механизмы плохого самочувствия.

Для экспериментального ответа на вопрос о возможности и валидности подобной рациональной диагностики целостного феномена совместности по состоянию лишь одного из узлов психотерапевтической ситуации — полюса Проблемы — необходимо создать конкретную, эмпирически проверяемую модель этого узла.

#### ***Модель полюса Проблемы***

Разработка подобной модели требует решения двух задач:

1) систематизировать и операционализировать представление о внутренней структуре полюса Проблемы и о строении входящих в него элементов;

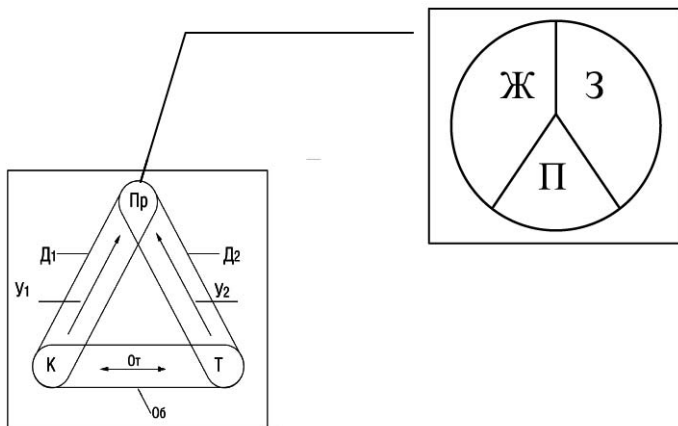
2) выработать операциональные критерии оценки «состояния» каждого элемента этой структуры в каждый данный момент консультативного процесса.

Выше уже говорилось, что полюс Проблемы включает в себя три структурных элемента — *жалобу*, *запрос* и *«собственно проблему»*. Полюс проблемы можно представить как единую конструкцию, разделенную на три сектора (см. рис. 2).

Для решения задачи систематизации и операционализации модели необходимо сделать следующий шаг: описать внутреннее строение каждого из «секторов» и представить специфические для каждого сектора речевые формулы, по которым можно было бы эмпирически идентифицировать жалобу, запрос и проблему.

***Жалоба.*** Судя по анализу большого количества протоколов консультаций, «нормативная» формула жалобы включает два существенных





Структура терапевтической ситуации

Структура полюса Проблемы

Рис. 2. Структура одного из «узлов»  
терапевтической ситуации — полюса проблемы

Ж — жалоба клиента, З — запрос клиента, П — «собственно проблема».

элемента — *неудовлетворенность* и *несостоятельность*. Чтобы пожаловаться, клиент должен выразить, во-первых, неудовлетворенность каким-либо аспектом своей жизни, а во-вторых, свою несостоятельность, т.е. невозможность самостоятельно справиться с жизненной ситуацией.

Эти элементы жалобы достаточно легко эмпирически идентифицировать в речи клиента. Например, клиент говорит о поведении ребенка: «Это меня очень огорчает, я совершенно не могу понять, чем вызвано его поведение, и ничего не могу сделать».

При обработке протоколов консультаций фрагмент фразы «*это меня очень огорчает*» кодировался как *неудовлетворенность*, а фрагмент «*я совершенно не могу понять, чем вызвано его поведение, и ничего не могу сделать*» — как выражение *несостоятельности*.

Жалоба может быть представлена в речи клиента более или менее полно. Эта полнота выраженности жалобы была одним из аспектов, который оценивался количественно. За основу была принята 5-балльная шкала — от 0 до 4 баллов. Каждый элемент в структуре жалобы — *несостоятельность* и *неудовлетворенность* — получал оценку в диапазоне от 0 до 4. Нулевое значение присваивалось в тех случаях, когда элемент в речи клиента отсутствовал вовсе. Максимальную оценку в 4 балла элементы получали, если в речи клиента их формулировка была точной, ясной и выражен-

ной от первого лица. Затем оценки по элементам несостоятельности и неудовлетворенности суммировались, и выводилась общая количественная оценка полноты жалобы в целом в каждый данный момент консультации.

**Запрос.** Формула запроса клиента, выведенная в результате анализа протоколов консультаций, включает два элемента: элемент *просьбы* и элемент *жалобы*. Жалоба состоит из представлений о *несостоятельности* и *неудовлетворенности*, но в структуре запроса они находятся в соподчиненном, обслуживающем положении по отношению к элементу просьбы. Элемент просьбы содержит представления о *целях* и *методах* совместной работы. Так, выражая запрос терапевту, клиент просит о помощи, указывая направление совместной работы и называя конкретные средства этой работы.

Примером реплики клиента, кодированной при обработке протоколов как запрос, может служить следующее высказывание: «Это меня расстраивает, но справиться с этим я не могу. Я пришла к Вам, чтобы Вы помогли мне разобраться в себе и я смогла отказаться от вредной привычки».

В данном высказывании фраза «... *это меня расстраивает, но с этим справиться одна я не могу...*» расценивалась как жалоба, а фраза «... *Вы помогли мне разобраться в себе и я смогла отказаться от вредной привычки*» кодировалась как просьба, где «*отказаться от вредной привычки*» — элемент цели, а «*разобраться в себе*» — элемент метода.

Так же как и жалоба, запрос может быть представлен в речи клиента полно и неполно. Количественная оценка полноты запроса рассчитывалась по аналогии с оценкой полноты жалобы. Элементы запроса — жалоба и просьба — оценивались каждый в отдельности в интервале от 0 до 4 баллов. Затем баллы по элементам жалобы и просьбы суммировались, и фиксировалась оценка запроса в целом.

**Проблема.** Структура этого элемента задается коммуникативной функцией проблемы в психотерапевтическом диалоге, которая заключается в том, чтобы обобщенно объяснять жалобы клиента. Клиент не просто излагает жалобы: он ищет корни и причины своего неблагополучия. По мере разворачивания консультативного процесса клиент рано или поздно говорит что-то вроде: «Я иногда думаю, вся эта неуверенность, боязливость, зависимость оттого, что в детстве я не чувствовал защиты со стороны отца». Таким образом, в базовую структуру жалобы также входит два элемента — жалоба (или жалобы) и объяснение. Жалобы при этом (в примере: «... *вся эта неуверенность, боязливость, зависимость*») чаще всего даны не как самостоятельные аффективно заряженные фрагменты опыта, а уже как «симптомы»: как следствия и знаки чего-то более глубо-

кого, их породившего, — собственно проблемы (в примере — *детское чувство незащищенности*).

Проблема в речи клиента также анализировалась с точки зрения полноты. Количественная оценка полноты проблемы рассчитывалась по тому же принципу, что и оценка полноты других элементов полюса проблемы.

В рамках решения второй задачи для оценки состояния жалобы, запроса и собственно проблемы в каждый конкретный момент консультации применялись два критерия анализа: критерий структурной полноты и критерий диалогической согласованности. Характеризуя выше каждый из элементов, мы указывали, каким образом оценивалась структурная полнота.

Критерий диалогической согласованности позволял оценивать, поняты ли жалоба, запрос или собственно проблема терапевтом и стал ли тот или иной элемент совместным достоянием сознания обоих участников терапевтического процесса. Насколько диалогически согласованы жалоба, запрос и проблема, оценивалось на основании интерпретации пары реплик. Так, например, если в реплике терапевта, отвечающей на жалобу клиента, содержался отклик и на неудовлетворенность, и на несостоятельность, выраженные клиентом, то такая жалоба считалась диалогически согласованной. Примером высказывания, которое в процессе обработки данных кодировалось как отклик терапевта на жалобу клиента, служит следующая реплика: «То есть Вас очень огорчает то, как Вы реагируете в разговорах с мамой, но Вы чувствуете, что ничего не можете с собой поделать». В этом фрагменте фраза «*Вас очень огорчает то, как Вы реагируете в разговорах с мамой*» кодировалась как отклик на эмоциональную неудовлетворенность клиента, а фраза «*... чувствуете, что ничего не можете с собой поделать*» кодировалась как отклик на элемент несостоятельности.

Для осуществления статистической проверки соответствия разрабатываемой модели эмпирическим данным был введен показатель, отражающий степень сформированности полюса проблемы в целом. Этот показатель получил название *коэффициента сформированности*. Он позволил количественно оценивать то, насколько был сформирован феномен совместности. Указанный коэффициент рассчитывался как отношение двух показателей — «реального» к «идеальному»: «реального» уровня сформированности элементов полюса проблемы к «идеально» возможному уровню. «Реальная» сформированность определялась как сумма баллов, присвоенных жалобе, запросу и проблеме к концу первой фазы консультации. «Идеальная» же сформированность полюса Проблемы определялась как максимально возможная сумма баллов по эле-

ментам жалобы, запроса и проблемы, рассчитанная в рамках эмпирической модели.

Итак, модель полюса Проблемы включает в себя представления а) о его структуре, б) о структуре составляющих его элементов, в) о критериях сформированности этих элементов в терапевтическом процессе. Данная модель позволяет дать качественную и количественную оценку сформированности полюса Проблемы в целом в данный момент консультативного процесса. Эта сформированность зависит от того, насколько жалоба, запрос и проблема были полно выражены и диалогически согласованы.

Проверка достоверности использования модели полюса проблемы как средства дифференцированного анализа феномена совместности осуществилась в следующей последовательности. Сначала был выработан новый массив данных, на материале которого закономерности формирования совместности проступали бы наиболее рельефно. Так, была выделена группа из девяти протоколов, в оценках контакта и качества психотерапевтического процесса которых эксперты были наиболее солидарны.

Затем на материале данных протоколов было проведено исследование первой фазы консультативного процесса с применением модели полюса Проблемы и были рассчитаны коэффициенты сформированности полюса проблемы для каждой консультации.

Процедура исследования осуществлялась следующим образом. Первая фаза консультации разбивалась на коммуникативные ходы. Затем в каждом коммуникативном ходе кодировались элементы, относящиеся к жалобе, запросу или проблеме. Далее оценивалась степень структурной полноты и диалогической согласованности каждого элемента полюса Проблемы. Исследовалась динамика разворачивающегося формирования полюса Проблемы в течение всего первого этапа психотерапевтической консультации. После следовала процедура конвертирования полученных данных в количественные показатели, разработанные для жалобы, запроса и проблемы. В завершение для каждого протокола подсчитывался количественный коэффициент степени сформированности полюса Проблемы в конце первой фазы консультативного процесса.

В завершение проверки достоверности этой модели рассчитанные коэффициенты сформированности проблемы сравнивались с усредненными оценками экспертов по параметру «терапевтический контакт», которые, согласно условиям исследования, эмпирически репрезентируют феномен совместности.

При помощи статистического пакета SPSS был проведен корреляционный анализ девяти протоколов по показателям сформированности

элементов полюса проблемы и средних оценок экспертов по параметру «терапевтический контакт» внутри групп. Основные результаты анализа отражены в таблице 3.

Таблица 3

**Корреляция между показателями модели полюса проблемы и экспертными оценками по параметру «терапевтический контакт»**

Сравниваемый параметр	Корреляция
Сформированность полюса проблемы (совместность по оценкам модели) — контакт (совместность по оценкам экспертов)	0.867**

\*\* Коэффициент корреляции Спирмена при уровне значимости 0.01.

По результатам корреляционного анализа обнаружена сильная и статистически значимая связь между показателями, полученными при помощи разработанной модели полюса проблемы, и показателями по экспертным оценкам. Коэффициент корреляции Спирмена составил 0.867 между показателями, рассчитанными в рамках модели полюса проблемы, и показателями усредненной экспертной оценки по параметру «терапевтический контакт».

Полученные данные подтверждают наше предположение, что формирование феномена совместности может быть диагностировано с помощью анализа одного узла психотерапевтического процесса — полюса проблемы. Эмпирическая проверка модели полюса проблемы показала ее валидность. Это позволяет сделать вывод, что модель полюса проблемы может служить надежным средством анализа феномена совместности: она раскрывает основные механизмы и условия формирования феномена совместности, а также дает релевантный язык для описания дебюта психотерапевтического процесса.

Экспериментальное подтверждение модели полюса проблемы открывает возможности качественной интерпретации конкретных случаев психологического консультирования на языке этой модели. Первым результатом применения модели полюса проблемы для анализа дебюта психотерапевтического процесса, полученным в процессе эмпирического исследования, стало выделение *необходимых и достаточных условий* формирования совместности. К ним относятся:

а) *целостность*, то есть собственно наличие всех трех структурных элементов — жалобы, запроса и проблемы, — необходимых для формирования совместности в психотерапевтическом процессе;

б) *диалогичность*, то есть согласованность жалобы, запроса и проблемы между клиентом и психотерапевтом;

с) *комплиментарность* элементов жалобы, запроса и проблемы, то есть соответствие жалобы как отдельного элемента полюса Проблемы жалобе в структуре запроса и жалобе в структуре проблемы. Таким образом, элемент «жалоба» обеспечивает единство формирования трех структурных элементов полюса Проблемы.

Описанная модель формирования полюса Проблемы позволяет предложить следующие параметры оценки первой фазы консультирования: параметр времени, параметр продуктивности и параметр соавторства, или личного вклада каждого из участников психотерапии. На основании этих параметров логично составить *классификацию дебютов консультативного процесса*.

Стержневой характеристикой предлагаемой классификации дебютов консультативного процесса является параметр продуктивности. В целом продуктивность выражает степень сформированности психологической проблемы, то есть возникающую совместность. На основании параметра продуктивности были выделены *продуктивные* и *непродуктивные* типы дебютов. К подтипам продуктивного дебюта в зависимости от времени формирования феномена совместности на полюсе проблемы можно отнести *«своевременный и полный дебют»*, *«задержанный дебют»*, *«досрочный дебют»*. Опишем эти подтипы более подробно.

1. *Своевременный и полный* дебют консультации. Этот подтип дебюта может быть назван «эталоном» консультативной работы на первом этапе. В случае такого дебюта терапевт и клиент активно включены в работу и за минимальное число коммуникативных ходов достигают точной и полной формулировки элементов проблемы и их диалогической согласованности. Взаимодействие терапевта и клиента характеризуется появлением «интегрального целого», сформированного на основании полноты выраженных и диалогически высказанных жалобы, запроса и проблемы, способных объединить, обобщить в себе все связанные с проблемой элементы и тем самым обеспечить совместность, необходимую для осуществления психотерапевтического процесса. Консультации с дебютом по этому типу высоко оцениваются экспертами по качеству психотерапевтического процесса, а также по параметру контакта.

2. *Задержанный* дебют консультации. Дебют, сложившийся не сразу, а после некоторой, часто не слишком удачной работы над содержанием жалобы клиента, в течение которой расходуется «кредит доверия», выданный клиентом терапевту. Однако доверие клиента к терапевту не успевает полностью исчезнуть: терапевт пусть запоздало, но откликается на жалобу клиента, диалогически поддерживает ее, и дебют, хотя и с опозда-

нием, совершается. Качество сформированной совместности для такого подтипа дебюта более низкое. Количественные показатели экспертов ниже среднего по показателям контакта и средние по показателям качества терапевтического процесса.

3. **Досрочный**, или **предварительный** дебют консультативного процесса осуществляется, когда клиент уже проделал большую работу в анализе собственной проблемы. Тогда дебют психотерапии представляет собой диалогическую «легализацию» жалобы, запроса и проблемы, уже сформулированных в монологе клиента с самим собой, но еще не сложенных им самим. Основной результат дебюта в этом случае заключается в обеспечении «сложенности» элементов психологической проблемы, в обеспечении комплиментарности элементов жалобы, запроса и проблемы; именно это позволяет осуществить дальнейшее движение в решении проблемы. Результатом такой консультации становится новый запрос, новый виток продвижения в уже проанализированном материале клиента. Совместность, формирующаяся при таких формах дебютов, достаточно продуктивна. Показатели по качеству психотерапевтического процесса и по качеству контакта выше среднего.

К **непродуктивным** дебютам были отнесены следующие подтипы: «**отсутствующий дебют**», «**холостой дебют**», «**размытый дебют**» и «**формальный дебют**». Все эти подтипы дебютов коррелируют с низкими оценками экспертов по параметрам контакта и качества психотерапевтического процесса в целом, а также характеризуются отсутствием феномена совместности. Опишем в общих чертах виды непродуктивных дебютов.

1. **Отсутствующий дебют** имеет место, когда при работе над проблемой «сцепление» элементов жалобы, запроса и проблемы так и не происходит: они остаются разрозненными, неинтегрированными элементами. Терапевт и клиент долгое время «топчутся на месте», при этом содержательное продвижение отсутствует. Продуктивность такой консультации чаще всего самая низкая. Так, очень низки количественные показатели оценок экспертов для контакта и для качества всего психотерапевтического процесса в таких консультациях.

2. В случае «**холостого**» дебюта на некоторое время возникает иллюзия появления структурных элементов проблемы, но в последний момент один из элементов жалобы, запроса или проблемы оказывается не соответствующим двум другим, что приводит к разрушению «тела проблемы» и возврату к первоначально высказанным жалобам. Причина этого рассогласования лежит в несоответствии элементов жалобы, запроса и проблемы друг другу, отсутствии комплиментарности этих элементов. В этом случае содержание жалобы как отдельного элемента не

соответствует содержанию жалобы в структуре запроса и в структуре проблемы. Показатели экспертов для таких консультаций могут быть неплохими по параметру «контакт», но по параметру «качество психотерапевтического процесса» такие консультации получают низкую экспертную оценку.

3. **Размытый дебют** имеет место в тех случаях, когда психотерапевт слишком долго прорабатывает тот или иной аспект элемента жалобы, погружаясь в детализацию жизненной ситуации клиента, что уводит от возможности диалогической репрезентации жалобы в пространстве консультации. Это, в конце концов, заставляет терапевта и клиента фиксироваться на несущественных аспектах жалобы и второстепенных ее проявлениях. Остальные же элементы полюса проблемы остаются незатронутыми и непроясненными, в результате целостность психологической проблемы оказывается не сформирована.

4. **Формальный дебют** характеризуется чрезмерной ориентированностью психотерапевта на прояснение запроса в ущерб другим элементам психологической проблемы. В этом случае психотерапевт игнорирует жалобу клиента и не задается вопросом о содержании собственно проблемы клиента. На протяжении первой фазы консультации он пытается сфокусироваться на совместных действиях, на цели, к которой стремится клиент, и на методах работы над сложившейся ситуацией, то есть на элементе «просьбы» в структуре запроса. Поскольку для формирования запроса необходимо, чтобы была выражена и диалогически согласована жалоба клиента, которая игнорируется в описываемом типе дебюта, психотерапевт и клиент лишь декларативно достигают солидарности в понимании целей и методов терапии, на деле же эта согласованность лишена самого главного — мотивационного компонента, который необходим для того, чтобы запрос стал действительной реальностью психотерапии. Оценки экспертами такого рода дебютов, как правило, средние по показателям терапевтического контакта и низкие по показателям качества всего психотерапевтического процесса в целом.

Применение модели полюса проблемы также позволяет внести вклад в представление о «патологии» дебюта консультативного процесса.

Нарушение «созревания» элементов полюса проблемы влечет за собой возникновение специфических искажений. Отсутствие или слишком слабая выраженность какого-либо элемента дебюта, даже при хорошей выраженности двух других элементов в пространстве взаимодействия «психотерапевт — клиент», приводит к определенным нарушениям в самом течении консультативного процесса. Так, отсутствие жалобы приводит к дефициту «жизненного тока» консультации: процесс лишается энергии, тонуca, становится вялым. В таких случаях сред-



няя оценка экспертов по параметру «контакт» может быть приравнена к нулю. Несформированность элемента проблемы приводит к отсутствию ощущения продуктивности и результативности работы, даже при высоких показателях других компонентов. Отсутствие запроса приводит к разрушению терапевтической коммуникации и к отсутствию единой направленной линии совместного движения, что в оценках экспертов выражается в низких баллах по параметру качества процесса. Наиболее патологично отсутствие запроса сказывается на полюсе терапевта, который теряет возможность обеспечивать работу «совместно с клиентом» и начинает сам осуществлять эту работу «за клиента». Таков краткий обзор основных форм патологии терапевтического дебюта, которые могут быть описаны благодаря созданной модели полюса проблемы.

## **Выводы**

По результатам исследования можно сделать следующие выводы.

Первая фаза психотерапевтического процесса характеризуется формированием феномена совместности, качество и полнота которого влияет на качество всего процесса консультирования в целом.

Качество формирования интегрального феномена совместности может быть диагностировано при помощи одного элемента структуры психотерапевтической ситуации — узла полюса проблемы.

Проведенное исследование позволяет качественно интерпретировать специфику первого этапа консультирования, а именно создать типологию описания дебютов, складывающихся в процессе психологического консультирования.

Что касается общепсихологического аспекта проблемы, то исследование формирования совместности в дебюте консультативного процесса подтверждает, что на первых этапах осуществления совместной деятельности центральным элементом, конституирующим совместность, является предмет совместной деятельности, и именно в предмете осуществляется интеграция совместной деятельности, отношения и общения двух субъектов.

## **ЛИТЕРАТУРА**

- Брушлинский А.В. Психология субъекта. СПб.: Алетейя, 2003.  
Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система: автореф. дис. ... докт. психол. наук. М.: МГППУ, 2007.  
Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. М.: МГППУ; Смысл, 2003.

- Журавлев А.Л. Психология совместной деятельности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005.
- Зинченко В.П. Методологические вопросы психологии. М.: МГУ, 1983.
- Каган М.С. Мир общения. М.: Политиздат, 1988.
- Леонтьев Д.А. Совместная деятельность, общение, взаимодействие // Вестник высшей школы. 1989. № 11. С. 39—45.
- Мишина Е.В. Роль запроса в формировании рабочего альянса в психологическом консультировании // Молодые ученые — московскому образованию: материалы VI городской научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образований городского подчинения. М.: МГППУ, 2007. С. 59—60.
- Мишина Е.В. Исследование феномена совместности в первой фазе психологического консультирования // Молодые ученые — столичному образованию: материалы VIII городской научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образований городского подчинения. М.: МГППУ, 2009. С. 420—421.
- Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М.: Апрель-Пресс; Изд-во Эксмо, 2002.
- Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М.: Педагогика, 1976.
- Рубцов В.В. Основы социально-генетической психологии. М.: Изд-во Ин-та практ. психол.; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996.
- Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. М.: Политиздат, 1982.
- Цукерман Г.А. Предметность совместной учебной деятельности // Вопросы психологии. 1990. № 1. С. 41—49.

## COPRESENCE PHENOMENON IN THE BEGINNING OF PSYCHOLOGY CONSULTING PROCESS

*E.V. MISHINA*

The summary. Results of «copresence» phenomenon in the beginning of psychotherapy process research presented in the article. Literal shorthand reports of psychotherapeutic sessions were used as a research material. Results show that the main role in «copresence» formation is played by the dialogical coordination of a subject of joint activity of the psychotherapist and the patient. Main conclusion is, that formation of «copresence» is a key task for therapist during first phase of psychotherapy process, and quality of psychotherapy as a whole depends on how fast and qualitatively this task would be done.

**Keywords:** copresence phenomenon, psychotherapeutic problem, the first stage of psychotherapy.

- Brushlinskij A.V. Psihologija subekta. SPb.: Aletejja, 2003.
- Vasiljuk F.E. Ponomajuwaja psihoterapija kak psihotehnicheskaja sistema: avtoref. dis. ... dokt. psihol. nauk. M.: MGPPU, 2007.
- Vasiljuk F.E. Metodologicheskij analiz v psihologii. M.: MGPPU; Smysl, 2003.
- Zhuravlev A.L. Psihologija sovместnoj dejatel'nosti. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2005.
- Zinchenko V.P. Metodologicheskie voprosy psihologii. M.: MGU, 1983.
- Kagan M.S. Mir obwenija. M.: Politizdat, 1988.
- Leont'ev D.A. Sovместnaja dejatel'nost', obwenie, vzaimodejstvie // Vestnik vysshej shkoly. 1989. № 11. S. 39—45.
- Mishina E.V. Rol' zaprosa v formirovanii rabocheho al'jansa v psihologicheskom konsul'tirovanii // Molodye uchenye — moskovskomu obrazovaniju: materialy VI gorodskoj nauchno-prakticheskoj konferencii molodyh uchenyh i studentov uchrezhdenij vysshego i srednego obrazovanij gorodskogo podchinenija. M.: MGPPU, 2007. S. 59—60.
- Mishina E.V. Issledovanie fenomena sovместnosti v pervoj faze psihologicheskogo konsul'tirovanija // Molodye uchenye — stolichnomu obrazovaniju: materialy VIII gorodskoj nauchno-prakticheskoj konferencii molodyh uchenyh i studentov uchrezhdenij vysshego i srednego obrazovanij gorodskogo podchinenija. M.: MGPPU, 2009. S. 420—421.
- Rodzher K. Iskusstvo konsul'tirovanija i terapii. M.: Aprel'-Press; Izd-vo Jeksmo, 2002.
- Rubinshtejn S.L. Problemy obwey psihologii. M.: Pedagogika, 1976.
- Rubcov V.V. Osnovy social'no-geneticheskoi psihologii. M.: Izd-vo In-ta prakt. psihol.; Voronezh: NPO «MODJeK», 1996.
- Petrovskij A.V. Lichnost'. Dejatel'nost'. Kollektiv. M.: Politizdat, 1982.
- Cukerman G.A. Predmetnost' sovместnoj uchebnoj dejatel'nosti // Voprosy psihologii. 1990. № 1. S. 41—49.

# АКТИВНАЯ ГРУППОВАЯ МУЗЫКОТЕРАПИЯ. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТОДА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

М.Н. ИСКАНДЕРОВ<sup>1</sup>

Представлено описание метода активной групповой музыкальной терапии, история его формирования, опыт практического использования в комплексном лечении и реабилитации душевнобольных в условиях психиатрического стационара. Метод основан на использовании в терапевтической группе работы с музыкальными инструментами и музыкальных импровизаций самих пациентов. В процессе работы с таким диагностическим материалом определяются терапевтические мишени и выявляется терапевтический потенциал для дальнейшей лечебной работы и реабилитации душевнобольных на принципах биопсихосоциального подхода. Дано теоретическое обоснование метода, представлена структурная схема музыкально-терапевтических сессий, условия и рекомендации к проведению занятий. Описаны перспективы развития и использования метода в условиях налаженного взаимодействия с профильными специалистами Института музыкальной терапии Высшей школы музыки и театра г. Гамбурга (Германия).

**Ключевые слова:** активная музыкальная психотерапия, групповая психотерапия, психотерапия и реабилитация шизофрении, групповая динамика, динамическая психиатрия, эмоциональная активация, восстановление коммуникативных функций.

Впервые с применением пациентами музыкальных инструментов в ходе активирующей терапии мы познакомились благодаря визиту весной 2000г. оренбургских психиатров и психотерапевтов в клинику Г. Аммона «Ментершвайге» (Мюнхен, Германия). Немецкие коллеги продемонстрировали работу музыкально-психотерапевтических

---

<sup>1</sup> Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2 (ООКПБ № 2).

групп, описали применяемые методики и передали для ознакомления видеозаписи занятий. С этого времени методика стала активно внедряться в психотерапевтическую работу на базе открытого в 2001 г. отделения динамической психиатрии и психотерапии ООКПБ № 2 [Бабин, Аммон, Казаковцев, 2004], расширяться до самостоятельного метода, приобретать оформленную структуру благодаря привнесению авторских компонентов. Именно в отделении динамической психиатрии и психотерапии, ориентированном на многопрофильный терапевтический подход, стала возможна реализация метода групповой психотерапии, речь о котором пойдет ниже. Пациентам реабилитационного отделения, кроме медикаментозной терапии и индивидуальной работы с психотерапевтом, предоставлена возможность работы в различных, в том числе и специфических, психотерапевтических группах, проводящихся по установленному расписанию в отделении ежедневно. Помимо традиционных вербальных занятий, в комплексе групповой работы отделения используются группы арт-терапии, сказкотерапии, аналитической песочной терапии, хореотерапии, терапии средой [Бабин, 1998]. Свое место в этом ряду занимает и активная групповая музыкотерапия.

На тот период существовало следующее представление: музыкальная психотерапия используется в двух основных формах — рецептивной и активной. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки, как правило, с целью поддержания взаимных контактов, формирования доверительных отношений, достижения катарсиса и снижения нервно-психического напряжения. Активная музыкотерапия представляет собой одну из форм невербальной психотерапии, при которой построение терапевтического процесса основано на использовании музыкальных инструментов в ходе индивидуального или группового занятия. Пациенты исполняют музыкальные композиции, как правило, импровизационного характера, либо используют звуки музыкальных инструментов вместо вербального компонента общения [Кабанов, Незнанов, 2003].

Если исходить из нашего опыта применения различных музыкально-терапевтических методик в психотерапевтической группе, методу можно дать следующее определение. Активная групповая музыкальная психотерапия, как и другие формы творческой деятельности, является психотерапией преимущественно невербального вида, при которой ставятся общие внутригрупповые цели. В данном случае это освоение альтернативных способов реализации чувственных переживаний, согласование эмоциональных состояний, выработка навыков коллективного взаимодействия и дальнейшее их развитие в реальных межличностных и

временных условиях. При этом большее значение для действенности психотерапии имеет не объект (музыкальный инструмент, мелодия) или форма (метод) проведения занятий, а содержание переживаний, возникающих в ходе процесса, и взаимодействие участников. Поэтому успешность проведения занятий определяется возникновением сопереживания и сочувствия среди членов группы (в смысле «совместного чувствования»), активностью реализации и проработки имеющихся и непосредственно возникающих эмоциональных состояний. Для психотерапевта необходимо принимать во внимание фактор групповой динамики как характеристики процессов и отношений, возникающих между участниками групповых занятий. Ссылаясь на работы Г. Аммона, Р. Шмидтс предлагает следующее определение: «музыкальная терапия, как и музицирование вообще, в первую очередь является групповой динамикой, поскольку она делает музыку... обязательной сферой общения..., позволяет чувственно воспринимать социально-энергетические процессы непосредственно в группе» [Schmidts, 1994].

По нашим наблюдениям, методы музыкальной психотерапии, используемые в клинике «Ментершвайге», ориентированы на непосредственно происходящие в группе процессы, прорабатываемые с помощью инструментов, и на отражение групповой динамики в соответствии с принципом «здесь-и-сейчас». Вследствие этого активная работа проводится в малых — 2, 3, 4 человека — подгруппах [Бурбиль, 2002; Кабанов, Незнанов, 2003]. В отличие от этой модели, сформированный нами метод больше акцентирован на развитии и восстановлении коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия, на проработку существующих переживаний, напрямую не связанных с отношениями в группе, но проецируемых на членов группы (т.е. на актуализацию прежнего эмоционально-коммуникативного опыта и музыкально-психодраматическую работу с ним). Также метод направлен на развитие способности к коллективному конструктивному взаимодействию с достаточным уровнем креативности. Поэтому, не исключая фактор спонтанности, который, как правило, имеет место при достаточной зрелости группы, мы предлагаем структурированную форму проведения с возможными вариациями. На наш взгляд, это обеспечивает достаточный уровень активации участников и снижение уровня их тревожности, определяет степень активности психотерапевта и его ответственность за происходящие в группе процессы, устанавливает необходимый и достаточный уровень директивности.

В дальнейшем мы будем говорить о нашем опыте групповой активной музыкальной психотерапии при применении ее в психиатрическом стационаре, где в нозологическом плане преобладают пациенты с заболеваниями психотического уровня эндогенного характера.

Обозначим цели данного вида терапии. Поскольку по большому счету активная музыкотерапия в группе не является самостоятельным методом лечения, а проводится наряду с другими групповыми методами, то ее цели ограничиваются решением задач I—II—III уровней по систематизации В.М. Воловика. Расшифровывая постановку целей, напомним: к задачам I уровня относятся стимулирование эмоциональности, налаживание коммуникаций и социальная активация; к задачам II уровня относятся тренировка общения и повышение уверенности в себе [Карвасарский, 2006]. Это базовый уровень применения активной музыкальной терапии, как и любой невербальной формы психотерапии шизофрении. Однако, как будет показано ниже, интегрирование в описываемый метод элементов ролевых игр и психодраматических техник, постановка и решение в ходе занятия текущих задач с привлечением актуальной проблематики пациентов для запуска лечебных механизмов конфронтации расширяет цели активной групповой музыкотерапии до решения задач III уровня — оптимизации общения, коррекции дезадаптирующих отношений и установок.

Поскольку музыкальная психотерапия ускоряет дифференцирующие процессы, она способствует размежеванию и индивидуализации отдельных пациентов в группе. Этим она развивает чувство собственного достоинства и автономность пациента, можно даже сказать, что она освобождает его для его специфической субъективности [Декер-Фойгт, 2009].

В соответствии с целями выделяются следующие направления психотерапевтического действия:

- 1) эмоциональная активация, расширение и развитие эмоциональной сферы;
- 2) содействие развитию коммуникативных функций и навыков межличностного взаимодействия с акцентом на невербальные способы коммуникации;
- 3) развитие творческого воображения и фантазии;
- 4) развитие чувства коллективизма;
- 5) регулирующее влияние на психологический тонус;
- 6) отчасти — повышение эстетических потребностей пациентов.

Реализация данных направлений лечебного воздействия осуществляется рядом механизмов группового процесса [Искандеров, 2005]:

- 1) эмоциональная разрядка посредством проработки отрицательных и стимуляции положительных эмоций в ходе работы с музыкальными инструментами;
- 2) получение новых средств и способов для адекватного выражения эмоциональной экспрессии;

3) повышение социально-коммуникативной активности в процессе «звукового» (мелодического, ритмического) взаимодействия в группе;

4) облегчение формирования новых отношений и установок.

Рекомендации и условия для проведения группового процесса в форме активной музыкотерапии у пациентов с заболеваниями психотического уровня (помимо общих необходимых условий и требований для проведения групповой психотерапии у пациентов с психозами) [Искандеров, 2005]:

1. Состав группы — от 6 до 12 человек, предпочтительны смешанные по полу группы.

2. Набор инструментов ударно-перкуSSIONного ряда (барабаны, бонги, тамтамы, тарелки, литавры, ксилофон, колокольчики, тамбурин, кастаньеты и т.п.). Эти инструменты не требуют навыков владения, с их помощью можно издавать любые желаемые звуки, соответственно, они подходят для любых техник музыкальной импровизации в качестве проективной формы личностного звукового выражения. Допустимо использование и других простых в обращении инструментов, таких как блок-флейта, дудка, элементарные струнные (балалайка, гитара). Однако эти инструменты мелодико-гармонического ряда стоит вводить с осторожностью. Во-первых, по нашим наблюдениям, при отсутствии навыков владения их резкое, порой диссонансирующее с общим звучанием может вызвать у пациента либо уход на пассивные позиции, либо негативное отношение как непосредственно к ним, так и ко всему групповому процессу в целом. Во-вторых, инструменты типа гитары или фортепиано при всем богатстве их звучания здесь вызывают парадоксально ограничивающую тенденцию, поскольку требуют уже обусловленного подхода, к которому интуитивно прибегают люди в столкновении со знакомым. Это ведет к следованию исполнительским стереотипам, препятствует спонтанности, так как подобный вид музыкальной экспрессии, прежде всего, заучен и вряд ли будет выражением глубинной внутренней проекции [Морено, 2008].

3. Желательно, но не обязательно: для терапевта или котерапевта наличие навыков владения тем или иным музыкальным инструментом. Еще большим плюсом в проведении занятий является наличие в группе пациента, владеющего тем или иным инструментом. В таком случае занимаемая им роль альтернативного ведущего положительным образом может влиять на динамическую составляющую в группе, а психотерапевт, в свою очередь, приобретет дополнительную возможность слежения за ходом процесса вообще и групповой динамикой в частности, сможет несколько снизить уровень директивности ведения группы и получит больший простор для корректирующих вмешательств.



4. Выделение и оборудование соответствующего помещения для проведения занятий.

Предлагаемая и используемая нами схема построения занятия:

1. Знакомство членов группы друг с другом, разъяснение целей, методов и принципов проведения работы.

2. Самостоятельный выбор музыкальных инструментов пациентами.

3. «Звуковое приветствие» группы каждым из участников с помощью выбранных инструментов.

4. Изучение возможностей инструментов: ряд подобранных упражнений активирующего плана, позволяющих прочувствовать громкость, динамический диапазон выбранных инструментов, роль каждого инструмента в общем звучании.

5. «Разминка»: общая импровизация, либо отталкивающаяся от исходной музыкальной темы, предложенной ведущим-психотерапевтом или одним из пациентов, либо спонтанная, изначально неоформленная импровизация.

6. «Музыкальные картины»: создание с помощью звуков определенного общего доминирующего настроения или состояния, возникшего, к примеру, при созерцании окружающего. Возможные темы: погода и времена года, настроение, чувственное переживание, навеянное погодой, представляемым или реальным пейзажем. Упражнение содержит элемент ролевых игр, при этом пациенты, как правило, спонтанно и самостоятельно приходят к распределению ролей (к примеру, музыкальная картина «осень»: «я буду изображать шум дождя», «я — завывания ветра» и т.п.).

7. Работа в подгруппах: деление на две-три группы либо попарно. Включение в групповой процесс элементов ролевых игр в следующем виде: звуковые а) диалоги, б) дуэли (соревновательный компонент), в) проработка ситуаций (невербально, посредством инструментов изобразить семейную ссору с последующим примирением, признаться в любви, изобразить просьбы, отказы, уговоры, приглашения и т.п.) как применение механизма конфронтации с жизненными проблемами [Морено, 2008].

8. Психодраматический этап: возможны солирующие темы на фоне общего аккомпанемента (проблемы лидерства, одиночества, индивидуальных переживаний); работа в парах, т.е. дуэты (потребность во внимании, любви, понимании, вопросы соперничества); в трио (для представления проблематики ревности или страха перед ревностью других, взаимоотношения в родительских семьях, а также страха одиночества). От подгрупп в виде квартетов и более следует ожидать совокупности проекций микросоциальных групп (профессиональные коллективы, компания друзей и т.п.) [Schmidts, 1994].

9. Вербальная часть: обсуждение совместно с пациентами прошедшего занятия. В принципе, мы предполагаем обсуждение после каждой части, после каждого упражнения — необходимо выяснение степени комфортности участия, причин выбора того или иного инструмента, вербализация ролевых моментов, ассоциативных явлений, возникающих в ходе музицирования. Особое внимание уделяется эмоциональному плану — выясняется, какую эмоциональную характеристику могут дать пациенты своей импровизации, какое настроение своей игрой задавал каждый участник группы. При этом от упражнения к упражнению мы стараемся добиться от пациентов все более тонкой нюансировки эмоционального описания, не ограничиваясь понятиями «грустно/радостно», «бодро/печально». Также выявляются коммуникативные связи, устанавливаемые пациентами в ходе игры, и элементы группового взаимодействия: кто лидировал в звучании, на кого ориентировались, с кем было приятнее играть, кто задавал стержневую ритмическую структуру, кто предпочитал подстройку.

Анализируется и ассоциативный материал, возникающий в процессе создания музыки самими пациентами. Как правило, при восприятии музыки возникают и внемузыкальные явления — зрительные и слуховые образы, ассоциации с различными ситуациями, пространственные представления, которые дополняют, обогащают и конкретизируют музыкальный образ. Ассоциации — один из необходимых элементов полноценного эстетического восприятия музыки. Они показывают «окрашенность» переживания музыки и определяются индивидуальными особенностями личности, характеризуют развитость эмоциональной сферы [Рощина, 2001]. Ассоциации со знаковыми жизненными ситуациями могут служить терапевтическим материалом для проработки в индивидуальных формах или в других психотерапевтических направлениях.

В заключительной части мы придерживаемся схемы обсуждения по следующим осям [Искандеров, 2005]:

- 1) мнение пациентов о процессе: общее впечатление от занятия, оценка степени слаженности и сплоченности;
- 2) поочередная индивидуальная рефлексия (изменилось ли состояние и настроение, если да, то каким образом, за счет чего именно, оправдались ли ожидания);
- 3) кого бы могли выделить из группы (активно работал, создавал общее настроение и т.п.)? — оценка степени активности участников и распределения ролей (высказывания, адресованные пациентами друг другу);
- 4) замечания и пожелания к дальнейшему проведению, адресованные пациентами психотерапевту;

5) положительное подкрепление (мнение психотерапевта, краткий анализ проведения занятия).

К настоящему времени мы имеем семилетний опыт ведения групповой музыкальной психотерапии в описываемой нами форме. Занятия проводятся регулярно, 1—2 раза в неделю в установленные расписанием работы динамического отделения дни. В силу особенностей контингента и правил стационарирования, поступления и выписки пациентов группы являются смешанными и открытыми. В случаях, когда состав группы длительное время был стабилен, отмечалось формирование и прохождение основных фаз ее развития, отслеживалась реализация основных характеристик групповой динамики, таких как групповая сплоченность, проблема лидерства, напряжение, актуализация прежнего эмоционального опыта, формирование подгрупп.

В качестве контроля эффективности занятий, а также с целью влияния на динамику и активность группового процесса нами применяется метод отсроченной обратной связи, который состоит в просмотре и анализе пациентами видеозаписей групповых занятий с их участием.

С 2007 года мы активно взаимодействуем с одним из ведущих специалистов в области музыкальной терапии и музыкальной психологии — профессором Гансом-Гельмутом Декером-Фойгтом, директором Института музыкальной терапии Высшей школы музыки и театра г. Гамбурга (Германия). В ходе его ознакомительных визитов им сначала была проведена супервизия представляемой нами методики. После установления рабочих связей с Областным психотерапевтическим Центром Оренбургской клинической психиатрической больницы № 2 и Оренбургским государственным институтом искусств им. Л. и М. Ростроповичей был инициирован международный проект последипломного обучения по музыкальной психотерапии и музыкальной психологии в Оренбурге. Цикл обучения (440 часов, 6 семестров) продолжался два года и завершился сертификацией специалистов. За это время профессор Г.-Г. Декер-Фойгт и представляемый им Институт музыкальной терапии внесли значительный вклад в развитие этого направления психотерапии в Оренбурге. Благодаря его помощи существенно пополнен инструментарий клиники (необходимые в работе музыкальные инструменты были доставлены из Гамбурга), выработаны новые для нас методологические и практические концепции музыкальной психотерапии. Уже в ходе обучения совместно были сформулированы следующие положения и выводы, нашедшие свое применение в нашей практической работе.

В целом в музыкальной терапии необходимо следовать аналитическо-диагностическому подходу, феноменологической трактовке, отходя от прикладного использования музыкальной психотерапии, так как во

время любой музыкально-терапевтической сессии происходит «высвобождение» актуального материала пациента, его проблематики за счет т.н. децентрирования проблемы [Декер-Фойгт, 2009]. Любой феномен, возникающий в процессе как индивидуального, так и группового музицирования, несет в себе диагностический материал, скрытый запрос на психотерапевтическую работу. Поэтому допускается отход от строгой структуры занятий даже у психотических больных, либо план одного занятия может быть реализован в течение нескольких сессий. Даже элементарные феномены, такие как выбор инструмента, манера игры, расположение, отношение к звуку, имеют значение и определенное содержание для пациента. Задача терапевта — не упустить их смысл [Декер-Фойгт, 2003].

Не стоит жестко разграничивать активную и рецептивную формы терапии. И в «живом» импровизационном музыкальном материале, и в личностно-значимых записях, и в ассоциативных межмодальных феноменах содержится важный материал о развитии личности и ее проблематике.

Музыка является тотальным символом для пациента. Любые психические процессы соотносятся с музыкой и в онтогенетическом плане (психология развития), и в личностно-динамическом, и в эмоционально-коммуникативном планах [Декер-Фойгт, 2009].

Также был сделан вывод, что биографическое и актуальное групподинамическое объяснение (интерпретация и трактовка импровизационных музыкальных феноменов) является решающим, потому что оно актуализирует индивидуальный опыт прошлого и его интеграцию в процессы коммуникации в настоящем каждого человека. Если пациенты уклоняются от интерпретаций на основе своего личного опыта, пытаясь дать аллегорические или синтетические толкования, следует обращать на это внимание и тем или иным способом мотивировать их на обращение к своему индивидуальному опыту, либо искать причины возникновения такого сопротивления, понимая его как способ психологической защиты.

Групповая музыкальная психотерапия не только позволяет решить проблемы коммуникации, эмоциональности и т.п., но и позволяет пациенту выразить проблематику идентичности (основная терапевтическая мишень в динамической концепции), а также выразить свою индивидуальность, тем самым обозначая сохранные стороны личности, опора на которые лежит в основе любого реабилитационного процесса. Таким образом, музыкальная психотерапия является одним из средств восполняющей терапии идентичности [Декер-Фойгт, 2009].

На основе музыкального материала, рождающегося в группе, при индивидуальном аналитическом подходе мы получаем информацию о

потребностях пациента, а также о сохраняющемся здоровом и креативном потенциале личности. А последующее терапевтическое стимулирование этого потенциала позволяет более эффективно работать с предпосылками психотических симптомов: чувствами тревоги, гнева, с состояниями отчужденности и одиночества.

Теперь мы можем ввести следующее определение: групповая музыкальная психотерапия — это способ восстановления и развития свободных, автономных потребностей в общении в группе. Использование практик музыкальной терапии позволяет испытать новый опыт контактирования, восстанавливает чувства самости, собственного достоинства и самопонимания, которые способствуют возникновению отношений и одновременно обозначают степень и границы автономности. Иными словами, это такая работа, которая развивает умение отдельного человека образовывать группы, высвобождая в нем ответственность и способность к этому [Schmidts, 1994]. Можно сказать, что группа как целое импровизирует возможные в ней аспекты отношений внутри быстро следующих друг за другом подгрупповых образований. Она раскрывает с группо-динамической точки зрения свой творческий потенциал отношений на каждом отдельном групповом занятии.

Итак, в целом музыкальная психотерапия определима как динамическая форма терапии, которая делает выводы из прошлого человека и освобождает его для возможной будущей перспективы [Schmidts, 1994].

Основываясь на совместных выводах и совместном опыте, для дальнейшей работы мы планируем включение метода активной музыкальной психотерапии в терапевтическую практику амбулаторного звена, добавление к групповым занятиям индивидуальной терапевтической проработки актуальных и дезадаптирующих проблемных образований пациентов. Также возможно основанное на принципе межмодальности взаимное интегрирование музыкально-терапевтических методик и других невербальных форм работы, в том числе арт-терапевтических.

## ЛИТЕРАТУРА

- Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал. 2004. № 3. С. 59—63.
- Бабин С.М. Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре (методическое пособие). Оренбург, 1998.
- Бурбиль И. Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии (методическое пособие) / пер. с нем. Оренбург. 2002.
- Декер-Фойгт. Г.-Г. Введение в музыкотерапию / пер. с нем. СПб.: Питер, 2003.
- Декер-Фойгт. Г.-Г. Цикл лекций и семинаров проекта постдипломного обуче-

- ния по музыкальной психотерапии и музыкальной психологии / пер. с нем. Оренбург. 2008—2009.
- Искандеров М.Н. Метод активной групповой музыкотерапии в комплексном лечении и реабилитации душевнобольных // Вопросы подготовки клинических психологов, специалистов по социальной работе и врачей-психотерапевтов: материалы 2-го Всероссийского совещания и научно-практической конференции. Оренбург, 2005. С. 116—119.
- Морено Дж. Включи свою внутреннюю музыку: музыкальная терапия и психодрама. М.: Когито-Центр. 2008.
- Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование. Коллективная монография / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003.
- Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. СПб.: Питер, 2006.
- Рошина Е.В. Психологические и психофизиологические основы музыкотерапии // Наркологическая служба Оренбургской области на рубеже веков. Оренбург. 2001. С. 69—78.
- Schmidts R. 1994. Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. *Dynamische Psychiatrie*. Jg. 27. S. 220—231.

## ACTIVE GROUP MUSIC THERAPY: PRACTICE AND PROSPECTS OF THE METHOD IN PSYCHIATRIC HOSPITAL

*M.N. ISCANDEROV*

There were submitted the description of the method of active group music therapy, the history of its formation, the experience of practical use in complex treatment and rehabilitation of the mentally ill in a psychiatric hospital. The method is based on the use of musical instruments in the course of therapeutic group work. Patients are involved in musical improvisations. Thus the identification process of the diagnostic material, the definition of therapeutic targets and therapeutic potential for further clinical work and rehabilitation of mentally ill persons on the principles of Biopsychosocial approach is carried out. The theoretical basis of the method is given. This article is provided with the music therapy sessions' structural scheme, with the conditions and recommendations for the study. There is the prospects' description of development and usage of the method in terms of an established collaboration with core medical specialists of the Hamburg music and theatre higher school (Germany).

**Keywords:** Active music psychotherapy, group psychotherapy, psychotherapy and rehabilitation of schizophrenia, group dynamics, dynamic psychiatry, emotional activation, recovery of communicative.

- Ammon M., Babin S.M., Kazakovcev B.A. Psihoterapija v Orenburgskoj oblasti i model' dinamicheskoj psihiatrii G. Ammona: vzaimodejstvie i integracija // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2004. № 3. S. 59—63.
- Babin S.M. Organizacija psihoterapevticheskoj pomowi v obwepsihiatricheskom stacionare (metodicheskoe posobie). Orenburg, 1998.
- Burbil' I. Terapija i psihologicheskaja diagnostika v klinike dinamicheskoj psihiatrii (metodicheskoe posobie) / per. s nem. Orenburg. 2002.
- Deker-Fojgt. G.-G. Vvedenie v muzykoterapiju / per. s nem. SPb.: Piter, 2003.
- Deker-Fojgt. G.-G. Cikel' lekcij i seminarov proekta postdiplomnogo obuche-nija po muzykal'noj psihoterapii i muzykal'noj psihologii / per. s nem. Orenburg. 2008-2009.
- Iskanderov M.N. Metod aktivnoj gruppovoj muzykoterapii v kompleksnom lechenii i reabilitacii dushevnobol'nyh // Voprosy podgotovki klinicheskikh psihologov, specialistov po social'noj rabote i vrachej-psihoterapevtov: materialy 2-go Vserossijskogo sovevanija i nauchno-prakticheskoi konferencii. Orenburg, 2005. S. 116—119.
- Moreno Dzh. Vkljuchi svoju vnutrennjuju muzyku: muzykal'naja terapija i psihodrama. M.: Kogito-Centr. 2008.
- Očerki dinamicheskoj psihiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie. Kollektivnaja monografija / pod red. M.M. Kabanova, N.G. Neznanova. SPb.: Institut im. V.M. Behtereva, 2003.
- Psihoterapevticheskaja jenciklopedija / pod red. B.D. Karvasarskogo. 3-e izd. SPb.: Piter, 2006.
- Rowina E.V. Psihologicheskie i psihofiziologicheskie osnovy muzykoterapii // Narkologicheskaja sluzhba Orenburgskoj oblasti na rubezhe vekov. Orenburg. 2001. S. 69—78.
- Schmidts R. 1994. Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. Dynamische Psychiatrie. Jg. 27. S. 220—231.

# ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ В МЕГАПОЛИСЕ

Е.А. ЧУРСИНА

В статье представлены размышления практикующего психолога, работающего на телефоне доверия, о функции и роли этой психологической службы в жизни большого города. Автор описывает социальные задачи телефона доверия, а также менее очевидные даже для самих специалистов психологические стороны работы.

**Ключевые слова:** телефон доверия, психологическая помощь, консультант.

## Вступление

Первые ТД появились в мегаполисах — Нью-Йорке, Сиднее, Лондоне, — во многом являясь откликом на мироощущение людей в большом городе, новой формой взаимодействия с человеком в критической ситуации, отражая специфику его жизненной (социальной, культурной, индивидуальной) ситуации в мегаполисе. Основная коллизия заключается в том, что традиционные способы поддержки и взаимодействия с социальным окружением и с самим собой — ритуалы, церемонии и другие культурные формы — не работают, и человек все чаще может разрешить кризисную ситуацию только в рамках специализированной помощи. Но это могут позволить себе не все слои населения. Человек, отчужденный от традиционных видов помощи, оказывается в то же время оторванным и от помощи специализированной. Эту брешь и призван восполнить телефон доверия.

Сегодня открываются все новые и новые телефоны доверия — специализированные и общие, волонтерские и профессиональные. Этот бум, отражающий реальные процессы в обществе, требует осмысления и систематического подхода к выстраиванию работы этой крайне востребованной сегодня формы помощи населению. Как в случае всех злободневных и чрезвычайно востребованных форм психологической работы, в телефонном консультировании наблюдается разрыв между практикой и таким ее теоретическим осмыслением, ко-



торое бы позволило определить зону ее ближайшего развития, проанализировать ее принципы и стандарты, дать возможность отслеживать и направлять ее развитие в соответствии с потребностями современного общества.

### **Проблема связи и связности в мегаполисе**

Хотя сельские сообщества и небольшие города в России также обнаруживают потребность в ТД и в развитой структуре психологической службы, жизнь современного мегаполиса имеет характерные черты, определяющие как актуальность, так и специфику тематики ТД, состава сотрудников (специалисты, волонтеры, супервизоры), административного подчинения телефона доверия (включенность/невключенность в общую структуру Службы психологической помощи населению).

Среда мегаполиса априори предполагает *проблему связи* — транспортной, социальной, индивидуальной. Да, мы научились преодолевать расстояния. Но, как говорил Хайдеггер, «спешное устранение всех расстояний не приносит с собой никакой близости; ибо близость заключается не в уменьшении отдаленности» [Хайдеггер, 1993]. Теснота многомиллионного города не только не объединяет, но еще больше отдаляет, изолирует людей друг от друга, повышает разобщенность, отгороженность как защитный механизм жизни в наступательной, порой агрессивной среде. На всех уровнях — индивидуальном, семейном, ведомственном, муниципальном — существуют обособляющие тенденции. Персональный компьютер, персональный автомобиль, незнание своих соседей, отсутствие двора, отсутствие подъезда — разрушение общностей происходит на всех уровнях.

Вместе с тем резко расширяется сфера различных услуг, среди которых и психологические. Так, в Москве доступность психологических услуг обеспечивается сетью различных служб психологической помощи населению, относящихся к разным ведомствам: психологическая служба департамента по делам семьи и молодежи (Московская служба психологической помощи населению), психологическая служба департамента образования (более 50 психолого-медико-социальных центров разной направленности), службы департамента здравоохранения и социальной защиты, МЧС, общественные и частные психологические центры. Эти службы призваны оказывать своевременную и эффективную помощь разным группам населения. Различные ТД (а они созданы почти в каждом ведомстве) занимают в этой структуре не последнее место благодаря

фундаментальным характеристикам данного вида психологической практики, привлекательным для клиентов [Reese et al., 2006]. Учитывая базисную проблему связи, отрыв от традиционных форм поддержки и жесткость среды мегаполиса, можно сформулировать цели и задачи ТД следующим образом.

### **Цели и задачи ТД в мегаполисе**

ТД способствует восстановлению и **поддержанию связи<sup>1</sup> и связности<sup>2</sup> как внутриспсихической, так и социальной**. Исполняя свою миссию по оказанию экстренной психологической помощи по телефону различным категориям и группам населения, ТД способствует **повышению качества жизни в городе**. По сути, концепт связи предстает здесь в нескольких коннотациях: как телефонная связь (средство), связь двух людей (описание контакта), связь внутриспсихическая (направленность работы консультанта), связанность структур (тип включения службы в систему психологической помощи населению). Работа ТД направлена на интеграцию, преодоление изоляции и разобщения.

Учитывая базисную проблему связи, отрыв от традиционных форм поддержки и жесткость среды мегаполиса, можно сформулировать **цели ТД** следующим образом: снижение психологического дискомфорта, уровня агрессии, включая аутоагрессию и суицид, формирование психологической культуры, укрепление психического здоровья и атмосферы психологической защищенности.

Реализация целей предполагает решение следующих основных **задач**:

1. Обеспечить доступность и своевременность квалифицированной психологической помощи по телефону людям, оказавшимся в критических ситуациях, независимо от их социального статуса и местожительства.
2. Гарантировать каждому гражданину, обратившемуся за советом и помощью, возможности доверительного диалога.

---

<sup>1</sup> Связь (англ. connection, relation, relationship) — взаимообусловленность существования объектов, явлений, действий, разделенных в пространстве и/или времени (Мещеряков, Зинченко).

<sup>2</sup> В поздней теории влечений Фрейда связывание становится главным признаком влечений к жизни в противоположность влечениям к смерти: «Эрос — это связь; цель его — создавать и сохранять все более крупные единства, тогда как цель влечения к смерти, наоборот, в том, чтобы разрывать связи и тем самым разрушать предметы» (Фрейд).

3. Проводить профилактику самоубийств и кризисных состояний, а также развивать и поддерживать междисциплинарные исследовательские программы в области профилактики суицидов и кризисных состояний.

4. Вести психологическое консультирование по телефону; оказывать помощь абонентам в мобилизации их творческих, интеллектуальных, личностных, духовных ресурсов для выхода из кризисного состояния.

5. Расширять диапазон социально и лично приемлемых средств у абонентов для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления имеющихся трудностей, укрепления уверенности в себе.

6. Информировать абонентов в соответствии с их запросами о тех службах, в помощи которых они нуждаются; содействовать обращению граждан к профессиональным психологам за дополнительной специализированной помощью; создавать базы данных о лицах и службах, оказывающих психологическую, психиатрическую, медицинскую, юридическую помощь населению.

7. Участвовать в ликвидации негативных психологических последствий чрезвычайных ситуаций в городе в рамках психологической и информационной помощи по телефону.

8. Вести просветительскую и рекламную работу в области телефонного консультирования, так как ТД является одним из основных средств повышения психологической грамотности.

ТД в ситуации мегаполиса становится не только формой оказания неотложной психологической помощи (с акцентом именно на неотложности вмешательства в ситуации кризиса), но и проявлением своего рода участной позиции. Эта позиция предполагает скорее поддержку, чем деятельное вмешательство, поэтому она также оказывается чрезвычайно востребована в жизни многомиллионного мегаполиса.

### **Специфика ТД как помогающей практики в мегаполисе**

В сравнении с другими видами психологической помощи, доступность психологической помощи по телефону во много раз выше. Несмотря на значительное расстояние, голоса абонента и консультанта звучат очень близко, что облегчает включение в терапевтическое обсуждение глубоко личных, интимных проблем. Многие люди именно по телефону доверия впервые получают опыт общения с психологом. Помимо собственно психологического здесь есть и финансовый аспект: не всегда представители малоимущих, незащищенных, маргинальных слоев населения могут позволить себе прохождение психотерапии, по-

лучение консультации специалиста, не всегда могут даже просто разделить с другим человеком горести и радости своей жизни. Стрдание толкает человека по направлению к небытию, и в безысходной ситуации человек стремится, «чтобы другое бытие поддержало его разрывающееся бытие. Утешение всегда есть восстановление страдающего бытия» [Майцена, 2000, с. 46].

Мегаполис отличается от маленького города тем, что у него интенсивная теневая жизнь, сильное «бессознательное»<sup>3</sup>. К теневой жизни относятся не только события, которые невозможно принять, вытесняемые из сознательной жизни, но и отдельные, весьма многочисленные, маргинальные индивиды и группы, которые не встроены в «дневную», официальную, принимаемую жизнь мегаполиса. Консультант ТД, скорее всего, не поможет конкретному представителю этой «теневого», «ночной» жизни разрешить его проблему. Не стоит возвращать в консультанте идею всемогущества. Однако сам факт того, что у звонящего есть возможность докричаться до «представителей власти», которых он видит в консультантах городского ТД, или даже просто выругаться, таким образом вступив с ними в контакт, канализирует разрушительную энергию, уберегая тем самым граждан от возможного выплеска этого напряжения в противоправных действиях, преступлении. То обстоятельство, что представитель маргинальной группы ощущает себя услышанным государственной структурой, с которой он установил связь, имеет интегрирующее воздействие — не только на уровне индивида, но и на уровне мегаполиса. Таким образом, критерии эффективности здесь могут измеряться не только на индивидуально-психологическом уровне, но и на уровне более широких социальных последствий. Это, несомненно, повышает степень безопасности городского жизненного пространства.

Помимо социального, нельзя упускать из виду и возможный индивидуальный эффект, связанный с подтверждением личного бытия, самого факта существования личности, «выломившейся» из социума. Сложность заключается в том, что в этом «теновом» состоянии человек оказывается практически неспособен обращаться за профессиональной помощью. Он уже прошел точку отчаяния; у него нет надежды. Эти проблемы требуют комплексного подхода к их решению, взаимодействия мобильных, очных и телефонных служб.

При этом у ТД, как у любой другой структуры мегаполиса, также есть свое «бессознательное», своя «теневая сторона». «Бессознательное» службы ТД включается во взаимодействие с «бессознательным» мегапо-

---

<sup>3</sup> Мы очень признательны Ф.Е. Василюку за эту метафору.

лиса. Служба ТД часто оказывается контейнером<sup>4</sup> для этого теневого содержания: того, что запрещено законом или находится на грани законности, а также для первертных и делинквентных форм человеческого проявления. В случае, если теневое содержание реализуется в социальном поведении человека, это опасно для общества. Но пока оно остается в границах интимного пространства личности, например, фантазирование или вербальной агрессии, обращенной, в данном случае, к консультанту ТД, который готов контейнировать это проявление, оно становится приемлемым и даже в каком-то смысле желательным для общества, ибо таким образом канализируется. Теневая часть психики — неотъемлемая ее составляющая, и когда она не находит канала для своего проявления, она становится разрушительной и для психики, и для общества. Чтобы служить таким контейнером, ТД должен «работать» со своим бессознательным, делая его инструментом реализации этой функции. Формы внутренней профессиональной коммуникации должны быть «заточены» под это. Консультанты должны быть компетентными в работе с глубинно-психологической динамикой.

Нужно учитывать опасность того, что теневое содержание, о котором идет речь, может легко проецироваться на отношения между сотрудниками ТД, охватывая и иногда даже «затапливая» все пространство внутренней коммуникации. Такое часто случается с психотическим содержанием, транслируемым особыми категориями абонентов. Эту опасность нужно учитывать и предотвращать профилактическими мерами, обсуждая ее на текущих собраниях сотрудников и вынося на внешнюю супервизию. Примером этому может служить следующая ситуация. Коллеги, обсуждая проблему конкретного абонента, который звонит периодически разным консультантам, вдруг начинают очень злобно реагировать на то, что говорят другие, обвиняя друг друга в

---

<sup>4</sup> Термин «контейнер» введен в кляйнианской концепции проективной идентификации, согласно которой аналитик (как и мать по отношению к ребенку) вмещает в себя (контейнирует) непереносимые переживания пациента. Внутри контейнера эти переживания прорабатываются, понимаются аналитиком, а затем пациент интроецирует понятие переживания, строя и укрепляя таким образом свою психическую структуру [Bion, 1962; Bion, 1967]. В современной психоаналитической литературе термин «контейнер» используется чаще в более широком смысле, включая не только интрапсихическое пространство аналитика, но и интересубъективное пространство аналитической диады. В нашей работе он используется в более широком смысле, заданном самими кляйнианцами (Ср.: «Само общество может функционировать как эмоциональный контейнер того или иного типа, более или менее защитного свойства» [Хиншелвуд, 2007, с. 335—336].

непонимании и даже намекая на непрофессионализм. Супервизор, которому предъявляется этот случай, обращает внимание на то, как развертываемая динамика взаимоотношений между консультантами связана с внутренней динамикой абонента. Это замечание становится инсайтным для сотрудников и разрешает конфликты, назревающие во внутриорганизационных отношениях. Консультанты, возвращая проекции, начинают на своем опыте понимать психические особенности этой категории абонентов, которые неспособны пережить свои конфликты внутри себя и «выбрасывают», проецируют их вовне; консультанты начинают осознавать, что они только что стали «внешней ареной» разыгрываемого внутриспсихического содержания.

### На стороне консультанта

Профессия телефонного консультанта предполагает элемент особенного личностного отношения, внимания, т.н. «участности» (М.М. Бахтин) — заинтересованности, признания некоторой сферы переживаний личного характера, открытости. Согласно С.С. Хоружему, «маргинальность избегается за счет участливых практик». Человек в критической ситуации с трудом переносит «земную качку», побуждая консультанта на другом конце провода отказываться «от запасов лишних равновесия» (метафоры Р.М. Рильке). Неслучайно вместе с развитием психологического консультирования, в том числе телефонного, а также экстренной психологической помощи появился целый ряд терминов и теорий, связанных с воздействием этих видов деятельности на самого консультанта: синдром сгорания/выгорания, вторичная виктимизация, замещающая виктимизация<sup>5</sup> и др.

О синдроме сгорания говорят в отношении всех помогающих профессий, связанных с особой эмоциональной нагрузкой переживания, где столкновение с травмой и стрессом — обыденность. Почему кто-то остается эмпатичным, решительным, полным энтузиазма, а кто-то сгорает, уходит из профессии? Почему у некоторых представителей помогающих профессий даже развиваются симптомы травматического расстройств, а отсутствие профессиональной устойчивости может оказываться для них фактором риска, в том числе риска развития соматических, например, сердечно-сосудистых заболеваний [Ferris et al.,

---

<sup>5</sup> Интересно, что само понятие vicarious можно перевести как «замещающий другого», «действующий за других», «чужой, не свой», «страдающий за других», «искупительный» [Lingvo].

2005]? В этой области проблема устойчивости граничит с проблемой профессионального сгорания.

Травма, кризисное состояние абонента может разрушать когнитивные схемы консультанта в одной и более базисных составляющих: безопасность, доверие, уверенность, контроль (способность «слушать, говорить с абонентом, не разрушаясь» становится одной из ключевых в дискурсе телефонных консультантов). Консультант зачастую присваивает, прикладывает на себя болезненные истории своих пациентов, их агрессию и другие разрушительные чувства. Поэтому он должен заботиться о собственной безопасности и сохранности, в частности, отделять свои переживания от переживаний, индуцированных абонентом, обладать знаниями об особенностях консультирования в случае абонентов с разными личностными организациями.

Говоря словами Мишеля Фуко, «проявлять заботу о себе — это не только привилегия правителей, но и требование, предъявляемое к ним». Рискнем отнести эти слова и к консультанту. Психологическое консультирование можно было бы назвать одной из предельно антропологических практик, поскольку терапевт работает собой, инструментом является его собственная личность. Специалисты других профессий иногда поражаются: сколько вы денег, времени, сил вкладываете в постоянное обучение — зачем? Возможно, затем, что в центре этой практики субъект — на стороне как клиента, так и терапевта. Интересно, что центральной концепцией западной античности, согласно Фуко, была *epimeleia / cura sui* («забота о самом себе»): известный всем сократовский призыв к самопознанию всегда сопровождался требованием «проявить заботу о самом себе», что приводит к изменению, очищению, преобразованию и преображению себя [Фуко, 1991]. Эти интуиции античности, с нашей точки зрения, задают тот обмен вопросами между эпохами, «от которых вещи делаются прозрачными» (выражение С.С. Аверинцева).

Мы чаще всего рассматриваем проблему заботы о себе как профилактику (в данном случае — профилактику синдрома сгорания), тем самым существенно сужая область исследования и понимания. В античности понятие заботы о себе всегда имело позитивное значение, не сводящееся к мотиву избегания, предотвращения разрушения. Навыки и техники обращения человека с самим собой являются неотъемлемой составляющей культурной традиции, а в более узкой, профессиональной перспективе — и составляющей профессиональной практики. Мысль о том, что «самопознание есть лишь частный случай заботы о себе, лишь ее конкретное применение» [Фуко, 1991], расширяет наше понимание как профессионального развития, так и преодоления негативных побочных эффектов профессиональной деятельности.

Телефон доверия — современная помогающая практика, развивающаяся на пересечении разных лечебных и психологических традиций и выводящая тематику кризисных и патологических состояний психики за рамки психиатрического, сугубо медицинского взгляда. Возникнув в мегаполисе несколько десятилетий назад, она и сегодня направлена на оказание неотложной психологической помощи, наподобие неотложной медицинской, на сглаживание «острых углов» большого города — стремительного темпа жизни, ее разобщенности, изоляции в массе и пр., — восполняя брешь, образовавшуюся с исчезновением многих традиционных поддерживающих общинных и индивидуальных культурных практик. Назрела необходимость осмысления этой одной из самых востребованных форм оказания помощи населению, занимающей связующее положение в ряду других помогающих практик.

Мы благодарим Ф.Е. Василюка за ценные комментарии в обсуждении этой живой и сложной темы.

## ЛИТЕРАТУРА

- Майцена А. Драма Иова. СПб.: Алетейя, 2000.
- Фуко М. Герменевтика субъекта // Социо-логос: Социология. Антропология. Метафизика. Вып. 1: Общество и сферы смысла. М.: Прогресс, 1991. С. 284—311.
- Хайдеггер М. Вещь // Время и бытие / пер. В.В. Библихина. М., 1993.
- Хиншелвуд Р. Словарь кляйнианского анализа. М.: Когито-Центр, 2007.
- Bion W. 1962. *Learning from experience*. L.: Henemann,
- Bion W. 1967. *Second thoughts*. L.: Henemann,
- Ferris P.A., Sinclair C., Kline T.J. 2005. It takes two to tango: personal and organizational resilience as predictors of strain and cardiovascular disease risk in a work sample. *Journal of occupational health psychology*. Vol. 10. № 3. P. 225—238.
- Helbok S.M., Marinelli R.P., Walls R.T. 2006. National Survey of Ethical Practices Across Rural and Urban Communities. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 37. No. 1. P. 36—44.
- Janet P. 1929. *L'évolution psychologique de la personnalité*. Paris: Chahine.
- Lingvo 11 Шесть языков. Электронный словарь. 2005.
- Reese R.J., Conoley C.W., Brossart D.F. Winter 2006. The Attractiveness of Telephone Counseling: An Empirical Investigation of Client Perceptions. *Journal of Counseling & Development*. V. 84.
- Shalev A.Y. 2000. Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns. *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press. P. 17—31.
- Tuval-Mashiach R., Freedman S., Bargai N., Boker R., Hadar H., Shalev A.Y. 2004. Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry* 67 (3). P. 280—293.



## PHONE COUNSELING SERVICE IN A BIG CITY

*E.A. TCHURSINA*

The article presents the reflections of the practice of psychologist who works in phone counseling service: it points out the functions and role of this psychological service for big city life. The author describes social mission and goals of a telephone service as well as some goals which are less obvious parts of the work even for some experts in this field.

**Keywords:** phone counseling service, counseling psychology, counselor.

Majcena A. Drama Iova. SPb.: Aletejja, 2000.

Fuko M. Germenevtika sub#ekta // Socio-logos: Sociologija. Antropologija. Metafizika. Vyp. 1: Obvestvo i sfery smysla. M.: Progress, 1991. S. 284—311.

Hajdegger M. Vew' // Vremja i bytie / per. V.V. Bibihina. M., 1993.

Hinshelvd R. Slovar' kljajnijskogo analiza. M.: Kogito-Centr, 2007.

Bion W. 1962. *Learning from experience*. L.: Henemann,

Bion W. 1967. *Second thoughts*. L.: Henemann,

Ferris P.A., Sinclair C., Kline T.J. 2005. It takes two to tango: personal and organizational resilience as predictors of strain and cardiovascular disease risk in a work sample. *Journal of occupational health psychology*. Vol. 10. № 3. P. 225—238.

Helbok C.M., Marinelli R.P., Walls R.T. 2006. National Survey of Ethical Practices Across Rural and Urban Communities. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 37. No. 1. P. 36—44.

Janet P. 1929. *L'évolution psychologique de la personnalité*. Paris: Chahine.

Lingvo 11 Шесть языков. Электронный словарь. 2005.

Reese R.J., Conoley C.W., Brossart D.F. Winter 2006. The Attractiveness of Telephone Counseling: An Empirical Investigation of Client Perceptions. *Journal of Counseling & Development*. V. 84.

Shalev A.Y. 2000. Stress management and debriefing: historical concepts and present patterns. *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Edited by Raphael B. & Wilson J.P. Cambridge University Press. P. 17—31.

Tuval-Mashiach R., Freedman S., Bargai N., Boker R., Hadar H., Shalev A.Y. 2004. Coping with trauma: narrative and cognitive perspectives. *Psychiatry* 67 (3). P. 280—293.

## НЕОБХОДИМАЯ УТОПИЯ

### ИНТЕРВЬЮ С М.Д. НОРАМБУЭНОЙ

Мигель Д. Норамбуэна — психолог, философ, поэт и писатель, а также — директор центра-приюта для людей с тяжелыми личностными нарушениями. Это человек необычной судьбы.

Он родился в Англии, школьные годы провел в Бразилии и в Чили. Вскоре после поступления в Школу изобразительных искусств в Сантьяго (Чили) он бросил учебу и уехал вглубь страны, где в течение двух лет жил среди индейцев мапуче.

После государственного переворота, совершенного генералом Пиночетом, был арестован. Через несколько месяцев после ареста ему удалось бежать в Сантьяго и получить политическое убежище в Швейцарии.

В 1976 году М.Д. Норамбуэна встретил в Париже Дэвида Купера — основателя (наряду с Рональдом Лэйнгом) движения антипсихиатрии — и стал его учеником. В это же время он проходил обучение в Высшей школе социальных наук в Париже по специальности «социальная психопатология», участвовал в семинарах Феликса Гваттари и прошел у него курс анализа.

Около 30 лет назад М.Д. Норамбуэна открыл в Женеве центр «Ракар», в котором ведет психотерапевтическую работу с тяжелыми пациентами в рамках своего подхода, который он называет «психосоциальной анимацией». Этот подход реализует особую стратегию индирективной работы с пациентами, в которой нашли сочетание философские идеи Ф. Гваттари, идеи движения антипсихиатрии и собственный опыт жизни и работы М.Д. Норамбуэны с трудными пациентами. Во время своего двухлетнего пребывания в Москве М.Д. Норамбуэна также работал с группой больных на базе психиатрической клиники им. П.Б. Ганнушкина.

Центр «Ракар» — это частное учреждение, которое, хотя и находится в тесных отношениях с другими социальными институтами (клиниками, социальными центрами и т.д.), остается невключенным ни в какие традиционные медицинские и воспитательные практики. «Ракар» представляет собой одновременно и приют, где есть все необходимое для человека, ищущего прибежище на ночь или на несколько дней (здесь можно переночевать, принять душ, постирать вещи, получить ужин и завтрак), и место, где можно жить более длительное время и получать самую разнообразную помощь, в том числе социальную и психологическую. Постояльцами этого центра являются в основном люди, оказавшиеся по разным причинам «на обочине жизни», — наркоманы, психически больные, алкоголики, люди, которые подверглись насилию, больные гепатитом С, проститутки. В центре «Ракар»

создано своего рода терапевтическое сообщество, в котором специалисты и пациенты проводят часть жизни вместе. Центр работает с 17 часов вечера и до 10.45 следующего дня, а также остается открытым в праздничные дни. Сотрудники дежурят в Центре посменно днем, кто-то из них также остается на ночь. Днем постояльцы покидают центр, а вечером могут вновь в него вернуться. В центре работает команда специалистов в области психологии, педагогики и антропологии.

**Мигель Д. Норамбуэна (М.Д.Н.):** Я руковожу маленьким городским центром на девять мест, который основал 30 лет назад. Он находится в центральном квартале Женевы. Во всей Женеве насчитывается примерно 300 тысяч жителей. В центре города расположены престижные кварталы, где живут самые богатые люди в мире. Однако, несмотря на материальное благополучие, тут можно встретить немало и совсем молодых, и уже взрослых людей, страдающих от разного рода зависимостей.

В Женеве — городе, обладающем большими возможностями, — есть много самых разных больниц и центров, как государственных, так и частных. Благодаря развитой социальной системе каждый человек, у которого возникают проблемы, оказывается включенным в целую систему медицинской, социальной и психологической помощи. Но при этом некоторым людям все же не удается вылечиться.

**Виктория Архангельская (В.А.):** *Можете ли Вы рассказать немного о том, как возникли Ваш подход и Ваш центр?*

**М.Д.Н.:** Идеи, лежащие в основе моего подхода, были придуманы, конечно, не только мной. Во многом они идут из практики работы с пациентами, которая родилась после Второй Мировой войны во Франции благодаря доктору Тоскелю, стоящему у истоков так называемой «психотерапии в учреждении».

Доктор Франсуа Тоскель — испанец, он бежал от режима Франко во Францию и возглавил там одну старую психиатрическую клинику. Условия работы были очень сложными: после войны не было ни денег, ни помощи от государства, и для работы клиники необходимо было делать, прежде всего, самые насущные повседневные дела: восстанавливать здание, сажать картошку, чтобы прокормить больных и персонал, готовить еду и т.д. В этих делах участвовали все — и пациенты, и сотрудники. В то время Тоскель заметил, что самая элементарная физическая работа, которую, даже несмотря на свое тяжелое заболевание, мог делать каждый пациент — а Тоскель работал с тяжелыми пациентами, страдающими шизофренией, — изменяла их психическое состояние к лучше-

му. Кроме того, в клинике не было отдельных помещений для больных и для персонала, поэтому все собирались вместе и могли обсуждать все, что угодно, читать вслух книги и т.д.

Так родилась идея, что терапия может осуществляться **не в учреждении, а самим этим учреждением**, т.е. особой формой **совместной жизни**, где персонал и клиенты работают и живут вместе.

Была и еще одна клиника, где практиковали подобный подход, — клиника Ла Борд недалеко от Парижа, где мне посчастливилось бывать и где я познакомился с Феликсом Гваттари, который там работал. Теоретической основой работы этой клиники стал лакановский психоанализ. Там также практиковались собрания, в которых участвовали как больные, так и персонал. Это создавало пространство, где пациенты могли высказывать недовольство чем-нибудь, могли что-то обсуждать. На этих собраниях возникало место для каждого, тем самым становился возможным диалог, который стал важнейшим принципом работы. Диалог в данном случае означает утверждение **присутствия Другого** в терапевтических отношениях в учреждении.

Конец 60-х был в Европе временем необычайного обновления во всех областях общества и культуры. Оно коснулось и работы с больными в психиатрических клиниках. Очень много обсуждалась тогда практика работы с людьми: что хорошо и что плохо — все ставилось под вопрос. То, что возникало на волне этого движения, позже начинало воплощаться в работе организаций, происходила институционализация этого движения.

Вот тот контекст, в котором родился наш центр «Ракар» в Женеве.

**В.А.:** *Кто ваши пациенты?*

**М.Д.Н.:** Обычно это люди с достаточно серьезными проблемами. Это могут быть тяжелые больные, которые, несмотря на лечение, все равно продолжают находиться в депрессии, которым не удается вернуться на работу и включиться в нормальную социальную жизнь. Это могут быть наркоманы, которых также не удается вылечить. Люди с серьезными психическими нарушениями пограничного и психотического уровня. Люди с глубокими нарушениями поведения, от которых фактически отказываются их семьи. Всех их объединяет, пожалуй, то, что они по тем или иным причинам исключены из общества, от них все отказались — это социальные изгои, отверженные.

С одной стороны, поскольку у этих людей часто имеются очень серьезные проблемы с поведением, — они могут быть, например, очень агрессивными, — они не только оказываются исключенными из об-

щества и из семьи, но даже в больницах, куда они иногда попадают, от них стараются избавиться. Их существование не хотят признавать. Таким пациентам не удается справиться с жестокостью, направленной на них, и они испытывают ответную агрессию. Это своего рода брошенные сироты. С другой стороны, они страдают от чувства безнадежности и экзистенциальной пустоты.

С такими людьми очень трудно работать.

**В.А.:** *Сколько времени пациенты живут в центре?*

**М.Д.Н.:** В принципе они могут жить столько, сколько это необходимо.

Однако здесь есть определенные трудности. Самое большое опасение организаций, которые оплачивают пребывание пациентов в центре, — это хроническое заболевание: никто не хочет возиться с хроническими больными. Но что делать с людьми, которые живут в состоянии тотального провала, неудачи, которые никогда не смогут адаптироваться в обществе? По сути это «хроники». Но никто не хочет признавать, что такие «хроники» есть в обществе.

У нас действует система, при которой пациент может находиться в клинике в течение трех месяцев. Через три месяца необходимость его пребывания в клинике должна быть подтверждена. Человек может находиться в клинике 3, 6, 9, 12 или больше месяцев. Часто пациенты живут у нас подолгу. Однако смена пациентов все же происходит: иногда пациент должен уехать (например, в соматическую больницу), и когда он возвращается, его место оказывается уже занятым. Или, например, если он что-то украл, его могут посадить в тюрьму. Если у пациента психоз, который развивается слишком интенсивно, он бывает вынужден лечь в психиатрическую клинику.

**В.А.:** *В чем Вы видите основные трудности в работе с такими пациентами?*

**М.Д.Н.:** Как я уже сказал, наши пациенты — это люди, которые постоянно терпят неудачу, находятся в состоянии провала в жизни; они убеждаются в своей полной несостоятельности и на каждом шагу сталкиваются с жестокостью исключения.

Иными словами, эта их тотальная жизненная неудача — не только психологическая, но и социальная. У них нет денег. Они исключены из всякого общественного пространства. В семье их также не хотят принимать, потому что их поведение асоциально. Например, они употребля-

ют наркотики или алкоголь, и если вы оставили свои вещи или деньги, то они могут их украсть, потому что наркотики и алкоголь сильнее, чем их воля. Если ты алкоголик, то алкоголь сильнее, чем твоя воля. Нельзя сказать алкоголику: «перестань пить». Говоря так, мы предполагаем, что воля может быть сильнее, чем алкоголь, но это не так. Когда вы употребляете героин или кокаин — это тем более не так. Эти люди уже не могут остановиться. И к тому же это целая криминальная система, и она тоже сильнее, чем воля отдельного человека.

То, что меня больше всего интересует как терапевта, — это такой человек, который терпит неудачу. Удивительно, но такие люди приводят к неудаче и всю социальную систему в целом!

В каждом обществе есть люди, которых не удается в него интегрировать. Ни медицина, ни вся фармацевтическая промышленность, ни психотерапия, никакая социальная практика не могут ничего с этим сделать. Представьте себе: вы психотерапевт, психиатр или психоаналитик. К вам приходит такой пациент, и в какой-то момент вы понимаете, что все, что вы знали до сих пор, вам никак не помогает. Это производит сильное впечатление. Такие люди, как говорится, очень «плохие пациенты», потому что они не устанавливают «рабочего альянса» и вообще абсолютно не хотят никакого сотрудничества.

Парадокс состоит в том, что, с одной стороны, эти люди не могут жить без помощи, но, с другой стороны, они не хотят и не могут принимать помощь, которую вы им предлагаете. Такие пациенты не могут быть психологически автономными. Иногда они даже выглядят очень мотивированными, и вам кажется, что вы можете помочь им выбраться из беды, но когда вы предлагаете им помощь, они не могут ее принять. Это основная их проблема. Вот этот парадокс меня и интересует.

Одна из важных установок подхода, который мы разрабатываем в нашем центре, заключается в том, что пациенты клиники получают психотерапевтическую помощь, но при этом речь не идет о том, чтобы их «вылечить».

Очень непросто реализовывать эту установку на практике. И, прежде всего, необходимо работать с самим персоналом. Нужно, чтобы специалисты избавились от идеи, что они могут помочь.

Наши пациенты, прежде чем попасть к нам, обычно уже имеют большую историю общения с врачами, психологами, психиатрами, священниками и т.д., и они уже заставили всех этих специалистов потерпеть неудачу в работе. Как только они почувствуют, что у вас есть идея им помочь, то они непременно сделают так, что и вы потерпите неудачу. Поэтому в нашем Центре приходится работать не только с пациентами, но также — и прежде всего — с самими сотрудниками.

**В.А.:** *Могли бы вы немного рассказать, в чем состоит эта работа со специалистами?*

**М.Д.Н.:** Обычно психотерапия опирается на то, что пациент хочет, чтобы ему помогли, хочет, чтобы ему было лучше. А в нашем случае речь идет о людях, которые не хотят, чтобы им было лучше, и не хотят, чтобы им помогали. Очень непросто придумать что-то в такой ситуации.

В случае наших пациентов, которые уже не раз были включены в рамки различных практик (медицинских, воспитательных, психотерапевтических и т.д.), где они оказывались вовлеченными в определенные системы норм, целей и путей достижения этих целей и, пытаясь соответствовать этим нормам и достигать этих целей, каждый раз терпели неудачу, — в этом случае нужно искать другое представление о том, чем должна быть практика работы.

Если в случае более «благополучных» пациентов нормативные парадигмы могут быть эффективными, то здесь — нет. Так как в нашей команде работают психологи, то первое, что нам приходится сделать, — это «разучить» их всему тому, чему они научились в университете или в клинике. В университете многому учат, и это хорошо. Однако чаще всего все эти знания в наших условиях не только не помогают, но, как это ни странно, — мешают. Иногда нужно отказаться от привычного взгляда на вещи, чтобы обнаружить нечто новое, адекватное данному контексту и данной проблеме. По сути, необходимо по отношению к каждому пациенту изобрести особый, уникальный, индивидуальный подход — свой «диспозитив».

Это и есть то, чему я учился у своего учителя — основателя движения «антипсихиатрии» Дэвида Купера.

У нас проходят еженедельные семинары, на которых каждый из специалистов рассказывает о том, что произошло с ним за это время в Центре. Эти истории очень важны. Мы обсуждаем их и потом совершаем так называемое «мета моделирование», т.е. размышляем над этим материалом, используя некоторые концепты, взятые мной из философии Феликса Гваттари и Жили Делёза.

Каждый день в своей практике мы встречаемся с ситуациями взаимодействия с людьми, живущими в радикальной «инаковости», в мире, радикально отличном от нашего. Например, наш центр закрывается в 10.45. Все постояльцы должны разойтись. Однако один из наших пациентов, страдающий навязчивостями, бесконечно повторяет свои ритуалы и не может вовремя позавтракать и уйти. Что делать? Если мы будем его торопить, если мы прервем его действия, то ответом будет тревога, агрессия или уход в себя. Ведь все эти дей-

ствия являются для него необходимостью, они требуют своего выполнения. Но тут есть другая возможность. Мы можем **позволить** ему закончить весь навязчивый ритуал, спокойно давая ему для этого время. Только в этом случае мы сможем построить с ним необходимые терапевтические отношения. Но это, в свою очередь, требует от нас большого терпения. Ведь ситуации ожидания **в нас самих** вызывают тревогу и агрессию и потому ставят перед необходимостью совершать работу над собой.

Наши пациенты постоянно ставят **перед нами самими** предельные экзистенциальные вопросы. Прежде всего, каждый из нас должен спросить **себя**: а что я делаю со своим страхом? Что я делаю со своей тревогой бытия? Что я делаю со своей агрессией?

На наших семинарах мы размышляем над подобными проблемами — проблемами, с которыми мы сталкиваемся в своей повседневной работе, — и мы стараемся при этом задавать самые разные точки зрения на них: историческую, антропологическую, психологическую, философскую и т.д.

**В.А.:** *Расскажите, пожалуйста, немного подробнее о Вашем подходе: в чем его основная идея?*

**М.Д.Н.:** Психосоциальная анимация — это создание придуманного, изобретенного пространства. Это пространство, в котором «быть-с-другим» в терапевтических, социальных, дружеских отношениях означает создавать возможность для того, чтобы каждый человек смог обнаружить свою индивидуальность, уникальность и, тем самым, смог подтвердить свое существование.

В чем заключается «работа» с пациентами в центре «Ракар»?

Мы просто живем вместе с нашими пациентами. Казалось бы, это обычная повседневная жизнь. Но каждую ситуацию мы пытаемся организовать так, чтобы появлялся определенный тип отношений. Суть этих отношений — в своего рода «конъюнкции», совместности. Пациент и терапевт, я и ты. Чтобы Другой мог появиться, необходимо **«сконструировать»** это «и».

Есть два способа выстраивать отношения между людьми. Первый — это «я и другой». Вторым — это «я в другом». Этот второй способ есть своего рода «поглощение» другим. Такова, например, любовная страсть. Когда человек влюбляется, то он находится «в другом», он «поглощен» другим. При этом мы устанавливаем систему долженствований друг перед другом. Отсюда проистекают проблемы, пожалуй, всем нам хорошо знакомые в повседневной жизни: «ты меня не любишь!».



В центре «Ракар» мы ищем возможность не быть в другом. Наша задача — выстроить отношение «и» с каждым пациентом, создать условия, чтобы Другой мог появиться как отдельный, особенный, уникальный человек. Нужно, чтобы он мог появиться таким, каков он есть, а не таким, каким мы хотим, чтобы он был.

Здесь важно понять, что мир больного человека — это мир **радикальной инаковости**: он существенно отличен от нашего. Больной человек живет совсем в другом **темпе** — часто гораздо более медленном, нежели привычный для нас темп современной жизни. Нам же иногда трудно иметь дело с таким темпом жизни, и мы начинаем торопить пациента, разрушая тем самым те индивидуальные стратегии, которые он выработал для того, чтобы справляться с повседневными ситуациями.

Человек в психотическом состоянии, например, пациент с бредом и галлюцинациями, живет в очень сложном мире, где много тревоги, аффектов и т.д., а наркоман существует в состоянии опустошенности, в «пустом» мире.

Единственное, что можно делать, — это поддерживать и помогать вырастать собственным (в каждом случае индивидуальным) формам жизни человека в его собственном мире и в том социальном пространстве, где он присутствует для других и во взаимодействии с другими.

Поэтому следует отказаться от того, чтобы навязывать пациенту предустановленную сетку правил, к которым он должен приспособливаться в отношениях с другими людьми. Речь должна идти скорее о том, чтобы создать условия, в которых могут «встретиться», придти в соприкосновение и во «взаимодействие» разные «миры». Подчас это будут миры, совсем нам непонятные и далекие от того, что принято считать «нормальным». Если мы не будем ставить задачу «переделывать» эти миры, «улучшать» или «исправлять» их, а будем стараться лишь создавать условия для встречи и взаимодействия одного мира с другим, то в этом взаимодействии представления каждого из участников и его поведение сами проходят проверку на правильность и эффективность.

**В.А.:** *Как же Вы создаете эти ситуации встречи и взаимодействия?*

**М.Д.Н.:** Особое место здесь занимают «**ритуалы**» нашей повседневной жизни. Например, мы вместе обедаем. Часто мы специально **усиливаем** элемент ритуализации. Мы предлагаем пациентам помогать готовить пищу; перед тем, как садиться за стол, просим кого-то из них позвать остальных; здороваемся с каждым за руку и т.д. Все это — способы организовать ситуации взаимодействия. Таким образом, совместный ужин — это очень важный способ такой организации.

В какой-то момент это символическое пространство, в котором можно работать с «темой поглощения»; в какой-то момент — это социальное пространство, возможность установления контакта, отношений.

Так, если вы имеете дело с пациентом, у которого паранойя, то обычно с ним бывает очень трудно установить контакт. Но во время обеда это можно сделать. Например, я говорю ему: «Ты можешь передать мне соль?». И дальше я смотрю, как он будет это делать. Если он передает мне в руки — это одно, если он ставит соль и отворачивается от меня — это другое, если делает вид, что вообще не слышит моей просьбы, — третье, и т.д. В зависимости от этого можно найти тот или иной способ контакта с ним. Таким вот образом терапевтический акт «включения» пациента в социальное взаимодействие происходит через повседневную ситуацию.

Кроме того, во время разговора за ужином пациенты могут рассказать о том, что произошло сегодня, как они провели день, или о том, что они услышали в новостях. Разговор может быть на какие угодно темы — политические, социальные, экономические, о семье, о бедности и т.д., — все это способ заговорить о том, что тревожит пациентов, и об их проблемах **без того**, чтобы они воспринимали это как еще одну попытку им помочь, их вылечить и т.д.

Если пациент хочет специально обсудить какую-то свою проблему, мы идем в кабинет, и он может поговорить с кем-то из нас индивидуально. Но такое происходит только в том случае, когда отношения уже позволяют это делать. Команда терапевтов должна быть очень внимательна к тому, в какой момент в отношениях с тем или иным пациентом подобная возможность появляется. Это составляет ту специфическую задачу «психотерапии в учреждении», которую мы ставим перед собой в центре «Ракар».

Есть еще одна важная вещь в организации нашей работы — это **«усилие»**. В нашем обществе — я имею в виду современное европейское общество, такое, например, как в Швейцарии, — нас прогрессивно освобождают от каких бы то ни было усилий. Прогресс ведь, собственно, и направлен на то, чтобы максимально освободить человека от всяких «лишних» умственных и физический действий. И эта тенденция делает нас, в конце концов, фактически **«инвалидами»**. Основной вектор нашего «прогресса» есть, по сути, вектор «инвалидизации» человека, прогрессирующего превращения его — вне системы «обеспечивающих» его жизнь условий и отношений — в беспомощное и неполноценное существо.

Принцип работы в нашем центре в каком-то смысле направлен **против** течения прогресса. И здесь для меня оказался важен мой опыт жизни среди индейцев.

Я жил в племени мапуче и много работал вместе с индейцами на земле. Прежде всего, я увидел, как сложна их жизнь. Они встают каждое утро очень рано. Еще очень холодно, и первое, что они делают, — собирают ветви, чтобы разжечь огонь.

Чтобы продолжать жить, нужно все время прикладывать физические и умственные усилия. Это был для меня очень важный урок. Я нахожу в этом образе жизни большое человеческое достоинство. Все эти их повседневные действия и заботы — это не просто **физические** действия, но, прежде всего, действия **психологические**. Они составляют — как говорили древние китайцы — «дыхание жизни».

Эту идею мы воплощаем в нашей работе.

Так, например, у нас есть очень старый телевизор, который плохо работает. Каждый раз, когда человек хочет посмотреть телевизор, ему нужно извлечь его из шкафа, раскрутить шнур, т.е. преодолеть несколько препятствий, чтобы его установить.

Мои коллеги говорили мне: «Послушай, ну это же глупо! Мы живем в Швейцарии — одной из самых богатых стран мира, — и у нас такой старый и плохой телевизор. Почему ты не хочешь купить новый? Почему мы не можем купить телевизор с пультом? Ведь так будет лучше для пациентов. Они больны и заслуживают заботы».

Но, на мой взгляд, в работе с пациентами мы должны быть для больных не «хорошими», а эффективными. После двух лет дискуссий мы с коллегами все же пришли к согласию по этому вопросу.

Идея состоит в том, как создать максимум препятствий и заставить пациента спланировать способ преодоления возникшей трудности, сделав это самому или во взаимодействии с терапевтом. Теперь пациент, который хочет посмотреть телевизор, должен спросить разрешения, потом вынуть аппарат из шкафа и сделать целую серию действий. Он открывает шкаф. «Можно взять? — Да, возьми, но он тяжелый, осторожно. — Ты можешь мне помочь? — Да, я помогу тебе».

Эта постоянная необходимость принимать совместные решения и совместно преодолевать препятствия создает условия для терапевтических отношений вполне определенного качества. И именно такие отношения приносят пользу пациентам.

Если человек не справляется, если он в плохом состоянии, то мы ему помогаем. Но если он может сделать то, что нужно, сам, мы предоставляем ему такую возможность. Мы ставим его в такую ситуацию, в которой он должен — здесь-и-сейчас — научиться решать, как он может преодолеть возникающие на его пути сложности.

Все это является терапевтическим и составляет важное измерение психотерапии в учреждении.

**В.А.:** *Вы обладаете уникальным опытом понимания различных практик изнутри. Например, Вы знаете, как происходит работа с больными в обычной швейцарской психиатрической клинике, как это происходит в Вашем Центре, где Вы реализуете совершенно иной подход, и теперь у Вас есть опыт работы в российской психиатрической клинике. Не могли бы Вы сказать, в чем, по-Вашему, разница в работе с больными во всех этих случаях?*

**М.Д.Н.:** Наш Центр в Женеве — это частный центр. Он получает государственные деньги, однако находится вне психиатрической системы.

Здесь, в Москве, хотя я и работаю в психиатрической клинике, но моя работа также проходит в совершенно особых условиях. Я работаю с пациентами в рамках общества самопомощи «**Новые возможности**», которое создано внутри Отделения внебольничной психосоциальной реабилитации Московского Научно-исследовательского Института Психиатрии. В этом институте, как мне показалось, возможны инновации. Здесь меня приняли благодаря человеку, возглавляющему эту организацию «Новые возможности».

Если я правильно понимаю, то, с одной стороны, есть психиатрическая клиника — со своими вполне традиционными практиками лечения пациентов, — с другой же стороны, внутри этой психиатрической клиники есть и какие-то другие, очень передовые формы работы.

Между прочим, в Женеве внутри психиатрической клиники просто не может существовать такая «открытая» организация. Честно говоря, я был поражен, когда узнал об этом. Я приехал из Европы, где думают, что там «самая гуманистичная» психиатрия в мире, но там такого нет. В Европе бытует еще представление о российской психиатрии, что она ужасная, что она используется в политических целях и тому подобное.

В рамках организации «Новые возможности» каждый день происходит много разных мероприятий для пациентов. Театр, поэзия и т.д. — это удивительно! Каждый четверг я веду занятия в психотерапевтической группе, которую я назвал «Опера». В ней 8—12 постоянных участников. Это пациенты, которые приходят из больницы или извне.

Так как я привык работать с очень сложными пациентами, мне дали действительно очень тяжелых больных. Прежде всего, я задал себе вопрос: что я могу сделать для этих людей?

Я побывал на других занятиях, и меня потрясло то, что все они были очень директивными. Я понял, что во многих группах работа осмысливается в терминах «**продуктивности**», т.е. в терминах достигнутых результатов, причем таких результатов, которые были бы получены достаточно быстро и были бы видны «невооруженным глазом».

Однако в случае работы с тяжелыми пациентами мы не можем ожидать, что им быстро станет лучше. Терапевтические отношения нужно строить из расчета, что на достижение заметного улучшения требуется очень много времени.

И для меня важно еще, чтобы люди, которые стали работать в этой группе, смогли придти к самим себе, исходя из своих собственных возможностей, а не принимали бы на себя некую ожидаемую от них форму поведения, которая демонстрировала бы, что им лучше. В противном случае результат, даже если он и будет получен, не будет продолжительным и устойчивым. Для меня поэтому было очень важно вести себя с этими людьми, которые страдают шизофренией, максимально **индирективно**.

Вопрос, который прежде других встал для меня при работе в этой группе, заключался в том, **как мне не быть директивным?** Как инициировать групповой процесс, в котором **все шло бы само собой?**

В начале, конечно, возникает хаос. Но в этом хаосе каждый, так или иначе, начинает сам себя организовывать — настолько, насколько он сейчас это может сделать. Это как некий переход из одного состояния в другое, но важно, что это второе состояние не задано заранее мной как ведущим. Это очень сбивает с толку. Я стараюсь использовать **все, что возникает спонтанно**, для того чтобы создать то самое «изобретенное» пространство, в котором возможна встреча с Другим.

Психолог, который участвует в работе этой группы, поначалу стал протестовать и возмущаться: «Ты делаешь невесть что! Это не имеет никакой цели, никакого смысла. И это противоречит абсолютно всему, что я знаю: человек, страдающий шизофренией, нуждается в установлении границ. А ты намеренно не выстраиваешь никаких границ!».

Но это не так. Граница есть, но это — граница, которую **выстраивает сам пациент**. Я просто не задаю ему никаких границ **извне**.

**В.А.:** *Сколько времени уже работает эта Ваша группа?*

**М.Д.Н.:** Полтора года. Важно сказать также, что это «**закрытая**» группа, в которой одни и те же постоянные участники.

**В.А.:** *Вы видите всё же какие-то результаты? Если да, то как можно описать изменения, которые происходят с пациентами?*

**М.Д.Н.:** Человеку удобно жить со своей болезнью. Каждому человеку в каком-то смысле очень удобно и хорошо со своим страданием. Это парадоксально, но это так.

Цель, которую я ставлю перед собой, состоит в том, чтобы каждый увидел, что он, несмотря на свою болезнь, способен играть какую-то социальную роль в жизни. Что у него есть, может быть, какое-то свое место в группе, какая-то своя социальная функция — индивидуальная и коллективная.

Все происходящее там — это своего рода «сценирование» (почти в театральном смысле этого слова) ситуаций, которые направлены на установление отношений «я и группа». Я замечаю, что пациенты — и довольно быстро — начинают чувствовать себя достаточно комфортно. Они уже без страха спрашивают: «можно ли выйти?», не ожидая, что я непременно им скажу в ответ: «нет, занятие еще не закончено». Но ведь это действительно не важно — как и в какой момент каждый участник может придти и уйти!

Так, был один пациент, который, находясь в группе, испытывал большую тревогу. Он спрашивал: «Можно выйти в туалет?» — «Да, конечно», — отвечал я ему. Он возвращался и... тут же снова спрашивал то же самое.

Другие пациенты начинали на него сердиться: «Реши, наконец, ты остаешься или уходишь? Так же невозможно! Это ведь мешает профессору!». На что я ответил: «Напротив, меня это не беспокоит. Что меня беспокоит, так это то, что он будет оставаться здесь, испытывая тревогу. Пусть он входит и выходит сколько угодно. Это его ритм».

Таким образом я попытался интегрировать его в группу. Я говорил остальным: «Вы любите сидеть в течение всего занятия, и вам это подходит, — а он хочет выходить и возвращаться. Это его способ **присутствовать в группе**. Нужно это принять».

Он входил и выходил, и это было замечательно.

Нужно создавать **диссонансы**. Диссонансы позволяют **увидеть инаковость** и множественность разных способов жизни. Это же очень интересно: как человек, который все время сидит, может ужиться с тем, кто все время входит и выходит. Моя роль при этом состоит в том, чтобы помочь тому, кто сидит, не испытывать тревогу и агрессию по отношению к тому, кто входит и выходит. Можно было бы сказать так: тот, кто сидит, имеет такое же право на существование, как и тот, кто входит и выходит. Они равны.

Эта идея «диссонанса» — идея различий и инаковости — имеет очень большое значение для людей, которые страдают от внешнего и внутреннего хаоса. Очень важно, чтобы человек, который испытывает внутренний хаос, научился бы — в каждый момент своей жизни — координировать те совершенно разные тенденции, которые есть у него внутри. Ибо в этой «несогласованной реальности» можно найти определенную гармонию.

То, что происходит в группе, инициируется в пространстве **межличностных** отношений, оказывается своего рода «моделью», **прообразом внутренних** отношений. И необходимо, чтобы в этом хаосе каждый мог найти свою точку опоры для того, чтобы «терпеть», «выносить» самого себя — и выносить другого, который отличен от него.

**В.А.:** Скажите, Мигель, а бывают ли в Вашей практике такие случаи, когда людям становится настолько лучше, что они могут снова вернуться в общество, адаптироваться, жить обычной жизнью?

**М.Д.Н.:** Нет. Все-таки это — очень больные люди. В центре «Ракар» мы практикуем «терапевтическую жизнь». Фактически «Ракар» становится домом для таких людей, однако — не простым, но **терапевтическим** домом. Поэтому пока они живут в центре, они претерпевают весьма существенные позитивные изменения.

Наше европейское общество становится все более и более селективным, «отсеивающим» тех, кто не способен к социально приемлемой жизни. Такие люди, как наши пациенты, утратили навыки, необходимые для того, чтобы находиться в обществе, — навыки правильно себя вести, нормально разговаривать. Так, когда они попадают в кафе и начинают там неадекватно себя вести, то окружающие моментально видят в этом проблему. Они их выгоняют, вызывают полицию, их сажают в тюрьму. К сожалению, в обыденной жизни такие люди просто не могут быть интегрированы в наше общество. Однако в этом факте я вижу не только проблему самих пациентов, но во многом и проблему нашего общества. Мы должны сказать обществу, что оно тоже ответственно за это.

**В.А.:** Но общество ведь меняется очень медленно. Должно быть, это психологически очень непросто: работать, зная, что еще очень долго ничего не изменится?

**М.Д.Н.:** Да, но именно поэтому для меня важно писать материалы в газеты, в журналы, давать интервью. Конечно, делать ту работу, которую мы проводим в нашем Центре — важно, но она немного стоит, если мы не будем одновременно также пытаться работать и с общественным пространством вовне. Мы должны сценарировать также и **общественные события**.

Например, мы делаем выставку работ наших пациентов или пишем книги вместе с командой специалистов. Эти книги есть во всех библиотеках. Если я передам свою книгу в публичную библиотеку и туда

придет обычный человек, который, конечно же, боится сумасшедших, то, возможно, прочитав эту мою книгу и потом встретившись с подобной ситуацией в кафе, он уже не выставит больного человека, а найдет, что ему сказать.

Мы должны создавать пространство диалога между обществом и такими больными людьми.

Конечно же, все эти действия — ничтожно малая «капля в море», практически ничто для того чтобы общество действительно изменилось; но я все равно считаю, что это — необходимо. И конечно, добиться того, чтобы такие люди, как наши пациенты, могли занять в социальном пространстве какое-то свое, достойное место, — это своего рода **утопия**. Но эта утопия необходима: это своего рода экзистенциальный воздух, дающий нам силы для работы.



## ЗА ГРАНЯМИ ТЕКСТА КЛИЕНТО/ ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ПРАКТИЧЕСКАЯ ХРИСТИАНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ВОЗМОЖЕН ЛИ ДИАЛОГ?

Т.В. СНЕГИРЕВА

В статье рассматривается критика основ клиенто/человекоцентрированного подхода К. Роджерса со стороны практической христианской психологии. Предпринимается попытка понять, насколько базовые положения созданной им теории и практики психотерапии действительно противоречат христианскому мировоззрению и целям религиозно-ориентированного психологического консультирования. Представлен глубокий анализ двух ведущих концептов указанного подхода, вызывающих наибольшее отторжение со стороны христианских психологов, — тенденции личности к самоактуализации и безусловного принятия личности клиента. Автор отстаивает мысль, что подход Роджерса является уникальной концепцией психотерапии, где как раз и удалось реализовать, насколько это возможно, христианские ценности.

**Ключевые слова:** человекоцентрированный подход К. Роджерса, самоактуализация, безусловное принятие.

«На нашем жизненном пути встречаются два типа людей. Одни во имя науки отрицают религию, другие ради религии недоверчиво относятся к науке. Встречаются и такие, которые умели найти гармонию между этими двумя потребностями человеческого духа. И не составляет ли такая гармония той нормы, к которой должен стремиться человек? Ведь обе потребности коренятся в недрах человеческой природы»

Святитель Лука  
(Войно-Ясенецкий), 2008, с. 10

### 1. Предисловие

Приезд Карла Роджерса в Россию в 1986г. оставил неизгладимый след в отечественной психотерапии. След этот не есть некое застывшее

явление, он, скорее, схож с живым разветвленным руслом, по которому направляется тот или другой водный поток. Известны имена отечественных психологов, точно следующих духу развитого Роджерсом клиент-то/человекоцентрированного подхода; существуют также попытки создания новых, «сыновних» психотерапевтических школ, творчески ассимилирующих теорию и практику этого выдающегося психотерапевта. Вместе с тем, в поле отечественной психологии имеется направление, где принципы роджерианской психотерапии встречают досадное непонимание. Досадное, поскольку, казалось бы, именно для данной области вдумчивое творческое освоение *PCA (Personcentered Approach)* могло бы оказаться особенно плодотворным [см.: Каллиас, Миллер, Лэйн и др., 2001]. Речь идет о молодой, но уже обретшей самостоятельность дисциплине — христианской психологии и практической ее ветви — христианском психологическом консультировании и психотерапии. Основания этой обескураживающей «невстречи» и побуждают заново обратиться к осмыслению теоретического наследия К. Роджерса. Необходимо понять, насколько базовые положения созданной им теории и практики действительно, как утверждают некоторые авторы, идентифицирующие себя с христианской психологией, противостоят целям христианского психологического консультирования.

Одна из задач данной статьи — представить альтернативное понимание клиенто/человекоцентрированного подхода, который, на наш взгляд, является уникальным образцом такой концепции психотерапии, где удалось, не погрешив против требований эмпирической психологической науки, которых К. Роджерс, по-своему, всегда придерживался, одновременно реализовать, насколько это возможно, христианские ценности.

## **2. Самоактуализация — путь в никуда или человеческое предназначение?**

Прежде всего, острую критику навлекает на себя одно из основных положений теории К. Роджерса, согласно которому сущностной природой человека, позитивной по своему духу, присуща тенденция к самоактуализации. По утверждению Роджерса, данную тенденцию можно притормозить, но истребить, в ее глубочайшей основе, невозможно. Вспомним метафорический образ, послуживший формой выражения этой идеи: росток картофеля, который из полутьмы подвала неудержимо тянется к *свету*. Роджерс подчеркивал универсальность этой «могучей созидательной тенденции, сформировавшей нашу вселенную» и проявляющейся на всех ее уровнях, а не только в живых системах. Вместе с

тем, он выделял специфику ее активности на уровне человека: «Возможно, мы касаемся острия нашей способности преобразовывать себя, *создавать новые, более духовные направления в эволюции человека*» [Rogers, 1980, p. 134; Роджерс, 1998, с. 14]. В этих словах намечена философская основа человекоцентрированного подхода. При определенных условиях, созданных психотерапевтом, тенденция самоактуализации проявляется и в процессе психотерапии. Притом, что клиент может избрать любое направление в процессе своего изменения, в действительности, отмечает автор, «выбор падает, как правило, на позитивные и конструктивные пути» [Там же. С. 14].

Примером аргументации, к которой прибегают православные психологи, оспаривая данные положения, могут служить два наиболее общих высказывания. Они таковы: (а) «"самоактуализация" вне помощи Бога — это путь в никуда» [Морозова, 2008, с. 72]; (б) в секулярной психотерапии, сравнительно с христианской антропологией, произошел сдвиг «от ценности *спасения* к ценности *самореализации*» [Колпакова, 2009]. Более того, «терапевтический взгляд размывал личную моральную ответственность и продвигал этику самореализации, соответствующую идеологии потребления в условиях развития капитализма» [Там же].

Не будем впрямую доказывать сомнительность данных суждений. Вместо этого обратимся к некоторым страницам в истории понятия самоактуализации.

Известно, что авторство в этой области принадлежит отнюдь не Роджерсу. Он заимствовал данный термин у А. Маслоу, который и ввел его в научный оборот в сфере психологии. Подыскивая термин, который позволил бы отразить особенности жизненного стиля двух его учителей — Рут Бенедикт и Макса Вертхаймера, Маслоу, по его признанию, почерпнул понятие самоактуализации из работ другого своего учителя — нейрофизиолога Курта Гольдштейна [Маслоу, 1997]. Возможно, известную роль сыграли и взгляды К. Хорни. Как известно, она тоже была убеждена, что при благоприятных условиях человек непременно раскрывает свой врожденный потенциал и движется по пути самореализации. В поисках подходящего образа, способного выразить силу этой тенденции, она, как и Роджерс, прибегала к органической метафоре: «... как желудь развивается в мощное дерево» [Horney, 1950, p. 17]. По ее убеждению, психопатология возникает именно тогда, когда неблагоприятные жизненные обстоятельства мешают ребенку реализовать присущие ему потенции.

Но было бы ошибкой приписывать пальму первенства в рождении понятия самоактуализации упомянутому кругу психологов. Идея, согласно которой человеческое существо обладает уникальным набором потенций, стремящихся быть воплощенными, настойчиво возникала под раз-

ными названиями («саморазвитие», «самореализация», «раскрытие потенциала», «рост» и т.п.) в разные, включая и весьма древние, времена и у самых разных авторов. Перечисляя их, пришлось бы начинать с Платона, Аристотеля и святого Августина, а закончить длинным перечнем имен выдающихся психологов минувшего века, куда входят Бубер, Фромм, Олпорт, Юнг, не считая тех, что уже были названы выше. Таким образом, вопреки замечанию о специальном назначении понятия самоактуализации, призванного, якобы, обслуживать «идеологию потребления в условиях развития капитализма» [Колпакова, *op.cit.*], его можно отнести к числу одной из наиболее древних и устойчивых философских идей.

*Несомненной заслугой Роджерса является разработка целей психотерапии в свете рассматриваемого понятия, а также условий, при которых становится возможной их относительная реализация в психотерапевтической ситуации.* Собственно, сколь можно более полная актуализация внутреннего потенциала личности клиента перед фактом возникших на его жизненном пути экзистенциальных проблем и есть одна из основных задач, осуществлению которой споспешествует психотерапевт. Как признается Роджерс, он верит, что в глубине своего существа клиент лучше других знает себя, не только свои возможности, но и пути к разрешению переживаемых им проблем; все ответы на вопросы — в нем самом, только надо ему помочь их услышать. «Человекоцентрированный способ бытия в психотерапии ведет к процессу самоисследования и самораскрытия клиента и в конечном итоге — к конструктивным изменениям в его личности и поведении» [Роджерс, 2002, с. 58].

Из этих слов уже ясно, что главный «адресат» в психотерапии Роджерса — самосознание клиента. Основные «мишени» психотерапевтической работы — *понимание* клиентом самого себя, своих подлинных чувств и личностных смыслов; исследование своего *самоотношения* и *отношений* с другими, *контроль* над собственной жизнью, сопровождаемый *открытостью опыту*; наконец, *контакт* клиента с той *внутренней частью* личности, которая остается для человека непознаваемой и непостижимой<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Здесь уместна ссылка на очень свежее по своему содержанию диссертационное исследование Е.И. Кирилловой «Интеннт-анализ психотерапевтической речи», где автор выделяет главную категорию собственно помощи клиенту и различает два класса составляющих ее психотерапевтических интенций: развивающие и сущностные. Они стимулируют понимание клиентом самого себя, рефлексию самоотношения, поиск личностных смыслов, контакт со своим внутренним трансцендентным «я» [Кириллова, 2010]. Интересно, что по мере становления профессионального мастерства Роджерса интенция помощи наряду с другими *основаниями* его метода (принятие, конгруэнтность и эмпатия) становится ведущей.

Когда в общении с психотерапевтом клиент испытывает на себе названные выше психотерапевтические интенции и они материализуются в новом для него эмоциональном опыте, последний приобретает силу *порождающего начала*: пережитые в процессе психотерапии мгновения «заразительны», память о них трансформируется в незатухающую энергию, которая побуждает воспроизводить этот опыт снова и снова, в обстоятельствах реальной жизни.

Казалось бы, свидетельства указанных выше целей, достигнутых в психотерапии и ставших ее осязаемым результатом, запечатлены в сотнях протоколов терапевтических сеансов Карла Роджерса. Но стоит обратить внимание на выразительный комментарий в примечании к одному из них, где ученый замечает, что развитие, личностный рост — это, скорее, *идеал*, нежели то, что может быть достигнуто; бесконечное приближение к этому идеалу и, тем самым, — к самому себе [Роджерс, 2000, с. 455; Тиллих-Роджерс, 1994, с. 149].

Яркую поддержку «секулярной идеи» — самоактуализации — можно найти в тексте иерусалимского исследователя, толкователя Ветхого Завета, Менахема Яглома. Его статьей открывается фундаментальный сборник, посвященный исследованию представлений о Совершенном человеке, существующих в разных культурных традициях [Яглом, 1997].

Автор анализирует известное библейское речение: «*Сотворим человека по образу нашему и как подобие наше*» (Быт. 1: 26). Он обращает внимание на два момента. Во-первых — некоторую «избыточность» данного описания: «по образу» и «как подобие» могут быть восприняты в качестве тавтологии. Во-вторых, — «безадресность» призыва «сотворим» (в другой редакции «сделаем»). Но, как справедливо замечает автор, в Святом Писании не может быть ничего излишнего или избыточного.

Ссылаясь на других комментаторов библейского текста, он поясняет, что два исходных определения, сочетающихся в данном речении, имеют разные значения. «Образ дан человеку изначально, подобие же существует лишь в потенциале: как предоставление человеку возможности дальнейшего уподобления Творцу и завершения творения» [Там же. С. 16]. Что касается обращения «сделаем», то оно адресовано собственно человеку и связано с понятием уподобления — изначальной незавершенности и возможности продолжить акт творения. Изначальное несовершенство человека, являясь следствием его принципиального отличия от образа Того, по образцу которого он создан, определяет его способность к непрерывному движению и самосовершенствованию, а также его обязанность развиваться по собственной воле и призванию. Подводя итог размышлениям о Совершенном человеке, М. Яг-

лом замечает: в рамках традиционного ветхозаветного мышления понятие «совершенство» в принципе неприменимо к человеку, но может быть осмыслено в качестве цели человеческого существования, его предназначения. Совершенство недостижимо, но стремления к нему остановить нельзя, ибо оно — суть человека.

Очевидна известная соотнесенность между библейскими постулатами и атрибутикой понятия самоактуализации, невзирая на различие языков, с помощью которых она выражена: в одном случае — гуманистических, в другом — религиозных ценностей.

Приведу еще один текстовый фрагмент, соавторы которого обнаруживают интенцию диалога, а не глухого противостояния, в частности и по вопросу самоактуализации личности. Это фрагмент диалога К. Роджерса с известным теологом прошлого века Паулем Тиллихом [Тиллих-Роджерс, 1994], который я воспринимаю как образец диалогического общения вообще и не устаю его перечитывать, каждый раз открывая для себя что-то новое. Вопреки наличию противоречий во мнениях, эти двое — психотерапевт, предпочитающий облекать свои размышления о человеке «в гуманистические понятия или рассматривать их при помощи научных методов» [Op. cit. С. 143], и теолог, отстаивающий религиозные ценности, — достигли между собой высокого согласия, благодаря базовому принятию друг друга, а также соединяющей их доброй воле. Наперекор всем расхождениям, они истинно встретились.

Из многочисленных вопросов, затронутых в данном диалоге, собеседники рассматривали также и тему совершенного человека и ее решения в контексте проблемы самоактуализации.

«Что конституирует совершенного человека?» — вопрошает К. Роджерс и, конкретизируя свой вопрос, сразу связывает его с представлением об *открытости опыту*, ибо, как он полагает, именно это качество является *ключом* ко всему, что он надеялся бы увидеть в совершенном человеке. Если клиент станет более чувствителен к тому, что происходит в его душе и сознании, если он, вслушиваясь, будет более точен в восприятии окружающего мира — как мира реальности, так и мира отношений, — «я буду весьма удовлетворен», признается Роджерс. Быть открытым для него значит — быть все время «в процессе» — в процессе «все большего приближения к самому себе», что одновременно означает «становиться более социальным», стремиться «к более близким отношениям» с другими» [Там же. С. 146-147]. «Именно такого рода процесс создает смысл у зрелого человека», — заключает Роджерс.

«Открытость — это слово, которое мне очень близко», — с готовностью соглашается Тиллих, но предлагает при этом различать два во-

проса: способ (в частности, открытость) и цель. «Мы должны держать себя открытыми для любого опыта, — развивает он свою мысль. — Так что, я во многом согласен с тем путем, который Вы описали. <...> Я хотел бы верить даже, что в любом опыте сохраняется возможность *абсолютного* (предельного) опыта» как его высшей точки и конечного смысла [Там же. С. 148].

Продолжая говорить о цели, он буквально проясняет, освещает сказанное до этого момента Роджерсом в свете христианского восприятия. «Возможно, мы могли бы согласиться относительно <...> актуализации того, что сущностно дано нам, <...> “стать такими, какими нас видит Бог, во всех наших потенциях”. А что это означает на практике — это другой и очень важный вопрос. Вы уже указали кое-что из этого, в частности — стать социальными. Я думаю, это часть более широкого понятия. Я бы назвал это любовью, в смысле греческого *agape*, которое является особым словом в Новом Завете и означает любовь, описанную ап. Павлом (1 Кор. 13) — она принимает другого человека и затем пытается воссоединиться с ним и преодолеть разделение — экзистенциальное разделение, которое существует между людьми» [Там же. С. 148].

Мы видим, как Тилlich периодически вводит текущий диалог в русло того, что называется «вертикальным измерением» — как веры в предельный смысл жизни и абсолютную и безусловную серьезность человеческого стремления к нему. Каждый раз он делает заключительный аккорд, к которому органично вела мелодия в два голоса.

К понятию *agape* мы еще вернемся. А сейчас — самое время вспомнить о критике со стороны христианского психолога, уличающей секулярную психотерапию в отходе от богословской ценности *спасения*, место которого заняла пресловутая самореализация личности. Попытаемся разобраться, насколько гуманистическая консультативная психология и психотерапия, в самом деле, заслужили этот укор.

Как о высшем достижении своей работы, которое предполагает в психотерапевте особое состояние, когда он сам «приближается к своему внутреннему, интуитивному Я и к собственной трансцендентной сущности», Роджерс говорит о необычном переживании. Оно случается не часто и, скорее, произвольно, чем по сознательному намерению психотерапевта. «В такие моменты кажется, что мой внутренний дух (*spirit*) вышел вовне и прикоснулся к внутреннему духу другого человека. Наше отношение трансцендирует себя и становится частью чего-то большего» [Роджерс, 2002, с. 57]. Подводя итог тому эффекту, который достигается в психотерапии одновременно с соприкосновением психолога с неизвестным в нем самом, Роджерс заключает: «Имеют место существенные и очевидные *рост, исцеление, энергия*» [Там же].

Обратим внимание на то, что слова «исцеление» и «целый» происходят от общего корня. Но, мало того, этимология термина «спасение», восходящая к латинскому «Salus» или «Salvus», тоже означает «исцеленный», или «целый» (в противоположность состоянию внутренней разединенности, «разорванности», в котором пребывает библейский Адам после грехопадения). Можно заключить, что необычное, охватывающее как психотерапевта, так и клиента, духовное единение, которое, трансцендируя, ощущается как часть чего-то большего, несет на себе отблеск смысла, вкладываемого христианством в понятие спасения. Оно по своему тоже наделяется исцелением как энергийным ощущением целостности. Во всяком случае, безапелляционный укор в адрес гуманистической психотерапии по поводу «сдвига от ценности спасения к ценности самореализации», в данном случае теряет под собой твердую почву.

Помимо прочего, в обсуждении этого глубочайшего вопроса нельзя обойтись, на наш взгляд, без одного важного уточнения. Дело в том, что психотерапия не вправе посягать на цели *спасения* как христианской ценности, оставляя все приоритеты в этом отношении — церкви. Тут я опять обращаюсь к точке зрения П. Тиллиха, сегодня уже достаточно растиражированной в кругу христианских психологов. Как он считал, принести спасение, то есть преодолеть присущие природе человека в результате его грехопадения экзистенциальные данности — тревогу, самоотчуждение, вину, чувство смыслоутраты с помощью только психотерапии вряд ли возможно, «ибо для этого необходимо исцелить самый центр личности» [Тиллих, 1995, с. 326]. Однако Тиллих допускает, что психолог «может стать *орудием* спасения, как и любой человек: друг, родитель, ребенок» [Там же]. В свете сказанного кажется не таким уж случайным, что Роджерс определял свою роль в психотерапевтическом процессе, прежде всего, как *фасилитатора* (сподвижника, помощника) того изменения — роста, исцеления, — которое совершается с клиентом и которое сам он совершает в ходе и в результате психотерапии.

Тут в обсуждении проблемы самоактуализации можно было бы поставить условную точку, но вспомним, какой философский «зачин» лежал в ее основе. «Острые нашей способности преобразовывать себя» Роджерс соединял ни с чем иным, как «*созданием новых, более духовных направлений в эволюции человека*». Я, разумеется, не беру на себя дерзости сближать позицию Роджерса с тем богословским воззрением, которое собираюсь представить читателю ниже, тем более что и сам Роджерс вряд ли нуждался бы в подобной услуге. Скорее, хочу просто сопоставить две позиции — как две параллели, которые в дальней перспективе смыкаются друг с другом, хотя и иллюзорно. Думаю, Роджерс проявил бы к этому взгляду интерес.



Один из православных богословов XX века В.Н. Лосский среди многих других богословских проблем, вслед за своим отцом, также православным богословом Н.О. Лосским и святоотеческой мыслью, тоже рассматривал сокрытую в человеке тайну «образа» и «подобия», придавая ей поистине космический масштаб. Присутствие в человеке Божественного образа автор видел, прежде всего, в том, что человек, как и Бог, «существо личное», то есть свободное и ответственное. И по исходному Божественному замыслу, человек как вершина творения ответственен за мир, являющийся как бы его «природой», его «антропосферой». «Мы — то слово, тот логос, в котором мир высказывается, и только от нас зависит — богохульствует он или молится», — проникновенно замечает автор [Лосский, 2003, с. 500]. Человек для Вселенной выступает ее упованием соединения с Богом. Но в том же человеке — опасность поражения и утраты.

Можно было бы спросить, — ставит вопрос Лосский, — почему же Бог создал человека свободным и ответственным? И сам же отвечает: именно потому, что хотел призвать его к высочайшему дару — стать по благодати тем, чем сам Всевышний является по Своей природе. «Но этот зов требует свободного ответа, — подчеркивает Лосский. — Бог хочет, чтобы порыв этот был порывом любви. <...> А любовь предполагает свободу, т.е. возможность выбора и отказа. <...> Только сопротивление свободы придает смысл согласию. Любовь, которой хочет Бог, это живая взаимная напряженность противоположностей» [Там же. С. 500—501].

В самом своем величии — в способности стать Богом — человек способен к падению; но без этой способности пасть — нет и величия. И этот парадокс неустраим, — столь же обреченно, сколь и оптимистично замечает Лосский.

А что же Бог? Акт творения человека исполнен для него риском. Он вызывает к жизни *другого*: личное существо, которое способно от Него отказаться. Далее, что ни фраза — то новая антиномия. Всемогущество Бога таит в себе как бы Его бессилие. Бог не может проявлять насилие по отношению к человеческой свободе, ибо она исходит от Его всемогущества. Любовь Бога к человеку не может принуждать, ибо нет любви без уважения. Божественная воля будет всегда покоряться блужданиям, уклонениям, даже бунту воли человеческой, чтобы привести ее к взаимному согласию. Человек должен пройти через череду испытаний, чтобы обрести сознание той свободной любви, которой ждет от него Бог. «Таков Божественный промысел, и классический образ педагога покажется весьма слабым каждому, кто почувствовал в Боге просящего подаяния любви нищего, ждущего у дверей души и никогда не дерзающего их взломать» [Там же. С. 502—503].

Это ли не гуманизм, где, с одной стороны, самоактуализация принимается как неизбежность, без которой сужается возможность переживания человеком нечто такого, что принадлежит к абсолютно иному измерению, — измерению абсолютного? А с другой, — само понятие самоактуализации обогащается новыми смыслами. Но это — большая тема и новая дискуссия, которая выходит далеко за рамки настоящей статьи.

### **3. Онтологические корни принципа безусловного принятия личности клиента**

Кажется, уже давно пора сделать вывод, что по отношению к секулярной психотерапии, и в частности, подходу Роджерса, со стороны христианских психологов возможны две стратегии. Одна — тотального неприятия; другая — диалога и поиска точек взаимного соприкосновения.

Следующим вопросом, вызывающим столь же острые споры, что и предшествующий, является провозглашенный К. Роджерсом принцип *безусловного принятия*, или, как он формулировался позже, *безусловного позитивного отношения* к личности клиента в условиях психотерапии. Можно думать, что и к этому принципу в известной мере относится упрек, который бросается православными психологами в адрес гуманистической психологии в целом: «Порождением терапевтической культуры является “человек психологический”, который рождается для того, чтобы получать удовольствие, в отличие от религиозного человека, рожденного, чтобы спастись» [Колпакова, 2009]. Безусловному принятию личности человека в условиях психотерапии, предполагающему создание особого климата, который способствовал бы открытости клиента перед самыми «запретными» и утаенными даже от него самого чувствами, противопоставляется категория *невидимая брань*, заимствованная из святоотеческого богословия и посему признаваемая более приоритетной как форма переживания человеком собственной «падшести». Подлинный смысл принципа безусловного принятия выхолащивается посредством его редукции к уровню успешного методического «прима», голый «техники». Надо ли говорить, что в таком ущербном виде он приобретает манипулятивный характер, то есть в содержательном плане превращается в свою противоположность.

Искажение смысла принципа безусловного принятия заставляет нас снова вторгаться в область теологии. По крайней мере, в некоторых богословских трудах предлагается неоднозначная точка зрения по основному вопросу богословия — о природной греховности человека. (Воз-

можно, об этом уместнее было бы говорить при обсуждении проблемы самоактуализации, но «основной» вопрос потому и основной, что всплывает при обсуждении всех важнейших богословских тем.) В христианской традиции существуют три фундаментальных догмата по данному поводу. Первый и основной догмат сводится к утверждению «Бытие как бытие есть *благо*». В библейской мифологии этому соответствует речение: «И увидел Бог все, что он создал, и вот, хорошо весьма» (Быт. 1: 31). Это «хорошо весьма» рефреном повторяется и по истечении шестого дня недели, когда «сотворил Бог человека по образу Своему, <...> мужчину и женщину сотворил их» (Быт. 1: 27). Следуя данному утверждению, об этой изначально данной природе человека можно мыслить как о сущностном благе. Второй догмат — универсальная ситуация *падения, греха*, где происходит символическое отчуждение человека от сущностного блага, которое сопровождается фундаментальными переживаниями тревоги, вины, изоляции, бессмысленности своего существования. Это экзистенциальное отчуждение рано или поздно настигает любого человека, живущего в любое историческое время. Третий догмат предполагает возможность чего-то «иного» относительно сущностного блага и экзистенциального отчуждения, то есть — возможность *спасения*, преодоления состояния глубокого разъединения и возврата человека к исходной цельности [Тиллих, 1995]. Отсюда — понятие *невидимая брань*.

Без этого предисловия мы не поймем всей философской глубины принципа «безусловного принятия», которую действительно не просто разглядеть за его очевидной методической полезностью в психотерапии.

... Вспоминается одна из моих внутренних реакций во время работы Карла Роджерса с группой московских психологов в 1986 г. Ведущие группу (сотерапевтом Карла была Рут Сэнфорд) во всех деталях раскрыли перед ее участниками механизмы действия безусловного принятия в процессе психотерапии, выделив важность освобождения клиента от вмешательства психологических защит. (Полагаю, что излишне раскрывать перед осведомленным читателем другие условия, являющиеся основанием личностноцентрированного подхода, в комплексе с которыми выступает безусловное принятие, то есть конгруэнтность терапевта и эмпатическое понимание им клиента.) Тем не менее, это не мешало Роджерсу озадаченно повторять: «Я не знаю, почему, но когда этот необходимый и достаточный набор условий соблюдается, изменения в личности клиента обязательно происходят». Казалось бы, причем тут это «не знаю», когда все механизмы действия комплекса выделенных условий и, в частности, пресловутого «принятия» уже выявлены, а эффективность

их действия убедительно доказана! И только с перестройкой нашего собственного, тогда — сугубо материалистически настроенного сознания, смысл этого «не знаю» начал чуть-чуть проясняться.

Разумеется, онтология принципа безусловного принятия личности клиента выходит далеко за горизонт его методической значимости. Принуждающая сила данного условия в его сугубо методическом статусе не настолько велика, чтобы психотерапевт всегда и безропотно мог следовать ему. Лишь при одной важной предпосылке необходимость соблюдения указанного принципа может стать убедительной и до конца органичной. Но для этого терапевт должен исходить из понимания природы человека во всем трагизме его символической двойственности, видя в нем благое ядро и сопереживая символической драме падения, которая повторяется в каждой конкретной биографии.

«Невидимая брань» — потому и не видима, что это — интимная работа человеческой души, осуществление которой, увы, далеко не всегда увенчивается успехом, зачастую, как раз, порождая новые психологические трудности и переживания, которые и заставляют человека искать психологической помощи. Представление, что психотерапевт должен прямолинейно двигаться в рамках этого болезненного процесса, продолжая и даже усиливая его, будучи при этом таким же «падшим» существом, что и клиент, но почему-то решившим, что он наделен подобным преимуществом или правом (!), признаемся, — почти одиозно. Именно потому, что он выступает *орудием исцеления*, а не исправления или воспитательской муштры, психолог парадоксальным — с позиций догматического мышления — образом адресуется к истинной сущности сидящего перед ним человека, его внутреннему центру, полагая, что это безусловно благая и активная часть его личности. Поэтому-то Роджерс, работая с психологическими затруднениями клиента, обращался, прежде всего, к его самосознанию, видя в клиенте главного «эксперта», который, в конечном счете, как никто другой *знает* и причины возникновения этих затруднений и выходы из них. Что касается роли психотерапевта, то она сводится к содействию в проявлении этих интуиций, прорыве их в сознание клиента.

Теперь — о возможных аналогах безусловного принятия, которые могут найтись в христианском учении. Мы обнаруживаем на этот счет две, не совпадающие друг с другом, точки зрения.

Один из авторов, размышляя о том, что лежит в основе принципа безусловного принятия клиента, задается вопросом, «насколько похоже это «безусловное принятие» на ту любовь к ближнему, которая является краеугольным камнем христианского учения», то есть *аганэ* [Шеховцева, 2003, с. 94]. И, разумеется, отказывает ему в каком-либо сходстве,

на том основании, что психотерапевт-роджерсианец принимает клиента таким, каков он есть, со всеми его *слабостями и недостатками*, а это — «не та» любовь к ближнему. Предлагается другой, более соответствующий случаю, термин — *филия* [Юревич, 2000], которая соединяет состояния самого разного характера (симпатию, привязанность, дружбу, склонность и пр.) и нередко предполагает большую простоту в отношениях с объектом любви. Уточняется, что, помимо перечисленных выше значений, термин «филия» несет в себе также оттенок самолюбия как любви к себе такому, каков ты есть, а также самодовольства и самоуспокоенности [см. также: Шеховцева, 2009].

Такова первая точка зрения, высказанная православным психологом.

Уже в этом месте нашего обсуждения возникает вопрос: а как должны сочетаться между собой требование «невидимой брани», которой, якобы, во время консультации должен способствовать христианской психолог-консультант, и истинная христианская любовь к клиенту — *агапэ*? Не в отвлеченных терминах, а вполне психотехнически, в таком воплощении этой любви самим консультантом, чтобы ее смог ощутить клиент? Но, я надеюсь, к ответу на этот вопрос мы, в конечном счете, и подойдем в результате дальнейшего обсуждения этой совсем не простой темы.

А пока — еще одно необходимое отступление. Напомним, что в истории становления личностно-центрированного подхода отдельную его ступень составила смена в терминах — от *принятия* личности клиента к *безусловному позитивному отношению* к нему (жажда четкости и однозначности формулировок, как известно, особо отличала научную деятельность К. Роджерса). Потребность в позитивном отношении универсальна для всех представителей человеческого рода, — полагает Роджерс. — «Гипотеза состоит в том, что пациент переходит от восприятия себя как недостойного, неприятого и не заслуживающего быть объектом любви — к пониманию того, что он принят, уважаем и любим в рамках этих лимитированных отношений с терапевтом. Слово *любим* предполагает в данном случае самое глубокое и самое общее значение: *быть понятым и принятым на глубинном уровне*» [Rogers, 1951, p. 159. Цит. по: Сэнфорд, 1998, с. 38].

Рут Сэнфорд замечает по этому поводу, что ту же гипотезу можно описать несколько иначе, и вносит в нее новые важные акценты. «Поскольку клиент испытал принятие со стороны терапевта, он способен принять и испытать то же отношение к самому себе; а если он начинает относиться к себе принимающе, с чувством уважения и любви, то в состоянии испытать те же чувства по отношению к другим» [Сэнфорд,

1998, с. 38], или, по Роджерсу, стремиться к *близости с другими* [Роджерс-Тиллих, 1994].

Именно богатство, смысловая насыщенность всех этих содержательных оттенков позволили П. Тиллиху, в уже упоминавшемся нами диалоге с Роджерсом, провести прямую аналогию между безусловным принятием и новозаветным понятием *агапэ*: «Я бы назвал это любовью, в смысле греческого *агапэ*» [Op. cit. С. 148].

Что же произошло со словом *любовь* в рамках клиенто/человекоцентрированного подхода, почему оно не укоренилось в корпусе используемых Роджерсом понятий? Здесь уместно вспомнить одну историю, убеждающую нас в том, насколько каждое слово в рассматриваемом подходе взвешено и по-своему даже выстрадано. Среди сотрудников возглавляемого Роджерсом Центра был некто по имени Оливер Баун, категорически настаивающий на том, что термин «любовь» (в самом чистом значении этого слова) принципиально необходим в описании основных составляющих терапевтического отношения. Он предпринял отважную попытку превратить взаимодействие терапевта и клиента в реальные человеческие отношения. Однако практика работы в итоге вынудила Бауна к деликатному признанию: «Принятие — это явление эмоциональное, а не интеллектуальное», тем самым давая понять, что, при некоторой путанице в понимании обсуждаемого термина отношения могут становиться весьма опасными для терапии. «Термин *любовь* в нашем обществе так сильно замешан в романтических фантазиях, — вынужден был признаться он, — что из этого свехупрощения легко вытекает путаница в понимании <...> того *глубоко ответственного, честного, чуткого, зрелого и деликатного* отношения, которое присутствует в клиентоцентрированной психотерапии» [Цит. по: Сэнфорд, 1998, с. 40]<sup>2</sup>.

Наиболее позднее толкование Роджерсом рассматриваемого термина звучит следующим образом: «...Принятие, забота или подтверждение (*prizing*) — это и есть *безусловное позитивное отношение*». Однако, проницательно комментирует Р. Сэнфорд, только «принятие, забота,

---

<sup>2</sup> Напомним, что вся деонтология психотерапии категорически исключает чувства дружбы, привязанности, любви в их натуральном проявлении со стороны как терапевта по отношению к клиенту, так и клиента по отношению к терапевту. Проблема «двойных ролей» в диаде психотерапевт-клиент считается одной из самых острых и важных при обсуждении психотерапевтической этики. Когда отношения выходят за границы психотерапевтических, клиенту обычно рекомендуется перейти к другому психотерапевту для продолжения терапии. История психотерапии хранит несколько ярких примеров подобных казусов, которые удостоились самого скрупулезного разбора в специальной литературе.

подтверждение» *без* безусловного позитивного отношения не передают сути *безусловности*» [Ор. cit. С. 40].

Для того чтобы завершить спор о значении терминов «безусловное принятие» и «безусловное позитивное отношение» и решения вопроса о том, чему они более соответствуют — новозаветному «агаре» или греческому «*philia*», напоследок приведем исполненное настоящего человеческого отчаяния вопрошание Рут Сэнфорд: «Где именно и сколь часто в своей жизни можно ощутить, что нас безусловно любят, целиком принимают, ценят, безусловно и безоговорочно видят в положительном свете? Многие ли с самого начала имели рядом значимого человека <...>, кто словами или без слов утверждал: «Я люблю тебя. Я уважаю твою индивидуальность, даже в тех случаях, когда не согласен с тобой и когда не одобряю того, что ты делаешь...?» [Сэнфорд, 1998, с. 41]. А читатель пусть сам решает, с верой во что, испытывая какие чувства и преследуя какие цели, могли быть написаны эти слова.

Вторая точка зрения на принцип безусловного позитивного отношения к клиенту и как бы небрежение его «грехами», предполагаемое самим словом «безусловность», в рамках христианского мышления выражена П. Тиллихом, причем выражена дважды — как в процессе диалога с Роджерсом, так и, в особенности, в одной из его работ [Тиллих, 1995]. И эту точку зрения отличает, прежде всего, возможность и допустимость комплементарности функций психотерапии и религии в обществе. «Морализм с необходимостью кончается в исканиях милости» [Там же. С. 340], — с достойным подражания лаконизмом выражает свою мысль Тиллих. Собственно, этим высказыванием можно было бы завершить тему противостояния христианской консультативной психологии и секулярных психотерапии и консультирования. Однако следующий абзац авторского текста содержит пояснения такого рода, что их невозможно не привести без ущерба для нашего обсуждения.

П. Тиллих предпринимает попытку соединить язык теологии и психотерапии, раскрывая значение слова *милость*. Милость, или милосердие, в христианском мышлении соединяет два элемента. Первый из них — *прощение грехов*, что на языке психотерапии выступает как *принятие* (прежде всего, принятие того, кто *непринемлем*, подчеркивает автор). Второй — *восстановление*, или *вхождение в новое бытие*, преодолевающее раскол между тем, что мы есть, и тем, чем должны быть. В новозаветном *спасении* присутствуют оба этих элемента. «Психотерапия, — пишет он, — вовлечена в решение тех же проблем. Психотерапия определенно антиморалистична, — констатирует Тиллих, и это звучит как приговор. Но далее суд сменяется на милость: «Она избегает приказаний, поскольку знает, что невротика невозможно изле-

чить моральными суждениями и моральными требованиями. Единственная помощь — принять того, кто неприемлем, вступить с ним в общение, создать сферу участия в новой реальности. *Психотерапия должна быть психотерапией милости, либо она вообще не сможет быть терапией*<sup>3</sup> [Тиллих, 1995, с. 340].

#### 4. Болевые точки

В конце двадцатых годов прошлого века К.Г. Юнг, размышляя над теоретической проблемой соотношения теологии и психоанализа, теологии и аналитической психологии, пришел к следующему заключению: «Любой серьезный психотерапевт будет только рад, если его усилия будут поддержаны и дополнены деятельностью священника. Правда, развитие проблематики человеческой души, к которой священник и врач подходят с противоположных сторон, будет вызывать немалые трудности, не в последнюю очередь вызываемые различием их позиций. Но хочется надеяться, что именно возникающие при этом столкновения породят плодотворнейшие для обеих сторон стимулы» [Юнг, 1998, с. 83]. Как видно, мы переживаем сейчас период трудностей подобного сближения, не утратив пока надежд на его потенциальную плодотворность.

Мне кажется, едва ли не самое важное сейчас — придти к согласию относительно того, что представляли собой создатели психотерапевтических систем, ставших вкладом в нарастающую во второй половине XX века тенденцию, которая привела к рождению так называемого «безрелигиозного гуманизма». Надо признать, что они не были рьяными атеистами, в чьи намерения заведомо входил зловещий замысел

---

<sup>3</sup> Далее автор усиливает свою мысль: «Любовь — ответ на проблему морализма и моральности. <...> Любовь безусловна. Нет ничего, что могло бы обусловить ее каким-то высшим принципом <...>. Она входит в любую конкретную ситуацию и уникальным образом создает *воссоединение разделенного*» [Тиллих, 1995, с. 342]. Стоит обратить внимание на одно кажущееся противоречие. Может создаться впечатление, что, выстраивая оппозиции (мораль — милость, моральность — любовь), Тиллих все еще отчуждает мораль, а вслед за нею и нравственные ценности от психотерапии. Между тем, выработка нравственного отношения к жизни — одна из целей психотерапии. Психотерапия всего лишь утверждает, что не стоит торопиться с достижением этой цели, идти на опережение. Но что такое «воссоединение разделенного», как не конечная нравственная цель, достигаемая любовью в ее психотерапевтическом аналоге — безусловном принятии личности клиента?



сокрушения религии. Известно, что тот же Юнг или Роджерс высоко чтили религию и религиозность. Присущее им стремление повлиять на духовную картину современного им мира было продиктовано исключительно нравственными исканиями в соединении с верностью принципам своей науки.

Более того, возвращаясь к теме настоящей статьи и приведенному в ней материалу, возьму на себя смелость утверждать, что чем дальше мы углубляемся в тайники именно роджерианской психотерапевтической системы, тем, кажется, ближе подходим к теологии. Иногда создается ощущение, что Роджерс останавливается, достигая почти вплотную «пограничных столбов», за которыми простирается сфера теологии. Но не просто останавливается, чтобы ни с чем вернуться в пределы своей деятельности. Он возвращается с интенцией вложить общезначимые духовные ценности в основания своего подхода, не ломая при этом границ науки. Готова признать, что это сугубо субъективная точка зрения.

На мой взгляд, было бы большим шагом вперед, если бы оппонирующим сторонам удалось договориться относительно границ своих функций (дабы избежать незаслуженных упреков в адрес «светской» психотерапии). Имеется в виду, что такие задачи, как «спасение души» или «борьба с грехами» в их традиционном христианском понимании не есть область ответственности секулярной психотерапии. Вряд ли на такую исключительную по своей высоте задачу может посягать и христианский психотерапевт или психолог-консультант. В ограничениях подобного рода не стоит усматривать слабость психотерапии и консультирования, некий умаляющий их общественную значимость недостаток. Столь же бессмысленно было бы требовать от священника знаний, благодаря которым перед ним раскрывалась бы психологическая основа душевных недугов, которыми, кстати говоря (если полагаться на свидетельства самих христианских психотерапевтов и консультантов), страдают многие верующие.

Еще одна «болевая точка». Известный представитель гуманистической психологии и психотерапии Ролло Мэй, которому доводилось консультировать особый сорт клиентов — «условных», как он называл, консультантов, являвшихся служителями церкви, обнаружил у них картину некоего «профессионального невроза». Впоследствии он именовал его «комплексом мессии» [Мэй, 1994]. Подобная проблема так же — далеко не устаревшая и, увы, так же вполне узнаваемая.

«Комплекс мессии» выступает в ряде взаимосвязанных черт. С одной стороны, это то, что сегодня известно под названием «трудоголизма»: необыкновенное трудолюбие, педантизм в работе, готов-

ность принять на себя любую ответственность, ставка на успех. С другой — преувеличенное чувство собственной значимости, убежденность в необходимости своей личности и сферы своей деятельности для человечества. «Такой человек преисполняется гордыни и мнит себя новым реформатором, которому дано право судить своих собратьев», — замечает автор и заключает: «Какой бы важной не считалась работа по оказанию моральной поддержки людям — может быть, даже самой главной в мире — это вовсе не означает, что мир без нее не проживет» [Op. cit. С. 106].

Далее Р. Мэй переходит к примеру. Приведем и мы пример, который может иметь отношение к указанному комплексу, хотя и не самое прямое. Скорее, здесь речь идет о догматической, идеологически заданной установке на непринятие гуманистической психотерапии в целом и роджерсианского подхода в частности, не допускающей признания никаких присущих им достоинств, как бы очевидны они ни были.

Ниже следует выдержка из статьи одного из известных христианских психологов, в коей безошибочно узнается цитата из последней работы К. Роджерса, которую принято считать его предсмертным завещанием (в слегка сокращенном виде эта цитата была представлена нами выше — см. с. 7). В статье, о которой идет речь, текст данного высказывания, в трансформированном и обогащенном «прозрениями» автора виде, выглядит следующим образом (ссылка на первоисточник, а также его действительного автора, как можно понять, отсутствует): «*Вероятно*, подлинность психотерапевта, способность быть самим собой, т.е. снять все свои маски и защиты и вслушаться в свой внутренний голос <...>, иметь мужество довериться ему и настраиваться по нему, как камертону своей сущности, своего логоса, — *вероятно*, это внутреннее «звучание» психотерапевта по закону резонанса вызывает такое же внутреннее звучание у клиента. Это соприкосновение душ во взаимодействии психотерапевт-клиент *может* стать частью чего-то большего, *какого-то* трансцендентного события, при условии, что оба будут обладать способностью любить». Здесь, что ни строка — то вопрос. Почему понадобилась невяная подмена исходного оригинала в отсутствие ссылки на него? Зачем реальное и необычно глубокое по своей фактической значимости событие надо было переводить в модальность возможного, всего лишь вероятного, тем самым как бы сомневаясь в его достоверности? Какая нужда заставляла автора подменять необходимые и достаточные условия, при которых, по Роджерсу, может состояться психотерапия и эффект которых он демонстрировал в данном случае какими-то второстепенными и весьма сомнительными феноменами («резонанс», «внутренний голос», «ка-

мертон сущности», не говоря уже о «способности любить», эффективность которой в условиях психотерапии более чем спорна, о чем уже много говорилось в предыдущих строках нашей статьи)<sup>4</sup>? Как жаль, что во многом *новый* текст К. Роджерса подвергся подмене и символически оказался уничтожен, как бы перестав существовать для христианской психологии.

И все же, если встать над этим эпизодом, можно обнаружить ряд обнадеживающих признаков. Еще совсем недавно последовательно продуманная система гуманистического мировоззрения в психологии и психотерапии (в частности, и роджерсианского подхода) встречала глухое непринятие со стороны отдельных представителей христианских психологов, так сказать, «на корню». Сегодня происходят хотя и небольшие, но позитивные перемены. Во всяком случае, в той же статье, где произошло исчезновение одного из центральных высказываний К. Роджерса, самые основы его метода упоминаются в неискаженном виде и в манере вполне достойной, нейтральной объективности.

Одну из знаменитых минут молчания, возникавших временами в процессе работы Роджерса с московской группой психологов, он прервал неожиданным признанием. Раньше мне часто казалось, молвил он, что я запечатываю свои послания в бутылки и бросаю в волны океана, которые уносят их неизвестно куда. Но со временем до меня стали доходить вести, что волны прибили их к тем и другим далеким берегам.... В связи с этим, хотелось бы задать вопрос в продолжение темы нашей статьи. Но вряд ли в этом есть необходимость: читатель, по обыкновению, догадлив.

## ЛИТЕРАТУРА

Каллиас М., Миллер Э., Лэйн Д. и др. Смена приоритетов // в сб.: Детская и подростковая психотерапия. СПб.: «Питер», 2001.

---

<sup>4</sup> Здесь снова стоит сослаться на диссертационное исследование Е.И. Кирилловой, убедительно показавшей, что развитие профессионального мастерства К. Роджерса привело к тому, что интенциональные границы его метода почти совпали с его основаниями, то есть тремя изначальными принципами (безоценочное принятие, конгруэнтное самовыражение и эмпатия). При этом они обогатились интенцией помощи, направленной на самосознание и контакт клиента с его непостижимой, трансцендентной сущностью [Кириллова, 2010]. Материализуясь в богатстве психотерапевтического опыта, эти психотерапевтические интенции совсем близко подводят нас к христианским ценностям.

- Кириллова Е.И. Интент-анализ психотерапевтической речи. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010.
- Колпакова М.Ю. Нравственные и научно-методологические аспекты пастырского консультирования // Альманах научного архива Психологического института. Челпановские чтения. М.: Науч. архив Психологического института РАО. МГППУ, 2008.
- Колпакова М.Ю. Пастырское консультирование и психотерапия // Гуманитарные исследования в консультативной психологии и психотерапии. Вып. 2. «Психотерапия, Сознание. Культура». М.: ПИ РАО-МГППУ, 2009.
- Лосский В.Н. Боговидение. М.: «Издательство АСТ», 2003.
- Лука (Войно-Ясенецкий), архиеп. Наука и религия. М.: ОБРАЗ, 2008.
- Маслоу А.Г. Дальние пределы человеческой психики. М.: «Евразия», 1997.
- Морозова Е.А. Личность: целостный взгляд. Самара: Сам. ГУПС, 2008.
- Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М.: «Независимая фирма класс», 1994.
- Роджерс К.Р. Роджерс, Кохут, Эриксон: личный взгляд на некоторые сходства и различия // Эволюция психотерапии. Т. 3. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. С. 11—27.
- Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. М.: «Эксмо-Пресс», 2000.
- Роджерс К.Р. Клиентоцентрированный / человекоцентрированный подход в психотерапии // Московский психотерапевтический журнал, 2002, № 1. С. 54—69.
- Сэнфорд Р. Исследование эволюции клиент-центрированного подхода в психотерапии // Эволюция психотерапии. Т. 3. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. С. 28—45.
- Тиллих П., Роджерс К. Диалог К. Роджерса и П. Тиллиха // Московский психотерапевтический журнал, 1994, № 2. С. 133—150.
- Тиллих П. Избранное. Теология культуры. М.: «Юрист», 1995.
- Шеховцева Л.Ф. Самооценка, аутентичность и любовь к себе // Московский психотерапевтический журнал, 2003, № 3. С. 87—103.
- Шеховцева Л.Ф. Особенности православной психотерапии и консультирования // Московский психотерапевтический журнал, 2009, № 3. С. 97—118.
- Юнг К.Г. Психоанализ и спасение души // Бог и бессознательное. М.: «Издательство АСТ», Олимп, 1998.
- Юревич Д.В. Анализ учения К. Роджерса с христианской точки зрения // Служба практической психологии в системе образования. Вып. 4. СПб., 2000.
- Яглом М. «Что есть человек, что Ты помнишь о нем?» // В сб.: Совершенный человек. Теология и философия образа. М.: «Валент», 1997. С. 13—40.
- Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия // Библиотека психологии и психотерапии. Вып. 58. М.: Независимая фирма «Класс», 1999.
- Horney K. 1950. *Neurosis and Human Growth*. N.Y.: W.W. Norton.
- Rogers C. 1980. *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

## BEYOND THE TEXT CLIENT-CENTERED APPROACH AND PRACTICAL CHRISTIAN PSYCHOLOGY: IS THE DIALOG POSSIBLE?

*T.V. SNEGIREVA*

This article considers critics of Carl Rogers' Client/Person-centered approach foundations from the point of practical Christian psychology. The question is considered: are outlines his theory and practice really contradicted to the goals of the Christian psychological counseling? Two leading concepts of this approach — personality trend to self-actualization and unconditional acceptance of the client — are deeply analyzed. Author argues that Rogers' approach is a unique concept of psychotherapy according to empirical psychological science, which Rogers always followed, which is at the same time as close to Christian values as possible.

**Keywords:** client-centered approach, Carl Rogers, self-actualization, unconditional acceptance.

- Kallias M., Miller Je., Ljejn D. i dr. Smena prioritetov // v sb.: Detskaja i podrostkova-ja psihoterapija. SPb.: «Piter», 2001.
- Kirillova E.I. Intent-analiz psihoterapevticheskoj rechi. Avtoref. diss. na soisk. uch. step. kand. psihol. nauk. M., 2010.
- Kolpakova M.Ju. Nravstvennye i nauchno-metodologicheskie aspekty pastyrskogo konsul'tirovanija // Al'manah nauchnogo arhiva Psihologicheskogo instituta. Chelpanovskie chtenija. M.: Nauch.arhiv Psihologicheskogo instituta RAO. MGPPU, 2008.
- Kolpakova M.Ju. Pastyrskoe konsul'tirovanie i psihoterapija // Gumaitarnye issledovaniya v konsul'tativnoj psihologii i psihoterapii. Vyr. 2. «Psihoterapija, Soznanie. Kul'tura». M.: PI RAO-MGPPU, 2009.
- Losskij V.N. Bogovidenie. M.: «Izdatel'stvo AST», 2003.
- Luka (Vojno-Jaseneckij), arhiep. Nauka i religija. M.: OBRAZ, 2008.
- Maslou A.G. Dal'nie predely chelovecheskoj psihiki. M.: «Evracija», 1997.
- Morozova E.A. Lichnost': celostnyj vzgljad. Samara: Sam. GUPS, 2008.
- Mjej R. Iskusstvo psihologicheskogo konsul'tirovanija. M.: «Nezavisimaja firma klass», 1994.
- Rodzhers K.R. Rodzhers, Kohut, Jerikson: lichnyj vzgljad na nekotorye shodstva i razlichija // Jevoljucija psihoterapii. T. 3. M.: Nezavisimaja firma «Klass», 1998. S. 11—27.
- Rodzhers K.R. Konsul'tirovanie i psihoterapija. M.: «Jeksno-Press», 2000.
- Rodzhers K.R. Klentocentrirovannyj / chelovekocentrirovannyj podhod v psihoterapii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 2002, № 1. S. 54—69.

- Sjenford R. Issledovanie jevoljucii klient-centrirovannogo podhoda v psihoterapii // Jevojucija psihoterapii. T. 3. M.: Nezavisimaja firma «Klass», 1998. S. 28—45.
- Tillih P., Rodzhers K. Dialog K. Rodzhersa i P. Tilliha // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 1994, № 2. S. 133—150.
- Tillih P. Izbrannoe. Teologija kul'tury. M.: «Jurist#», 1995.
- Shehovceva L.F. Samoocenka, autentichnost' i ljubov' k sebe // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 2003, № 3. S. 87—103.
- Shehovceva L.F. Osobennosti pravoslavnoj psihoterapii i konsul'tirovanija // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal, 2009, № 3. S. 97—118.
- Jung K.G. Psihoanaliz i spasenie dushi // Bog i bessoznatel'noe. M.: «Izdatel'stvo AST», Olimp, 1998.
- Jurevich D.V. Analiz uchenija K. Rodzhersa s hristianskoj tochki zrenija // Sluzhba prakticheskoi psihologii v sisteme obrazovanija. Vyp. 4. SPb., 2000.
- Jaglom M. «Chto est' chelovek, chto Ty pomnish' o nem..?» // V sb.: Sovershennyj chelovek. Teologija i filosofija obraza. M.: «Valent», 1997. S. 13—40.
- Jalom I.D. Jekzistencial'naja psihoterapija // Biblioteka psihologii i psihoterapii. Vyp. 58. M.: Nezavisimaja firma «Klass», 1999.
- Horney K. 1950. *Neurosis and Human Growth*. N.Y.: W.W. Norton.
- Rogers C. 1980. *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

# ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ПРЕТЕНЗИИ, КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ, РЕАЛЬНЫЙ ПОДХОД И РАБОТА

В.М. РОЗИН

В статье рассматриваются работы, опубликованные в специальном выпуске МПЖ «Феноменологический подход в психологии и психотерапии», анализируются основные положения феноменологической философии и обсуждается их влияние на представления психологов и психотерапевтов. Автор старается показать, что феноменологическая психотерапия по своему подходу сближается с гуманитарными способами работы, но ограничивается преимущественно организацией особого рода понимания и общения. Критикуются представления психотерапевтов данного направления о познании, исследовании, психологической помощи.

**Ключевые слова:** психотерапия, феноменология, исследование, познание, идеальный объект, интерпретация, знание, личность.

Второй номер «Московского психотерапевтического журнала» за прошлый год целиком посвящен феноменологической психологии, точнее, как уточнено на обложке, «феноменологическому подходу в психологии и психотерапии». Номер, будучи исключительно интересным и насыщенным, действительно позволяет познакомиться с основными идеями в этой области психологической науки и практики. В этом плане стоит поздравить составителей специального выпуска В.В. Архангельскую и А.А. Пузыря с очень удачной работой.

С самого начала мне бросились в глаза заявления идеологов феноменологической психотерапии о том, что именно феноменология и феноменологическая психология, включая психотерапию, являются самыми перспективными и правильными в познании сущности человека и в помощи ему.

«Феноменология, — пишет А. Лэнгле, — это единственный метод, с помощью которого можно увидеть суть другого человека... Феноменология — это высшая точка психологии... это вершина, венец психологии. А фено-

менологическая психология — это самая сложная форма психотерапии» [Лэнгле, 2009, с. 112, 117, 118]. «Только дазайн-анализ, — подтверждает М. Босс, — видит людей как ту самую свободу и открытость, которая может быть использована ими, чтобы призвать к свободе и открытости своих братьев. Другими словами, только дазайн-анализ помогает нам понять, как возможна психотерапия вообще... насколько мне известно, дазайн-анализ — единственное направление в психотерапии, которое имеет адекватные философские основания для понимания как феноменов, возникающих в ходе терапии, так и ее фундаментального смысла и даже условий ее возможности» [Босс, 2009, с. 153, 166].

Что-то похожее я слышал на семинарах от А. Пузыря, но, конечно, с обоснованием этой позиции. Однако интересно, признают ли другие направления психологии и психотерапии претензии феноменологии на главенство в плане познавательных возможностей и эффективности? Думаю, что нет. Впрочем, посмотрим: может быть, феноменологи действительно правы. Обсудим сначала основные положения их доктрины и методологии, которые четко заявляются многими авторами выпуска. Несколько упрощая дело (меня может оправдать лишь то, что этим занимаются все авторы), основные положения сводятся к следующему: *назад к самим вещам; нужно, чтобы вещи сами себя показывали; это возможно, если наше познание будет беспредпосылочным, то есть необусловленным в теоретическом отношении; предмет феноменологической психологии являются опыт и непосредственные переживания феноменов.*

«Феноменология следует девизу Э. Гуссерля: «К самим вещам!», а также опирается на герменевтику М. Хайдеггера. Это означает, что тот, кто смотрит феноменологически, описывает нечто, «что само себя показывает, и в тех границах, в каких оно себя показывает». Эта задача, как уже было описано выше, требует эпохе, а именно — отказа от добавления любой иной информации. Ассоциации, фантазии, теоретические знания и т.д. в этой строгой форме феноменологии должны быть вынесены за скобки» [Лэнгле, 2009, с. 125].

«В любом случае, требование дазайн-анализа позволить феноменам “самим говорить за себя” является радикальным отказом от использования психологической теории в качестве средства для понимания человеческой экзистенции. Выполнив это требование, мы стремимся по возможности избегать формулировки заключений, гипотез и выводов о вещах; вместо этого мы стараемся позволить тому, что мы видим и слышим, представлять перед нами таким, каково оно есть» [Босс, 2009, с. 148].

«Я думаю, что мы лучше подойдем к пониманию феноменологии, если будем постоянно опираться на опыт, если мы начнем упражняться в феноменологии, если мы начнем работать той частью себя, где мы в самом своем существе и по своей природе — феноменологи...» [Лэнгле, 2009, с. 111].



«Феноменологически исследовать нечто — значит изучить то, как мы нечто переживаем, безотносительно к тому, что мы об этом знаем. Это значит видеть вещи так, как они даны в нашем переживании, безотносительно к имеющимся у нас теориям, догадкам и здравому смыслу. В психологии под “феноменологическим исследованием” подразумевают сегодня особый тип исследования, направленный на реконструкцию структуры некоторого переживания, смыслов и отношений человека к чему-либо» [Улановский, 2009, с. 28].

Интересно, каким образом феноменологи понимают, что собой представляет «исследование», если оно безотносительно к теории или гипотезам? Где это они нашли исследование, свободное от построения идеальных объектов и конструирования? Правда, нужно отметить, что некоторые феноменологи колеблются. Например, Лэнгле вовсе не отрицает «теоретическую рефлексию», но пишет, что она должна следовать за опытом [Лэнгле, 2009, с. 111]. Н.П. Бусыгина, проблематизируя представление об интерпретации, спрашивает:

«Если анализ, осуществляемый на основе феноменологического метода, тоже имеет природу толкования, означает ли это, что сами феноменологи, настаивая на описательном характере разрабатываемого ими метода и противопоставляя его интерпретации, предлагают неадекватную рефлексию собственного метода?» [Бусыгина, 2009, с. 60]. А Ю.Т. Джендлин прямо пишет, что чем больше интерпретаций, тем лучше: «Если в качестве основного критерия принять именно проявление нового, то очевидно, что чем больше различных интерпретаций, тем больше вероятность, что это новое появится» [Джендлин, 2009, с. 142].

По сути, Т.М. Буякас, ссылаясь на А.А. Пузыря, отвечает на вопрошание Н.П. Бусыгиной, что интерпретация интерпретации разнь, что существуют особые феноменологические интерпретации.

«Феноменологическая установка “дает возможность заговорить самому тексту”; интерпретация здесь “не замещает исходный текст, не встает на его место, но пытается держаться как бы “при” нем, выступая только в качестве “проводника” к нему, или, что то же: выступая в качестве того, что открывает понимаемому дорогу, дает ему возможность выйти навстречу»... такая интерпретация «амплифицирует само понимание, доводя его до кондиции», открывая для него возможность нам скажаться» [Пузырей, 2005, с. 311; Буякас, 2009, с. 107].

Андрей Пузырей на семинарах не раз демонстрировал нам подобные интерпретации, но его слушатели, например, Анатолий Кричевец и ваш покорный слуга, возражали, указывая на то, что демонстрируемые интерпретации именно замещают исходный текст. Но даже если исключить наше несогласие (возможно, мы не можем чего-то правильно понять, поскольку не феноменологи), все же остается неясным, что значит интерпретация как

«проводник» к тексту и что значит, что она «амплифицирует» само понимание? Интерпретация эффективна тогда, когда она позволяет видеть то, чего в самом тексте не видно, например, доводит его до кондиции, причем *определенной*. Если в самом тексте этой кондиции не видно, то, возможно, ее там и нет. Если же мы ее увидели с помощью интерпретации, то возникает подозрение, что эту кондицию мы в текст внесли сами. Ссылки на то, что, мол, в тексте это прямо сказано, достаточно наивны, ведь в нем есть *все и ничего*, и, не поставив специально глаз с помощью той же интерпретации, ничего, кроме непосредственного смысла, в тексте увидеть нельзя. Возможно, что автор текста и стремился предъявить эту «кондицию» и осознавал ее, но, поскольку без нашей интерпретации она в тексте автора не видна, лучше считать, что ее там и не было. В противном случае мы открываем широкий простор для произвола, ведь каждый интерпретатор (а их десятки, если не сотни) станет утверждать, что именно он довел текст до кондиции. Другое дело, если бы интерпретатор смог показать, что автор текста действительно осознавал данную кондицию (что невозможно сделать на основе только данного текста) и что он так строил текст, чтобы она там «торчала».

Как же на основе ключевых положений феноменологической философии психотерапевты формулируют свой подход и более конкретные представления? То, что «само себя показывает», превращается у них в *пациентов и самих психотерапевтов*. Процесс «показывания», явление феномена в «просвете», зазоре бытия, превращается в *проявление свободы и выявление сути человека*, ведущих к исцелению или к положительному терапевтическому эффекту. В основе этого процесса лежит *подлинное присутствие, понимание другого, общение, анализ переживаний*. Обратим внимание: это уже, действительно, психологические установки.

«В то время как прежнее понятие здоровья касалось только способности человека держаться успешно и без болезней в обыденном мире, обращенная к личности медицина (и психотерапия. — *В.Р.*) расширяет представление о здоровье до понятия «**ис-целения**», до обретения возможности «**бытия целым**»... В лучах того света, с которым встречается в этом случае человек, пробуждается **собственный свет** в нем самом, и благодаря этому начинается **внутренняя работа творческой внутренней трансформации**» [Дюркхайм, 2009, с. 82, 92].

«Феноменология оставляет другого свободным, она пытается увидеть его в его сущности, а не завладеть и использовать его... позволяет человеку оставаться свободным и благодаря любящему взгляду создать пространство, в котором сущность другого человека могла показать себя, проявиться и стать присутствующей для нас [Лэнгле, 2009, с. 115, 118].

«Сегодня дазайн-анализ обозначает также психотерапевтический подход, ставящий своей задачей высвобождение индивидов к тому, чтобы они

могли реализовать свои наиболее-собственные возможности бытия-с-вещами и с другими людьми... у психотерапии есть только одна цель: вернуть невротически ущербным мужчинам и женщинам их изначальную открытость и свободу, дать им то, что уже «принадлежало» им, — свободу распоряжаться возможностями их собственной экзистенции тем способом, который согласуется с их собственными ощущениями, суждениями и дарованиями» [Босс, 2009, с. 115, 118—119].

«Развитие способности чувствовать целое приводит к мощному терапевтическому эффекту. Вспомним корни слова исцеление — это и есть обретение целостности» [Летуновский, 2009, с. 196].

Как мы видим, практически все авторы утверждают, что феноменологический подход позволяет добраться до сути человека (его целостности, собственной природы, изначальной открытости и т.п.), что автоматически дает терапевтический эффект или непосредственно исцеление. Остается один только вопрос: как убедиться в том, действительно ли это так? А вдруг все наоборот: вдруг феноменологический подход закрывает путь к сути человека и не дает никакого исцеления? Конечно, я не прав, но пусть феноменологи смогут мне доказать обратное! Пока же я ясно вижу, что их утверждения суть простой символ веры; если они и обосновываются, то только отсылкой к авторитетам — Гуссерль, Хайдеггер, Дюркхайм — или к отдельным свидетельствам (см. пример Лэнгле по поводу психотерапевта Michael Mahoney [Лэнгле, 2009, с. 127]). Однако известно, что ни авторитеты, ни отдельные примеры ничего не доказывают.

Кроме того, что значит «суть» той или иной личности? Феноменологи говорят об открытости, свободе, способности к внутренней трансформации, к новому. Представим на минуту, что мы предложили эти ценности среднестатистическому россиянину. Наверняка он замашет руками и скажет: «Чур-чур меня, вы что, хотите моей погибели, с такими качествами личности я наверняка пропаду и очень быстро!». Можно, конечно, сказать, что феноменологи имеют в виду не среднего человека, а «человека возможного». Но и в этом случае вопросы остаются: что нам делать с обычными людьми, которые чаще всего и приходят к психотерапевтам? А также: почему указанные качества специфичны для «человека возможного», как мы должны представлять себе этого «возможного человека»?

Ну, ладно: пусть даже «человек возможный». Однако разве он сидит в том или ином человеке и ждет, пока феноменолог даст ему возможность проявиться и появиться на свет в зазоре бытия и психотерапевтического творчества? «Возможный человек» — это наш идеал или проект, и, чтобы он состоялся в жизни, нужно еще много чего сделать: создать нужные условия, убедить «клиента» в необходимости новой жизни, посмотреть, что из этого получается конкретно (может быть, совсем не то, что замышля-

лось), и прочее. Примерно так поступает Платон по отношению к античной любви: спроектировал новую любовь в «Пире» и убедил своих слушателей; а дальше платоническая любовь быстро завоевала становящуюся античную личность, но и обнаружила свои недочеты (см. подробнее [Розин, 2006]). Другими словами, «возможный человек» — это не гомункулус, который в нас сидит и до поры до времени дремлет, как Илья Муромец, а определенный ответ на вызовы времени и наша конструкция (проект), которую еще нужно реализовать, и вовсе не факт, что это получится.

Я бы не хотел вместе с водой выплеснуть ребенка. Дело в том, что феноменологический подход вовсе не мираж и заблуждение: он, действительно, в определенных границах революционен и многое дал, в том числе и для психотерапии. Здесь придется сделать отступление и поговорить о том, как я вижу феноменологию [Розин, 2008, 2010, с. 72—107]. На мой взгляд, Гуссерля и его последователей не устраивали те способы философского осмысления и объяснения, которые сложились в XVIII — начале XIX столетия. Эти способы были ориентированы на естествознание как идеал науки и предполагали субъект-объектную трактовку познания. С точки же зрения феноменологов, объяснению подлежали разные способы научного познания и другие символические системы, существующие наряду с наукой: искусство и творчество в широком смысле слова.

Чтобы преодолеть обусловленность творчества со стороны сложившихся систем философского осмысления, а также объяснить возможность открытия новых явлений и реальностей, феноменологи стали настаивать на необходимости мыслить беспредпосылочно и анализировать опыт творчества, в котором конституируются новые реальности. В этом смысле «бытие» как «сокрытое» (Хайдеггер) можно понять как установку на признание еще не выявленных и не реализованных способов осмысления и объяснения определенных явлений. Понятно, что эти способы различны и большей частью располагаются в будущем, то есть нам они неизвестны и в настоящее время принципиально не могут быть охарактеризованы; впрочем, ситуация не меняется и для мыслителей, идущих вслед за нами: перед ними тоже неизвестное будущее.

Не менее важным было введение Гуссерлем принципа интенциональности, позволяющего опираться не на начала философии, а на собственный опыт творчества. Но принцип интенциональности нужно понимать двояко: он требует от мыслящего, с одной стороны, настроиться на предметность, с другой — перестроить самого себя, свое мышление, правильно в нем установиться (отсюда, в частности, постоянный рефрен Хайдеггера — «мы еще не мыслим»).

В плане концептуализации феноменологи опирались, с одной стороны, на переосмысленные психологические представления, с другой —

на традиционные философские представления, которые также были ими переосмыслены. Отсюда двойная (или множественная) трактовка всех феноменологических основоположений. Например, сознание, по Гуссерлю, — это и переживания, и онтология; открытость тут-бытия, по Хайдеггеру, — это и состояния последнего, и допредикативное понимание, и расположенность (настроенность), и проект.

Однако реальный феноменологический анализ, как я стараюсь показать, представляет собой не столько реализацию представлений, соответствующих «феноменологической концептуализации», сколько особую методологию и мыслительную работу, позволяющую увидеть новое, конституировать новую предметность и реальность. При этом могут быть использованы самые разные средства и методы, важно лишь, чтобы в результате это новое проявилось и появилось.

В этом отношении феноменологическая работа принципиально двухслойна: в одном слое феноменолог использует обычные инструменты и способы работы, в другом — отслеживает свое сознание на предмет становления нового, выявления новой предметности и реальности. Возьмем, например, известную работу Хайдеггера «Вопрос о технике». В результате чтения этой работы, действительно, возникает новое понимание и видение техники, или, говоря языком Хайдеггера, феномен техники является нам в своем подлинном виде (как «весть бытия»). Спрашивается, за счет чего? Во-первых, за счет *анализа обусловленности способов мышления техники*, во-вторых, за счет *трактовки техники в рамках более широкого целого (современной культуры)*, в-третьих, за счет *реализации установки на решение проблем, возникших в связи с современной техникой и, более широко, техногенной цивилизацией* [Розин, 2008].

Я не отрицаю, что Хайдеггер как подлинный феноменолог устанавливал свое сознание таким образом («вынося за скобки», осуществляя «редукцию», проходя «к чистому сознанию» и прочее), чтобы изучаемое им явление (техника) появилось. Но может ли это рассматриваться как главное в его работе? Более существенно то, что он правильно ставил проблему, анализировал условия мыслимости техники, рассматривал технику в рамках более широких образований (культуры, жизни, социальных процессов), реализовывал современные стратегии исследования. Рефлексия опыта сознания подлинных феноменов, конечно, помогала, но все же была делом сугубо внутренним, субъективным. Никакими объективными средствами схватить и описать «появление» подлинных феноменов невозможно. (На своем опыте могу это подтвердить: необыкновенные переживания и ощущения, сопровождающие в сознании появление нового, так и остаются переживаниями и ощущениями.)

У меня тоже есть опыт осмысления и исследования техники [Розин, 2001, 2006]. При этом я реализовывал гуманитарно-ориентированную методологию; последняя же предполагала *трактовку каждого случая изучения как уникального*, соответственно предполагала (под данный случай) *выстраивание индивидуальной методологии исследования*, *необходимость удерживать ли в сумме эти методологические требования по функции феноменологическому подходу*, не перекрывают ли его (в логическом же отношении оставаясь объективными, поскольку могут контролироваться)?

Иначе говоря, я утверждаю, что феноменологическая работа не образует собой целого; она входит как необходимая составляющая в более сложное образование творчества-познания. Эта составляющая концептуализируется через работу сознания (возможно, именно это так привлекает психологов, если вспомнить, что как раз сознание, а не психика, выступало первым предметом психологии). Кроме того, феноменологи в полемике с односторонними подходами к изучению явлений, которые блокировали творчество, а часто и саму возможность правильно понять явление, как раз и выплеснули с критикой самого ребенка — *идеализацию как совершенно необходимое условие всякого познания*. Действительно, и философское, и научное познание предполагают построение «идеальных объектов», которые позволяют приписывать явлению определенные характеристики и удерживать эти характеристики в ходе дальнейшего изучения. Причем это обстоятельство не отрицает, а, наоборот, впервые дает возможность, как говорят феноменологи, явлению появиться. Именно потому, что Платон, давая определения, приписывает любви в «Пире» определенные характеристики (любовь — это гармония, разлитая в космосе, это поиск своей половины и стремление к целостности, это вынашивание духовных плодов, это не бог, а гений), сама эта платоническая любовь впервые и появляется для читателей «Пира» [Розин, 2008, с. 176—181].

Наконец, современное познание вовсе не предполагает односторонних подходов, не реагирующих на особенности и природу изучаемого явления. Напротив, хорошее современное исследование, особенно в области гуманитарной науки, удовлетворяет самым строгим требованиям феноменологов. Оно ориентировано на уникальный объект и уникальную стратегию, старается предоставить «голос» изучаемому феномену, процессуально представляет собой поиск и челночное движение, ничего общего не имеющие с простым применением методов. В качестве иллюстрации могу привести собственное гуманитарное исследование жизни А.С. Пушкина.

Читая однажды письма Пушкина, я поймал себя на мысли, что мне совершенно непонятны ни поступки, ни высказывания великого поэта,

особенно по отношению к женщинам, кутежам и карточной игре. В то же время игнорировать свое непонимание я не мог — слишком велико в моей душе было значение Пушкина: следуя за Мариной Цветаевой, я вполне мог сказать — «Мой Пушкин». Я не мог ни жить с таким пониманием, точнее — непониманием, ни отмахнуться от возникшей проблемы. Читая дальше письма, я с определенным удовлетворением отметил, что сходная проблема не давала покоя и Петру Чаадаеву. Не правда ли, удивительно: Чаадаев пишет, что Пушкин «мешает ему идти вперед»; спрашивается, при чем здесь Пушкин? Иди вперед, если хочешь. Но в том-то и дело: если Пушкин — мой, во мне, часть моего я, то я не могу отмахнуться, если не понимаю его поступков или не одобряю их.

В результате я вынужден был начать сложную работу. Вспомнив совет Михаила Бахтина, который писал, что «чужие сознания нельзя созерцать, анализировать, определять как объекты, как вещи, — с ними можно только диалогически общаться. Думать о них — значит говорить с ними, иначе они тотчас же поворачиваются к нам своей объектной стороной» [Бахтин, 1972, с. 116], я предоставил голос самому Пушкину, чтобы он отвечал на мои недоумения. Для этого я искал в его письмах ответы на мои вопросы, пытался встать в позицию Пушкина, увидеть мир его глазами, сам и с помощью Ю. Лотмана реконструировал его время, нравы, обычаи и т.д. и т.п. Например, после этих поисков я понял, что Пушкин был романтиком, что карточная игра в его время имела совершенно другой смысл, чем в наше (это была форма преодоления несвободы), что отношение Пушкина к женщинам отчасти было обусловлено тем, что он был помещиком, что на Пушкина большое влияние оказывали его друзья, несогласные с его образом жизни, наконец, и сам Александр Сергеевич все больше осознавал несоответствие своего образа жизни и роли национального поэта России.

Опираясь на все это, то есть на сконструированный мною образ Пушкина (идеальный объект), я смог показать, что на рубеже 30-х годов с Пушкиным происходит духовный переворот. Он пересматривает свою жизнь, отказывается от прежних ценностей, принимает на себя ряд задач, направленных на служение России. Я анализировал поступки Пушкина и старался понять их мотивы, короче говоря — делал все, чтобы Пушкин действительно стал моим, чтобы Пушкин, как писал Чаадаев, позволил мне идти своим путем, чтобы я смог жить вместе с Пушкиным. Не знаю, как это выглядит со стороны, но психологически мне это, в конце концов, удалось.

При этом я, безусловно, вел исследование творчества Пушкина, но главным было не подведение Пушкина под какую-то известную мне схему или теорию творчества, а движение в направлении к Пушкину и, льщу себя надеждой, движение Пушкина ко мне, поскольку я старался

предоставить Пушкину полноценный голос. Таким образом, мое исследование как тип мышления представляло собой создание условий для нашей встречи, для общения. Структура и «логика» мысли задавались в данном случае не только правилами, категориями или построенными ранее схемами (хотя все это я использовал по мере надобности), а именно работой, направленной на встречу и общение с Пушкиным.

В рассмотренном исследовании можно увидеть все основные характеристики гуманитарного познания. Постигание явления (жизни Пушкина) путем конструирования идеального объекта (я приписывал Александру Сергеевичу различные характеристики — он романтик, на него влияли его друзья и т.д.). Опора на факты (письма Пушкина и события, установленные другими исследователями). Стремление дать научное (культурологическое и психологическое) объяснение. Движение в пространстве разных точек зрения (я начал с обсуждения противоположных оценок личности и жизни Пушкина). Попытка правильно понять тексты (письма Пушкина и высказывания о нем). Сознательное проведение в исследовании своих ценностей — культурологических, гуманитарных, методологических. Подчинение исследования задаче общения с Пушкиным, встречи с ним. Непрерывный поиск, неоднократное возвращение назад для уточнения исходной постановки задачи, постепенное нащупывание нужной стратегии и характеристик. Психологически же я воспринимал, что передо мною выходила в просвете бытия, всплывала подлинная жизнь нашего великого поэта [Розин, 2008].

И еще добавлю: приведенное исследование было не только гуманитарным, но и психологическим — ведь я изучал личность Пушкина, его поступки и особенности сознания им социальной действительности.

Что же взяли из феноменологии психотерапевты? Прежде всего, гуманитарный подход (который, правда, понимается ими как феноменологический). Действительно, установки на понимание, общение, признание уникальности каждой рассматриваемой ситуации (случая), а, следовательно, невозможность простого приложения к исследуемой реальности какого-либо заранее известного представления, и, наконец, установка на удержание целостности и уникальности человека — общие черты обоих подходов. Кроме того, психотерапевты феноменологической ориентации усилили позицию клиента, подчеркивая необходимость предоставления ему полной свободы, и усилили собственную позицию, требуя от самого психотерапевта принципиальной открытости.

«Для того чтобы встретить Person Другого, распознать, что идет из этого внутреннего источника, требуется *установка моей собственной открытости*, которая как бы приглашает Другого быть здесь со своей креативной потенцией... Здесь важно увидеть различие между объясне-



нием и пониманием. Феноменология не объясняет, она понимает» [Лэнгле, 2009, с. 114, 116].

«В психологическом отношении феноменология — это методология практики понимания, метод решения практических задач (понимание — это практическая задача, его нельзя достичь раз и навсегда, но необходимо достигать каждый раз заново; это, разумеется, не отвергает знания, которое как раз характеризуется тем, что приобретается однажды, а служит всегда)... Психологическая практика может в явном виде не касаться философских оснований метода, но при этом быть феноменологической, если она направлена на открытие нового горизонта, понимание существа, случая, человеческой уникальности во всей целостности мультиперспективы пространств и времен» [Лукьянов, 2009, с. 169, 170].

Я бы согласился со всем, но что дальше? Каким образом, кроме общения и понимания, вы хотите помочь вашему клиенту? Неужели вы думаете, что этого достаточно? Не спорю, и понимание Другого, и общение — вещи очень важные, помогающие жить. Почему ближайший эффект психотерапевтической помощи нередко бывает положительным? Не потому ли, что с клиентом общаются, его понимают, обсуждают его жизнь и проблемы? Не потому ли, что помогает клиенту специалист-психолог, который «знает» и поэтому может сказать, что происходит с человеком, обратившимся за помощью, отчего происходит его неблагополучие и, главное, как от него избавиться? Клиент начинает понимать, что с ним происходит, у него появляется надежда.

Разве недостаточно этих трех факторов: 1 — участия и помощи, 2 — понимания происходящего, 3 — появившейся надежды на улучшение, чтобы пациенту «стало лучше»? Даже если на самом деле (это «на самом деле» становится ясным или значительно позднее, или в специальном анализе) предложенная и принятая психологическая помощь была неэффективной, или вовсе вредной, усугубившей неблагополучие клиента!

«Что же ценного, — спрашивает В.Н. Цапкин, — мы можем извлечь из обширной литературы по исследованию психотерапии? Важнейшими факторами, влияющими на эффективность психотерапии, независимо от теоретической ориентации психотерапевта, являются, согласно исследованиям Дж. Фрэнка [Frank, 1961], вера психотерапевта в действенность своего метода и вера пациента в помощь своего психотерапевта. Дж. Мармор [Marmor, 1975] в своем исследовании делает два главных вывода. Во-первых, эффективность психотерапии зависит не столько от метода, сколько от опыта и личности психотерапевта; этот вывод сделан на основании сопоставления результатов психотерапии, проводившейся, в частности, представителями различных психодинамических ориентаций (психоаналитиками, юнгианцами, адлерянцами) и поведенческими терапевтами. Во-вторых,

во всех видах психотерапии действуют одни и те же психотерапевтические факторы (хотя и в разных пропорциях): 1) установление особого контакта между психотерапевтом и пациентом — исходная предпосылка, на которой строится психотерапия; 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свои проблемы с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) расширение репертуара когнитивных схем за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперантная модификация поведения пациента за счет позитивно-негативного подкрепления со стороны терапевта, а также коррективного эмоционального опыта в терапевтических взаимоотношениях; 5) приобретение социальных навыков благодаря идентификации с психотерапевтом; 6) убеждение и внушение, явное или скрытое; 7) усвоение и отработка адаптивных паттернов поведения при эмоциональной поддержке со стороны психотерапевта. Что же касается исследований, посвященных оценке эффективности различных психотерапевтических подходов, то они, на наш взгляд, по существу зашли в тупик» [Цапкин, 1992, с. 19].

Не подтверждают ли эти исследования и обычные наблюдения, что главное в современной психотерапии — это не знания механизмов психики, причин ее нарушения и способов восстановления, а взаимоотношения психолога с клиентом и вера последнего в возможность психологической помощи? Или все же психолог обладает знаниями и может реально помочь, поскольку владеет точными методами, основанными на психологической науке? Как пишет Ф.Е. Василюк, «психолог-практик ждет от теории не объяснения каких-то внешних для практики сущностей, а руководства к действию и средств научного понимания своих действий» [Василюк, 1992, с. 20].

Никто не отрицает эвристической ценности феноменологических принципов именно в плане установок на *понимание, общение, признание уникальности каждого случая, поиск нестандартных решений, работу психотерапевта с самим собой, достижение свободы и целостности*. Проблема в другом: как можно помочь человеку, если феноменолог-психотерапевт останавливается как раз там, где надо начинать исследование, выяснять реальные проблемы вашего пациента, искать уникальные способы и пути решения этих проблем? Можно ли, например, считать исследованием работу Т. Бюакса, выясняющую, что переживали студенты, что с ними происходило, если они принимают следующую инструкцию:

«Внимательно вслушайтесь в окружающее Вас пространство; всмотритесь в объекты, которые его наполняют. Может быть, какой-нибудь из них обращает на себя особое внимание: заговаривает или как-то заигрывает с Вами? Попробуйте открыть себя навстречу этому призыву так, чтобы добраться до сущности этого ощущения, до его корня, первоосновы, скры-

той за тем, что захватило Ваше внимание. До своего Большого Я — состояния целостности и творчества, которое дает начало всему остальному. Оставайтесь в этом состоянии. Просто пребывайте в переживании сущности того, что захватило Ваше внимание. Позвольте себе чувствовать и воображать, какой могла бы быть жизнь, если бы Вы были близки к этой сущности». Дальше Бюакас пишет: «Возможно ли через *внимание к предпочтениям своей души* обнаружить те смыслы и ценности, которые в настоящий момент уже «влекут жизнь так, как это подобает только ей одной»? Исследование этого вопроса составило *задачу данной работы*. Одновременно в этом исследовании мы преследовали и *психотехническую задачу*: найти способ самообнаружения актуальных живому настоящему человека смыслов» [Минделл, 2003, с. 134; Бюакас, 2009, с. 96—97, 98].

Здесь, как мы видим, весь джентльменский набор символов веры наивного феноменолога-психотерапевта. Но более существенно, что работа ведется со студентами, не имеющими абсолютно никаких проблем, их приглашают поиграть в любопытную игру и тешат их сознание возвышенными формулами, от них в научном плане ничего не требуют. Зато прививают убеждение, в соответствии с которым психотерапия — это приятное и ни к чему не обязывающее занятие и к тому же — совершенно произвольное.

Когда феноменологи-психотерапевты говорят об исследовании, то они под этим имеют в виду вовсе не то, что под исследованием понимается в науке. Сделаем еще раз отступление. В отличие от науки как «парадигматической системы» научные исследования в качестве «синтагматического образования» позволяют получать новые знания и теоретические представления за счет специальных процедур и активности исследователя (исследователей). Хотя наука существует много веков, о научных исследованиях заговорили довольно поздно, только в конце XIX — начале XX вв. И вот почему. В этот период возникла необходимость оценивать качество научных работ, например, в целях финансирования. Возьмем такую типичную ситуацию: аспирант должен в течение трех лет начать и завершить научное исследование, т.е. заданы сроки. Более того, аспирант понимает, что, когда он выйдет на защиту, члены диссертационного совета будут оценивать качество его работы. Другой пример: объявлены гранты на проведение научных исследований. Получатель гранта понимает, что он должен закончить исследование в определенный срок. При этом исследование должно быть качественным — иначе финансирование будет прекращено или в следующий раз не дадут грант. Таким образом, он вынужден не просто осуществить научное познание и получить новые знания, но должен выполнить его в ограниченные сроки и качественно, для этого свою научную работу он должен планировать и организовывать, в том числе обращаясь к методологии.

Итак, такой вид научного познания, который предполагает оценку качества и сроков, а также планирование и методологическое сопровождение, можно назвать исследованием. Научное исследование должно быть продуктивным, т.е. или заканчиваться получением новых знаний, или приводить к новым представлениям по поводу рассматриваемого явления, или демонстрировать, что поставленные цели и задачи были неверными (это тоже может рассматриваться как результат научного исследования). Но во всех случаях научное исследование предполагает задание «объекта исследования», даже в том случае, когда он только предполагается. Во многих исследованиях выдвинутые гипотезы не подтвердились, однако при этом безусловно можно сказать, что это были полноценные исследования. Задание и полагание объекта исследования позволяет относить к нему эмпирический материал, создавать на его основе факты, высказывать предположения о строении этого объекта.

В научном исследовании познание явления происходит способом конструирования идеальных объектов и описывающих его понятий. Несмотря на то, что уже в самом начале исследования ученый или философ задает объект исследования, его конкретные характеристики и свойства ему неизвестны. Объект исследования или задается категорически, например, предполагается, что это *процесс* или *структура* (например, при изучении деятельности), или же он просто задается как явление с неизвестными свойствами, и затем уже идет работа с эмпирическим материалом, конструирование на его основе фактов, проблематизация, формулирование гипотез, построение теоретических положений, обоснование этих построений и прочее. Другими словами, конструируя идеальные объекты, исследователь выясняет и проясняет строение и особенности исследуемого явления.

Важной характеристикой научного исследования выступает его «контекст». Любое исследование включено в более широкое целое (научное познание, философскую или методологическую работу, проектирование, инженерную деятельность и т.п.), которое и задает контекст исследования. Контекст существенно определяет характер научного исследования: постановку проблем, природу и некоторые особенности объекта исследования, требования к продукту исследования и ряд других моментов.

Научное исследование предполагает поиск решений, преодоление сопротивления материала, рефлекссию и оценку того, что получается, возвращение к началу исследования для коррекции, челночное движение (т.е. неоднократное возвращение назад для определения более правильной стратегии работы, формулирования более верных предположений), оформление полученных результатов. Как правило, вся эта сложная работа научного исследования не отражена в конечном продукте работы исследователя. Оформляя свое исследование в соответствии с существую-

щими требованиями, он приводит лишь его результат (новое знание, закономерность, конструкцию идеального объекта, новые понятия, отрицательный результат исследования и прочее). Результатом исследования может считаться и проблематизация, и выделение новых фактов, и обоснование полученных результатов, — все зависит от значимости этих моментов и времени, затраченного на исследование. Сложность выделения того или иного исследования заключается в том, что в этом процессе участвует не только сам исследователь, но и тот, кто оценивает или изучает исследование. По сути, этот момент является неустранимым. Исследование как законченное целое есть в такой же мере результат усилий самого исследователя, и тех субъектов, которые оценивают и осмысливают исследование.

Конечно, это идеал, но нельзя же исследованием называть организацию общения и понимания или во всех отношениях приятное занятие, весьма далекое от научного познания. Если вы, господа феноменологи, утверждаете, что феноменологическое исследование ничего общего не имеет с этим идеалом, то, пожалуйста, покажите, как возможно феноменологическое познание и в чем его особенности. В свое время В. Дильтей и М. Бахтин не пожалели многих лет своей жизни, чтобы обсудить условия возможности гуманитарного познания, а также его особенности. То же самое предстоит сделать и относительно феноменологического познания. И не надо ссылаться на авторитеты (например, на Гуссерля или Хайдеггера). Действительно, они обсуждали сходные проблемы, но в контексте своего времени, сегодня же — совершенно другая ситуация, и эпистемическая, и практическая, и социальная.

Заканчивая, еще раз хочу поблагодарить составителей специального выпуска «Феноменологический подход в психологии и психотерапии», предоставивших нам возможность обсуждать это новое направление. К моей радости, ситуация в психологии стала меняться, начались обсуждения судьбы не только психологической науки в целом, но и конкретных теорий и практик. Будем надеяться, что эти обсуждения помогут психологам преодолеть кризис, первую волну которого еще в 20-е годы прошлого столетия обсуждал Л.С. Выготский. Понятно, что с того времени много воды утекло — и психология другая, и кризис другой.

## ЛИТЕРАТУРА

- Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. М., 1972.
- Босс М. Недавние размышления о дизайн-анализе // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 147—148.
- Бусыгина Н.П. Феноменологическое описание и интерпретация: примеры анализа данных в качественных психологических исследованиях // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 52—77.

- Бужак Т.М. Феноменология смысла: смысл как зов души // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 94—110.
- Василюк Ф.Е. К психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. 1992. № 1.
- Дюркхайм К. Человечность врача // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 77—94.
- Летуновский В.В. Фехтование как метод экзистенциальной терапии // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 191—205.
- Лукиянов О.В. Феноменологическая психология в университете. Об опыте преподавания одноименного спецкурса студентам-психологам // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 168—191.
- Лэнгле А. Феноменологический подход в экзистенциально-аналитической психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 110—130.
- Минделл А. Ученик создателя сновидений. М., 2003.
- Пузырей А.А. Психология. Психотехника. Психагогика. М., 2005.
- Розин В.М. Любовь в зеркалах философии, науки и литературы. М., 2006.
- Розин В.М. Феноменология глазами методолога // Вопросы философии. 2008. № 5. С. 116—127.
- Розин В.М. Традиционная и современная философия. М., 2010.
- Розин В.М. Наука: происхождение, развитие, типология, новая концептуализация. Москва — Воронеж, 2008.
- Розин В.М. Особенности дискурса и образцы исследования в гуманитарной науке. М., 2008.
- Розин В.М. Философия техники. От египетских пирамид до виртуальных реальностей. М., 2001.
- Розин В.М. Понятие и современные концепции техники. М., 2006.
- Улановский А.М. Феноменология в психологии и психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 2. С. 27—52.
- Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал. 1992. № 2.

## PHENOMENOLOGICAL PSYCHOTHERAPY: AMBITIONS, CONCEPTS, APPROACH AND PRACTICE

*V.M. ROZIN*

The article deals with the texts published in a special issue of the Moscow Psychotherapeutic Journal «Phenomenological approach to psychology and psychotherapy» (№ 2, 2009). Fundamentals of phenomenological philosophy are analyzed in order to discuss their impact on psychologists' and psychotherapists' ideas. The author demonstrates that the approach used in phenomenological psy-

chotherapy is similar to that of the humanities, yet limited to mainly organizational matters focused on a special kind of understanding and communication. A criticism is made to review the ideas of phenomenology psychotherapists in the sphere of cognition, research, and psychological help.

**Keywords:** psychotherapy, phenomenology, research, cognition, ideal object, interpretation, knowledge, personality.

- Bahtin M.M. Problemy pojetiki Dostoevskogo. M., 1972.
- Boss M. Nedavnie razmyshlenija o dazajn-analize // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 147—148.
- Busygina N.P. Fenomenologicheskoe opisanie i interpretacija: primery analiza dannyh v kachestvennyh psihologicheskikh issledovanijah // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 52—77.
- Bujakas T.M. Fenomenologija smysla: smysl kak zov dushi // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 94—110.
- Vasiljuk F.E. K psihotekhnicheskoi teorii // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 1992. № 1.
- Djurkhajm K. Chelovečnost' vracha // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 77—94.
- Letunovskij V.V. Fehtovanie kak metod jekzistencial'noj terapii // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 191—205.
- Luk'janov O.V. Fenomenologicheskaja psihologija v universitete. Ob opyte prepodavanja odnoimennogo speckursa studentam-psihologam // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 168—191.
- Ljenge A. Fenomenologicheskij podhod v jekzistencial'no-analiticheskoj psihoterapii // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 110—130.
- Mindell A. Uchenik sozdatelja snovidenij. M., 2003.
- Puzyrej A.A. Psihologija. Psihotekhnika. Psihagogika. M., 2005.
- Rozin V.M. Ljubov' v zerkalah filosofii, nauki i literatury. M., 2006.
- Rozin V.M. Fenomenologija glazami metodologa // *Voprosy filosofii*. 2008. № 5. S. 116—127.
- Rozin V.M. Tradicijonnaja i sovremennaja filosofija. M., 2010.
- Rozin V.M. Nauka: proishozhdenie, razvitie, tipologija, novaja konceptualizacija. Moskva — Voronezh, 2008.
- Rozin V.M. Osobennosti diskursa i obrazy issledovanija v gumanitarnoj nauke. M., 2008.
- Rozin V.M. Filosofija tehniki. Ot egipetskih piramid do virtual'nyh real'nostej. M., 2001.
- Rozin V.M. Ponjatie i sovremennye koncepcii tehniki. M., 2006.
- Ulanovskij A.M. Fenomenologija v psihologii i psihoterapii // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 2009. № 2. S. 27—52.
- Capkin V.N. Edinstvo i mnogoobrazie psihoterapevticheskogo opyta // *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal*. 1992. № 2.

# XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ПО ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИРОВАННОМУ ПОДХОДУ

В.В. КОЛПАЧНИКОВ

В статье представлен отчет о XI Международном форуме по человекоцентрированному подходу, проходившему в Усадьбе «Ершово» (Звенигород, Россия) 4—10 мая 2010 года. Официальным организатором Форума с российской стороны стал факультет психологического консультирования МГППУ. Форум собрал большое количество участников из разных стран и имел большой отклик среди сторонников клиентоцентрированного подхода в России и за рубежом.

**Ключевые слова:** клиентоцентрированный подход, XI Международном форуме по человекоцентрированному подходу, Карл Роджерс.

Согласно данным авторитетного международного издания «Psychotherapy Networker» (2007), наиболее влиятельным психологом второй половины XX века является основатель человекоцентрированного подхода Карл Роджерс. Каждый современный психолог признает влияние идей и практики этого подхода на собственное профессиональное становление. Международное сообщество человекоцентрированных специалистов регулярно встречается на своих Форумах для обсуждения актуальных вопросов и проблем подхода. Первый Форум был проведен с согласия и при непосредственном участии Карла Роджерса в Мексике в 1982 году. После этого Форумы проводились в США, Великобритании, Бразилии, Нидерландах, Греции, ЮАР, Японии, Аргентине, Испании. Для России большая честь и ответственность впервые принимать у себя Международный психологический форум такого уровня.

Официальным организатором Форума с российской стороны был факультет психологического консультирования Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ).

В Форуме приняло участие 18 человек из 18 стран, среди которых Россия, Украина, Грузия, Азербайджан, США, Мексика, Бразилия,



Италия, Германия, Англия, Шотландия, Швейцария, Румыния, Португалия, Израиль, Норвегия, Словакия, Япония.

Почетным президентом Форума был избран Альберто Сегрера (Мексика), сопредседателями Оргкомитета Форума были Ж.-М. Рандин (Швейцария) и Ф.Е. Василюк (Россия).

Открытие Форума предварила открытая публичная лекция Альберто Сегреры «Жизнь и работа Карла Роджерса», состоявшаяся в МГППУ 28 апреля 2010 года, в которой он поделился многими неизвестными фактами из жизни и деятельности ученого и осветил особенности и специфику человекоцентрированного подхода как психологической практики и стиля жизни.

Во время официального открытия Форума в Московском городском психолого-педагогическом университете с приветственными словами к участникам обратились проректор МГППУ по международным связям Галина Габуня, Альберто Сегрера, Ж.-М. Рандин, а также был организован телемост с Натали Роджерс. В рамках Форума в МГППУ были открыты мемориальная аудитория и информационно-методический центр имени Карла Роджерса. Многие участники Форума привезли и подарили открывшемуся Центру К. Роджерса статьи, книги, видеозаписи и другие материалы по человекоцентрированному подходу.

Научная программа Форума включала в себя 7 секций:

- Научные основы человекоцентрированного подхода. Теоретические и эмпирические исследования.
- Человекоцентрированный подход и российская психология: точки соприкосновения и различий.
- Человекоцентрированный подход и развитие личности.
- Клиентоцентрированная психотерапия сегодня.
- «Свобода учиться» в XXI веке: мифы и реальность. Человекоцентрированный подход в образовании.
- Человекоцентрированный подход и другие психотерапевтические подходы.
- Человекоцентрированный подход в управлении, деловых отношениях, разрешении конфликтов и других сферах социальной практики.

В рамках секции «Научные основы человекоцентрированного подхода. Теоретические и эмпирические исследования» было сделано 9 научных сообщений, посвященных теоретико-методологическим и эмпирическим исследованиям в сфере человекоцентрированного подхода. Большой интерес вызвало сообщение В. Морейра (Бразилия) «От человекоцентрированной к феноменологической психотерапии: Вклад Мер-ло-Понти в размышления К. Роджерса», в котором были доказательно продемонстрированы феноменологические основы человеко-

центрированного подхода и обоснована возможность феноменологической психотерапии как таковой. В сообщении В.В. Колпачникова (Россия) «Человекоцентрированный подход как мировоззрение и практика в контексте современной гуманитарной эпистемологии» было показано, что человекоцентрированный подход соответствует тенденциям современной гуманитарной эпистемологии и может рассматриваться как социальный диспозитив (М. Фуко) — культурная традиция, влияющая на мировоззрение и бытие современного человека. Живую дискуссию вызвал доклад А.Б. Орлова (Россия) «Человекоцентрированный подход как вариант эссенциальной психотерапии», в котором на основе всестороннего анализа экзистенциальной и клиентоцентрированной психотерапии обосновывалась адекватность применения для последней названия «эссенциальная психотерапия». Р. де ла Грейв (США) в сообщении «Использование человекоцентрированного подхода для развития лидеров латиноамериканских общностей в Сан-Диего (Калифорния)» на основе ряда исследований продемонстрировал значимые личностные изменения у людей, обучающихся человекоцентрированному подходу.

В рамках секции «Человекоцентрированный подход и российская психология: точки соприкосновения и различий» было сделано 4 сообщения. Огромный интерес вызвал доклад Ф.Е. Василюка (Россия) «Понимающая психотерапия как место встречи личностноцентрированного подхода К. Роджерса и культурно-исторического подхода Л.С. Выготского», в котором было показано развитие в рамках отечественной психологической традиции на основе личностноцентрированного подхода Карла Роджерса уникального направления понимающей психотерапии. Т.Д. Карягина (Россия) в своем сообщении «Проблемы развития эмпатии в контексте психотерапевтического образования» продемонстрировала понимание эмпатии как высшей психической функции, развивающейся в процессе опосредствования природной способности вчувствования культурно-речевыми средствами в рамках специально организованного обучения.

Секция «Человекоцентрированный подход и развитие личности» была посвящена обсуждению вопросов развития личности человека в процессе человекоцентрированной практики и обучения. Большое внимание привлекло сообщение Л. Браатена (Норвегия) «Мое кредо как человекоцентрированного человека», в котором искренне освещалось личностное бытие докладчика в профессии и проводились некоторые обобщения-принципы этого бытия. К. Ямашита (Япония) в сообщении «Основанный на дхарме человекоцентрированный подход / Шиншу консультирование. Связь между Шин-буддизмом и человеко-

центрированным подходом» говорил о личностном и профессиональном самочувствии и деятельности с позиций глубокой внутренней интеграции культурной (Шин-буддизм) и профессиональной (человекоцентрированный подход) практик. К. Сальвесен (Норвегия) представил яркую мастерскую «Эмпатическое прикосновение: событие в человекоцентрированной экспрессивной терапии», а А. Левитан (Израиль) в презентации «Юмор — чувство человечности» замечательно показал, как использование юмора и, в частности, юмористических рисунков может быть органично встроено в практику человекоцентрированного специалиста. В.В. Колпачников (Россия) представил сообщение «Человекоцентрированный подход и развитие личности человека», в котором показал некоторые общие изменения людей, овладевших и практикующих человекоцентрированным подходом: лучшее знание самих себя и других людей, принятие ответственности за собственную жизнь, большая удовлетворенность жизнью. Вопросы актуальности и влияния человекоцентрированного подхода на самые разные сферы человеческих отношений были также подняты У. Хэнноном (США) и Т. Грациотин (Бразилия) в презентации и последовавшей дискуссии на тему «Мультикультурное консультирование, психотерапия и образование: теория, исследование и практика человекоцентрированного подхода в разных контекстах». В свою очередь А. Ньюэлл (Великобритания) в презентации «Вызовы старения» показала, как человекоцентрированный подход позволяет полнее и благополучнее жить в престарелом возрасте, а С. Гумболт (Португалия) представила результаты работы по укреплению самооценки пожилых людей с помощью человекоцентрированного подхода. О.И. Ефимова (Россия) представила сообщение на тему «Психологические факторы суицидального риска и его профилактики у подростков».

Актуальные вопросы клиентоцентрированной психотерапии обсуждались в рамках секции «Клиентоцентрированная психотерапия сегодня», на которой А. Кочарян (Украина) в докладе «Актуальные проблемы клиентоцентрированной психотерапии» осветил опыт практики клиентоцентрированной психотерапии в Украине и остановился на актуальных проблемах и трудностях подготовки компетентных клиентоцентрированных психотерапевтов. А. Мэйо (Великобритания) в сообщении «Мариэтта и Мария: Опыт трансформации» проанализировала случай работы и личностного изменения как клиента, так и консультанта в ситуации кросскультурной клиентоцентрированной психотерапии. М.А. Хазанова (Россия) в презентации и мастер-классе «Работа с травмой» представила основанный на синтезе клиентоцентрированной психотерапии и метода Питера Левина метод работы с травмой.

Дж. Никулеску и Ф. Паллада (Румыния) в сообщении «Опыт практики человекоцентрированной психотерапии в Румынии» осветили особенности и современное состояние человекоцентрированного подхода в своей стране. Р. Ли (США) по просьбам участников форума трижды повторил свою мастерскую по применению безусловного позитивного уважения в консультативно-психотерапевтической работе с клиентами.

В секции «"Свобода учиться"» в XXI веке: мифы и реальность. Человекоцентрированный подход в образовании» обсуждались актуальные вопросы применения человекоцентрированного подхода в образовательной практике. Ф.Л.С.С. Пальма (Бразилия), Н.В. Некрылова (Россия) и Г.А. Агуилера (Мексика) в своих сообщениях осветили программы подготовки человекоцентрированных специалистов в своих университетах и странах. Т.Ю. Коренюгина (Россия) в сообщении «Особенности духовно-ориентированного диалога в человекоцентрированном образовательном процессе» остановилась на собственном опыте человекоцентрированного образования с будущими медсестрами. Целый ряд докладов был посвящен применению человекоцентрированного подхода в высшей школе. Это сообщения А.М. Лисенной (Украина), М.В. Косцовой (Украина) и А.В. Гришиной (Украина).

Тесную связь человекоцентрированного подхода с телесноориентированной психотерапией показала К. Уолтер-Густавсон (США) в рамках секции «Човекоцентрированный подход и другие психотерапевтические подходы». Т.В. Снегирева (Россия) в ходе презентации и дискуссии на тему «Човекоцентрированный подход и христианская психология: возможен ли диалог?» наметила большое количество «перекличек» в основных положениях этих течений. К.С. Крючков (Россия) поделился опытом применения человекоцентрированного подхода в телефонном консультировании. Т. Абдалла (Бразилия) в своем сообщении показал, как клиентоцентрированная психотерапия и когнитивно-бихевиоральный подход могут успешно объединяться в преодолении зависимости от курения.

В рамках секции «Човекоцентрированный подход в управлении, деловых отношениях, разрешении конфликтов и других сферах социальной практики» К. Сальвсен (Норвегия) представил сообщение «Човекоцентрированный подход — пункт встречи между капитализмом и гуманизмом в глобализирующемся мире», в котором на примере собственного опыта показал, что обучение человекоцентрированному подходу сотрудников современных организаций позволяет решать множество проблем в сфере бизнеса и отношений. Ж.-М. Рандин (Швейцария) в сообщении «Могут ли психологические знания, разработанные в человекоцентрированном подходе, стать агентом конструктивных социальных из-

менений?» представил интереснейшие примеры того, как человекоцентрированный подход используется в социальной реабилитации больных и в организационном развитии в образовании. В.Ю. Меновщиков (Россия) и В.В. Колпачников (Россия) в сообщении «Человекоцентрированный подход в интернет-консультировании: возможности применения» показали, что человекоцентрированный подход позволяет достичь наилучших результатов при консультативной работе он-лайн. К. Риберт (Норвегия) представил коммуникативную программу «Интеграмигрант» для повышения производительности труда мультикультурных производств, которая является чрезвычайно актуальной в условиях современной миграции трудоспособного населения в мире.

Также в рамках Форума состоялись несколько важных мероприятий. Так, были прочитаны лекции видных представителей человекоцентрированного подхода. Состоялся телемост с другом и коллегой Карла Роджерса Эрнестом Медоусом (США), который поделился своими воспоминаниями об отношениях с К. Роджерсом и подробнее остановился на соотношении человекоцентрированного подхода как общей модели для любых отношений, и клиентоцентрированной психотерапии как частной модели помогающих отношений. Он также остановился на особенностях применения человекоцентрированного подхода в повседневной жизни. Презентация вызвала живой интерес и дискуссию.

Своими воспоминаниями об общении с Карлом Роджерсом и Ролло Мэем поделился и гость Форума, редактор журнала «Humanistic psychology» Томас Гриннинг (США), который также высказал свои соображения о соотношении экзистенциальной и человекоцентрированной психологии и психотерапии.

Альберто Сегрера (Мексика) в своей лекции «Разнообразие человекоцентрированного подхода. Иберо-Американская перспектива» показал разнообразие течений и содержательных акцентов, делаемых разными представителями человекоцентрированного подхода в исследованиях и практике. Мир человекоцентрированного подхода был представлен как единство многообразия: когда есть некоторое единое теоретико-методологическое ядро — и возможность развивать подход в разных направлениях, подчеркивая те или иные аспекты и стороны. Именно за такое отношение к человекоцентрированному подходу ратовал Карл Роджерс.

Также состоялась встреча «Живая память», в которой участники московской группы встреч Карла Роджерса в 1986 году (Н.Н. Толстых, Е. Новикова, А.Б. Орлов, Г. Миккен, М.Ф. Хазанова, Ф.Е. Василюк и др.), а также зарубежные участники Форума, лично знакомые с ученым (Л. Братен (Норвегия), А. Сегрера (Мексика), К. Уолтер-Густавсон (США) и др.)

поделились своими воспоминаниями и рассказали, как опыт общения с Карлом Роджерсом повлиял на них как людей и профессионалов. На этой встрече было много историй о трогательных и глубоких моментах, а также о смешных и забавных ситуациях, в которых оказывались участники в своем общении с Роджерсом. Сама встреча отличалась удивительной атмосферой искренности, принятия и понимания, подлинно человеческого контакта всех участников.

В соответствии с традициями подобных Форумов, проводились группы встреч — малые группы обмена опытом и общения участников.

Каждый день Форума завершался «community meeting», во время которых участники делились своими переживаниями, обсуждали содержательные и организационные вопросы.

Можно отметить как ценность особую атмосферу, царившую на Форуме. Это была атмосфера праздника, создаваемая искренним вниманием и уважением друг к другу участников Форума, интересом и стремлением понять как представляемые сообщения и презентации, так и личность докладчиков, искренним самопроявлением участников в своих докладах, мастерских и в непосредственном общении на Форуме.

В итоге на Форуме были достигнуты следующие результаты:

- Проведены переговоры с представителями международных человекоцентрированных сообществ об организации в России Международной образовательной магистерской программы по человекоцентрированному подходу.

- Принято решение о проведении подготовительной организационной работы по созданию Российской ассоциации по человекоцентрированному подходу.

- Выпущен DVD-диск с программой и научными презентациями, сделанными на Форуме.

- Принято решение о подготовке специального выпуска журнала «Консультативная психология и психотерапия», посвященного человекоцентрированному подходу, с приглашением ведущим отечественным и зарубежным ученым представить в нем свои статьи.

Човекоцентрированный подход вносит и будет вносить свой конструктивный вклад в исследования, практику и жизнь современного человека. Он является не только профессиональным подходом, но и культурным движением, влияющим на сам способ жизни, отношений и деятельности множества людей сегодня. И это «путь бытия» (К. Роджерс), ведущий к полноте существования, конструктивности, творчеству и удовлетворенности в жизни!

XI Международный форум, без сомнения, повлияет на распространение человекоцентрированного подхода в России.

## XI INTERNATIONAL FORUM OF THE PERSONALCENTERED APPROACH

*V.V. KOLPACHNIKOV*

The article presents the report on XI International forum on personalcentered approach which has taken place in Manor «Ershovo» (Zvenigorod, Russia) on May, 4—10<sup>th</sup>, 2010. The official organisator of the Forum from the Russian side was the faculty of consulting psychology of Moscow City University of Psychology and Education. The forum has gathered a plenty of participants from different countries and had the big response among supporters PCA in Russia and abroad.

**Keywords:** Personalcentered approach, XI International forum PCA, Carl Rogers.

## ВТОРАЯ МОСКОВСКО- ЭЗАЛЕНОВСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МОСКОВСКОГО ГЕШТАЛЬТ ИНСТИТУТА ПО ФИЛОСОФИИ ПСИХОТЕРАПИИ (март 2010)

Н.Б. КЕДРОВА

В статье представлен отчет о Московско-эзаленовской конференции. Рассказывается об основных участниках мероприятия, о ключевых темах, которые были освещены в докладах и дискуссиях.

**Ключевые слова:** конференция, философия, психотерапия, гештальт-терапия.

Наверное, надо было оказаться «за тридевять земель», на другом конце Света, среди огромных эвкалиптов и колибри, на берегу Тихого Океана, подальше от московских дел, телефонов, обязательств, чтобы не спеша поделиться разными мыслями, вопросами, на которые еще нет складных ответов. Наверное, хорошо было откататься от формата большой многолюдной конференции, с запланированными докладами, обилием информации, встреч, впечатлений, чтобы все участники могли хорошо видеть и слышать друг друга.

Наверное, было важно собраться вместе в домике Перлза, с большим окном во всю стену и камином, чтобы посвятить время внимательной беседе с людьми, хотя и известными друг другу, но не так уж часто собирающимися за одним столом, и попытаться принести с собой привычную смесь дачной праздности и научной лаборатории.

И еще важно, что всему этому приключению предшествовала идея Даниила Хломова собрать именно в этом месте именно этих людей, среди которых были Дмитрий Леонтьев, Владимир Баскаков, Елена Мазур, Гордон Вилер, Елена Калитеевская. В конференции также приняли участие эзаленовский гештальт-терапевт, ученик Фрица



Перлза Сеймур Катнер и ученик Питера Левина, телесный травмотерапевт Джон Ингл.

Идея сделать темой этой конференции именно философию психотерапии не случайна. Дело в том, что психотерапевтическая практика сталкивает терапевта с разнообразным и глубоким опытом человеческой жизни, ему приходится соприкасаться и с телесным опытом клиента, и с его личностными смыслами, иметь в виду культурный, социальный и экономический контексты его жизни. Все это и заставляет специалиста постоянно обращаться к основополагающим философским вопросам: о первичности бытия и сознания, смысла и опыта, о соотношении души и тела, свободы и детерминизма, этических и эстетических аспектов жизни. В профессиональной практике эти вопросы представлены на уровне индивидуальной истории человека, уникальных переживаний, и часто — в виде неразрешимых противоречий и внутренних конфликтов. Чтобы поддерживать собственную целостность, психотерапевту недостаточно знания методов и техник, необходимо философское и методологическое основание, которое дает возможность для преодоления этого противоречия, да и описать, проанализировать и обобщить эти знания и личный — тоже уникальный — опыт психотерапевта можно только на таком же глубоком философском и методологическом уровне.

Эта конференция соединила в себе множество красок. Институт Развития Потенциала человека, придуманный двумя друзьями студентами Стенфордского Университета Майклом Мерфи и Диком Прайсом, носит имя древнего индейского племени Эзален. Московский Гештальт Институт (МГИ) представляет собой программу подготовки практикующих гештальт-терапевтов, объединенных в Сообщество практикующих психологов (Гештальт Подход). У Эзаленовского Института есть земля, помещения для жизни и для работы, люди, которые за этим ухаживают, президент Гордон Вилер и директор программ Ненси Вилер, приглашенные преподаватели, которые проводят там свои программы и отдельные семинары. У Московского Гештальт Института есть опыт обучения гештальт-терапии и супервизии, есть программа, в которой этот опыт представлен, есть президент ОПП (ГП) Даниил Хломов, есть люди, которые практикуют гештальт-подход и поддерживают и развивают эту программу через конференции, обмен опытом и собственную практику. Важный принцип организации Эзалена — никаких официальных приоритетов: массаж, гештальт, йога, философия, шаманы, психологи, художники, анатомы — все и всё, что может поддержать развитие человеческого потенциала, присутствует в пространстве. МГИ объединяет гештальт-терапевтов, и отношения строятся на принципе независимого диалога — каждый думает и делает, как сам понимает, но при-

существует в отношениях и в обсуждениях и несет ответственность за свои действия своим честным именем.

Хочется рассказать о том, что происходило на самой конференции, но есть опасения, что в силу включенности автора в процесс в качестве и переводчика, и докладчика, и непосредственно участника обсуждения этот рассказ может быть не всегда объективным и нейтральным.

Как организатор и вдохновитель конференции первым выступил Даниил Хломов. В своем докладе он рассказал очень много новых не совсем привычных идей, рассматривал процесс психотерапии через призму теории сознания и теории Поля Курта Левина. В этом докладе говорилось о соотношении понятий «сознание» и «поле», как описывающих аналогичные процессы структурирования картины мира, о том, что сознание не может быть описано как изолированный индивидуальный феномен, а является частью группового сознания: группы, сообщества, культуры, частью живой и подвижной системы, в которой происходит постоянный взаимообмен, взаимоизменение. Даниил также высказал идею о том, что теория сознания и теория поля — это одно и то же как по содержанию, так и по структуре. Психологические нарушения, с которыми люди обращаются к психотерапевту, являются следствием изоляции индивидуального сознания, искажением картины мира и способа структурирования опыта, а в ходе терапии восстанавливается связь с групповым сознанием и способность структурирования. Таким образом, Даниил высказал идею о том, что предметом психотерапии является индивидуальное сознание, а общим методом — согласование с групповым сознанием, так что по сути любая психотерапия является групповой терапией, (я бы сказала еще — терапией контакта). Также он говорил о гештальт-философии и динамической концепции личности, как о способе описания присутствия и активности человека в биологическом, межличностном и общечеловеческом культурном аспектах, выделив как основу этой концепции идею последовательной смены метапотребностей: в безопасности, привязанности и свободе обращения. В завершение доклада Даниил еще раз обозначил три вопроса, которые вытекают из практики гештальт-терапии и впадают в поле-океан гештальт-философии. Это вопрос о реальности и как к ней относиться, вопрос о Я и его месте в поле, и вопрос о сексуальности, в частности о роли сексуальности в контакте.

Доклад вызвал к жизни обсуждение содержания понятий «сознание», «реальность» и «Я», которое довольно естественно перешло в доклад профессора психологического факультета МГУ Дмитрия Леонтьева. Дмитрий направил свои рассуждения в русло осмысления психотерапии в философском и жизненном поле. Доклад был фактически при-

мером искусства в классическом стиле, с изящными и точными иллюстрациями, свободном привлечении интереснейших цитат. Дмитрий Алексеевич фактически расширил наш круг собеседников, включив в него Юнга, Франкла, Далай Ламу, и многих других достойных авторов. Но самым интересным были, конечно, собственная позиция автора, продолжающая традиции экзистенциальной психологии, его рассуждения о том, что предметом психотерапии является жизненный мир человека, отношения с миром, отношения с иным в мире и в жизни. Леонтьев рассматривает процесс жизнетворчества, а психотерапию — как одну из практик жизнетворчества. Он описал качество этих отношений через категорию понимания и осмысления опыта, а бурное обсуждение его доклада касалось различения процессов психотерапии и жизнетворчества, процессов понимания и осознания, смысла и переживания в понимании Дмитрия Леонтьева.

Хорошим подарком для конференции стал доклад Гордона Вилера, президента Эзелена, давнего друга МГИ, автора многих книг, одна из которых «Гештальт-терапия постмодерна» была переведена и на русский язык. Гордон говорил о влиянии индийской философии на возникновение и развитие Эзелена и гештальт-терапии. Он выделил идеи интегральности, релятивизма, принцип развития сознания, как основные философские позиции, на которых строится методология гештальт-терапии и Эзелена. Как Институт был создан для объединения всех аспектов бытия человека — телесного, эмоционального, рационального и духовного, так и гештальт-терапия направлена на интеграцию этих аспектов в пространстве отдельной жизни отдельного человека. Институт не предполагает поддержки одного единственно верного направления познания и образа жизни, и гештальт-терапия строится на допущении, что позиция терапевта и его мнение не правильнее и не удобнее позиции одного клиента или другого. Институт направлен на исследования сознания человека и полагается на то, что в результате будет происходить развитие сознания, и гештальт-терапия опирается на то, что в результате осознания себя произойдет развитие сознания человека. Гордон определил гештальт как систему понимания того, каким образом человек конструирует свой опыт, соответственно гештальт-терапия сфокусирована на том, как человек ориентируется и справляется с ситуацией новизны, что имеет большое значение для выживания. В некотором смысле жизнь и терапия противоположны: жизнь конструктивна, терапия — деструктивна, жизнь создает целостность, терапия разделяет и выделяет части, чтобы создалась новая целостность. Гордон выступал очень увлеченно и интегрально, свободно и глубоко обращаясь к материалам современной нейропсихологии, теории развития, в то же время неспеш-

но-терапевтично, проясняя и иллюстрируя свои рассуждения примерами, улыбаясь и поглядывая на аудиторию, как бы приговаривая: вы же все это знаете, и знаете еще что-то кроме этого. Это было тепло и немного смутительно. В завершении Гордон подарил всем свою книгу «Сocreating the field». Из доклада Гордона Вилера выросли вопросы об этике гештальт-терапии в полевой перспективе, о понятии здоровья и патологии, о диалектике индивидуального и полевого.

Разговор был продолжен Владимиром Баскаковым. Доклад Владимира «Тело: между жизнью и смертью» был посвящен отношениям жизни и смерти как одному из самых волнующих, острых, предельных переживаний встречи Я и Иного. В этих отношениях проявляется, переживается и противостояние, и единство духовного и телесного опыта, эмоционального и рационального, принадлежности и отдельности. Основанием для рассмотрения было представление о единстве, целостности и неопределенности общих процессов мира и человека в мире. В начале доклада Баскаков говорил о научном и интуитивном познании в ситуации неопределенности, выбора и детерминированности поведения человека и возвращал внимание слушателей к понятиям души и тела, жизни и смерти как основным для вопросов психотерапии. Он описал разные проявления и воплощения жизни и смерти, которые могут быть определены и философскими понятиями, и метафорами (напряжение и расслабление, движение и покой, вдох и выдох, конечность и вечность, ограничение и бесконечность). Также он говорил о формах, в которых эти переживания могут быть доступны и в которых восстанавливается баланс и саморегуляция (расслабление, сон, завершение, оргазм, безумие, опредмечивание человека), обнаруживающиеся в принятии сущего во всех проявлениях и осознанном участии в смене естественных знаков и ритмов, как ночь сменяет день. Доклад завершился демонстрацией метода, где можно было наблюдать проявления целостности и единства телесного и духовного.

В следующем докладе Елены Мазур была предложена теория травмы и телесной работы в психотерапии травмы, развиваемой Питером Левиным. Елена рассмотрела возможности исцеления психологической травмы через работу с телесным напряжением в парадигме целостности психического и телесного, единства телесных и эмоциональных процессов. Лекция вызвала большой интерес и перешла в активную дискуссию про соотношение понятий «травма», «незавершенная ситуация», «боль», о специфике отношений терапевта и клиента при фокусировке на травме.

Встреча с Сеймуром Катнером состояла из короткого теоретического выступления о целостности и присутствии в целостности как базо-

вых принципах гештальт-терапии Фрица Перлза времен его работы в Эзалене, о присутствии терапевта как основном инструменте терапии, присутствии в контакте с собой и миром, в целостности дыхания, движения, переживания. Кроме того, можно было непосредственно пережить опыт поддержки терапевтом целостности процесса клиента в двух сессиях, проведенных Сеймуром. В результате участникам удалось встретиться с философией, воплощенной в способе присутствия терапевта в форме точного дозированного внимания к процессу клиента.

Доклад Елены Калитеевской был посвящен философским проблемам психотерапевтической практики. В нем были затронуты вопросы личной философии терапевта, определение поля профессии и специфика профессионального мышления, этические аспекты психотерапевтической практики, индивидуальный путь терапевта, и в связи с этим выделены три вершины «Феноменология — теоретические идеи — социальное», образующие пирамиду философии психотерапевта. Елена обозначила важный аспект соотношения идентичности и развития профессионального психотерапевта, заложенную асинхронию и противоречивость этого процесса.

Последним в программе был доклад автора этого обзора. Несмотря на пока еще недостаточную сформулированность, я рискнула предложить гештальтистскую модель развития, согласующуюся с гештальт-подходом. Эта модель строится на представлении о целостности мира и синхроничности как принципе его организации. В этом ракурсе развитие рассматривается не как индивидуальный, а как полевой процесс взаимной синхронизации ребенка с окружающим миром людей, предметов, природных и культурных процессов за счет постоянного взаимного приспособления, взаимной сонастройки. Состоявшейся синхронизации соответствует переживание узнанности в своей интенциональности и согласованности с другими, несостоявшейся синхронизации — переживание изолированности. Эта модель позволяет рассматривать развитие в парадигме диалога «здесь и сейчас», опираться не на удовлетворение голода, а на создание новых форм. Доклад вызвал много вопросов про само понятие синхронизации, соотношение с понятиями контакта и слияния, переживания узнанности и познанныости, развития и изменений.

Завершающим событием стала веселая мастерская Джона Ингла «Групповое тело», зеркально отражающая начало конференции в докладе Данилы про групповое сознание. Начавшееся с чистого разума завершилось телесным бессознательным.

Динамика конференции показала движение от представлений о поле к прояснению индивидуального, получилось такое общее движение:

групповое сознание — понимание, осмысление, личный выбор — структурирование опыта в поле социальных отношений — воссоединение душевного и телесного через умирание — терапия травмы, исцеляющий терапевт — присутствующий терапевт, поддержка процесса — осмысление опыта терапевта, личная философия — непрерывная синхронизация с бесконечно разнообразным миром.

Можно сказать, что получилось поговорить, есть надежда, что получилось и услышать, получилось поприсутствовать и, возможно, получилось согласоваться, получилось пережить, наверное, получилось и сотворить...

## THE SECOND MOSCOW-ESALEN CONFERENCE ON PHILOSOPHY OF PSYCHOTHERAPY OF MOSCOW GESTALT INSTITUTE (March 2010)

*N.B. KEDROVA*

The article presents the Second Moscow-Esalen conference. It contains information about its main participants, the key themes which have been shined in reports and discussions.

**Keywords:** conference, philosophy, psychotherapy, gestalt-therapy.

# ФОРУМ ДЛЯ ВСТРЕЧИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ КУЛЬТУР

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА МЕЖДУНАРОДНОГО  
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО ЕЖЕГОДНИКА

И.М. КАДЫРОВ

Данный материал посвящен выходу в свет первого выпуска нового ежегодника («Международный психоаналитический ежегодник. Избранные статьи из Международного журнала психоанализа»). Главный редактор рассказывает о новом проекте, его задачах, о рубриках журнала, а также — об авторах и материалах первого выпуска.

**Ключевые слова:** Международный психоаналитический ежегодник Международного журнала психоанализа, психоаналитические культуры.

Вышел в свет первый выпуск «Международный психоаналитический ежегодник. Избранные статьи из Международного журнала психоанализа». Это издание — совместный проект Московского психоаналитического общества и Международного журнала психоанализа. Цель нашего проекта — своевременно и в развернутом формате знакомить русскоязычного читателя с наиболее животрепещущими проблемами современного психоанализа: как он существует, практикуется и осмысливается сегодня в разных странах, а также в различных психоаналитических культурах. Ведь не секрет, что иногда даже в одной и той же стране могут более или менее бесконфликтно уживаться сразу несколько весьма отличающихся друг от друга психоаналитических культур.

Мы будем стремиться, что называется, из первых рук (ведь авторы Международного журнала психоанализа, как правило, ведущие психоаналитики и ученые мира) знакомить нашего читателя с самыми острыми теоретическими дискуссиями, клиническими проблемами, а также с наиболее актуальными вопросами психоаналитической техники, методологии, этики и тренинга. Мы будем публиковать статьи по истории психоанализа и истории развития психоаналитических понятий и институтов, статьи о приложении психоанализа к таким областям, как психотерапия, культура, меж-

личностные, групповые и социальные процессы, а также работы о приложении идей и открытий из других дисциплин и областей знания к психоанализу. Кроме того, мы будем знакомить нашего читателя с наиболее интересными эмпирическими и концептуальными исследованиями в современном психоанализе, а также с междисциплинарными исследованиями. В фокусе последних находятся зоны соприкосновения и взаимопроникновения психоанализа с такими областями знания и искусства, как философия, лингвистика, социология, психология, нейронауки, политология, кинематограф, литература и многие другие.

Как главный редактор ежегодника и член Европейского совета Международного журнала психоанализа, я должен сказать несколько слов о самом журнале, избранные статьи из которого будут публиковаться в нашем ежегоднике.

Международный журнал психоанализа является ведущим и, без сомнения, самым читаемым в мире периодическим изданием по психоанализу. Подписчики журнала живут более чем в 50 странах мира. Журнал выпускает шесть номеров в год. На сегодняшний день это единственное психоаналитическое издание, публикующее в таком объеме статьи авторов практически со всех частей света. Инициатором создания Международного журнала психоанализа был Эрнст Джонс, который под непосредственным руководством Фрейда оставался его главным редактором в течение 20 лет. Первый номер журнала вышел в 1920г., когда Фрейд готовил к публикации одну из своих эпохальных работ — «По ту сторону принципа удовольствия». В том же году в журнале на английском языке были опубликованы три работы Фрейда (в том числе статья «Ребенка бьют»), а также статьи других авторов, включая Карла Абрахама, Шандора Ференци, Раймонда де Соссюра, Гермины Гуг-Гельмут, Анри Флурнуа, Леона Пирса Кларка и самого Эрнста Джонса.

Создавая новый журнал, Фрейд и Джонс задумывали его как живую площадку для продолжающегося диалога, в котором могли принять участие все, кто серьезно занимался развитием психоаналитической теории и практики. С самого начала для создателей журнала было очевидно, что этот диалог должен быть международным и открытым к обсуждению различных, часто дискуссионных и противоречивых точек зрения. И несмотря на то, что в силу ряда исторических обстоятельств привилегия и ответственность издавать журнал достались Британскому психоаналитическому обществу, а его официальным языком стал английский, практически с самого начала очень важное место в работе журнала принадлежало более широкому кругу коллег из других стран, которые не только были авторами журнала, но и в тех или иных ролях входили в его редакционную команду.



Во многом миссия журнала понималась Джонсом как «перевод» локальных, часто довольно изолированных друг от друга и нередко трудно переводимых психоаналитических диалектов и традиций с их «внутреннего» языка на стандартный английский язык журнала. При помощи такого перевода он стремился включить эти традиции в общий международный диалогический контекст. Хотя после Первой мировой войны немецкий язык начал постепенно утрачивать положение главного языка психоанализа, а роль английского становилась все более весомой, задачи, которые ставились перед Журналом, выходили далеко за рамки чисто лингвистических проблем. Проблемы эти, однако, играли далеко не последнюю роль в истории психоанализа и в истории ряда важных психоаналитических понятий. Не случайно историк психоанализа и клиницист Рикардо Стайнер остроумно назвал такой амбициозный в его культурном и лингвистическом аспектах проект Джонса и его коллег психоаналитической Вавилонской башней [Steiner, 1994]. Если мы в той же метафорике сравним ситуацию в сложном многокультурном современном психоаналитическом мире с вавилонским смешением языков, то трудно будет переоценить историческую роль, которую Международный журнал психоанализа играл и играет в качестве форума для встречи разнообразных психоаналитических моделей, точек зрения и позиций и в качестве медиатора продолжающегося диалога между различными теоретическими направлениями, течениями, профессиональными сообществами и группами, столь необходимого для развития любой научной дисциплины.

Не случайно именно в Международном журнале психоанализа публиковали свои «поворотные» статьи Шандор Ференци, Карл Абрахам, Мелани Кляйн, Джеймс Стречи, Карен Хорни, Майкл Балинт, Дональд Винникотт, Паула Хайманн, Вильфред Бион, Герберт Розенфельд, Харольд Сирлз, Мёртон Гилл, Эдит Джекобсон, Хайнц Кохут, Игнасио Матте Бланко, Джозеф Сандлер, Дональд Мельцер, Бела Грюнберже, Жанин Шассеге-Смиржель, Джойс Макдугалл, Ханна Сигал, Бетти Джозеф, Отто Кернберг, Кристофер Боллас, Андре Грин, Жан Лапланш, Мишель де М'Юзан, Рон Бриттон, Джон Стайнер, Майкл Фельдман, Жан-Мишель Кинодо, Антонино Ферро, Питер Фоаги и многие другие видные представители различных течений психоанализа. Кроме Джонса в разные годы Международного журнала психоанализа возглавляли Джеймс Стречи, Адриан Стеффен, Вилли Хоффер, Джон Рикман, Клиффорд Скотт, Джон Сазерленд, Джозеф Сандлер, Томас Хэйли, Дэвид Таккетт, Глен Габбард и Пол Вильямс. С 2007г. главными соредакторами журнала являются Дана Биркстед-Брин (Великобритания) и Роберт Майклс (США).

В настоящее время организационная структура журнала состоит не только из центрального международного редакционного совета, но и из

функционально самостоятельных региональных советов — европейского, латиноамериканского, североамериканского и лондонского. В компетенции каждого из перечисленных редакционных советов — рецензирование, оценка уровня и отбор для публикации статей в зависимости от языка, на котором написана соответствующая статья, и от региона, из которого она поступила. Авторы со всего мира, независимо от своего членства в тех или иных международных или национальных ассоциациях и обществах, могут предлагать к рассмотрению свои оригинальные работы, написанные на любом из основных европейских языков, включая русский. Статьи, успешно прошедшие процедуру независимого анонимного рецензирования и рекомендованные к публикации, бесплатно переводятся на английский язык и публикуются в журнале.

Как показывает текущая практика, несмотря на достаточно большой объем каждого номера и тома, количество присылаемых рукописей таково, что только каждая четвертая из них может быть опубликована в журнале. В настоящее время процесс рецензирования организован таким образом, что рецензенты не знают ни имени автора, ни имен других рецензентов. Помимо главных и региональных редакторов, которые организуют редакционный процесс, каждую статью читают не менее трех независимых коллег-экспертов, которых в журнале несколько сотен. Рецензенты представляют разные теоретические традиции и рассматривают статью независимо друг от друга, исходя из собственной оценки таких критериев статьи, как ее оригинальность, актуальность выраженных в ней идей, четкость, последовательность и сила аргументации, ясность, убедительность и соответствие клинического материала формулировкам, предложенным в теоретической части. В результате этого процесса к публикации может быть принята статья автора, у которого до этого не было публикаций, но чей дебют отличается оригинальностью, четкостью аргументации и значимостью. Также может быть отложена или отвергнута работа коллеги, имя которого уже широко известно и признано в профессиональном сообществе, однако текст которого требует доработки или переосмысления. Как правило, такой редакционный процесс обеспечивает довольно высокий стандарт публикаций и уровень внутри- и междисциплинарного дискурса.

Начиная с первого выпуска, редакционный совет ежегодника, в состав которого входят компетентные российские психоаналитики — члены Международной психоаналитической ассоциации, будет отбирать, переводить и осуществлять научное редактирование переводов наиболее актуальных и интересных для российской аудитории статей из недавно опубликованных номеров Международного журнала психоанализа. При этом, где необходимо, редакционный совет будет сопро-

вождать переведенные и опубликованные статьи пояснениями и комментариями. Структура и рубрики Международного психоаналитического ежегодника в основном соответствуют структуре и рубрикам Международного журнала психоанализа. Кроме традиционных и давно зарекомендовавших себя у широкой международной аудитории читателей разделов журнала, где публикуются теоретические и клинические статьи, тематические статьи, фокусирующиеся на той или иной отдельной теме, работы, посвященные различным видам исследований, статьи по психоаналитической психотерапии, а также статьи по истории психоанализа и междисциплинарные работы, стоит особо отметить появившиеся в последние 10 лет новые рубрики. «Психоаналитические дискуссии», «Аналитик за работой» и «Эссе о кино» заслуженно пользуются огромным интересом читателей.

Рубрика «Психоаналитические дискуссии», ставшая регулярной с 2003г. [Gabbard, Williams, 2003], представляет собой площадку для обсуждения явно различающихся, если не прямо противоположных, теоретических или клинических позиций. В рамках этой рубрики одного из известных своими работами коллег приглашают высказать свою позицию по поводу темы, понятия или проблемы, которая представляется явно дискуссионной. Затем редакция журнала предлагает другому коллеге, представляющему иную, нередко альтернативную концептуальную ориентацию, в форме статьи ответить на сформулированную первым позицию. В завершение автору первой позиции предоставляется возможность кратко ответить на комментарий своего коллеги. Все три текста публикуются в одном и том же номере.

Данная рубрика дает прекрасную возможность для понимания различий внутри аналитического сообщества и для серьезного обсуждения этих различий. Одним из возможных результатов такого обсуждения может стать расширение каждой из систем ее собственного концептуального горизонта на основе учета или включения в нее противоположной точки зрения. Другим итогом может оказаться признание того факта, что существующие между этими позициями различия настолько фундаментальны, что концептуальное расхождение между ними, по крайней мере на данном этапе, неизбежно. В любом случае, такой специально сфокусированный на остро дискуссионных проблемах и темах обмен заставляет нас периодически пересматривать свои исходные посылки, допущения и предпочтения, а также сделанные на их основе заключения. Это позволяет нам находить более прочные и ясные обоснования для своих концептуальных построений и поддерживать содержательный диалог с теми, кто развивает другие подходы [Blass, 2008]. Можно согласиться с ведущей этой рубрики журнала Рэйчел Бласс, что такое понимание себя и других является центральным

для аналитического подхода и необходимо для развития знаний в области, где привычные для ряда других областей формы эмпирических исследований и системы доказательств могут играть более ограниченную роль.

В данном выпуске ежегодника мы публикуем дискуссию по поводу одного из наиболее важных для французской психоаналитической школы понятий «арескоур» (переживание постфактум, последствие). В этой дискуссии принимают участие известный автор, член Парижского психоаналитического общества Хайди Файмберг, и ее коллега, также известный автор и член Британского психоаналитического общества Инес Содре. Данная дискуссия поднимает ряд фундаментальных вопросов о психической причинности, о психологическом времени и, конечно, о психоаналитической технике.

Рубрика «Аналитик за работой», возможно, уже знакома некоторым российским читателям по серии одноименных конференций, которые с 2004г. организуются Московским психоаналитическим обществом (МПО) и Международным журналом психоанализа в Москве и на которых с докладами выступали Рон Бриттон, Андре Грин, Даниэль и Жан-Мишель Кинодо, Антонино Ферро, Розмари Дэйвис, Пол Вильямс и автор данной статьи. В этой рубрике, так же как и на одноименных московских конференциях журнала и МПО, мы стремимся дать место доброжелательному и конструктивному диалогу о различных аналитических подходах к клинической работе при одновременной постановке методологических проблем во всей их сложности и противоречивости.

Формат раздела «Аналитик за работой» [Gabbard, Williams, 2002] предлагает видным психоаналитикам из разных стран мира представить образцы своей аналитической работы (процессуальный материал) с приложением краткого введения в личную историю пациента. Редакция не просит автора, представляющего психоаналитический случай, обязательно описать свои «лучшие» сеансы или сеансы, которые содержали бы какие-то неординарные события или несли бы особый смысл. Скорее его просят описать сеансы, отражающие его повседневную работу. Это может быть всего лишь один сеанс со всеми сомнениями, «острыми углами» и колебаниями, которые характерны для нашей ежедневной практики.

Представления аналитиков о том, какие данные об анализе являются наиболее существенными, могут различаться; по-разному они могут представить и свой клинический материал. Кто-то, иллюстрируя свою работу, воспроизведет диалоги, происходившие на нескольких сеансах. Другой сочтет, что наилучшим образом ход работы отражают отчеты о сновидениях, о невербальных «отреагированиях» на сеансе или о «мечтаниях» аналитика, в каждом случае дополненные описанием сопутствующих им размышлений докладчика. Прежде всего, редакцию и

читателей интересует то, как тот или иной аналитик работает в клиническом сеттинге, и журнал дает коллеге возможность выбрать те данные, которые, по его мнению, лучше всего высвечивают эту работу.

Затем редакция приглашает двоих коллег, представляющих иные точки зрения и происходящих из других психоаналитических культур, прокомментировать представленный докладчиком материал. В их задачи входит обсуждение предложенного текста с точки зрения их собственных психоаналитических взглядов и их субъективного понимания материала. Это довольно сложная задача, так как содокладчикам придется строить свои интерпретации только лишь на основе прочитанного текста, без возможности непосредственно погрузиться в «приливы и отливы» живого аналитического сеанса. Они должны войти в пространство воображаемой игры и внутри этого пространства попытаться представить, что могло происходить на сеансе, а также поразмышлять о различных способах видения как содержания, так и процесса этой работы. Их задача — не супервизировать коллегу, а принять участие в творческом обдумывании материала, мысленно вставая на место, а точнее, «сажаясь в кресло» докладывающего аналитика и позволяя свободным ассоциациям вести их в том или ином направлении.

В этом выпуске ежегодника мы публикуем материал «Четыре сеанса с Лизой», предложенный итальянским психоаналитиком и бывшим редактором Европейского совета журнала Антонино Ферро. Первая версия этого текста была представлена на московской конференции в 2004г. Его материал обсуждается Чарльзом Спеццано и Корделией Шмидт-Хеллерау — двумя американскими коллегами, представляющими разные подходы внутри американского психоанализа.

Рубрика «Эссе о кино» носит отчетливый междисциплинарный характер и отражает признание того, что сегодня киноискусство, так же как литература, театр и живопись, нуждается в серьезном психоаналитическом исследовании. По словам Глена Габбарда, кинофильмы являются своеобразным хранилищем психологических образов нашего времени и во многом выполняют для современной аудитории такую же функцию, какую выполняла трагедия в Древней Греции [Gabbard, 1997]. Они не только обеспечивают катарсис, но и посредством содержащихся в них мифологических компонентов объединяют аудиторию с ее культурой, подобно тому, как Эсхил и Софокл снабжали афинских граждан образами и видениями, столь важными для их культурной, психологической и социальной жизни. В каком-то смысле психоанализ и кино — культурные братья. Эпохальная книга Брейера и Фрейда «Исследования истерии» и эпохальный фильм братьев Люмьер «Прибытие поезда» появились в одном и том же 1895г. Фрейд, однако, весьма сдержанно относился к кинематографу как форме

искусства и индустрии. Когда в 1924г. киномагнат и основатель компании «Метро-Голдвин-Майер» Самуэль Голдвин обратился к нему за консультацией в связи с созданием «фильма о великой любви Антония и Клеопатры», подкрепив свою просьбу баснословным по тому времени гонораром, Фрейд отклонил это предложение, посчитав его попыткой сомнительной и неуместной эксплуатации психоанализа. Невосприимчивость Фрейда к сладкому пению голливудских сирен, однако, не помешала его сподвижникам Карлу Абрахаму и Гансу Саксу сотрудничать с немецким режиссером Георгом Пабстом над созданием теперь уже классической ленты «Тайны души» (1926). С тех пор интеллектуальный диалог между кинематографом и психоанализом развивался весьма плодотворно, при всех очевидных различиях обнаруживая много интимных связей между психоаналитическим исследованием глубинного внутреннего мира человека и исследованием человека и его мира средствами кино. Ведущие кинематографисты, такие как Луис Бунюэль, Альфред Хичкок, Клод Шаброль, Бернардо Бертолуччи, Ян Шванкмайер и многие другие, напрямую обращались к психоаналитической теории сновидений, бессознательного, символизма и структуры характера и мотивации человека, пониманию внутреннего конфликта, биохимического детерминизма, травмы и ее проработки, а также к самым образам психоаналитика и пациента.

С 1930-х годов Голливуд прочно ассоциируется со своеобразной «Traumfabrik» (букв. «фабрика сновидений»). С 1950-х годов по сегодняшний день серьезная европейская и американская кинокритика, прежде всего в лице таких влиятельных журналов о кино, как французский «Кайе дю синема», британский «Скрин» и американские «Камера Обскура» и «Дискурс», находится под интеллектуальным влиянием развивающегося психоанализа и ряда идей, заимствованных у Жака Лакана, итальянской семиотической школы и деконструктивистской теории Жака Дерриды. В свою очередь, в не меньшей степени исследование произведений кинематографа и самого процесса создания фильма полезно для психоанализа. Поскольку так же, как и психоанализ, кино представляет собой уникальное пространство с подвижными, иногда ускользающими, иногда более ясными границами между фантазией, иллюзией и реальностью, пространство для творческой переработки мощных сенсорных и эмоциональных впечатлений, конфликтов, желаний, фрустраций и переживаний, нуждающихся в визуализации, вербализации и символизации, а также безопасное место для проработки серьезных потерь и травм.

По словам Андреа Саббадини (2007), кино всегда предоставляло нам как зрителям возможность переработки травматической потери в той мере, в какой мы встречаемся с ней на экране, оставаясь на безопасной дистанции в зале. Многие фильмы обязаны успехом тому, что их со-

здателям удастся воссоздать детскую травму или тревогу, вызывая у аудитории глубокие чувства и заставляя ее пересматривать фильм снова и снова. И сколько любовных историй стали кассовыми благодаря тому, что зрители в зале проживают свои утраты, свою потерянную любовь каждый раз, когда вновь проходят с героями через разлад или крах отношений на экране [Gabbard, 2007]. С точки зрения Саббадини, фильмы в принципе представляют собой формы горевания и восстановления потерянных объектов. То, что встает перед нашими глазами во время показа («здесь и теперь»), по сути является иллюзией, игрой света и тени, отпечатками прошлого или воображения, снимками отсутствующих объектов, которые были более осязаемыми («тогда и там») в момент съемки. Как отмечает Габбард, снятые ленты остаются с нами, когда мы нуждаемся в них. Наши любимые актеры сохраняются на пленке точно такими же, как когда мы увидели их впервые. Они не стареют и не умирают. Они поддерживают нас. Мы возвращаемся к ним снова и снова, зная, что можем восстановить те объекты юности, которые начинают бледнеть с течением времени. Когда мы задумываемся, как герои выглядели тогда, мы вспоминаем, какими мы были тогда сами. И мы скорбим по юности и детству, которые ускользнули от нас [Gabbard, 2007].

Методология психоаналитического прочтения произведений кинематографа, как она представлена в журнале [Gabbard, 1997, 2007], довольно разнообразна. Она нацелена главным образом не на оценку качества того или иного фильма, а на попытку прочтения при помощи психоаналитического аппарата сложных, часто многоуровневых и динамично меняющихся посланий, содержащихся в основном тексте и в подтексте фильма. Психоаналитический подход может быть направлен на экспликацию лежащей в основе фильма культурной мифологии. Если воспользоваться тезисом Леви-Стросса о том, что мифы представляют собой трансформацию фундаментальных конфликтов и противоречий, которые не могут быть разрешены в реальности, то можно сказать, что продюсеры фильмов, особенно коммерчески успешных картин, нередко не отдавая себе в этом отчета, выступают своеобразными культурными антропологами. Их фильмы, в той степени, в которой они улавливают и подыгрывают бессознательным желаниям и страхам массового зрителя, артикулируют мифологию современной эпохи [Gabbard, 1997]. Кроме того, фильм можно рассматривать как отражение бессознательного его творца — мотивирующей и организующей силы, стоящей за реализацией всего проекта. Фильм может также служить отражением специфического кризиса, свойственного различным фазам развития человека, которые вызывают психологический резонанс у зрителя [Gabbard, 1997]. Например, картину Кокто «Красавица и чудовище» можно прочесть как историю девушки-подростка, успешно преодолевающей кон-

фликтные переживания по поводу собственной и мужской сексуальности. А фильм Ридли Скотта «Чужой» — как проработку описанной Мелани Кляйн паранойяльной тревоги, присущей параноидно-шизоидной позиции, с проекцией этой тревоги в «чужой» преследующий объект, с его последующей реинтроекцией и повторной проекцией в космический корабль. Не меньший интерес может представлять анализ позиции зрителя и аудитории (и кинокамеры), анализ «глубоких структур» (в терминах Хомского, Лакана, Дерриды и Жижека), ответственных за генерацию смыслов при просмотре фильма, а также анализ не только мотивов тех или иных героев, но и их функций в развитии нарратива фильма.

Наконец, фокус анализа может быть направлен не только на нарративное содержание фильма, но и на психологические аспекты творческого процесса, на работу по созданию самого фильма и использование (часто бессознательное) художником — режиссером, оператором или сценаристом — различных кинематографических приемов (аналогичных таким психоаналитическим конструктам и процессам, как свободное ассоциирование, первичный процесс, расщепление, замещение, сгущение и многие другие), чтобы подчеркнуть или сделать выразительными те или иные значимые для него моменты. Как пишет Глен Габбард: «Зрители идут в кино не только для того, чтобы их развлекали. Они устремляются в местный мультиплекс, чтобы повстречаться с давно забытыми, но все еще мощными тревогами, которые коренятся в универсальных для развития человека переживаниях. Встречаясь с ними на расстоянии в темном зале и наблюдая за другими на экране, зрители получают возможность овладеть этими тревогами и выйти из зала обогащенными и освобожденными. Как это бывает со всеми видами искусства, когда мы исследуем фильм, мы исследуем себя» [Gabbard, 1997, p. 433]. В нашем ежегоднике рубрика «Эссе о кино» открывается статьей Джудит Янов «Перверсия в «La mala educacion» («Дурное воспитание»). Режиссер Педро Альмодовар».

Теперь кратко об остальных статьях, которые мы отобрали для первого ежегодника. В тематическом разделе, посвященном психической травме, мы публикуем статьи двух авторов — «Вариации понятия травматизации: травматизация, травматический, травма» французского психоаналитика Тьерри Бокановски и «Los degradados: изгнанные, униженные, мертвые» Джемса Герцога из США. В раздел «Теоретические и клинические статьи» включены статьи Томаса Огдена (США) «О психоаналитической супервизии», Джеймса Гротштейна (США) — «Проективная трансидентификация», Джузеппе Чивитарезе (Италия) — «Пожар в театре: (не)реальность переноса и интерпретации», Дональда Кэмпбелла (Великобритания), Хенрика Энкеля (Финлян-



дия) — «Метафора и насильственное действие», а также Франко Скальцоне (Италия) — «Замечания о диалоге между психоанализом и нейронаукой». Для рубрики «Исследования» мы отобрали статью знаменитого чилийского и британского психоаналитика Игнасио Матте Бланко «Четыре антиномии инстинкта смерти» и работу группы немецких аналитиков под руководством Хорста Кехеле «Амалия Икс, типичный немецкий случай: эмпирические исследования». Рубрика «Психоаналитическая психотерапия» представлена работой Алесандры Лемма (Великобритания) «Многоликая ложь», а рубрика «История психоанализа» — статьёй Игоря Кадырова (Россия) «Аналитическое пространство и аналитическая работа в России: некоторые размышления о прошлом и настоящем».

Мы надеемся, что подборка статей в нашем ежегоднике заинтересует не только специалистов по психоанализу, психотерапии, клинической психологии и психиатрии, но и психологов-исследователей, философов, кинематографистов и всех тех, кто хочет больше узнать о современном психоанализе. Мы также надеемся, что наш проект поможет представителям разных школ и течений, которые или уже укоренились, или только появляются в российском психоанализе, лучше слышать и понимать друг друга, что он будет способствовать развивающемуся диалогу между психоанализом и другими дисциплинами.

В заключение хотел бы выразить признательность всем тем, без кого публикация ежегодника была бы невозможной, — бывшим и действующим главным соредакторам Международного журнала психоанализа — Полу Вильямсу, Глену Габбарду, Дане Биркстед-Брин и Роберту Майклсу, председателю Европейского совета журнала Жану-Мишелю Кинодо, членам и кандидатам Московского психоаналитического общества, всем коллегам, которые безвозмездно переводили публикуемые нами статьи, а также Ирине Прохоровой, главному редактору Издательского дома «Новое литературное обозрение», которая любезно согласилась участвовать в нашем проекте в качестве издателя.

## ЛИТЕРАТУРА

- Blass R. 2008. Psychoanalytic Controversies. *Int. J. Psychoanal.* 84: 9—10.
- Gabbard G.O. 1997. The Psychoanalyst At The Movies. *Int. J. Psychoanal.* 78: 429—434.
- Gabbard G.O. 2007. Foreword. In: *Projected Shadows: Psychoanalytic Reflections on the Representation of Loss in European Cinema*. Ed. by A. Sabbadini. Routledge, UK, p. XV—XVIII.
- Gabbard G.O., Williams P. 2002. New Initiatives. *Int. J. Psychoanal.* 83: 1—2.
- Gabbard G.O., Williams P. 2003. A New Era. *Int. J. Psychoanal.* 84: 1—2.

- Sabbadini A 2007. Introduction. In: *Projected Shadows: Psychoanalytic Reflections on the Representation of Loss in European Cinema*. Ed. by A. Sabbadini. Routledge, UK, p. 1—5.
- Steiner R. 1994. 'The Tower of Babel' or 'After Babel in Contemporary Psycho-analysis'? — Some Historical and Theoretical Notes on the Linguistic and Cultural Strategies Implied by the Foundation of the International Journal of Psychoanalysis, and on its Relevance Today. *Int. J. Psychoanal.* 75: 883—901.

## FORUM FOR THE MEETING OF PSYCHOANALYTIC CULTURES FROM THE EDITOR-IN-CHIEF INTERNATIONAL PSYCHOANALYTIC ANNUAL

*I.M. KADYROV*

The material is devoted to the first release of a new annual («The International psychoanalytic Annual. Selected articles from The International Journal of Psychoanalysis»). The Editor-in-chief tells about the new project, its tasks, about headings of annual, and also — about authors and articles of the first release.

**Keywords:** The International psychoanalytic Annual, The International Journal of Psychoanalysis, psychoanalytic cultures.

- Blass R. 2008. Psychoanalytic Controversies. *Int. J. Psychoanal.* 84: 9—10.
- Gabbard G.O. 1997. The Psychoanalyst At The Movies. *Int. J. Psychoanal.* 78: 429—434.
- Gabbard G.O. 2007. Foreword. In: *Projected Shadows: Psychoanalytic Reflections on the Representation of Loss in European Cinema*. Ed. by A. Sabbadini. Routledge, UK, p. XV—XVIII.
- Gabbard G.O., Williams P. 2002. New Initiatives. *Int. J. Psychoanal.* 83: 1—2.
- Gabbard G.O., Williams P. 2003. A New Era. *Int. J. Psychoanal.* 84: 1—2.
- Sabbadini A 2007. Introduction. In: *Projected Shadows: Psychoanalytic Reflections on the Representation of Loss in European Cinema*. Ed. by A. Sabbadini. Routledge, UK, p. 1—5.
- Steiner R. 1994. 'The Tower of Babel' or 'After Babel in Contemporary Psycho-analysis'? — Some Historical and Theoretical Notes on the Linguistic and Cultural Strategies Implied by the Foundation of the International Journal of Psychoanalysis, and on its Relevance Today. *Int. J. Psychoanal.* 75: 883—901.

## НАШИ АВТОРЫ

**Бейтсон Грегори** (1904—1980) — американский ученый, внесший своими междисциплинарными исследованиями значительный вклад в антропологию, психологию, психиатрию, биологию, теорию коммуникаций и эпистемологию и оказавший огромное влияние на эти науки. В 50-е годы Бейтсон работал в составе исследовательской группы, занимавшейся изучением природы и генезиса шизофрении. Результатом этой работы стала получившая широкую известность гипотеза «double bind», состоявшая в том, что шизофрения порождается определенными особенностями коммуникации в семье.

**Искандеров Марат Наильевич** — врач-психотерапевт Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2. [mogo-77@mail.ru](mailto:mogo-77@mail.ru).

**Кадыров Игорь Максумович** — канд. психол. н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова, член Международной психоаналитической ассоциации (ИРА), ассоциированный член Европейского Совета редакции Международного Журнала Психоанализа (The International Journal of Psychoanalysis), член Редакционного совета журнала «Консультативная психология и психотерапия».

**Кедрова Наталья Бонифатьевна** — канд. психол. н., доцент кафедры Детской и семейной психотерапии МГППУ, гештальт-терапевт, член профессионального совета МГИ Общества Практикующих Психологов (Гештальт Подход), член Европейской Ассоциации Гештальт Терапии. [kedrova@mail.ru](mailto:kedrova@mail.ru).

**Колпачников Вениамин Валентинович** — канд. психол. н., доцент кафедры Индивидуальной и групповой психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ.

**Мишина Елена Валерьевна** — аспирант и преподаватель кафедры Индивидуальной и групповой психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ.

**Петровский Вадим Артурович** — д. психол. н., профессор, член-корреспондент РАО, зав. лабораторией Института дошкольного образования и семейного воспитания РАО, профессор ГУ ВШЭ, член Редакционного совета журнала «Консультативная психология и психотерапия». [vp7766404@gmail.com](mailto:vp7766404@gmail.com), <http://petrowskiy.ru>.

**Розин Вадим Маркович** — проф., д. филос. н., в.н.с. Института философии РАН, академик Академии педагогических и социальных наук. Научные интересы: философия, методология. [gozinvm@mail.ru](mailto:gozinvm@mail.ru).

**Снегирева Татьяна Васильевна** — канд. психол. н., заведующий лабораторией научных основ психотерапии Психологического института РАО. Член редакционного совета журнала «Консультативная психология и психотерапия».

**Холмогорова Алла Борисовна** — д. психол. н., профессор, зав. лабораторией клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», член Редакционного совета журнала «Консультативная психология и психотерапия». e-mail: psytab2006@yandex.ru/.

**Пуговкина Ольга Дмитриевна** — канд. психол.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ, мл. н. сотр. лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава. e-mail: olgarpugovkina@yandex.ru.

**Воликова Светлана Васильевна** — канд. психол. н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, ст. научн. сотр. Московского НИИ психиатрии Росздрава.

**Гарания Наталья Георгиевна** — канд. психол. н., профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии Росздрава. e-mail: garanian@mail.ru.

**Довженко Татьяна Викторовна** — кандидат медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, ведущий научный сотрудник клинической лаборатории и психотерапии Московского НИИ Психиатрии, врач-психиатр высшей категории. Ученый секретарь диссертационного совета при Московском НИИ Психиатрии.

**Петрова Галина Александровна** — канд. психол. н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Росздрава.

**Юдеева Татьяна Юрьевна** — канд. психол. н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, ст. научн. сотр. Московского НИИ психиатрии Росздрава.

**Чурсина Елена Александровна** — психолог в ЦППРиК «На Снежной». e-mail: tchursinaea@gmail.com.

**Шлиен Джон М.** (1918—2002) — студент, коллега и друг К. Роджерса в Университете Чикаго с конца 1940-х. Д. Шлиен начал работать в Университете Гарварда в 1967 как профессор в области образования и консультативной психологии. Несмотря на то, что Дж. Шлиен был приверженцем «чистой» клиентоцентрированной терапии, в его карьере было много междисциплинарных проектов в Гарварде, среди которых были и те, что он проводил совместно с Робертом В. Уайтом. Например, проект по школьной и клинической психологии и программу по публичной практике. За 50 лет активной работы он издал много влиятельных трудов по широкому спектру проблем психологии, консультирования и психотерапии.

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- А.Ф. Бондаренко (Украина) – д. психол. н., профессор  
М.Е. Бурно – д. м. н., профессор  
Н.Г. Гаранян – к. психол. н., доцент  
Ю.Б. Гиппенрейтер – д. психол. н., профессор  
Т. Грининг (США) – доктор психологии, профессор  
И.Б. Гриншпун – к. психол. н., профессор  
М.А. Гулина (Великобритания) – д. психол. н., профессор  
В. Зенф (Германия) – доктор психологии, профессор  
А.В. Зинченко (США) – PhD  
И.М. Кадыров – к. психол. н., доцент  
Х. Кехеле (Германия) – доктор психологии, профессор  
А.Ф. Копьев – к. психол. н.  
Р. Кочюнас (Литва)  
Л.М. Кроль – к. м. н.  
А. Лэнгле (Австрия) – PhD, профессор  
А. Минделл (США) – PhD, профессор  
Э. Минделл (США) – PhD  
Е.Л. Михайлова – к. психол. н.  
М.В. Осорина – к. психол. н., доцент  
В.Ф. Петренко – д. психол. н., профессор  
В.А. Петровский – д. психол. н., профессор  
Н. Роджерс (США) – PhD  
Н.Н. Сарджвеладзе (Грузия) – д. психол. н., профессор  
Т.В. Снегирева – к. психол. н.  
Е.Т. Соколова – д. психол. н., профессор  
А.И. Сосланд – к. психол. н.  
Е.В. Филиппова – к. психол. н.  
А.Б. Холмогорова – д. психол. н., профессор  
В.Н. Цапкин  
Э.Т. Эйдемиллер – д. м. н., профессор

## РЕДКОЛЛЕГИЯ

- Ф.Е. Василюк – д. психол. н., доцент  
В.В. Архангельская – к. психол. н.  
Е.В. Загородная  
Е.Н. Корнева – к. психол. н.  
А.А. Леонтьева  
О.В. Филипповская

## **ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МАТЕРИАЛА В ЖУРНАЛ «КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»**

Журнал «Консультативная психология и психотерапия» является научно-аналитическим изданием, освещающим проблемы теории, методологии и практики психотерапии, психологического консультирования и смежных дисциплин.

### **Основные рубрики журнала**

1. Антропология, феноменология, культура. Рубрика посвящена рассмотрению актуальных вопросов философии консультативной и психотерапевтической практики, антропологии и этике психотерапии и консультирования, широкому спектру проблем соотношения психологического консультирования и психотерапии с различными аспектами культуры.

2. Теория и методология. Рубрика посвящена актуальным вопросам и исследованиям в области теории и методологии консультативной психологии и психотерапии.

3. Исследования. Эта рубрика представляет как классические экспериментальные исследования по тематике журнала, так и работы, выполненные в рамках неклассической методологии (феноменологии, герменевтики, дискурс-анализ и др.).

4. Мастерская. Данная рубрика посвящена презентациям и подробному рассмотрению новых методов работы в психотерапии и консультировании.

5. Психотерапевтический цех. Рубрика посвящена рассмотрению различных актуальных вопросов, связанных с функционированием профессионального сообщества консультантов и психотерапевтов (законодательство, сертификация, супервизия, отчеты о конференциях и докладах, презентация консультативных и психотерапевтических центров и т.д.).

6. Специальная психотерапия. Данная рубрика посвящена рассмотрению особенностей психотерапевтической и консультативной работы с клиентами с различной спецификой проблем (суицид, соматические и психосоматические заболевания и т.д.).

7. Случай из практики. Рубрика представляет работы, выполненные в особом жанре анализа единичного случая психотерапевтической и консультативной работы.

8. Эссе. Рубрика представляет материалы, в которых изложен авторский взгляд на ту или иную проблему, связанную с тематикой журнала и оформленную в жанре эссе.

9. Дебют. В этой рубрике журнал публикует лучшие работы начинающих специалистов.

Журнал публикует оригинальные и законченные работы.

В журнале также публикуются обзоры отечественной и иностранной литературы, посвященной различным проблемам консультативной психологии и психотерапии, оригинальные переводы по тематике журнала, интервью, рецензии на книги и статьи.

### **Требования к материалам, предоставляемым в редакцию**

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: [moscowjournal.cpt@gmail.com](mailto:moscowjournal.cpt@gmail.com)

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде фамилии автора и года издания в квадратных скобках. Например, [Иванов, 2007].

4. Кроме текста статьи должна быть представлена также следующая информация:

Аннотация статьи (не более 1000 знаков) на русском и английском языках.

Ключевые слова на русском и английском языках.

Пристатейные библиографические списки, оформленные в соответствии с ГОСТ на русском языке и The Chicago Manual of Style на английском языке (примеры оформления на сайте [www.pk.mgppu.ru](http://www.pk.mgppu.ru)).

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100×100, 300dpi).

В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате \*.eps или \*.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD.

### **Редакционные правила работы с материалами**

1. Публикация в журнале является бесплатной.
2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.
3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.
4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.
5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.
6. Несоответствие материалов формальным требованиям является основанием для отправки материала на доработку автору.

## **Уважаемые читатели!**

**Редакция журнала «Консультативная психология и психотерапия» предлагает вам подписаться на электронную рассылку новостей**

Для получения анонсов и участия в акциях, семинарах и конференциях, проводимых нашим журналом, пришлите свой электронный адрес с указанием имени получателя на почту редакции: *mpj@list.ru*