
ДИАЛОГ КАК ОСНОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ

М.Ю. КОЛПАКОВА



В статье рассматриваются три «блока» проблем. В первом «блоке» дан краткий обзор современного состояния интегративного движения в зарубежной психотерапии, а также различные модели интеграции. Во второй части сделан анализ аксиологических оснований психотерапии, результаты которого послужили исходным моментом для подведения итогов интегративного движения. В третьей — предлагается диалогическая перспектива развития психотерапии, аргументируется авторское предпочтение сделанного выбора.

Психотерапия сегодня представляет собой конгломерат различных школ, направлений, подходов и методов, ее общее состояние характеризуется разобщенностью и раздробленностью. Наблюдается яркая тенденция экспансивного и экстенсивного развития психотерапии, так, в 1975 году было зафиксировано 125 различных подходов, в 80-е годы — 200, а в 1986 уже более 400 ее видов (Garfield, Bergin, 1994). Процесс разобщения и расхождения направлений и школ внутри психотерапии продолжается и в настоящее время, однако, прослеживается и противоположная тенденция — стремление к интеграции различных ее форм.

Тенденция к интеграции обусловлена неудовлетворенностью одним каким-либо подходом, стремлением выйти за границы школ, посмотреть, какие способы размышления о терапии существуют, чему можно научиться у других, в целом — быть в курсе происходящих в терапии изменений. Первые работы, посвященные интеграции психотерапии, появились в 30-е годы, однако развитие психотерапии вплоть до 70-х годов прошлого века характеризовалось скорее тенденцией к обособлению школ, поскольку каждая школа в начале развития, определяя свой подход, отставала своеобразно и непохожесть на другие подходы, вследствие этого отношение к интеграции было скорее негативным. В 70-е годы наблюдается возрастание интереса к интеграции, чрезвычайно быстро интегративное движение развивается в 80-е годы. В 1981 году сформировалось общество психотерапевтической интеграции (*Society for Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)*). В 1991 г. начал издаваться *Journal of psychotherapy integration*. Существует Интернациональная академия эклектических психотерапевтов, Журнал интегративной эклективной психотерапии издается с 1992 года. В 1992 году выходят два сборника по психотерапевтической интеграции (Norcross, Goldfried, 1992; Stricker, Gold, 1993). В 1992 году Н. Arkowitz приглашен написать статью об интеграции в юбилейный сборник по психотерапии, изданный в честь столетия АРА (Американской психологической ассоциации).

Согласно Н. Arkowitz (1992), неудовлетворенность существующим положением дел в психотерапии привела к возникновению и развитию трех направлений

интегративного движения, обозначенных им как «теоретическая интеграция», «поиск общих психотерапевтических факторов» и «технический эклектизм».

Технический эклектизм

Представители этого направления стремятся ответить на вопрос о наиболее эффективном лечении определенной индивидуальности с определенными проблемами и в определенных обстоятельствах на основании эмпирических свидетельств эффективности тех или иных техник (практик лечения похожих людей с похожими проблемами). До 70-х годов не наблюдалось большого интереса к эклектизму, в психотерапии доминировали психоаналитический и клиент-центрированный подходы, хотя многие терапевты идентифицировали себя в качестве эклектиков. До 80-х годов эклектизм был ничем больше, чем случайным набором техник, что привело к резкой оценке эклектизма как мешанине теорий, беспорядочных процедур и методов (Eysenk, 1970). В 80-е годы появились работы, предлагающие некоторую систематическую базу эклектизма, две наиболее представительные из них — «Мультимодальная терапия» (Lazarus, 1981) и «Систематическая эклектическая психотерапия» (Beutler, 1983). Понятие технического эклектизма введено А.А. Lazarus в 1967 году. Автор обосновывал возможность использования техник из различных теоретических систем без принятия теоретической базы этих систем. А.А. Lazarus обратил внимание на необходимость вовлечения в терапию различных модальностей: поведения, аффекта, ощущения, образа, когнитивной сферы, межличностных отношений и биологии человека, определив свой подход как мультимодальную бихевиоральную терапию (Lazarus, 1976) или (позднее) как мультимодальную терапию (Lazarus, 1981, 1986). В более поздних работах А.А. Lazarus подчеркивал, что каждый практик, тем не менее, использует некоторую теорию, определяющую выбор тех или иных техник. Мультимодальная терапия основана на социальной теории научения, теории систем и коммуникативной теории (1986).

Систематический эклектизм L.E. Beutler концентрируется на согласовании характеристик пациента, характеристик терапевта и характеристик их взаимодействия. Автор полагает, что именно перечисленные характеристики, а не специфические техники, более всего влияют на результат терапии. Поиск соответствия между определенными нарушениями и определенными проблемами необходим в контексте взаимодействия между переменными, относящимися к клиенту (комплексность симптомов, стиль разрешения проблем, устойчивость к влиянию), переменными, относящимися к терапевту (переживания, установки, верования), и техническими переменными. L.E. Beutler (1990) обращает внимание на существование бесконечного числа возможных сочетаний в такой матрице, которое обуславливает необходимость функциональной теории, руководящей выбором стратегии и методики психотерапии и основанной на статистических эмпирических свидетельствах эффективности определенных сочетаний. Beutler отмечает, что его подход основан на социально-психологических теориях убеждения и влияния.

Поскольку и А.А. Lazarus, и L.E. Beutler признали наличие теоретической основы в их системах, G. Stricker (1994) предложил отнести эти подходы к ассимилятивной интеграции. Действительный атеоретичный эклектизм G. Stricker описал как стихийное присвоение набора техник, используемых почти случайным образом в зависимости от настроения терапевта.

По мнению В.Е. Wampold, эклектизм развивается в рамках медицинской модели психотерапии, фокусируясь на нижнем уровне абстракции — техниках и

используя лишь один аспект медицинской модели — специфическое лечение для специфических нарушений, отказываясь при этом от объяснительных моментов медицинской модели (2001).

Н. Arkowitz отмечает, что в основании современного эклектизма лежит статистический подход, предсказывающий эффективность техники в новых случаях на основании использования данных по эффективности применения данной техники в подобных случаях в прошлом. Такой подход, требующий не столько теории, связывающей какие-то переменные, сколько поиска статистических корреляций между переменными, является, по его мнению, ахиллесовой пятой эклектизма, поскольку огромное число переменных может коррелировать с огромным числом результатов. D.E. Orlinsky, K.I. Howard (1986) рассмотрели около 1100 исследований за 35 лет, измеряющих связь между характеристиками терапии и ее результатом. Обнаружилось, что выделено огромное число специфических переменных, а значимость множества корреляций разочаровывающе мала. По мнению Н. Arkowitz, без теории, руководящей поиском переменных терапии, можно провести еще столько же корреляционных исследований с ничтожным результатом. Кроме того, он обращает внимание на существование взаимосвязи между различными переменными терапии, которая не учитывается в таком анализе. Эклектизм, с его точки зрения, не должен быть просто поиском корреляций между двумя величинами, но рассмотрением мультивариативного взаимодействия между взаимосвязанными переменными.

S.C. Garfield и A.E. Bergin (1994) отмечают, что эклектизм оценивается многими авторами как направление скорее препятствующее, чем способствующее интеграции.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ

Теоретическая интеграция признает наличие общности среди различных подходов, — без общей почвы теоретическая интеграция была бы невозможна, — однако, акцент при этом делается на объединении различных компонентов из различных подходов в единые концептуальные рамки. Теоретическая интеграция, в целом, представляет собой историю попыток соединения психоаналитического и бихевиорального подходов. В работах 30-40-х годов авторы стремились показать, что концепции психоанализа могут быть переведены на язык теории научения (Kubie, 1934; Sears, 1944; Shoben, 1949). Работа J. Dollard, N.E. Miller (1950), по мнению Н. Arkowitz, является одной из наиболее глубоких попыток интеграции: авторы попытались синтезировать идеи о неврозах и терапии из обоих подходов. Однако в то время еще не сложилась собственная практика бихевиоральной терапии, и поэтому авторы могли пытаться интегрировать теорию научения с психоаналитической теорией и практикой. Возникнув и развиваясь, бихевиоральная терапия, подобно другим самостоятельным психотерапевтическим направлениям, стремилась подчеркнуть свое отличие от других и размежеваться с психоаналитической теорией и практикой, поэтому отношение к интеграции среди бихевиористов стало негативным (Eysenk, 1960; Wolpe, Rachman, 1960; Levis, 1970), и лишь некоторые из них выражали интерес к этой проблеме. В 70-е годы интерес к интеграции вырос, появилась одна из наиболее значительных работ в этой области — книга P.L. Wachtel (1977). Автор отметил, что для интеграции бихевиорального и психоаналитического подходов необходим глубокий анализ различий между ними и определение тех

компонентов, которые, возможно, поддаются синтезу. Вероятно, одни течения в рамках обоих подходов более совместимы, чем другие. Так, по его мнению, классический психоанализ Фрейда и оперантная бихевиоральная терапия несовместимы, а интеграция бихевиоральной терапии, направленной на редукцию тревоги и изменения в межличностном поведении, и подходов Э. Эриксона, К. Хорни и Г.С. Салливана, подчеркивающих межличностный контекст терапии и побуждающих пациента к большей терапевтической активности, чем другие психоаналитические подходы, возможна. P.L. Wachtel не стремился создать еще один вид терапии или новой теории, но хотел выявить некую основу, построить рамки, в которых можно объединить элементы обоих подходов логичным и внутренне связным образом. Признавая значение бессознательных процессов и неразрешенных конфликтов прошлого наряду с влиянием межличностных отношений в настоящем, он полагал, что наши прошлые переживания, неразрешенные конфликты определяют наше восприятие сегодня и приводят к созданию условий для возникновения наших сегодняшних проблем, таким образом, подкрепляя и поддерживая наш дисфункциональный способ реагирования. Например, люди, которых мы выбираем, и межличностные отношения, которые мы формируем, могут служить подтверждением существования дисфункционального восприятия, такого видения реальности, которое мы несем из нашего прошлого, и это лежит в центре наших проблем. Он назвал это циклической психодинамикой, понимание каузальности здесь круговое и реципрокное, а не линейное, как в бихевиоральном и психоаналитическом подходах.

М.М. Gill (1984) различал психодинамическую теорию, психоанализ и психоаналитическую терапию. Он обосновывал возможность интеграции психодинамической и бихевиоральной терапии и выражал большие сомнения в возможности интеграции психоанализа и бихевиоральных подходов, поскольку техники и методы, необходимые для анализа возникающих в психотерапевтическом альянсе отношений переноса, противоположны активным техникам бихевиоральной терапии. Оценивая возможность интеграции двух подходов, С.М. Franks (1984) полагал возможным интеграцию на клиническом уровне, но считал невозможным и нежелательным интеграцию на теоретическом уровне, вследствие глубоких различий между подходами в видении реальности психотерапевтического процесса, его цели и оценки результатов, а также методах верификации. W.F. Overton, H.A. Nowowitz (1991) обратили внимание на различные эпистемологические основания двух подходов. Когнитивно-бихевиоральные подходы основаны на объективизме, в то время как психодинамические и интерперсональные гуманистические подходы — на интерпретационизме. S.B. Messer, M. Winokur (1984) выявили, что различия в онтологических основаниях, во взглядах на природу человека в обоих подходах проявляются и на клиническом уровне.

Наряду с тем, что в области теоретической интеграции доминируют попытки соединения психоаналитического и бихевиорального направлений, в 70-е годы появляется интерес к теоретической интеграции гуманистического и бихевиорального подходов (Thoresen, 1973; Wandersman, Poppen, Ricks, 1976), а также системной семейной терапии с другими подходами (Feldman, Pinsof, 1982; Gurman, 1981). При этом Н. Arkowitz (1992) отмечает некоторую противоречивость в формулировании проблемы интеграции, обратив внимание на то, что теоретическая интеграция не столь интегративна на самом деле, поскольку подход, определяемый как интегративный, в настоящее время вполне может стать отдельным единым подходом и

оформиться в самостоятельную школу в ближайшем будущем. По его мнению, теоретическая интеграция не должна стремиться к созданию института интегративной терапии и сертификации интегративных терапевтов, поскольку это было бы шагом назад, к тому, от чего началось интегративное движение.

Н. Arkowitz поддержал идею P.L. Wachtel о необходимости выявления некоего развивающегося общего основания, ключевого для развития нового направления теоретической интеграции. Это общее основание должно включать когнитивные, аффективные, поведенческие и межличностные аспекты человеческого существования. Понятие теоретической интеграции, предложенное Н. Arkowitz, предполагало такое объединение различных элементов из различных школ, в котором не оказывалось бы предпочтения какой-либо одной ориентации. Однако такое равновесие наблюдается крайне редко, автор отмечает, что даже вариант P.L. Wachtel (1977), наиболее близкий к такому равновесию, все же базируется на интерперсональном межличностном подходе и ассимилирует идеи и стратегии других подходов (когнитивно-бихевиорального и системного). S.V. Messer (1992) ввел понятие «*ассимилятивной интеграции*», характеризующейся предрасположенностью к какой-либо определенной системе терапии и стремлением включить в нее перспективные элементы теории или практики из других школ. Этот способ описания, по мнению Н. Arkowitz, действительно лучше отражает то, что реально делают терапевты, чем понятие теоретической интеграции (1997). Рассматривая влияние контекста базовой терапевтической системы на ассимилируемые элементы, S.V. Messer обратил внимание на тот факт, что эти элементы приобретают новое значение, определяемое структурой терапии, в которую они привнесены. Н. Arkowitz обращает внимание и на обратное влияние: терапевтический подход изменяется под влиянием привносимого материала. Такое воздействие может быть минимальным — в случае ассимиляции изолированной техники, а может быть более глубоким, например, в случае, когда привносимые элементы изменили смысл базового подхода, например, в случае интерперсонального подхода P.L. Wachtel (Arkowitz, 1997).

Можно отметить, что в процессе попыток теоретической интеграции выявилось значение глубинных оснований подходов, обуславливающее возможность интеграции одних вариантов терапии и затруднительность интеграции других. Вследствие несовместимости теоретических оснований подходов одни исследователи полагают, что интеграция на уровне клинических стратегий предпочтительнее других типов интеграции (Franks, 1984). Однако выявлено влияние глубинных оснований подходов и на клинический уровень стратегий и техник, в результате чего исследователи сделали вывод о том, что различия в метатеоретических основаниях делают невозможным интеграцию не только на теоретическом, но и на клиническом уровнях (Messer, Winokur, 1984; Messer, 1992). В качестве таких метатеоретических различий выделены: понимание природы человека, обуславливающее цель терапии; методы терапии; оценка результатов терапии; эпистемологические основания.

ПОИСК ОБЩИХ ФАКТОРОВ

Другое направление в области психотерапевтической интеграции — поиск общих факторов — идентифицирует базовые, продуцирующие психологические изменения, составляющие различных психотерапевтических направлений. Теоретическая интеграция подчеркивает необходимость теоретического синтеза разли-

чий, а подход «общие факторы» стремится выявить общее сквозь различия психотерапевтических теорий. Предполагаемый результат — не унифицированная теория, но осмысление различных элементов практики, влияющих на фундаментальные базовые процессы. Первые работы в этом направлении появились также в 30-е годы, затем интерес к этой проблеме снизился, и вплоть до 70-х годов публиковались лишь единичные работы, но с 70-х годов и по настоящее время наблюдается быстрый рост количества публикаций.

S. Rosenzweig (1936) выделил следующие факторы, общие для различных видов терапии: способность терапевта инициировать надежду и обеспечивать альтернативное и более правдоподобное видение себя и мира. В 40-е годы F. Alexander, T.M. French (1946) предложили рассматривать коррекцию эмоциональных переживаний как процесс, общий для всех видов терапии. В 1950 году F.E. Fiedler проведено исследование, результаты которого обеспечивают поддержку значимости общих факторов в терапии. Терапевтов различных ориентаций просили описать элементы идеальных, по их мнению, отношений, необходимых для успешной терапии. Результаты показали, что опытные терапевты различных ориентаций были в большем согласии друг с другом, чем с терапевтами-новичками из собственных школ. В другом исследовании он обнаружил, что терапевтические отношения, устанавливаемые терапевтами одной ориентации, более похожи на отношения, созданные терапевтами другой ориентации, чем на отношения, созданные новичками из собственной школы. Хотя исследования F.E. Fiedler были ограничены классическими психоаналитическим, адлеровским и недирективным направлениями, они внесли определенный вклад в развитие интегративного движения в русле идеи «общих факторов» (1950a; 1950b). В одной из наиболее влиятельных в данной области работ (Frank, 1961) были выделены следующие базовые ингредиенты различных подходов: пробуждение надежды; поддержка изменяющей психологию пациента активности, а также нового образа действий между сессиями; обеспечение и поддержание новых способов понимания себя и своих проблем посредством интерпретации и коррекции эмоциональных переживаний. Развивая свою модель интеграции, J. Frank (1974) выделил укрепление моральных оснований личности в качестве общего фактора терапии. Он предположил, что все виды терапии адресуются к общей проблеме — деморализации, связанной с потерей самопринятия, субъективным чувством некомпетентности, отвержения, безнадежности и беспомощности. Продолжая свои ранние разработки в этой области, он описал следующие общие для всех видов терапии факторы: эмоциональные конфиденциальные отношения с помогающим человеком, целительное окружение, рациональная концептуальная схема или миф, объясняющий симптомы и, наконец, ритуал, помогающий исчезновению симптомов (1982).

Подход «общие факторы» косвенным образом был поддержан К. Роджерсом, утверждавшим, что эффективность терапии связана не с техниками и их специфичностью, но с установлением человеческих отношений особого типа, в которых эти изменения могут произойти (Rogers, 1973).

V. Raimy (1975) обосновывал тезис, согласно которому все формы терапии направлены на изменение ошибочных представлений о себе, следовательно, цель терапии — дать человеку свидетельства, способствующие изменению неверного самовосприятия. Виды терапии различны преимущественно в методах предоставления таких свидетельств.

В 80-е годы наблюдалось резкое увеличение интереса к подходу «общие факторы», связанное с появлением множества исследований эффективности терапии. В этих исследованиях не было выявлено значительных различий эффективности между психотерапевтическими направлениями. Действительно, существование огромного числа специфических ингредиентов во множестве психотерапевтических подходов, не приводящих к различиям в результатах, наводит на мысль о существовании общих эффективных элементов терапий, часто непризнанных, а также о существовании некоторых внутренних ресурсов, свойственных клиенту и мобилизующихся в терапии, независимо от специфики той или иной школы. Возможно, что все виды терапии достигают примерно равного результата, поскольку существует некоторая общая сердцевина психотерапевтического процесса. Наличие общих факторов в различных терапевтических направлениях не отрицает роли уникальных переменных в той или иной форме терапии. Однако эффект таких уникальных переменных не настолько значителен, как полагают ортодоксальные сторонники того или иного подхода (*Lambert, 1992*).

В 80-е годы следует отметить два наиболее значительных исследования общих факторов терапии — J.P. Brady с соавторами (*1980*) и M.R. Goldfried (*1980*). В исследовании Brady ведущим терапевтам разных ориентаций предложили ответить на серию вопросов об эффективных составляющих терапии. В качестве центрального ингредиента различных видов терапии был выявлен такой фактор, как обеспечение клиента новыми переживаниями как внутри, так и вне терапии. Между терапевтами разных ориентаций были выявлены различия в способах инициирования таких переживаний, а также в степени той значимости, которую они им придавали, обсуждая результативность психотерапевтического процесса, но все согласились, что новые переживания клиента — центральный фактор терапии, поскольку именно они запускают процесс изменения способов мышления о себе.

M.R. Goldfried поднял вопрос о наиболее целесообразном уровне теоретической абстракции для выявления общих факторов. С его точки зрения, уровень клинических стратегий наиболее целесообразен. Он выделил две стратегии, значимые для всех видов терапии — вовлечение пациента в новые переживания и обеспечение обратной связи, которая помогает клиентам в процессе осознания своих мыслей, чувств и действий (*1980*).

В настоящее время появляются новые работы. L.M. Grencavage, J.C. Nocrass (*1990*) рассмотрели общее среди общих факторов, предложенных различными терапевтами. Им удалось сгруппировать общие факторы в несколько категорий: характеристики клиента, качества терапевта, процессы изменений, структура взаимодействия, отношения в процессе терапии, а также описать общие факторы, наиболее часто встречающиеся в каждой из категорий. В категории «характеристика клиента» это — позитивные ожидания, надежда, вера; в категории «качества терапевта» — культивирование надежды, позитивные ожидания, положительное принятие, теплота, эмпатическое понимание. В категории «процессы изменений» — это катарсис, приобретение и поддержание нового образа действий, эмоциональное или межличностное научение, рациональные объяснения, побуждающие осознание. В категорию «структура взаимодействия» входят использование техник и ритуалов, акцент, независимо от школ, на эмоциональных психических составляющих терапии, связность теории. В категории «отношения» — развитие альянса. Авторы обратили внимание на взаимосвязь этих факторов.

Категория «отношения» — одна из центральных тем в интегративном направлении «общие факторы». Наблюдаются различные попытки концептуализировать эту категорию. Н. Arkowitz отмечает, что недостаточно сказать о терапевтических отношениях как общем факторе, необходимо определить, какие специфические аспекты важны в создании терапевтических отношений. Отношения, по мнению Н. Arkowitz, лучше мыслить как процесс, мы имеем дело с процессами изменений, а не с фиксированными и статичными сущностями.

В.Е. Wampold предоставил научные свидетельства в пользу не специфических, а общих факторов терапии (2001). Основываясь на этом, автор подвергает критике медицинскую модель психотерапии, фокусирующуюся на специфичности лечения. Медицинская модель предполагает: формулирование теоретических объяснений для психологических нарушений; наличие специфических составляющих в лечении, которые считаются необходимыми для их устранения; фокусирование терапевта на специфических ингредиентах лечения и приписывание результата психотерапии именно им. Медицинская модель психотерапии представлена формами, похожими на медицинскую модель в медицине, но отлична в следующем: нарушения, проблемы, жалобы рассматриваются в психологической, а не физико-химической этиологии; специфические составляющие лечения — психотерапевтические, а не медицинские, поскольку медицинская модель психотерапии требует не физико-химических, но ментальных понятий, бихевиоральных интервенций. В.Е. Wampold обосновывает тезис, согласно которому традиционные психотерапевтические подходы осуществляют медицинскую модель терапии, поскольку предполагают некое специфическое воздействие на клиента после установления некоей специфической причины нарушения. Медицинская модель психотерапии наиболее распространена и экспансивно расширяет свое влияние. Так, особую популярность приобрели *Psychotherapy Treatment Manuals* (руководства по психотерапевтическому лечению). Первое было сделано А. Беком, последующее быстрое распространение таких руководств L. Luborsky и R.J. DeRubeis назвали маленькой революцией (1984). Типичные компоненты такого руководства: описание мишени — психологического нарушения, проблемы или жалоб; теоретическая база для объяснения генезиса нарушения, проблем или жалоб и для механизма их устранения; спецификация терапевтических действий, согласующихся с теорией, и убеждение в том, что специфические воздействия ведут к эффективности. Очевидно, что такая система идентична медицинской модели. Медицинская модель, по замечанию В.Е. Wampold, доминирует, и практики чувствуют в связи с этим огромное давление, поскольку предъявляемые им требования формулируются в терминах медицинской модели. По мнению В.Е. Wampold, гуманистический подход также во многом относится к медицинской модели.

Оценивая интеграционное направление поиска общих факторов, Н. Arkowitz отмечает, что большинство работ в этом русле не учитывает взаимосвязи между факторами и их изменения в процессе терапии. Традиционная модель поиска общих факторов предполагает выделение некоторого их общего набора, где каждый фактор вносит свой относительно независимый вклад в результат. Влияние этого подхода на практику относительно невелико. До сих пор мы не способны уверенно идентифицировать реальные могущественные факторы, считает Н. Arkowitz, значит, собственно, общая сердцевина психотерапевтического процесса

не выявлена. Однако можно сказать, что общим для традиционных психотерапевтических направлений, несмотря на эпистемологические различия, является медицинская модель терапии.

АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Медицинская модель психотерапии, реализуемая в психодинамическом, когнитивно-бихевиоральном и других направлениях, существует в рамках субъект-объектного подхода к человеку. В этой традиции идет поиск более эффективных стратегий и тактик воздействия. Признание активности клиента не препятствует реализации этой модели, поскольку выявление особенностей активности в сфере восприятия, мышления, эмоционального реагирования человека, позволяет разрабатывать наиболее эффективные средства воздействия (Ковалев, 1987). Цель воздействия — обнаружение и изменение дисфункциональных когнитивных структур и иррациональных убеждений, например, в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса (РЭТ) (Ellis, 1975). Цель деятельности психотерапевта — социальная адаптация. Психотерапевты, работающие в этой традиции, облегчают психическое страдание, перестраивая дисфункциональные когнитивные структуры, улучшая поведенческие паттерны, обнаруживая навязчивые долженствования, укрепляя и обучая стратегиям совладания, выявляя ригористичность оценок и осуществляя помощь в принятии себя и других как подверженных ошибкам. В рамках этих направлений разработано множество эффективных техник. Социальная адаптация и даже отлаженное функционирование (выполнение некоторых социальных функций) необходимы для жизни в обществе. И все же психотерапия стремится выйти за рамки субъект-объектного отношения к человеку.

За субъект-объектным подходом стоит так называемый «пессимистический» взгляд на природу человека (Ковалев, 1987). Человек по своей изначальной природе зол, деструктивен, агрессивен и аморален, его необходимо обуздывать с помощью воздействия авторитетов, общественных санкций, норм и т.д. По-видимому, внутреннее убеждение в неадекватности такого отношения к человеку, некоторые внутренние интуиции наличия творческого, конструктивного, созидательного, нравственного начала в человеке побуждают к отказу от модели воздействия. Понимание человека как существа, наделенного созидательным нравственным началом, также имеет свою традицию и характерно для всех мировых культур.

Гуманистическая психология и психотерапия в отличие от традиционных психоаналитического и бихевиорального направлений провозгласила отказ от медицинской модели под лозунгом «Антипсихиатрия». Однако по прошествии довольно длительного периода ее развития, правомерно поставить вопрос, удалось ли ей осуществить этот проект и выйти за рамки медицинской модели?

Этот вопрос может показаться странным, поскольку именно представление о природе человека, как содержащей личностный уникальный центр характерно для гуманистов и гуманистической психологии — А. Маслоу, К. Роджерса, Э. Фромма. Цель гуманистической психотерапии — способствовать проявлению и развитию личностного уникального природного начала, способствовать самоактуализации, характеризующейся позитивными изменениями: увеличением гибкости, самоисследования, независимости, способности к эмоциональному самовыражению и самораскрытию. Психотерапевтический процесс мыслится как встреча в эмоциональ-

ном пространстве, признается необходимость безусловного принятия клиента, признание уникальности другого, отказ от директивности, отказ от воздействия, преобладающих в субъект-объектной модели. Именно отношения полного принятия другого способствуют личностному самораскрытию, самообнаружению и большей личностной интегрированности. Однако, возможно ли полное безоценочное принятие другого? Что это означает на практике? Удалось ли перейти от стратегии воздействия к стратегии взаимодействия в рамках гуманистической психологии?

Попытка выйти за рамки воздействия в психотерапевтических отношениях была предпринята в гуманистической психологии посредством соблюдения некоторых принципов: эмоциональной открытости по отношению друг к другу, безусловного принятия, безоценочности, связанных с пониманием внутренней интеграции как объединения всего многообразия внутренней жизни. Возникло понимание необходимости обращения к собственному ценностному опыту клиента, его осознанию, что способствует большей психологической интегрированности и личностному росту. Однако в результате огромной работы, проделанной гуманистическими психологами, было выявлено, что ценностно-нейтральная терапия невозможна, воздействие неустранимо. В 80-е и 90-е годы среди американских психологов растет понимание ошибочности взгляда на психотерапию как ценностно-нейтральную область деятельности. В 80-е годы А. Бергин инициировал дискуссию о ценностных основах терапии, в которой приняли участие многие психологи, в том числе К. Роджерс (Bergin, 1980a; 1980b; 1980c). Постепенно приходит осознание того, что консультанты не нейтральны в процессе консультирования, их ценности и имплицитные идеи о путях здорового развития клиента влияют на него, независимо от априорных постулатов. Консультанты не могут остаться ценностно-независимыми, несмотря на их стремление (Beutler, 1979; Bergin, 1980a; Kelly, 1990; Lowe, 1976; Lovinger, 1984; Schwehn, Schau, 1990). Ценности — неминуемая и глубокая часть психотерапии, по утверждению А. Бергин. Представление о человеческой природе влияет на представление о желательных и нежелательных изменениях в процессе терапии. На ценностной основе происходит выбор приоритетных направлений для работы и выбор критериев для оценки терапевтических изменений. Strupp (1977) предлагает задуматься над следующими вопросами. Если в результате психотерапии наблюдается повышение самопринятия, связанное с принятием своей резкости, раздражительности — это хороший или плохой результат? Если клиент решил на развод — это желательное или нежелательное изменение? Клиент может стать более амбициозным, отрицать общепринятые ценности, он может изменить сексуальную ориентацию или стать более терпимым к различным вариантам ориентации. Как такие изменения оценивать? Ценности являются базой для выбора целей терапии и способов оценки ее результатов, для определения структуры и содержания терапевтических сессий (Strupp, 1977; Bergin, 1980a).

Ценности лежат и в основе выбора консультантом терапевтических техник (Patterson, 1989). Техники — способы для передачи ценностного влияния, терапевт — это моральный агент, по выражению Бергин. Ценности играют главную роль в том, что определяют как страдание и в том, что вовлекается в процесс психотерапии, с чем имеют дело в психотерапии. Каждый аспект психотерапии включает имплицитные моральные представления. Самый либеральный, просвещенный и принимающий терапевт включен в систему личных, исторических, семейных, культурных и духовных ценностей, влияющих на процесс консультирования (Mahoney, 2000).

Опоры на эмоциональные отношения оказалось недостаточно для преодоления субъект-объектного подхода, оказалось, что воздействие неизбежно. Терапевт, консультант неизбежно является проводником тех или иных ценностей, и опасно, если он сам не осознает этого. Клиенты усваивают ценности своих консультантов (Kelly, 1990; Schwehn, Schau, 1990). Исследование L.E. Beutler (1979) показывает, что клиент может приобрести специфические ценности и установки терапевтов вместо того, чтобы стать более интегрированным в собственных ценностях, установках, верованиях. Если ни практики, ни исследователи не могут быть нейтральны, они должны принять реальность своего влияния и невозможность ценностно-независимого подхода. Следовательно, осознание собственных ценностей психотерапевтом является профессиональной необходимостью. Понимание того, что психотерапия — не ценностно-нейтральная область деятельности, приводит к необходимости размышлений о направлении нашей работы, обязывает психологов как профессионалов осознавать собственные личностные ценности, детерминирующие терапевтический процесс (Bergin, 1980a; Kelly, 1990; Lovinger, 1984; Schwehn, Schau, 1990).

Попытка избежать субъект-объектных отношений, отношений воздействия, стремление преодолеть позицию эксперта характерна для постмодернизма и постмодернистских терапий, признающих множество равноправных и легитимных точек зрения, не признающих существования единой истины, общих духовно-нравственных ценностей. Можно сказать, что позиция полного принятия, провозглашенная гуманистами, но не осуществленная ими на практике (Dryden, 1993; Bergin, 1980a), реализуется в постмодернистских направлениях. По словам А. Bergin, К. Роджерс признавал, что психотерапия в некотором смысле «подрывная» (разрушающая) деятельность, и клиент не знает, что он приобретет в результате общения с терапевтом. Придерживаясь постмодернистской методологии, терапевт должен принимать все трактовки, нарративы, ценности клиента как равно приемлемые, это позиция этического релятивизма, которая сама по себе есть определенный взгляд на мир, определенное ценностное предположение. Позиция этического релятивизма логически непоследовательна (Kitchener, 1980; Bergin, 1980c). Терапевты, придерживающиеся такой позиции, следуя ее логике, не должны способствовать изменению деструктивных ценностей клиента, поскольку все ценности равноположны и легитимны.

Без представления о духовном начале в человеке, без разделения духовного и наличного бытия, идея полного принятия выродилась в этический релятивизм, характерный для постмодернизма в целом. Основатели гуманистической психологии видели перспективы развития психотерапии в обращении к иному, нежели наличное социальное, измерению человеческой реальности. К. Роджерс считал, что развитие гуманистической психологии привело к необходимости новых исследований, наблюдению новой реальности — духовных сил — влияющих на поведение человека. Взаимодействие с клиентом достигается не в попытках реализации нейтрально-ценностной терапии, а на пути обращения к общим духовно-нравственным ценностям. Если не признавать существования общих духовных ценностей, к опыту переживания которых можно апеллировать, то надо признать, что задача обращения к собственным внутренним ценностям собеседника невыполнима, поскольку, как показано во множестве исследований, невозможно отрешиться от собственных нравственных представлений, а позиция отрицания терапевтом ценностей и нравственных представлений также является ценностным представлением, оказывающим влияние на процесс терапии.

ИТОГИ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Подводя итоги развития процесса интеграции, исследователи отмечают, что интегративное движение способствовало преодолению обособления и размежевания психотерапевтических школ, но интеграции не произошло (*Arkowitz, 1992, 1997; Garfield, 1994*). Интегративное движение является скорее катализатором поиска новых путей понимания терапии. Наблюдается рост числа различных моделей интеграции и возможно уже говорить об интеграции различных моделей и способов интеграции. Рост интегративных моделей по-разному оценивается специалистами. Одни оценивают это позитивно (*Arkowitz, 1997*), другие отстаивают противоположную точку зрения (*Lazarus, Messer, 1991*). Появляются новые предложения, новые модели интеграции (*Prochaska, 1992; Orlinsky, Howard, 1987*). Идентификация психотерапевтом себя как интеграционного терапевта ничего содержательно не означает, различия между интеграционистами могут даже превосходить различия между наиболее жесткими адептами различных школ (*Lazarus, Messer, 1991*). Н. Arkowitz (1997) обращает внимание на то, что категории интегративного движения, выделенные им ранее, продолжают сохранять некую ценность, однако, теоретическая интеграция видится уже не столь интегративной, общий фактор не столь общим, а эклектизм не столь эклектичным.

Возникает вопрос, почему не удалось достигнуть согласия, несмотря на достаточно большой интерес к интеграции психотерапии и немалые усилия? Выделяют следующие препятствия в процессе интеграции: различия в онтологических основаниях, эпистемологические различия, разные языки, социальные факторы (*Handbook, 1992*).

Существующие социальные, языковые барьеры для интеграции имеют глубокие корни в философских предпосылках каждого подхода. Как отметил S.B. Messer (*Messer, 1992, Messer, Winokur, 1984*) различные словари представляют собой различное видение реальности и диктуют определенные способы мышления. Наши усилия в области интеграции ограничены тем, что главные классические направления психотерапии имеют различные эпистемологические основания. Психодинамические, бихевиоральные и экзистенциально-гуманистические школы терапии различны в том, что они считают знанием: умозаключение, наблюдение или субъективное понимание. Они различны и в том, что они принимают как разумный способ приобретения такого знания: интерпретацию, феноменологическое объяснение или экспериментальный метод (*Goldfried, Castonguay, Safran, 1992*). По замечанию G. Kelly (1965), за различными подходами стоит различное видение и понимание реальности, терапевты различных ориентаций принимают определенную точку зрения, видения реальности, которая со временем «застывает», «цементируется». Он назвал это явление «отвердеванием категорий».

Однако исследователи отмечают, что в основаниях традиционных подходов наблюдаются не только различия. В.Е. Wampold рассматривает медицинскую модель терапии как общую базу традиционных терапевтических подходов. В традиционных терапевтических школах терапевты идентифицируют клиентов по диагностическим категориям, используют определенные интервенции в отношении той или иной категории клиентов. Предполагается, что научный диагноз, редуцирующий клиента к нескольким параграфам, обеспечивает достаточно информации для определения направления вмешательства. С. Smith (1997) отмечает, что традици-

онные терапевты смотрят на клиента сквозь очки частной теории личности и психопатологии, уточняя реальное значение поведения клиента в терминах этой теории. Терапевты являются экспертами, наблюдателями, обнаруживающими, что реально произошло с клиентом, однако, терапевт видит в клиенте то, что он выучен видеть. Терапевт «отвердевает» в своей приверженности психодинамическому, когнитивному или бихевиористскому видению реальности, и начинающий терапевт принимает один из этих взглядов, представленных его руководителями. Автор приводит примеры из психоаналитической, когнитивной, бихевиоральной, гуманистической и системной семейной терапии, показывающие, что терапевт занимает положение эксперта в определении проблем клиента и пути их решения. Гуманистический и детско-центрированный терапевтические подходы значительно отличаются от аналитических подходов, однако, и здесь признается ведущая роль терапевта в оценке реальности.

Другой характерной особенностью традиционных видов терапии является подход к человеку как существу, лишенному духа. Обращаясь к истории развития психотерапии, необходимо отметить, что в начале XX века существовал взгляд на психотерапию как исцеление с использованием психологических, моральных и духовных методов. Указывалось, что *psyche* означает *soul* (душа), и психотерапевт мыслился как слуга души. От консультантов ожидалось, что они будут поддерживать принятые ценности, будут «вести» своих пациентов, и отсюда старый термин «*guidance*». Со временем такой моралистический подход стал оцениваться как неверный, сформировалось понимание необходимости избегания ценностных суждений, необходимости «философской нейтральности» в терапии. В 60-е годы среди консультантов была популярна позиция, согласно которой консультант не имеет права в процессе консультирования делать ценностные суждения о клиенте, морализировать или проповедовать, пытаться диктовать клиенту какой-то правильный способ жизни. Поскольку консультант не моралист, ему незачем затрагивать моральные, политические или религиозные верования клиента. В 60-е годы многие консультанты, психотерапевты стремились практиковать недирективное консультирование, и в то время, по замечанию W. Dryden (1993), консультантам было важно отделить себя от дающих советы, руководящих и наставляющих работников. Однако, отказавшись от морализаторского подхода, признали неуместным и наличие нравственной позиции у консультанта. В те годы верилось, что психотерапия — ценностно-свободная область деятельности. Позиция Н. Mowrer (1959), отстаивавшего положение о возможности и правомерности нравственной оценки консультантом тех или иных поступков клиента, считавшего, что человек не может оставаться эмоционально спокойным, пока существует основание нарушений — морально-нравственная проблема, пока человек не принял полную ответственность за свои ошибки, что осознание реальной вины соответствует нуждам клиента, вызвало сильную негативную реакцию (Mowrer, 1975). Ben N. Ard выражал опасение, что это может оказаться возвратом из плюралистического общества в средние века (1975). А. Ellis отстаивал один из основных принципов рационально-эмотивной терапии (РЭТ), утверждая, что «никакой человек не должен быть виновен за то, что он делает, и это главная и наиболее важная функция терапевта — помочь пациентам освободиться от любого возможного следа, признака их обвинения, порицания себя» (1975).

Игнорирование духовного в человеке, игнорирование общих духовно-нравственных ценностей приводит к акценту на наличном «я» и на понимании интег-

рации, содействие которой в той или иной мере является задачей любой терапии, как объединению и принятию всего, что есть в человеке — хорошего и плохого.

В результате развития психотерапевтической культуры в XX веке появился и был описан особый тип человека (*Rieff, 1966*) — человек «психологический» или «психотерапевтический». Для такого человека, ослепленного блеском множества мнений, никаких абсолютных моральных требований не существует. Р. Rieff обратил внимание на опасность, присущие культуре с доминирующими терапевтическими ценностями, описанными выше. Постоянный фокус на «я», в результате которого жизнь сводится к исчислению каждой индивидуальностью удовольствия и боли, может раздробить и дестабилизировать человека. Социальная критика психотерапии подчеркивает инструментальность и аморальность терапевтического взгляда (*Rieff, 1966; Lasch, 1979; Wallach, Wallach, 1983*). А. McIntyre (1981) и R.N. Bellah (1985) отмечают, что психотерапия — тип технической рациональности, сфокусированный на приемах, способах и их эффективности. McIntyre полагает, что соответствующий образ терапевта произведен от некоторого базового типичного характера современности — менеджера, чья жизнь определяется прежде всего стремлением к достижению требуемого от него результата. Менеджер считает себя морально-нейтральным, обладающим навыками изобретения наиболее эффективных способов достижения предлагаемых целей. Терапевты, по мнению McIntyre, переносят менеджерские установки в область частной жизни, где они применяются в отношении таких целей, как счастье или психологическое благополучие. Р. Беллак связывает современную терапевтическую установку с развитием экстремального варианта этики американского индивидуализма. Р. Мэй, долгое время отстаивавший ценности гуманистической терапии, в 1992 году в предисловии к сборнику, выпущенному в честь столетия американской психологической ассоциации, писал: «Мы в Америке стали обществом, посвященным индивидуальному селф» (*May, 1992, р. XXV*). Он указывал на опасность того, что психотерапия стала селф-озабоченной, установившей, приспособившей и создавшей новый тип клиента — нарциссическую личность. Р. Май поддержал идеи, высказанные R. Bellah, признав, что мы сделали терапию новым культом успеха и процветания. Редко, кто говорит об обязанностях, почти каждый вступает в терапию, чтобы достичь цели индивидуалистического процветания, и психотерапевт нанимается, чтобы ассистировать в этом предприятии. Р. Мэй обращает внимание на то, что терапия становится скучной, превращаясь в «макдональдс»-терапию, когда терапевт начинает чувствовать, что он слушает одну и ту же историю о существовании множества практических проблем, мешающих процветанию, и слушает эту историю снова и снова.

Духовный аспект бытия человека игнорируется в традиционных подходах, личность сводится к селф (наличному я) и развитие личности, которому содействует терапевт, понимается как приспособление человека к миру, социальная адаптация. Понимание процесса развития как натуралистического, как процесса приспособления к миру характерно для фрейдизма, бихевиоризма, когнитивного направления и соответствующие психотерапевтические направления стремятся содействовать процессу адаптации. В стремлении быть философски нейтральными терапевтические подходы не принимают во внимание наличие духовно-нравственных ценностей, присущих человеку. У традиционных терапевтических подходов немало общего: медицинская модель терапии в рамках субъект-объектных отношений, понимание развития как адаптации и цели терапии как содействия адаптации, ак-

цент на селф и игнорирование духовности человека; однако эта общность, как показывает развитие интеграционного движения, не способствует интеграции.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ — ДИАЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Интеграционное движение ставило перед собой задачу разработки целостного подхода к человеку. P.L. Wachtel (1984) писал, что интеграция — это не эклектическая смесь, салат, в котором немного одного, немного другого. Цель — развитие новой, связной структуры, внутренне согласованного подхода. G. Stricker (1994) обратил внимание на мишени терапевтического вмешательства — эмоции, поведение, когнитивную сферу, отношения, сознание, бессознательное, и выразил надежду на то, что психотерапевты не занимают позицию, в которой они имеют дело лишь с поведением или когнитивной сферой, подобно тому как врач-терапевт лечит печень или колено без соотнесения с человеком, которому принадлежит печень или колено. Интеграционная идея состояла в попытке создать целостную, единую систему знания, связную и эвристичную. Однако согласие не родилось, целостный подход не возник, G. Stricker отмечает, что интеграция свелась к тому, что психотерапевт использует когнитивные техники для взаимодействия с когнитивной сферой, бихевиоральные техники для поведения и психодинамические для взаимодействия с неосознаваемыми проблемами.

По-видимому, цель интеграции — выработка согласованного подхода к человеку как к целостному существу находится в противоречии с метатеоретическими, аксиологическими основаниями интегрируемых подходов. Наличие огромного разнообразия моделей психотерапии, рост числа направлений в последние десятилетия воспринимается как следствие какого-то упущения в терапии в целом. Возможно, терапевты взяли за невыполнимую задачу: исцеление и заботу о душе или психике, безотносительно к духовным аспектам бытия (Benner, 1989).

Построение интегративного подхода связано, на наш взгляд, с обращением к универсальным духовным ценностям. Преодоление стратегии воздействия как магистрального всеобщего методологического основания современной психотерапии возможно лишь на пути радикальной смены ее философско-антропологического основания, которое мы находим у М.М. Бахтина. По словам Бахтина, личностное общение «происходит прямо на почве последних вопросов, минуя все промежуточные, ближайшие формы» (1979, с.186). Такое общение Бахтин называл диалогическим, подчеркивая, что только в таком общении, во взаимодействии человека с человеком, раскрывается человек в человеке, как для других, так и для себя. Диалогическое направление в психологии разрабатывалось Т.А. Флоренской (1986, 1987, 1991, 1996, 2001), подчеркивавшей, что диалог возникает, если есть духовное соприкосновение, без этого нет диалога, нет взаимопонимания, есть чередующиеся монологи, обмен репликами. Т.А. Флоренская (1996, 2001) писала, что в диалоге необходимо обращение к нравственному, духовному опыту собеседника, помощь направлена на осознание собственного опыта клиента, что приводит не просто к более глубокому, но глубинному самораскрытию, т.е. обнаружению духовных ценностей в себе, присущих духовному «я» человека, а не навязанных извне. Обращение же к собственному опыту собеседника возможно вследствие существования общих духовно-нравственных ценностей.

Условиями диалога являются доминанта на другом и внеаходимость. В своих работах М.М. Бахтин полемизирует с теориями «вчувствования», слияния автора с героем. Вчувствованию автора в состояние героя он противопоставляет внеаходимость, в которой вчувствование — лишь первый момент. Внеаходимость не означает ни изолированность, ни изначальную обособленность, но предполагает единство, соборность сознания, без которой невозможно было бы понимание «внеаходящихся» собеседников. Понятие «внеаходимости» и понятие «доминанты на собеседнике» взаимодополнительны, обе эти установки конституируют диалог, предполагают одну другую. Т.А. Флоренская обращает внимание на то, что внеаходимость без доминанты становится отчужденностью, а доминанта на другом без внеаходимости — слиянием с другим, обезличиванием. Эти понятия отражают реальность диалога с разных сторон, одно понятие акцентирует нераздельность, а другое — неслиянность собеседников. Для А.А. Ухтомского (1950) подлинное общение возникает в результате преодоления доминанты на себе и возникновения доминанты на собеседнике. «Оба эти понятия предполагают вечное, духовное начало в человеке и не могут быть поняты, оставаясь в плоскости лишь временного, наличного проявления личности, без духовной перспективы сама идея диалога выхолащивается и теряет смысл. Диалог — это обращенность к своему духовному Единству, но не как к отвлеченной идее, а как к живому Лицу. Универсальным символом такого общения является образ Святой Троицы Андрея Рублева» (Флоренская, 1991, с.49).

Нарушение внеаходимости приводит к возникновению и дальнейшему развитию «переноса», чувств и реакций, направленных на терапевта, но адресованных не ему, и контрпереносных реакций терапевта. Возникновение и развитие трансферентных отношений свидетельствует о нарушении диалогического взаимодействия, развиваясь, такие отношения разрушают диалог. Нарушение внеаходимости приводит к навязыванию своего опыта или своего решения психотерапевтической проблемы, подведения собеседника к верному с точки зрения терапевта выбору, морализаторству, что опасно и недопустимо. Но позиция внеаходимости отлична от позиции ценностной нейтральности, она не означает признания равноценности любых решений, поскольку выбор всегда аксиологически поляризован: в пользу духовного или против духовного. Как можно совместить наличие определенной нравственной позиции и ненавязывание ее собеседнику? Почему удержание определенной нравственной позиции не означает ее навязывания? Это возможно, поскольку в каждом человеке есть духовное «я», и обращение к собственному духовному опыту человека не означает навязывания своего мнения. Духовное есть в душе каждого человека, хотя опыт его переживания, опыт отношений с этой реальностью различен. Задача консультанта помочь осознать собственный опыт собеседника, и для этого консультант не должен отказываться от своего опыта и от своей нравственной позиции, а напротив, глубже осознавать их как свои собственные. Осознание помогает консультанту улавливать отличие и своеобразие в переживании духовного опыта другой личностью и, порой, радостно осознавать их общность. В диалоге консультант глубже понимает и свои собственные искажения, поскольку проблемы и противоречия собеседника воспринимаются как присущие и себе.

От терапевта зависит создание некоторых условий для диалога, но сам диалог, его возникновение и развитие не в его власти, если диалог не возникает, то форсирование и попытки продолжения беседы приводят к негативным последствиям. Принцип ценностной или философской нейтральности в консультировании,

закрывающийся в отказе от обращения к ценностным вопросам, модифицируется в диалогическом направлении. Консультант признает наличие общих духовно-нравственных ценностей (не отказывается от своих ценностных убеждений, от своего опыта и верит в наличие таковых и у собеседника), но если опыт переживания таких ценностей не проявляется, диалог не возникает и не развивается, консультант не может затрагивать ценностные вопросы. В таком случае попытка консультанта обсуждать ценностные вопросы будет морализированием.

В этой связи возникает вопрос о признаках диалога: что дает нам возможность говорить о наличии диалога? Т.А. Флоренская подчеркивала, что диалог возникает, если есть духовное соприкосновение, без этого нет диалога, нет взаимопонимания. В речи каждого человека слова обретают уникальный смысл, понимаемый нами вследствие духовной общности. Духовное общение первично, если его нет, то нет и взаимопонимания, значения улавливаются, а смысл слова собеседника остается нами непонятым. Один из признаков диалога — возникновение «общего языка», понимание с полуслова, рождение «двуголосога» слова. Однако ответ на этот вопрос предполагает поиск не формальных признаков, отделенных от содержания. Т.А. Флоренская, рассматривая вопрос о критериях успешности диалога, писала, что любой признак успешности нуждается в содержательном анализе в конкретной ситуации консультирования (Флоренская, 1991).

Диалог, с нашей точки зрения, возникает и развивается в различных видах терапии в той степени, в которой терапевт относится к клиенту как к целостному, духовному существу, несмотря даже на то, что метатеоретические основания традиционных подходов не способствуют такому отношению к другому. Диалог является ключевым компонентом психотерапии и возможен во многих психотерапевтических направлениях, в некоторых случаях вследствие неосознаваемого стремления к диалогу и вопреки сознательной теоретической ориентации терапевта. Сознательная теоретическая ориентация может прийти в противоречие с диалогической интенцией терапевта, этот конфликт потребует разрешения, и терапевт либо «затвердеет» в теоретических категориях своего подхода, либо теоретическая ориентация будет меняться. С нашей точки зрения необходимо сознательное стремление к диалогу, развитие диалогической установки терапевта, доминанты на другом.

Диалог позволяет избежать опасности эклектизма, но обеспечить гибкость и соответствие индивидуальному случаю. Технический эклектизм характеризуется стремлением найти наиболее эффективное лечение конкретного человека с конкретными проблемами и в конкретных обстоятельствах на основании практики лечения похожих людей с похожими проблемами. Здесь содержится некое противоречие: при постановке задачи акцент делается на конкретике случая в его своеобразии, а выбор взаимодействия и техник основан на типологии. В рамках 450 видов терапии существует огромное количество техник и бесконечное число разнообразных вариантов и сочетаний. Человеку весьма затруднительно овладеть таким количеством техник, обычно терапевт овладевает ограниченным числом техник и применяет излюбленные. В контексте же диалога, в ходе диалогического взаимодействия техники теряют свою изначальную — сугубо операциональную направленность, терапевт даже не всегда может знать, что происходящее в диалоге значит как техника в каком-либо из 450 подходов. Если выразиться точнее, то какие-то повороты диалога, которые можно было бы соотнести с теми или иными техниками, не тождественны им, несмотря на сходство (не являются техниками, техническими средствами для достижения задуманного).

манного результата). Диалогический контекст меняет смысл и значение того, что названо техникой или процедурой в другом подходе. Явление изменения значения и смысла той или иной техники под влиянием контекста рассматривается в работах А.А. Lazarus, S.B. Messer, о чем было упомянуто выше, и в подобном феномене нет ничего уникального (1991). Контекст, в который погружается та или иная составляющая терапии, придает ей уникальный смысл. Диалогические отношения, возникая и развиваясь в терапии, изменяют значение и смысл тех или иных техник, применяемых терапевтом, рождаются и новые способы взаимодействия.

Различные техники в разной мере совместимы с диалогом. Бихевиоральные техники, на наш взгляд, вполне могут быть реализуемы в диалоге, приобретая новый смысл в контексте диалогических отношений. То же можно сказать и о других методах. Техника эмпатического слушания наполняется новым смыслом и значением. В гуманистической терапии терапевт стремится обнаружить правдивые чувства аутентичного *self* и содействовать их принятию, каковыми бы они не были, в диалоге терапевт стремится различить голос духовного «я», содержащий ценностные представления о том, что человек есть в своей полноте. Консультант верит в наличие духовно-нравственных ценностей и стремится обратиться к опыту их переживания, но он не знает заранее, как это проявится в диалоге, и у него нет техник и рецептов, выполнение которых гарантирует то, что голос духовного «я» зазвучит и возникнет диалог. Поскольку существует и обратное влияние используемых техник на терапевтический подход, в который они ассимилируются, то различные техники в разной степени совместимы с диалогом. Вопрос совместимости разных техник с диалогом, как и затронутый ранее (изменение техник в контексте диалога) нуждается в изучении, но, на наш взгляд, важно, что применение техник в их собственном манипулятивном значении как технических средств достижения неких определенных целей разрушает диалог. Поскольку диалог есть цель сама по себе, он самоценен, и навязывание извне заданных ему целей (например, социальной адаптации, самоактуализации) носит деструктивный характер.

По нашему опыту диагностика, предполагающая объектное изучение, выявление определенных свойств, особенностей объекта (в данном случае психической сферы человека) препятствует диалогическим отношениям. Мы не выступаем против диагностики в принципе, в некоторых случаях вполне уместной, например, в рамках педагогической и медицинской моделей терапии. Т.А. Флоренская отмечала, что психологу нередко приходится иметь дело с отдельными симптомами и направлять усилия на их диагностику и коррекцию. Мы только обращаем внимание на то, что она несовместима с диалогом, если, диагностируя, терапевт превращает собеседника в объект исследования с целью последующего воздействия на него. Это субъект-объектное исследование несовместимо с диалогическими отношениями. Однако, диагностика, на наш взгляд, возможна в рамках диалога, если результаты диагностики являются далее предметом обсуждения собеседников в диалоге, предметом совместного и соучастного размышления. Некоторые средства диагностики более соответствуют диалогу, другие менее применимы.

Несовместим с диалогом, по замечанию Т.А. Флоренской, классический психоанализ, поскольку в этом направлении последовательно отрицается духовность человека. Несовместимы с диалогом психотерапевтические подходы, склонные к эзотерике, поскольку в них эзотерик стремится к духовному развитию другого своими силами.

Диалог — духовно-развивающее общение, но не предполагающее руководство, в том числе, и духовного руководства. Диалог является духовно-развивающим в той мере, в какой в нем восстанавливается разрушающаяся связь с духовным. Терапевт стремится к установлению диалогических отношений и, если это происходит, то развивающийся межличностный диалог способствует восстановлению внутреннего диалога, в котором только и может произойти восстановление утраченной связи с духовно-нравственными ценностями. Однако нельзя сказать, что терапевт духовно развивает собеседника, потому что терапевт в диалоге не занимает положение эксперта в вопросах духовного, не претендует на духовное водительство. Если случилось, что голос духовного в диалоге зазвучал и был услышан и принят, то происходит улучшение психического состояния человека, поскольку это всегда целительно. Следование голосу духовного достоинства человека исцеляет, (что буквально означает «делает целым»), восстанавливает связь души с духом, таким образом, достигается извечная цель терапии — личностная интегрированность, в то время как морализирование приводит к усилению чувства вины, зачастую усугубляющего состояние собеседника.

Диалог, предполагающий духовное измерение человека, является, с нашей точки зрения, общим неспецифическим фактором различных терапевтических направлений. Без духовного измерения цель интегративного подхода — создание согласованного подхода к человеку как к целостному существу, как показывает история интегративного движения, неосуществима.

ЛИТЕРАТУРА

- Бахтин М.М.* Эстетика словесного творчества. — М., 1979.
- Ковалев Г.А.* Три парадигмы в психологии — три стратегии психологического воздействия. // Общение и диалог в СССР, 1987, с.4-17.
- Ухтомский А.А.* Доминанта как фактор поведения // Собр. соч., т.1, — М., 1950.
- Флоренская Т.А.* Психологические проблемы диалога в свете идей М.М. Бахтина и А.А. Ухтомского // Общение и развитие психики // Под ред. А.А. Бодалева, Г.А. Ковалева. — М.: Изд. АПН СССР, 1986, с.21-31.
- Флоренская Т.А.* Диалогические принципы в психологии. // Общение и диалог в практике обучения, воспитания и психологической консультации. — М.: Изд. АПН СССР, 1987, с. 27-36.
- Флоренская Т.А.* Диалог в практической психологии. — М., Институт психологии АН СССР, 1991.
- Флоренская Т.А.* Слово и молчание в диалоге // Диалог Карнавал Хронотоп, 1996, № 1 (14), с.49-62.
- Флоренская Т.А.* Диалоги о воспитании и здоровье: Духовно ориентированная психотерапия. — М.: Школьная Пресса, 2001.
- Alexander F., French T.M.* Psychoanalytic therapy: Principles and application. — New York: Ronald Press, 1946.
- Arkowitz H.* Integrative Theories of Therapy // History of Psychotherapy — A century of change. (Ed. D.K. Freedheim), APA, — Washington, DC, 1992, p.261-305.
- Arkowitz H.* Integrative Theories of Therapy // Theories of Psychotherapy: Origins and Evolution. (Ed. P.L. Wachtel, S.B. Messer). APA, — Washington, DC, 1997, p.227-288.
- Bellah R.N., Madsen R., Sullivan W.M., Swidler A., Tipton S.M.* Habits of the Heart. — Berkeley: University of California Press, 1985.
- Ben N. Ard, Jr.* Nothing's Uglier than Sin. In Counselling and Psychotherapy: Classics On Theories and Issues. Ben N.Ard (Ed.), Science and Behavior Books, — Inc. Palo Alto, California, 1975, p.451-460.
- Benner D.G.* Toward a psychology of spirituality: Implications for personality and psychotherapy // Journal of Psychology and Christianity, 1989, 8 (1), p.19-30.

- Bergin A.E. Psychotherapy and religious values // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980a, 48, p.95-105.
- Bergin A.E. Religious and humanistic values. A replay to Ellis and Walls // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980b, 48, p.642-645.
- Bergin A.E. Behavior therapy and ethical relativism. Time for clarity // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980c, 48, p.11-13.
- Beutler L. Values, beliefs, religion, and the persuasive influence of psychotherapy // Psychotherapy, 1979, 16, p.432-440.
- Beutler L.E. Eclectic psychotherapy: A systematic approach. — New York: Pergamon Press, 1983.
- Beutler L.E., Clarkin J. Differential treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions. — New York: Bruner/Mazel, 1990.
- Brady J.P., Davidson G.C., DeWald P.A., Egan G., Fadiman J., Frank J.D., Gill M.M., Hoffman I., Kempler W., Lazarus A.A., Raimy V., Rotter J.B., Strupp H.H. Some views on effective principles of psychotherapy // Cognitive Therapy and Research, 1980, 4, p.269-306.
- Dollard J., Miller N.E. Personality and psychotherapy: An analysis in terms of leaning, thinking and culture. — N. Y.: McGraw-Hill, 1950.
- Dryden W. Reflections on Counselling. — Whurr Publishers London, 1993.
- Ellis A. Sin and Psychotherapy. In Counselling and Psychotherapy: Classics On Theories and Issues. Revised edition. (Edited by Ben N.Ard). — Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, California, 1975, p.395-408.
- Eysenck H.J. Learning theory and behaviour therapy. In H.J. Eysenck (Ed.), Behaviour therapy and the neuroses. — London: Pergamon, 1960, p.67-82.
- Eysenck H.J. A mish-mash of theories // International Journal of Psychiatry, 1970, 9, p.140-146.
- Feldman L.B., Pinsof W.M. Problem maintenance in family systems: An integrative model // Journal of Marriage and Family therapy, 1982, 8, p.259-308.
- Fiedler F.E. The concept of the ideal therapeutic relationship // Journal of consulting Psychology, 1950a, 14, p.239-245.
- Fiedler F.E. A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy // Journal of Consulting Psychology, 1950b, 14, p.436-445.
- Frank J.D. Persuasion and Healing. — Baltimore: Johns Hopkins Press., 1961.
- Frank J.D. Psychotherapy: The restoration of morale // American Journal of psychiatry, 1974, 131, p.271-274.
- Frank J.D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey, M.M. Parks (Eds.), The master Lecture Series. Vol.1. Psychotherapy research and behavior change. — Washington, D.C.: American Psychological Association, 1982, p.73-122.
- Franks C.M. On conceptual and technical integrity in psychoanalysis and behavior therapy: Two fundamentally incompatible systems // Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible? (Eds. H. Arkowitz, S.B. Messer). — N.Y.: Plenum, 1984, p.223-248.
- Handbook of Psychotherapy integration. (Eds. Norcross J.C., Goldfried M.R). — N.Y.: Basic Books, 1992.
- Garfield S.C., Bergin A.E. Introduction and Historical overview // Handbook of Psychotherapy and Behavioral change. (4 editon); (Ed. A.E. Bergin, S.L. Garfield). — John Wiley & Sons, Inc., 1994, p.3-19.
- Gill M.M. Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive-behavior and behavior therapies compared // Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible? (Eds. H. Arkowitz, S.B. Messer). — N.Y.: Plenum, 1984, p.179-188.
- Goldfried M.R. Toward the delineation of therapeutic change principles // American Psychologist, 1980, 35, p.991-999.
- Goldfried M.R., Castonguay L.D., Safran J.D. Core issues and future directions in psychotherapy integration // Handbook of Psychotherapy integration. (Eds. Norcross J.C., Goldfried M.R). — N.Y.: Basic Books, 1992, p.593-616.
- Grencavage L.M., Norcross J.C. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? // Professional Psychology: Research and Practice, 1990, 21, p.372-378.

- Gurman A.S.* Integrative marital therapy: Toward the development of an integrative approach. In S. Budman (ed.) *Forms of brief therapy*. — N.Y.: Guilford Press., 1981, p.415-457.
- Kelly T.A.* The role of values in psychotherapy A critical review of process and outcomes effects // *Clinical Psychology Review*, 1990, 10, p.171-186.
- Kelly T.A., Strupp H.H.* Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilations, similarity and outcome // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60, p.34-40.
- Kelly G.A.* The role of classification in personality theory // *The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology* (Ed. M. Katz, J.O. Cole, W.E. Barton) — Chevy Chase, MD: US. Department of Health, education and Welfare, The Guilford Press, 1965, p.155-162.
- Kitchener R.F.* Ethical relativism and behavior therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980, 48, p.1-7.
- Kubie L.S.* Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technique // *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1934, 32, p.1137-1142.
- Lambert M.J.* Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists // *Handbook of Psychotherapy integration*. (Eds. Norcross J.C., Goldfried M.R.). — N.Y.: Basic Books, 1992, p. 94-129.
- Lasch C.* *The culture of narcissism*. — N.Y.:Worner Books. 1979.
- Lazarus A.A.* *The practice of multimodal therapy*. — N.Y.: McGraw—Hill, 1981.
- Lazarus A.A.* Multimodal Therapy. In *Handbook of eclectic psychotherapy*. J.C. Norcross (Ed). — N. Y.: Bruner/Mazel, 1986, p.65-93.
- Lazarus A.A., Messer S.B.* Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration // *Journal of Psychotherapy Integration*, 1991, 1, p.143-158.
- Levis D.* Integration of behavior therapy with dynamic psychiatry: A marriage with a high probability of ending in divorce // *Behavior therapy*, 1970, 1, p.531-537.
- Lovinger R.J.* *Working with religious issues in psychotherapy*. — N.Y.: Jason Aronson, 1984.
- Lowe C.M.* Value orientations in counseling and psychotherapy: The meaning of mental health. — Cranston, R.L.: Carrol Press, 1976.
- Luborsky L., DeRubeis R.J.*, The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style // *Clinical Psychology Review*, 1984, 4, p.5-14.
- Mahoney J.A* Changing History of Efforts to Understand and Control Change: The Case of Psychotherapy // *Handbook of Psychological Change* (Eds. C.R. Snyder, R.E. Ingram). — John Wiley & Sons, Inc. New York, 2000, p.2-13.
- May R.* Foreword. *History of Psychotherapy — A century of change*. (Ed. D.K. Freedheim), — APA, Washington, DC., 1992, p.XX-XXVII.
- Messer S.B.* A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy // In Norcross J.C., Goldfried M.R.: *Handbook of Psychotherapy integration*. — N.Y.: Basic Books, 1992, p.130-168.
- Messer S.B., Winokur M.* Ways of knowing and visions of reality in psychoanalytic therapy and behavior therapy // *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* (Eds. H. Arkowitz, S.B. Messer). — N.Y.: Plenum, 1984, p.63-100.
- McIntyre A.* *After virtue*. — South Bevd, I.N.:University of Notre Dame Press., 1981.
- Mowrer O.H.* Some constructive features of the concept of sin. In *Counselling and Psychotherapy: Classics On Theories and Issues*. Revised edition. Edited by Ben N. Ard. Science and Behavior Books, Inc. Palo Alto, California, 1975, p.387-394.
- Norcross J.C., Goldfried M.R.*(Eds.) *Handbook of Psychotherapy integration*. — N.Y.: Basic Books, 1992.
- Overton W.F., Horowitz H.A.* Developmental psychopathology: Integrations and differentiations // *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. Vol.3: Models and integration. (ed. D. Cicchetti, S.L. Toth). — Rochester, N.Y.: University of Rochester Press., 1991, p.1-42.
- Orlinsky D.E., Howard K.I.* Process and outcome in psychotherapy in S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (3 ed), — N.Y.: Wiley, 1986, p.311-381.

Orlinsky D.E., Howard K.I. A generic model of psychotherapy // Journal of integration and Eclectic Psychotherapy, 1987, 6, p.6–27.

Patterson C.H. Values in counseling and psychotherapy // Counseling and Values. 1989, 33, p.164-176.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. The Transtheoretical Approach. In Handbook of Psychotherapy integration. Norcross J.C., Goldfried M.R.(Eds.) – N.Y.: Basic Books, 1992, p.300-333.

Raimy V. Misunderstandings of the self. – San-Francisco: Jossey-Bass, 1975.

Rieff P. The triumph of the therapeutic. – N.Y.: Harper & Row, 1966.

Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy // American Journal of Orthopsychiatry, 1936, 6, p. 412-415.

Rogers C.R. Some new challenges // American Psychologist, 1973, 28, p.379-387.

Schwehn J., Schau C.G. Psychotherapy as a process of value stabilisation. // Counselling and Values, 1990, 35, p.24-30.

Sears R.R. Experimental analysis of psychoanalytic phenomena. In J. McV.Hunt (ed.), Personality and the behavior disorders. – N.Y.: Ronald Press., 1944, p.297-323.

Shoben E.J. Psychotherapy as a problem in leaning theory // Psychological Bulletin, 1949, 46, p.366-392.

Smith C. Introduction: Comparing Traditional therapies with Narrative Approaches. In Smith C Nylund D. Narrative Therapies with Children and Adolescents. – N.Y.: The Guilford Press., 1997.

Stricker G. Reflections on psychotherapy integration // Clinical Psychology: Research and Practice, 1994, 1, p.3-12.

Stricker G., Gold J.R. Comprehensive handbook of psychotherapy integration. – N.Y.: Plenum, 1993.

Strupp H.H., Hadley S.W., Gomes-Schwartz B. Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects. – N.Y.: Aronson, 1977.

Thoresen C.E. Behavioral Humanism. In C.E. Thoresen (Ed.) Behavior modification in education. – Chicago: University of Chicago Press., 1973, p.98-122.

Wachtel P.L. Psychoanalytic and Behavior therapy: toward an integration. – N.Y.: Basic Books, 1977.

Wachtel P.L. On theory, practice, and the nature of integration. In H. Arcowitz, S.B. Messer (Eds.). Psychoanalytic therapy and behavioral therapy: Is integration possible? – N.Y.: Plenum, 1984, p.31-52.

Wallach M.A., Wallach L. Psychology's sanction for selfishness: The error of egoism in theory and therapy. – San Francisco: Freeman, 1983.

Wampold B.E. The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers. – Mahwah, 2001.

Wandersman A., Poppen P.J., Ricks D.F. (Eds) Humanism and behaviorism: Dialogue and Growth. – N.Y.: Pergamon, 1976.

Wolpe J., Rachman S. Psychoanalytic «evidence»: A critique based on Freud's case of little Hans // Journal of Nervous and Mental Disease, 1960, 131, p.135-148.