

Василюк Ф.Е.

**РЕЖИССЕРСКАЯ ПОСТАНОВКА
СИМПТОМА
(ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА)**

Библиографическая ссылка:

Василюк, Ф.Е. Режиссерская постановка симптома
(психотерапевтическая методика) [Текст] / Ф.Е. Василюк //
Московск. психотерап. журнал. – 1992. – № 2. – С. 105-144.

РЕЖИССЕРСКАЯ ПОСТАНОВКА СИМПТОМА (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА)

Ф. Е. ВАСИЛЮК

«Если надеть на горлышко бутылки с подсолнечным маслом махровый ободок, вырезанный из ненужного детского носка, бутылка останется чистой». Листая случайный журнал, я люблю открыть вдруг страницу с «маленькими хитростями»: радостно убедиться, что дух творчества дышит где хочет – даже в самых обыденных мелочах. Почему бы не внести такую рубрику и в психотерапевтических журналах, печатая там россыпи интересных технических находок, которых множество у каждого практикующего психотерапевта. Одну из моего опыта я и хочу предложить вниманию коллег. «Режиссерская постановка симптома» – чуть больше, чем прием, и заметно меньше, чем метод, поэтому она обозначена как методика.

Для того чтобы даже начинающий психотерапевт, прочитав статью, мог при желании сразу же попробовать применить методику в своей практической работе, изложу ее не в виде технологической инструкции, а с помощью описания конкретного психотерапевтического эпизода, в котором, кстати сказать, данная методика и появилась на свет.

Мой пациент Ф. Т. в старом свитере и потертых джинсах, выдавших множество турпоходов и слетов КСП, несмотря на бороду, выглядел моложе своих 27 лет. Тонкое лицо, ра-

бота программистом, нарочитое пренебрежение к «интересам брюха», увлечение йогой и посещение общины отца Александра Меня – казалось, все в его облике и стиле жизни было пропитано симпатичным духом 60-х, хотя в 68-ом ему было только 5 лет.

Жалобы, с которыми он обратился, были связаны с общей неудовлетворенностью жизнью (В. Франкл вполне мог бы отнести их к чистому случаю экзистенциальной фрустрации). Поэтому непосредственным предметом психотерапевтической работы постоянно становилось смысловое целое жизни пациента. Тем не менее, в соответствии со своими профессиональными привычками я время от времени заземлял психотерапевтический процесс до уровня работы с отдельным «симптомом». О фрагменте такой «симптоматической» работы и пойдет речь.

[1]^{*} Описывая сложности во взаимоотношениях с отцом, женщинами и друзьями, Ф. Т. много раз употреблял применительно к себе слово «несостоятельность». В этом словце для него сошлись и неудовлетворенность своей профессиональной жизнью, и необходимость постоянно доказывать отцу, «что ты не быдло», и общее ощущение – «за что бы я ни взялся, все портится».

Вполне понятно, что я остановил на этом ключевом слове свое внимание, желая получше вникнуть в его субъективный смысл и заодно дать пациенту возможность точно и сознательно выразить этот смысл. Однако все мои расспросы о том, как он ощущает эту «несостоятельность», по каким признакам узнает ее, знакомо ли ему противоположное чувство и т.п., не увенчались успехом. И я старательно слушал пациента, не забывая наблюдать за всеми его невербальными реакциями во время ответов, и пациент не менее старательно пытался разъяснить мне этот смысл, то предлагая сравнения («Это нечто вроде неуверенности»),

^{*} Цифрами в квадратных скобках будет отмечаться начало очередной фазы методики или методического шага, которые позже будут подробно прокомментированы.

то описывая ситуации («У меня была любимая женщина, меня любили, я был в экспедиции и чувствовал себя состоятельным. Даже с Ваней ругался меньше обычного»), но все тщетно: меня не оставляло впечатление, что я схватываю лишь внешнюю форму, но никак не могу проникнуть во внутреннее пространство его ощущений, прочувствовать субъективную материю этого смысла. Словом, не удавалось понять его по-настоящему. Кроме того, я почувствовал, что еще несколько моих вопросов – и терапевтические отношения дадут опасный крен в ту сторону, где терапевт излишне диагностически активен и в нагрузку к каждому добытому уточнению получает от пациента очередную порцию ответственности, рискуя довести ситуацию до такого положения: «Ну вот, теперь я вам все рассказал, и что же вы мне посоветуете делать?» Сам же пациент при этом все более попадает в пассивное нетворческое репродуктивное состояние, видя свою задачу лишь в том, чтобы вспомнить то, что он уже знает.

Стремясь все-таки получше понять пациента и в то же время не допустить наметившегося перекоса в распределении активности и ответственности, я решил пойти по пути работы с состоянием пациента в духе нейро-лингвистического программирования, которым в то время увлекался. Каково же было мое удивление, когда через несколько «шагов» обнаружилось, что это не я занимаюсь с пациентом нейро-лингвистическим программированием, а он со мной. Сложилась ситуация, в которой он стал действовать как заправский психолог, весьма поднаторевший в методах НЛП, а мне оставалось лишь послушно участвовать в его творческом процессе.

[2] Дело же было так. [2.1] «Давайте обсудим эту проблему несостоятельности немного в другой форме», – предложил я ему и после согласного кивка [2.2] попросил сесть поудобней, прикрыть глаза и расслабиться. Несколько формул, сказанных в ритме его дыхания, должны были помочь ему войти в состояние, подходящее для предстоящей работы: «Последите немного за вашим дыханием, как воздух

входит и выходит, входит и выходит, и на каждом вдохе и выдохе, вдохе и выдохе плечи приподнимаются и опускаются, едва-едва...» Я недолго продолжал в этом ключе и, когда дыхание пациента ритмизировалось так, что фаза выдоха слегка удлинилась, разгладилось лицо, и кисти рук, свисавшие с подлокотников кресла, слегка припухли, сказал: [2.3] «Пока ваше тело продолжает расслабляться и отдыхать и каждая мышца может позволить себе насладиться покоем и отдыхом, может ли ваше сознание вспомнить какой-нибудь театр, где вам доводилось бывать? Есть ли такой?» Пациент слегка кивнул. «Представляете ли вы маршрут отсюда, от улицы Пятницкой до этого театра?» Снова легкий кивок. «Готовы ли вы совершить туда воображаемое путешествие?» Левое плечо чуть вверх, голова к нему, потом вниз – мол, не знаю, но почему бы и нет. [2.4] «Тогда попрошу вас мысленно встать из кресла, подойти к вешалке, снять пальто, надеть его, открыть дверь и выйти в коридор. Ступеньки вниз... Когда откроете входную дверь и вдохнете морозный воздух и услышите шум улицы, кивните мне, чтобы я знал, что вы уже вышли. Прекрасно, теперь отправляйтесь в театр. Не торопитесь. Обращайте внимание на все детали. Вы поедете в метро? У вас проездной? Нет? Успеете ли вы заметить, как пяточек чуть-чуть холодит пальцы? Отметьте, какое чувство вы испытываете, когда проходите через турникет? Продолжайте свой путь. Когда будете совсем близко от театра, кивните мне». [2.5] К этому моменту пациент уже в достаточной мере погрузился в воображаемую реальность и пора было высвободить из транса его речь, поскольку вскоре она должна была понадобиться для дальнейшего развертывания терапевтического процесса. Сделать это можно было каким-нибудь невинным вопросом, предполагающим не альтернативный ответ да–нет, а содержательный. «В скольких вы примерно метрах от двери театра?» Пациент чуть наклонил влево голову, немного свел брови, сглотнул, облизнул губы и подвигал ими, как бы разминая весь речевой аппарат перед работой, и глуховато произнес: «Ну, десять–пятнадцать...» – [2.6] «Интерес-

но, как бы вы прошли эти последние метры, будь вы режиссером этого театра? Какой походкой? С какой осанкой? Когда будете открывать двери, успеете ли заметить, как привычно напрягаются мышцы живота и спины? Могу представить, как вы по-хозяйски тщательно вытираете ноги. (Пациент: «Нет, я веничком – снег».) Обычно в театре в такое время пустынно, только где-то уборщица гремит ведрами, да в гардеробе белый пар над кипящим чайником, поблескивают стекла на портретах со знакомыми лицами. Идите прямо в зал, там вас уже ждут два актера, с которыми вы условились отдельно поработать. Как вы с ними здороваетесь? Куда вы положите пальто? Прямо на кресло? Хорошо. [2.7] Вы сами писали пьесу, в ней много автобиографического. Одному из актеров предстоит в этой пьесе играть роль «несостоятельного человека», другому, наоборот, – «состоятельного». На сегодня главная задача репетиции – «поставить» им соответствующее внутреннее самоощущение, дать им внутренне зафиксировать этот образ. Если начать с «состоятельного», тогда можно отпустить ненадолго второго актера. Согласны? Ушел? Хорошо. [3.1; 3.3.1a] Как будет выглядеть герой? Во что будет одет?»

Пациент: «Одежда достаточно богатая, но без пижонства». После нескольких уточняющих вопросов терапевта, в результате которых герой был одет не вообще в одежду, а в определенного фасона и цвета брюки, туфли и т.д., последовал вопрос о позе, соответствующей «состоятельности». «Плечи расправлены... подбородок немного приподнят... при разговоре открытый взгляд», – медленно начал пациент. [3.2] «Угу... угу... угу», – говорил я ему в такт, последовательно расправляя плечи, приподнимая подбородок, как-то настраиваясь на открытый взгляд. Пробуя воплощать в материале собственного тела его представления, я легко вошел в образ актера, «примеривающего» режиссерские инструкции и проверяющего их на правдоподобие и действенность своими собственными чувствами. Так что, если первое «угу» было еще сказано голосом терапевта, слушающего и ритмически членящего этими «угу» речь пациента на смысло-

вые единицы, то последнее «угу» произнес уже актер, исполняющий задание режиссера и ожидающий более точных указаний.

«Актер» (с послушно-уважительными интонациями): «Какая-то тень нужного состояния возникает, но я не уверен, что это именно оно, дайте мне, пожалуйста, еще какие-то ориентиры».

Пациент без труда принимает это совмещение голоса терапевта с голосом актера, которое помогает ему самому еще лучше войти в образ режиссера. [3.3.1б] Задумавшись на некоторое время, он разъясняет: «У вас есть жена, которую вы любите и которая гордится вами. И что бы вы ни делали, вы все время удерживаете память об этом на периферии сознания».

Актер не торопясь старается вчувствоваться в эти слова: «Да, да, это помогает. Я, кажется, начинаю ощущать, что вы называете «состоятельностью». [3.3.1в] Но подскажите еще, что должно происходить внутри меня. Одежда, плечи, память о жене – это все в самом деле создает внутреннее состояние, и теперь я бы хотел обратиться к нему непосредственно, чтобы понять, как нужно нести его, как сохранить в себе, что мне нужно делать внутри себя, чтобы его удерживать на протяжении всего спектакля?»

Режиссер, задумавшись, посоветовал вообразить в середине груди образ Будды. Мне не хотелось вводить внутрь себя этот образ, о чем я и сказал пациенту. В этот момент я говорил от своего лица, хотя и устами «актера», не выходя из этой роли. Ведь и у актера вполне могли бы быть возражения против использования той или иной психотехники или какого-нибудь образа. Режиссера не смутил этот отказ, и он, ненадолго сосредоточившись, предложил удерживать в себе символ светящегося сердца. Возражений на сей раз не было. [3.3.1г] Актер: «Не могли бы вы подсказать еще какие-то слова, повторяя которые, я мог бы воссоздавать и удерживать это состояние». Режиссер, как обычно в этом процессе, на некоторое время «ушел в себя» и вынес

оттуда слова «внутренний мир». Потом актер в свою очередь ушел в себя, мысленно проговаривая предложенную формулу и прислушиваясь к тому, какие отклики она вызывает в душе.

[3.3.1д] Актер: «Я уже хорошо чувствую это состояние, и слова «внутренний мир» еще более усиливают чувство спокойной уверенности. И может быть, для завершения и закрепления вы посоветуете мне еще какой-нибудь зрительный образ, который так же, как и слова «внутренний мир», выражал бы это состояние». Режиссер, вновь задумавшись, посоветовал представлять спокойный пейзаж с соснами и описал довольно величественную и умиротворяющую картину.

[3.3.1е] Далее актер попросил подсказать ему, как удерживать чувство состоятельности в контакте с другими людьми, опасаясь, что различные житейские ситуации будут выбивать его из этого состояния. После опробования нескольких вариантов, придуманных режиссером, партнеры остановились на таком приеме: не только в себе, но и в другом человеке мысленно усматривать такое же символическое лучащееся сердце.

[3.3.2] Не стану столь же подробно описывать, как шла работа со вторым «актером», поскольку принципиально она мало отличалась от предыдущей. [3.3.3] Упомяну лишь один забавный, но важный эпизод, который, собственно, и составляет главную «изюминку» методики. Когда режиссер наконец сумел успешно «поставить» актеру чувство несостоятельности, прибегнув к довольно сильнодействующим средствам, и цель репетиции была таким образом достигнута, актер настойчиво попросил снять ему это состояние: «Сейчас я пойду домой, и мне не хотелось бы оставлять в себе такое неприятное чувство. Должна же и в нашем деле, в конце концов, быть какая-то техника безопасности!»

Режиссеру, хочешь не хочешь, пришлось придумывать средства преодоления чувства несостоятельности, причем придумывать не в безответственном режиме отсроченного

совета (попробуйте так-то и так-то), а в условиях немедленной проверки предложенных приемов актером, никак не желавшим уходить домой, пока не будут вытравлены последние остатки этого ощущения «несостоятельности». Пациент вынужден был действовать с изощренностью опытного специалиста по НЛП, хотя, наверное, был бы крайне удивлен, зная, что он говорил такой нейро-лингвистической «прозой». Коллеги легко могут представить всю парадоксальность и даже комичность возникшей в сеансе ситуации: пациент пришел на прием, чтобы ему помогли, в частности, избавиться от чувства несостоятельности, и тут он вдруг оказался в положении, где сам должен избавить терапевта от этого чувства, более того – найти эффективную технику психологической защиты, которая будет помогать ему в этом и впредь.

[4.1] Когда «актер» наконец попрощался и отправился восвояси, я, выйдя из роли, предложил «режиссеру» немного отдохнуть после трудной работы. «Вы заслужили несколько минут отдыха. Можно прикрыть глаза...» и т. д.

[4.2] После этого мне предстояло «вернуть» пациента в консультативный кабинет. Когда он, пока еще в роли режиссера, вышел из театра, я попросил его приостановиться в том же месте, метрах в 10–15 от двери театра, где он «недавно был». В этот момент я высказал пациенту свое (вполне искреннее) восхищение тем, каким он был тонким и талантливым режиссером. [4.3] Затем попросил представить обратный путь. Снова: метро – улица – ступеньки – кабинет – пальто на вешалку – садитесь в кресло... [4.4] «Можно отдохнуть после путешествия, расслабить ноги...» [4.5] И после паузы, изменив интонацию: «Должен сказать, что ваше воображение проделало огромную работу. Не знаю, как вам, а мне было очень интересно следить за всеми приключениями, которые оно нам подарило. Я думаю вот о чем: приснись вам такой сон – про то, как вы выходили из кабинета, шли по улице, ехали в метро, подходили к театру, входили в двери, проводили репетицию сначала с одним актером, потом с другим, отдыхали после работы, выходили-

ли из театра, возвращались... приснись вам такой сон – долго ли он будет жить в глубине вашей памяти, в глубине... очень ли долго... и насколько благотворное... насколько целебное... освобождающее влияние это сновидение окажет на все ваше состояние? [4.6] И потом, когда бы настало время просыпаться, как бы вы тогда, сидя в этом кресле, пробуждались? Как постепенно ощущали бы желание подвигать руками... шевельнуть ногами... Но позвольте себе посидеть еще минуту с закрытыми глазами и, только когда почувствуете, что глазам самим хочется открыться, хорошенько потянитесь всем телом, как после сна... Теперь резко выдохните и откройте глаза».

Время консультации истекло, и мне осталось только договориться с пациентом о следующей встрече. Возможности обсудить произошедшее уже не было, что меня, откровенно говоря, обрадовало: я ощущал, что интеллектуальный анализ был тогда неуместен и мог лишь ослабить достигнутый терапевтический эффект.

На следующей консультации к проблеме несостоятельности мы больше не вернулись. В тот день произошел важный, как мне показалось, «прорыв» в осмыслении Ф. Т. глубинных причин его общего чувства неудовлетворенности жизнью. Был ли этот прорыв связан с предшествующей «симптоматической» работой и как вообще работа на уровне отдельного симптома сочетается с работой на уровне «проблемы» и на уровне «смысла жизни» – эта тема далеко выходит за пределы узкой задачи, которую решает настоящая статья – описать одну маленькую методическую «хитрость». Надеюсь, последняя когда-нибудь пригодится тем из коллег, которым вообще не чужда работа в подобном психотерапевтическом стиле. Чтобы упростить для читателя возможность воспроизведения методики в его собственном психотерапевтическом опыте, приведу в завершение ее пошаговую технологическую схему.

Режиссерская постановка симптома (схема методики)

1. Идентификация симптома.
 - 1.1. Обнаружение ключевого негативного состояния.
 - 1.2. Поименование.
 - 1.3. Установление оппозиции (выбор противоположности для негативного состояния).
2. Создание условий для психотерапевтической проработки симптома.
 - 2.1. Мотивировка.
 - 2.2. Релаксация.
 - 2.3. Разделение сознания и тела.
 - 2.4. Путь к театру.
 - 2.5. Пробуждение речи.
 - 2.6. Введение пациента в роль режиссера.
 - 2.7. Определение задач репетиции.
3. Режиссерская постановка симптома.
 - 3.1. Внешний облик обладателя симптома.
 - 3.2. Вхождение психотерапевта в роль актера.
 - 3.3. Режиссура симптома.
 - 3.3.1. Режиссура позитивного состояния.
 - 3.3.2. Режиссура негативного состояния.
 - 3.3.3. Формирование психологической защиты.
4. Возвращение пациента в обычное состояние сознания.
 - 4.1. Отдых режиссера.
 - 4.2. Превращение «режиссера» в пациента.
 - 4.3. Из театра – в консультацию.
 - 4.4. Отдых после путешествия.
 - 4.5. «Натурализация» поставленного симптома.
 - 4.6. Пробуждение.

Комментарии

Нижеследующее представляет собой попытку научного комментария, в котором на примере описанной консультации обсуждаются цели, механизмы и конкретные техниче-

ские процедуры отдельных этапов данной методики. Общий смысл такого комментирования вполне ясен: чем точнее будет научное понимание психологических механизмов и законов, «срабатывающих» в процессе применения методики, тем более сознательно будет использовать их терапевт и тем больше его труд будет отличаться от сколь угодно изощренного, эффективного и даже творческого ремесленничества и превращаться в «научное искусство» (М. Е. Бурно), где свобода и отточенность действия обеспечиваются сплавом клинического опыта и теоретического знания.

Рассматривая представленную методику, внимательный взгляд легко обнаружит, что она вся состоит из «технических» заимствований. Здесь есть и роджеровское стремление эмпатически понять пациента, и желание довести это понимание до чувственно-телесного уровня, характерное, например, для процессуальной работы А. Минделла; есть и фиксация двух взаимосвязанных и противоположных психических состояний, и попытка их олицетворения – операции, постоянно применяемые в гештальттерапии и психодраме; есть и конфузионные процедуры эриксоновского гипноза, когда несколько психических реальностей сложным образом сопрягаются друг с другом; есть и семиотическая работа с текущим переживанием в духе метода фокусирования Ю. Джендлина, и использование принципа парадоксальной интенции В. Франкла; и конечно же – что сразу бросается в глаза – многие методические приемы нейро-лингвистического программирования. Пожалуй, главное, что составляет отличительную черту описанной методики, – это происходящая в ней реверсия ролей пациента и психотерапевта (в фазе 3). В результате этого перевертывания удастся сохранять в фокусе ясного сознания пациента его симптом и в то же время передать пациенту все бразды правления психотерапевтической проработкой этого симптома. При этом сам терапевт буквально своим телом и сознанием занимает удобнейшую (хотя и небезопасную) позицию «материала», в котором воплощается аутотерапевтическая работа пациента, и это позволяет психотерапевту очень чутко, лаконич-

но, можно сказать «гомеопатически» (Цапкин, 1992), влиять на психотерапевтический процесс.

Стоит сказать еще несколько слов о той теоретической «карте», по которой автор ориентировался в ходе описанного сеанса и которая будет ниже использоваться для объяснения происходивших процессов. Ею послужила развитая нами схема уровней сознания (Василюк, 1988). Согласно этой теоретической конструкции процессы сознания протекают по четырем параллельным и взаимосвязанным уровням: рефлексии, сознавания, переживания и бессознательного. Совокупность этих четырех уровней, обслуживающих определенную деятельность, можно назвать «регистром сознания». Все видимое, мыслимое, переживаемое в рамках одного регистра сознания феноменологически образует отдельный «мир», со своим особым временем, пространством, особой атмосферой и т. д. Но человек живет во многих мирах – мир будничной работы отличается от мира праздника, мир сновидения – от мира бодрствования. Разные миры и, значит, разные регистры могут одновременно присутствовать в сознании человека. При этом возможно множество вариантов связей и отношений между разными регистрами – один может перетекать в другой, включаться в него, подчиняться ему и т. д. Узор этих связей и отношений в каждый данный момент и образует то, что в психологической литературе именуется «состоянием сознания». Каждый акт сознания осуществляется в том или ином состоянии, и его смысл, значение и влияние на поведение человека существенно зависят не только от его непосредственного содержания и формы, но и от этого «состояния сознания». Этот акт может представлять собой сложный аккорд, отдельные ноты которого звучат в различных регистрах.

Опираясь на эти теоретические представления, рассмотрим каждый методический шаг приведенной выше консультации. Напомним, что номер того или иного раздела комментариев совпадает с номером соответствующего фрагмента описания консультации.

1. Идентификация симптома

Цель первого этапа состоит в том, чтобы из массива жалоб пациента выделить отдельное психологическое состояние и принять решение о применении к нему описываемой методики.

В каких случаях уместно воспользоваться методикой режиссуры симптома? Когда в ходе психотерапии обнаруживается некое неоднократно повторяющееся, связанное со многими значимыми аспектами жизни пациента негативное состояние, с которым ему трудно справиться и которое выступает как предмет его жалоб. В этой формулировке указаны четыре критерия уместности применения методики:

- а) повторяемость негативного состояния;
- б) его ключевое положение (связь со многими значимыми аспектами жизни);
- в) попытки бороться с этим состоянием, не увенчивающиеся успехом;
- г) сознательная идентификация пациентом этого состояния, выражающаяся в отличении его от других и обычно в наличии собственного эгоцентрического словечка – имени этого состояния. Разумеется, одно или несколько из этих условий могут отсутствовать до психотерапии, и тогда их можно более или менее целенаправленно создать в самом психотерапевтическом процессе.

Есть еще одно условие применения методики. Оно, впрочем, вполне факультативно, но делает использование ее естественным для самого психотерапевта. Это условие – дефицит чувственного понимания психотерапевтом данного ключевого симптома. Бывает, психотерапевт интеллектуально хорошо понимает и содержание симптома и его смысл, но чувственно никак не может ощутить, как именно пациент внутренне переживает это особое негативное состояние. Желание прочувствовать переживание пациента может быть непосредственным мотивом для применения данной методики. Здесь можно рискнуть сформулировать одну общую закономерность психотерапии: терапевтический

процесс при прочих равных условиях будет тем эффективней, чем полнее чувственное понимание психотерапевтом переживаний пациента. Описываемая методика создает идеальные условия для того, чтобы акт такого понимания состоялся. Подобное понимание составляет, по нашему мнению, основу специфической для психотерапии диагностики. В данном случае это была не медицинская объектная диагностика, когда состояние пациента относится к тому или другому классу предзаданных симптомов и синдромов, не «герменевтическая» диагностика, когда те или иные внешние проявления истолковываются с помощью какого-либо символического кода, и даже не эмпатическая «диагностика», ибо, как видел читатель, здесь не я, психотерапевт, захожу в сознание пациента, а, наоборот, сам открываю ему свое сознание, предоставляю мое сознание как материал, в котором он может целенаправленно воплотить свои состояния и в процессе этого воплощения осознать и овладеть ими.

Решающим процедурным пунктом первого этапа методики является операция именования состояния. Психотерапевт должен убедиться в наличии однозначной связи между душевным состоянием, которое подлежит психотерапевтической проработке, и именем, данным пациентом этому состоянию, так чтобы у обоих участников психотерапевтического процесса была взаимная уверенность, что у этого имени всегда один и тот же референт, а у этого состояния одно и то же имя. Данная операция идентична той, которую Ю. Джендлин в развитом им психотерапевтическом методе «фокусирования» называет «рукояткой» (handle) (Gendlin, 1978).

Когда состояние идентифицировано, полезно задать пациенту вопрос о противоположном состоянии. Этот обычный – например, для гештальттерапии – ход важен по нескольким причинам: во-первых, чтобы ответить на такой вопрос, пациент вынужден занять рефлексивную позицию по отношению к своему негативному состоянию и, следовательно, внутренне разотождествиться с ним, противопоста-

вив Наблюдающее и Оценивающее Я – репертуару состояний; во-вторых, само исходное негативное состояние, хоть оно уже идентифицировано и поименовано, получает в устанавливаемой пациентом внутренней оппозиции бóльшую определенность и ограниченность, что психотерапевтически существенно для возникновения ощущения владения и контроля за негативным состоянием вместо ощущения подвластности и «одержимости» его стихией; в-третьих, установленная оппозиция может служить психотерапевтической перспективой и маршрутом (позитивное состояние – цель, к которой нужно стремиться от негативного) или, что лучше, психотерапевтическим масштабом и мерой.

Чтобы использовать подобную оппозицию психических состояний в функции психотерапевтической меры, я задаю пациентам примерно такие вопросы: «Мы выяснили, что у вас бывает неприятное состояние А, от которого вы страдаете, и противоположное состояние Б, которым вы наслаждаетесь. Будь ваша воля, вы бы совсем лишили себя возможности испытывать А или разрешили бы себе его чувствовать, просто уменьшив частоту или интенсивность этого состояния? Вы бы хотели, чтобы состояние Б у вас было непрерывно или время от времени?»

Прямое действие такого рода вопросов состоит в том, чтобы создать субъективную шкалу желаемых психотерапевтических изменений. Косвенное (и главное) психотерапевтическое их действие заключается в том, что меняется модальность восприятия негативного состояния. Если оно воспринималось как нечто активное, самовольно возникающее во «мне», а «я» – лишь как страдательное по отношению к нему лицо, переживающее его вынужденно, то в подобных вопросах закодировано восприятие их совсем в другой модальности – запрещенности-позволенности. В этой модальности тому «я», к которому апеллирует терапевтический вопрос, приписывается, хоть и условно («будь ваша воля»), власть разрешать или запрещать переживание. Понятно, что разрешенная или даже предписанная себе боль переживается совсем не так, как вынужденная и избегае-

мая. Еще одно косвенное психотерапевтическое действие подобных вопросов состоит в том, что негативному состоянию А придается позитивный психологический статус: в таком вопрошании это не нечто лишь отрицательное, а положительная способность испытывать отрицательное. Горький вкус неприятен, но вряд ли кто-либо поэтому согласится лишиться себя способности испытывать вкусовое ощущение горечи.

Все эти разъяснения лишний раз показывают, что в психотерапии нет отдельно диагностики и отдельно терапии. Любой диагностический вопрос должен самым своим фактом и формой служить одновременно и терапевтическим целям.

Итак, первая фаза методики включает в себя следующие операции:

1.1. Обнаружение: выделить ключевое негативное состояние, неоднократно воспроизводящееся в опыте пациента.

1.2. Поименование: установить однозначную связь между этим состоянием и каким-то словом.

1.3. Установление оппозиции: попросить пациента вспомнить, описать и поименовать противоположное состояние.

2. Создание условий для психотерапевтической проработки симптома

Мне нравится проводить такое ненаучное различие: есть психотерапия «всухомятку» и есть психотерапия «сочная». Какие бы мудрые идеи ни звучали в психотерапевтическом процессе, как бы точно они ни соответствовали уникальным обстоятельствам конкретного пациента, они не смогут прижиться, пустить корни в его сознании и жизни, если сам процесс идет «всухую», не воплощает эти идеи в материале переживаний и сопереживаний участников. Обеспечению условий для «сочной» психотерапии и служит вторая фаза методики. На более научном языке то же можно описать как контролируемое создание у пациента определенных измененных состояний сознания, открывающих

новые возможности для продуктивной проработки его проблем, ресурсы решения которых в обычных для него состояниях сознания уже исчерпаны.

Какими психотехническими процедурами решается эта задача?

2.1. Мотивировка

В нашем клиническом примере данная операция свелась к предложению обсудить проблему несостоятельности в другой форме. Возможны, разумеется, и другие варианты, так или иначе мотивирующие предстоящий поворот в ходе психотерапевтического процесса.

2.2. Релаксация

На этом шаге я использую обычные приемы релаксации, смысл которых в контексте обсуждаемой методики состоит в том, чтобы актуализировать незагруженный регистр сознания, чтобы затем использовать его в качестве основы или плацдарма, на котором будет «возводиться» измененное состояние сознания. В самом этом регистре активируется прежде всего уровень непосредственного переживания, что технически достигается направлением внимания пациента на восприятие наличных чувственных телесных ощущений (см. Петров, 1990). Важнейшая функция таких ощущений в функционировании сознания состоит в том, что они порождают у человека общее чувство реальности существования (противоположное переживаниям дереализации и деперсонализации)². Это чувство реальности распространяется на весь регистр сознания, в котором оно возникло, и делает его психологически полновесным, а все происходящие в рамках его акты субъективно достоверными.

Вообще говоря, главную задачу методического шага 2.2. – создание в сознании плацдарма для предстоящей те-

² Ср. с пониманием А. Н. Леонтьевым (1975) функции такой «образующей сознания», как чувственная ткань.

рапевтической работы – можно было решить не только с помощью релаксации. Именно релаксация использовалась по дополнительным к указанной задаче соображениям, в частности ради обеспечения благоприятного психосоматического фона для всей последующей, часто достаточно стрессогенной работы над симптомом.

2.3. Разделение сознания и тела

Когда упомянутый плацдарм создан, т. е. в психике пациента как бы высвобождено место для дальнейшей работы, внутри этого «места» производится дифференциация двух инстанций – Тела, которое программируется на углубление релаксации, и Сознания, которому предлагается вспоминать, представлять, воображать и т. д. С точки зрения уровней функционирования сознания на этом шаге происходит смена ведущего уровня: в актуализированном релаксацией регистре сознания уровень непосредственного переживания становится фоновым, а уровень сознания – ведущим. Заданная же различающей фразой (*«Пока ваше тело... ваше сознание...»*) связь между ними сохраняет за всеми продуктами сознания общее чувство реальности, заработанное для всего этого регистра предшествующим функционированием уровня переживания в качестве ведущего. Этого запаса ощущения реальности достаточно для того, чтобы активированный, т.е. активно вспоминающий, представляющий и воображающий уровень сознания мог породить субъективно вполне реалистичный новый микромир со своим собственным регистром уровней сознания (я воображаю, что ощущаю, представляю, осознаю). Уровень сознания второго регистра³ как бы «расцветает» в самостоятельный третий регистр, который весь в целом, несмотря на богатое внутреннее развитие, сохраняет статус

³ Если считать первым регистр, который естественно актуализировался, когда пациент жаловался терапевту на несостоятельность. Уровни сознания первого регистра опосредуют деятельность и общение пациента в хронотопе «психотерапевтической беседы».

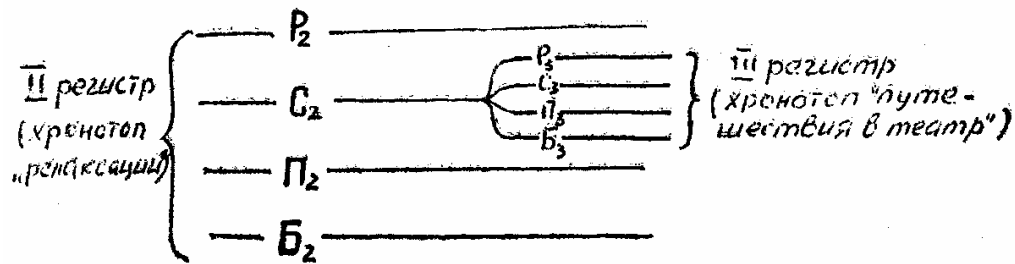


Рис. 1. Возникновение третьего регистра из уровня сознания второго регистра в фазе «разделения сознания и тела».

Условные обозначения: Р – уровень рефлексии, С – уровень сознания, П – уровень непосредственного переживания, Б – уровень бессознательного

одного из уровней второго регистра. Графически такое соотношение регистров изображено на рис. 1.

Обеспечить такое «расцветание» уровня C_2 в отдельный регистр необходимо для того, чтобы заранее снять противоречия между активными действиями пациента, которые ему предстоит проделать в воображении и которые будут сопровождаться своими непосредственными переживаниями, образами, мыслями и пр. (т. е. событиями уровней $П_3$, C_3 , $Р_3$), и теми ощущениями, мыслями и образами ($Р_2$, C_2 , $П_2$), которые у него возникают в ходе сеанса как у субъекта второго регистра, пассивно сидящего в кресле и продолжающего расслабляться.

2.4. Путь к театру

Внешняя цель этой фазы методики заключается в том, чтобы «привести» пациента к театру, где должно состояться основное действие. Но внутренний смысл ее не сводится к чисто топографическим перемещениям. Для того чтобы предстоящее в театре действие субъективно ощущалось как реальное, чувство реальности должно быть возбуждено уже на пути к театру. Иначе: весь третий регистр сознания, обслуживающий «путешествие», должен быть пропитан ощущением реальности. Это достигается обычным, уже извест-

ным нам способом – активацией уровня переживания (в данном случае P_3). Отличие этой психотехнической задачи от аналогичной, решавшейся на шаге 2.2, состоит в том, что там в распоряжении психотерапевта была возможность использовать действительные телесные ощущения пациента, здесь же, в третьем регистре, приходится специально создавать слой чувственных переживаний, который, будучи активирован, станет порождать чувство реальности. Делается это так: сначала на уровень сознания C_2 вводится ряд представлений, воспроизводящих прошлый опыт пациента и достаточно очевидных, чтобы не вызвать у него внутреннего протеста и, что не менее важно, этой очевидностью и взаимной понятностью подтвердить и углубить психологический контакт между обоими участниками терапевтического процесса. *«Вешалка – пальто – дверь – коридор – ступени»*. Пациент уже не раз все это проделывал в реальности, и не требуется никакой серьезной работы памяти и воображения, чтобы, например, представить путь от кресла в кабинете к двери. Затем к очередным представлениям добавляются чувственные определения (*морозный воздух, холодный пяточок*), воспринимаемые пациентом на уровне P_3 . Там, где есть непосредственные чувственные переживания, там возникает уверенность в реальности происходящего. Таким образом через уровень P_3 третий регистр насыщается чувственными переживаниями, и, как следствие, весь мир этого регистра – общим чувством реальности.

2.5. Пробуждение речи

На всех предыдущих шагах методики желательно не только заботиться о сохранении и углублении психотерапевтического контакта, но и об обеспечении раппорта. Контактom здесь я называю особое состояние коммуникации терапевта и пациента, которое пациент мог бы описать так: *«Чувствую, что ты меня понимаешь»*, а психотерапевт: *«Вижу, что ты чувствуешь, что я тебя понимаю»*. Это состояние создается способностью психотерапевта понимать

пациента и доводить до его сознания свое понимание, иными словами, способностью реконструировать «внутренний мир» сознания пациента и информировать его о своем понимании этого мира так, чтобы пациент мог убедиться, что переживаемое и осознаваемое им ощущается и понимается психотерапевтом. Раппортом же при этом стоит назвать специально создаваемый в этой коммуникации канал, по которому сам пациент может произвольно передавать терапевту информацию.

Если во время «путешествия в театр» просить пациента отмечать кивком, когда он уже оделся, вышел на улицу, дошел до метро, спустился по эскалатору и т. д., то ему будет отдана инициатива в определении темпоритма терапевтического процесса, и это позволит как удерживать постоянный раппорт, так и углублять контакт, ибо психотерапевт будет постоянно в курсе всех заминок и неожиданностей при выполнении пациентом воображаемых действий.

Когда наконец очередным кивком головы пациент извещил, что он уже оказался неподалеку от театра, ему был задан вопрос: *«В скольких вы примерно метрах от двери театра?»* Ответить на него кивком или отрицательным движением головы – единственными до того средствами раппорта – было невозможно. Он был вынужден прибегнуть к громкой речи. Голос пациента прозвучал глухо и странно.

Вдумаемся: что в этот момент произошло в его сознании? Он увидел двери театра, так сказать, глазами третьего регистра сознания, но если бы пациент в этом же регистре и ответил на вопрос о расстоянии (например, воображаемому прохожему), то вполне мог бы это сделать в воображении, как и все, что он проделывал по пути к театру. И тогда бы мы ничего не услышали. А для дальнейшей работы необходимо было проторить устойчивый канал громкой речевой связи. Поэтому ответ нужно было получить в том регистре сознания, который обслуживает не воображаемую реальность, а действительную. Таким регистром послужил в данном случае второй, обеспечивающий хронотоп «релаксации». Но при этом нельзя было допустить, чтобы

пациент «расколдовался», то есть потерял чувство реальности происходящего с ним в воображаемом пространстве. Поэтому вопрос был задан так, чтобы инициировать особое состояние сознания, которое позволило пациенту увидеть и оценить расстояние до двери театра в воображаемой реальности, а сказать об увиденном – в действительной; увидеть и оценить в третьем регистре, а произнести ответ – во втором. Доминирующим оставался именно третий регистр, а в нем были возбуждены уровень сознания C_3 (увидеть пространство до двери) и уровень рефлексии P_3 (оценить увиденное). Во втором регистре для произвольного произнесения вслух ответа активировался уровень сознания C_2 , но по отношению к доминирующему третьему регистру он был бессознательным – «нота» C_2 в мире третьего регистра звучала на уровне B_3 (см. рис. 2).

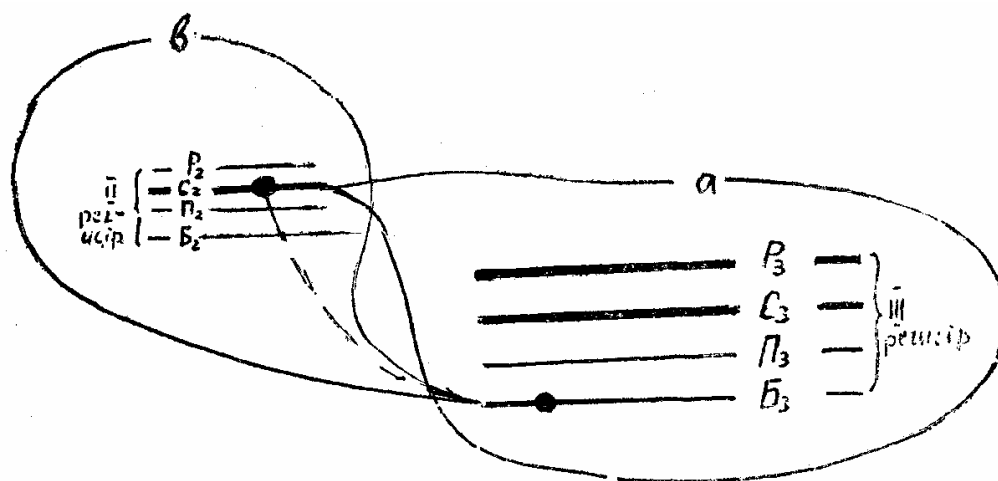


Рис. 2. Схема соотношения регистров сознания на этапе «пробуждения речи»

Условные обозначения: более крупным размером обозначен доминирующий регистр сознания; жирными линиями выделены доминирующие уровни сознания; пунктирной стрелкой обозначен перевод функции речи из второго в третий регистр; замкнутая кривая «а» обозначает факт развертывания третьего регистра из одного уровня C_2 второго; замкнутая кривая «в» обозначает факт присутствия всего второго регистра в бессознательном третьего.

Соотношение регистров здесь таково, что, хотя субъекту третьего регистра была передана функция речи, принадлежащая субъекту второго регистра, сам факт «переселения» речи остался для субъекта, обретшего этот дар, бессознательным, что не дало ему возможности проснуться в мир второго регистра. Для субъекта же второго регистра, для которого весь мир третьего – сон наяву, произошедшее можно обозначить парадоксальным выражением «пробуждение речи в сон»⁴.

2.6. Введение пациента в роль режиссера

«Интересно, как бы вы прошли эти последние метры, будь вы режиссером этого театра? Какой походкой?.. С какой осанкой?..»

Первая фраза психотерапевта не случайно выстроена в сослагательном наклонении. Одно «вы», к которому обращается этой репликой терапевт, есть субъект второго регистра сознания, тот самый, чьим голосом только что пациент выговорил слова о расстоянии до двери. Другое же «вы», которому предстоит пройти оставшиеся метры, есть субъект третьего регистра, завершающий путешествие к театру. Первому из них возвращен дар слова, и к нему обращены слова, но сам он в состоянии релаксации – расслаблен и

⁴ Хочу обратить внимание читателя на этот интересный феномен зеркальности сознания. То, что для яви сон, для сна – явь. Это понятно. Но сон ту первую явь числит сном. Выразим это на языке регистров и уровней сознания: в бессознательном одного регистра может развернуться целый мир (мир другого регистра), пребывая в котором сознание может обладать всей полнотой уровней, и при полном доминировании этого другого регистра все происходящее в первом как бы содержится в бессознательном этого второго. Для мнимости действительность есть мнимость. Возникшее у нашего пациента состояние сознания интересно тем, что регистры взаимно включают в себя друг друга. Весь третий регистр есть развертка одного уровня (C₂) второго регистра. Внутри третьего регистра сам этот второй есть потенциальная развертка бессознательного (Б₃). Так что, например, интерпретируя бессознательное Б₃ можно реконструировать подлинную действительность второго регистра.

безволен. Второй, напротив, активен, он в пути, но лишен собственного речевого канала коммуникации с терапевтом и, значит, возможности опереться на громкую речь, чтобы выразить свою позицию. Такое двойное обращение, с одной стороны, к «безвольному», а с другой – к «немому», создает для пациента ситуацию, где ему крайне трудно оспорить вводимые терапевтом внушения. Поэтому-то условие, которое предлагается принять пациенту (*«будь вы режиссером»*), хоть оно весьма неожиданно и не входило в его планы, тем не менее не встречает сопротивления с его стороны. Не встречает, возможно, и потому, что быть режиссером – вполне интересная и престижная роль, но главное – потому, что это внушение психотехнически защищено от возможного сопротивления. Дело в том, что первая часть фразы (*«Как бы вы прошли эти последние метры...»*) создает мышечную динамическую установку, преднастройку на ходьбу в воображаемом пространстве третьего регистра, и в этот момент, когда тело уже готово двинуться, вводится представление о том, что это движение будет осуществлять режиссер, и далее без паузы вопрошается об особенностях походки, чем фокус внимания сразу же смещается с внушенной роли на ее исполнение. Слова сначала о ходьбе, а затем о походке вовлекают пациента в разогретый его воображением мир третьего регистра, где совершалось путешествие в театр. Из этого мира на предыдущем такте методики был сделан кратковременный выход в пространство второго регистра, и теперь с помощью этого не закрытого еще коридора между обоими регистрами совершается замена субъекта второго регистра: ранее пациент существовал в мире этого регистра будучи собой, но «как бы путешествующим», а теперь, когда путешествие стало субъективно уже не «как-бы-реальностью», а реальностью, он становится продолжающим путешествие, но «как бы режиссером». Словом, и сама конструкция фразы (*«Интересно, как бы вы... будь вы...»*), и конструкция возбуждаемого фразой состояния сознания настолько сложны, что субъект второго регистра, к которому фраза формально обращена,

не способен оспорить ее: он слишком расслаблен и не готов ни к какому спору и противодействию вообще, а тем более такому сложному⁵.

Далее следует уже обычный для всех фаз этой методики ход: как только вводится какое-то новое содержание или состояние, оно, чтобы быть действенным, чтобы на него можно было опереться в терапевтическом процессе, должно быть оплотнено, стать чувственно переживаемым. Именно этой цели служат следующие за вменением роли режиссера фразы терапевта о походке, осанке, вытирании ног, белом паре, гремящих ведрах и т. п. С точки зрения уровней сознания при этом вновь активизируется уровень Π_3 . Правда, точнее было бы говорить о некоем новом уровне Π'_3 , продолжающим прежний Π_3 , поскольку хотя объективное время-пространство третьего регистра осталось тем же, что и при путешествии в театр, но субъект, действующий в этом хронотопе, уже иной, и, значит, весь жизненный мир третьего регистра изменился, хотя в объективной своей части он и остался прежним. Впрочем, и объективные детали, к которым привлекается внимание пациента, таковы, что их более вероятно отметил бы будничным взглядом работника театра, режиссера, чем зрителя, пришедшего на спектакль.

2.7. Определение задач репетиции

Далее в консультации прозвучало предложение режиссеру пройти в зал, где его ожидают актеры. И когда режиссер поздоровался с ними и положил на кресло пальто, ему

⁵ «Это же манипуляция!» – может воскликнуть читатель, чутко относящийся к гарантиям свободы пациента в терапевтическом процессе. И справедливо: это манипуляция. А потому психотерапевт, желающий избежать даже такой невинной степени навязывания пациенту своей воли, может заранее, например на этапе релаксации, спросить, согласен ли пациент на то, чтобы в ходе сеанса сыграть, если понадобится, роль режиссера.

было сказано: «*Вы сами писали пьесу, в ней много автобиографического...*» Эти психотерапевтические инструкции сработали, однако, формулируя их, я испытал некоторую логическую, точнее эстетическую, неловкость. Чем она была вызвана? Неоправданностью звучания голоса психотерапевта в зале театра. Пока пациент мысленно входил в театр, одновременно все более и более вживаясь в роль режиссера, голос психотерапевта сопровождал его, помогая этому вживанию. Но парадоксальная динамика коммуникации состоит здесь в том, что психотерапевт, как таковой, является законным героем второго регистра сознания пациента, того, где продолжается сеанс релаксации, в жизненном же мире третьего регистра, где пациент совершает путешествие в театр, а потом становится режиссером, голос психотерапевта появляется контрабандным путем. Он звучит там так же, как со сцены звучит авторский голос, поэтому, пока идет вживание в роль режиссера, пока еще сознание пациента раздвоено и делает шаг из второго в третий регистр, будучи и там и там, голос психотерапевта, звучащий из мира второго регистра, но говорящий о предметах мира третьего регистра – как автор рассказывает о том, что видит герой, – еще приемлем и оправдан. Но чем ближе этот шаг к завершению, чем больше пациент вошел в роль режиссера, чем более непосредственно и чувственно стал воспринимать воображаемое пространство театра, тем менее естественным становится «потусторонний» голос психотерапевта. Поэтому методически более гармонично, если при переходе от шага 2.6 к шагу 2.7 психотерапевт делегирует свой голос какому-то специально для этого введенному персонажу из мира третьего регистра. Им может быть, например, ассистент режиссера. Тогда переходная фраза, вводящая этот персонаж, могла бы быть, скажем, такой: «Я в качестве помощника режиссера встречаю вас у галереи портретов. Знакомые лица, поблескивают стекла... Пройдемте в зал?» Разумеется, это должно изменить всю стилистику шага 2.7.

3. Режиссерская постановка симптома

Только теперь начинается собственно рабочая фаза методики. Но и внутри этой рабочей фазы первые два шага являются еще в известной мере подготовительными.

3.1. Внешний облик носителя симптома

Режиссер по просьбе психотерапевта описывает вначале одежду, позу, походку, мимику, которые призваны внешне выражать внутренний симптом, в нашем клиническом примере – чувство «состоятельности-несостоятельности»⁶. Чтобы решить эту задачу, пациент вынужден создать в себе особое состояние сознания, ради которого, собственно, и нужны были все предшествующие эволюции. А именно: он, оставаясь в третьем регистре сознания и находясь в роли режиссера, должен прежде всего внутренне сфокусироваться на переживании опыта несостоятельности, который ему и нужно выразить в материале актерской игры. Как поступает, вообще говоря, режиссер, желая пластически и драматически выразить тот или иной человеческий характер, страсть или другое качество? Он мысленным усилием входит в воображаемую ситуацию, в мир носителя этого характера, страсти и т. д., но сохраняет в то же время наготове свое обостренное рефлексивное сознание, с тем чтобы, прочувствовав изнутри мир своего персонажа, тут же опереться на эту рефлексию и перевести свое сознание в креативное состояние. Находясь в таком творческом рефлексивном состоянии, можно попытаться создать первый эскиз прочувствованного и далее, как бы держась одной рукой за рефлексивную опору, вчувствоваться попеременно то во впечатление от этого своего творения, то вновь в исходный изображаемый опыт, проверяя, возникает ли специфическое чув-

⁶ Понятно, что состоятельность-несостоятельность – это единый психологический комплекс, пусть и расщепленный в сознании пациента на две части, работа с которыми велась в описанной консультации порознь. В ближайшем изложении мы будем иметь в виду вторую половину этой работы, имевшую дело с несостоятельностью.

ство резонанса («Ага, оно!»), когда впечатление от изображения оказывается в нужном (по внутренним субъективным критериям) отношении к впечатлению от изображаемого.

Такой же процесс имеет место и у пациента, вжившегося в образ режиссера. Но чей опыт несостоятельности послужит для него прототипом сценически создаваемого образа? Разумеется, свой человеческий опыт, мучительность которого и привела его на прием к психотерапевту. Но если в своей жизни (в нулевом регистре сознания с точки зрения выстроенной психотерапевтической иерархии регистров) он был естественным образом отождествлен с этим опытом и страдал от такого отождествления, то здесь в созданной психотерапевтической ситуации он, психологически пребывая в образе режиссера и не оставляя режиссерской рефлексии, намеренно, искусственно и дозированно прикасается к этому опыту, хотя и переживая его, но более – сопереживая ему. Пациент всем предшествующим поставлен в такое положение, что может и должен свой личный опыт воспринимать как опыт прототипа того персонажа, который ему еще только предстоит сценически воплотить. То, что он искусственно и дозированно, как сказано, касается собственного опыта, не означает, что он его по-настоящему не воспринимает. Наоборот, решая задачу изображения, он, может быть, впервые и оказывается способен действительно рассмотреть свой опыт, как мы впервые начинаем видеть дерево, не один год заглядывавшее к нам в окно, лишь решив однажды нарисовать его.

Создающееся уже на этом первом шаге проработки симптома состояние пациента, которое затем лишь укрепляется и функционально налаживается, может быть с позиций уровневого анализа сознания схематически описано следующим образом.

Воспринимаемая на рефлексивном уровне P'_3 в некой точке «а» (см. рис. 3) задача изображения симптома приводит к поиску релевантного опыта (на схеме стрелки 1), результатом которого становится некое впечатление (на

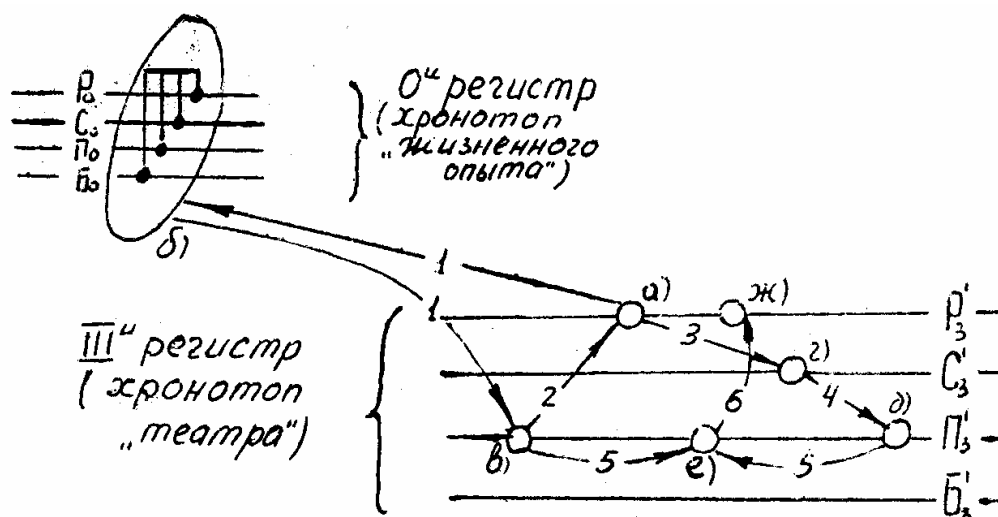


Рис 3. Схема основных процессов сознания в фазе «режиссуры симптома».

схеме кружок «в»), отражающее на уровне актуального переживания Π'_3 реальный опыт (изображенный на схеме «аккордом» «б»). Затем с опорой на рефлексивное осознание этого впечатления (стрелка 2) на уровне C'_3 конструируется (стрелка 3) некий образ (на схеме кружок «г»), например воображается осанка несостоятельного человека. Этот предметный образ теперь сам порождает (стрелка 4) впечатление (кружок «д») на уровне Π'_3 . Сравнение (стрелки 5) впечатлений «в» и «д», проверка их на наличие резонанса (в точке «е» на том же уровне Π'_3 , связанной связью контроля (стрелка 6) с точкой «ж» на уровне P'_3) в отрицательном случае приводит к новой попытке конструирования или отбора нового образа «г», а положительном – к следующему циклу «а» – «ж», углубляющему работу над искусственной произвольной реконструкцией натурального симптома.

Последние слова выражают главное назначение всего этого «психотерапевтического органа»: он дает человеку возможность произвольно и сознательно, с последователь-

ностью конструктора воссоздать в себе симптом, живший в нем стихийно, самовольно и бессознательно, – воссоздать и тем самым овладеть тайной и силой этого симптома.

3.2. Вхождение психотерапевта в роль актера

Психотерапия может быть по-настоящему успешной в том и только в том случае, если созданы условия, где и пациент находится в творческом, продуктивном состоянии, и психотерапевт находится во внутренне гармоничной, удобной позиции. Думается, эту формулу можно считать «золотым правилом» психотерапии.

Сложившийся в сознании пациента на предыдущем шаге методики «психотерапевтический орган» для того, чтобы начать динамично и продуктивно работать, должен быть помещен в соответствующую коммуникативную среду. Таковую среду создает встраивание психотерапевта в образ актера.

Все порождаемые пациентом-режиссером идеи относительно сценического воплощения симптома психотерапевт-актер пытается психосоматически «примерить» на себя и дать пациенту-режиссеру честный отчет о возникающем в результате такой примерки состоянии. Его актерская задача состоит в том, чтобы научиться испытывать, воспроизводить и удерживать в себе состояние, адекватное симптому.

Актерская роль позволяет психотерапевту передать пациенту почти всю инициативу по построению нужного образа, оставаясь при этом в позиции ведомого. Такая позиция требует от него очень тонкой чувствительности как к переживаниям и мыслям пациента, так и к своим собственным. Психотерапевт становится в буквальном смысле слова материалом, в котором пациенту предоставляется возможность воплотить образ симптома. При этом он вовсе не обязан быть абсолютно податливым, ибо сопротивление материала – не только не помеха, а необходимое условие любого эстетического творческого акта. Варьируя степень и формы

сопротивления, психотерапевт как бы изнутри, органично влияет на весь процесс. Оставаясь в роли актера, он, если это необходимо, может становиться и в достаточной степени инициативным, подсказывая пациенту-режиссеру те или другие линии, параметры или даже приемы воплощения образа.

Так создается и, более того, закрепляется самой структурой коммуникативной ситуации возможность продуктивной психотерапевтической работы с таким текучим и ускользающим предметом, каким является внутреннее состояние, тем более болезненное. Сама структура построенной терапевтической ситуации, повторим, не только создает возможность, но и обязывает обоих партнеров к тому, чтобы эта коммуникация была и интеллектуально точной, и чувственно глубокой, и эстетически продуктивной.

В ходе такого рода сеансов пациент и психотерапевт по очереди ненадолго замирают. В такие минуты пациент-режиссер, внутренне погружаясь вглубь, в переживание опыта и затем возвращаясь на поверхность с поднятым оттуда ощущением, оформляет его в тот или иной образ и передает партнеру по общению. Тот, в свою очередь, примеряет этот образ, тоже погружаясь для этого внутрь своего опыта чувствования, и затем, вновь всплывая в плоскость коммуникации, делится своими переживаниями, стимулируя пациента-режиссера с каждым шагом все более объемно, убедительно, глубоко и многообразно выражать свой симптом и перевоплощать его в психосоматическом материале психотерапевта-актера.

3.3. Психотерапевтическая режиссура симптома

В сеансе, который описан в данной статье, психотерапевтическая проработка симптома состояла из трех фаз: работы с позитивной стороной симптома (чувством состоятельности), работы с негативной стороной (чувством несостоятельности) и работой с психологической защитой, устраняющей мучительное переживание несостоятельности.

3.3.1. Режиссура чувства состоятельности

Перечислим использованные на этом шаге методики средства, которые применимы для работы и с негативным состоянием и которые, конечно же, далеко не исчерпывают всего возможного арсенала. Эти средства являются психо-семиотическими знаками-орудиями, которые в качестве знака способны выражать внутреннее состояние, а в качестве орудия – способны аналогичное состояние порождать или воспроизводить. В нашем примере подобными знаками-орудиями для чувства состоятельности выступили:

а) внешний облик носителя (одежда, поза, походка, мимика);

б) социальная ситуация (пациент-режиссер описал семейные отношения, которые, с одной стороны, позитивно выражают ту сферу опыта, которая значимо связана с желанным чувством состоятельности, а с другой – достаточно убедительно «наводят» в психотерапевте-актере это прорабатываемое в сеансе чувство);

в) психосоматический символ (образ светящегося сердца показался мне во время сеанса вполне адекватным для поддержания и усиления чувства состоятельности, уже возникшего под воздействием предыдущих шагов; если бы символ сердца не подошел по тем или иным причинам, как не подошел образ Будды, то это создало бы, возможно, затруднение в работе «режиссера», но не было бы вредно для психотерапевтического процесса, поскольку пациент-режиссер вынужден был бы подыскать еще один символ, выражающий для него это чувство, и тем самым он лишь обогатил бы свой репертуар средств выражения, а значит и средств осознания и воссоздания его);

г) «мантра» состояния (пациент подобрал выражение *«внутренний мир»*; в этот момент психотерапевтического сеанса перед сознанием пациента-режиссера стояла по сути поэтическая задача – нужно было найти слова, которые как по своему значению, так и по своему звучанию способны были бы стать выразителями чувства состоятельности.

Найти надо было вовсе не имя этого состояния, еще до консультации найденное пациентом, а некую психопоэтическую формулу, «мантру», повторяя которую можно было упрочивать, как бы подкачивать и расширять в душе объем этого чувства);

д) зрительный образ состояния (в данном случае им оказался величественный пейзаж);

е) фиксатор состояния в коммуникации (данное средство несколько выпадает из ряда предыдущих; задача, которую должен был решить режиссер, состояла в том, чтобы помочь актеру уже схваченное состояние удерживать в различных житейских ситуациях, угрожающих растворить или выветрить его; искомое средство по своей функции должно было быть уже не столько знаком, выражающим состояние, сколько надежным психотехническим орудием, позволяющим этому состоянию устоять в бурных волнах житейских конфликтов, столкновений перепадов настроения и т. п.; эту функцию отчасти могла бы выполнять и «мантра» состояния, но найденный пациентом-режиссером прием – видеть и в другом человеке символическое лучащееся сердце – намного более эффективен, поскольку позволяет не извлекать внимание из коммуникативного пространства, перемещая его внутрь, на проговаривание «мантры», а удерживать фокус внимания на партнере по общению и в то же время обеспечивать стабильность чувства состоятельности).

Разумеется, при желании и необходимости список возможных средств выражения, воссоздания и удержания состояния можно значительно расширить. В описанной же консультации вполне достаточно было и перечисленных.

3.3.2. Режиссура несостоятельности

Процедуры работы здесь были такие же, как и на предыдущем шаге методики. Разница состояла, пожалуй, в том, что инициатива еще больше была отдана в руки пациента. Мне оставалось лишь послушно выполнять его ин-

струкции и давать точный отчет о испытываемых в результате ощущениях. Режиссеру пришлось изрядно потрудиться, чтобы создать надежную «психотехнику несостоятельности» и обучить ей актера. Для этого он должен был раз за разом погружаться в мучительные для него воспоминания и фантазии и выносить из этих погружений, так сказать, психотехнические ключи ситуаций, то есть существенные их параметры, которые, будучи произвольно воспроизведены в воображении актера, вызывали нужное ощущение несостоятельности.

В чем заключается психотерапевтическая ценность этого этапа работы? До сеанса чувство несостоятельности порождалось невольным попаданием пациента в реальную или воображаемую ситуацию, которая автоматически вызывала у него тягостное переживание, собственно и получившее название несостоятельности. Одно дело случайно провалиться под лед, и совсем другое – специально подготовившись, под контролем тренера окунуться в аккуратную прорубь. Примерно такова разница между «попаданием» в аффектогенную ситуацию и организованным, как в описываемом сеансе, «погружением» в нее. В первом случае возникновение ситуации неожиданно, во втором – она произвольно вызывается. В первом случае сам механизм порождения ситуацией эмоции непонятен, во втором – он становится предметом специального рефлексивного анализа и постепенно проясняется. В первом случае само чувство несостоятельности смутно, неопределенно, а значит изнутри переживающего его сознания не видны его границы, и потому оно в момент переживания воспринимается как нечто бесконечное, безмерное и подавляющее, а после переживания – лишь сквозь оставшийся аффективный след, как нечто очень неприятное, без более тонких дифференцировок. Во втором же случае, сохраняя включенными не один лишь уровень переживания, но и уровни рефлексии и сознания, пациент получает возможность точно и тонко проанализировать и осознать все феноменологические нюансы чувства несостоятельности, тем более что ему приходится в ком-

муникации с актером-психотерапевтом все время решать задачу: то ли же самое чувство психотехнически воспроизводится актером, что испытывал в жизни сам пациент.

Таким образом, выполняя режиссерское задание по искусственному воссозданию в сознании актера-психотерапевта этого чувства, пациент помещает его в такой контекст в своем собственном сознании, где оно становится произвольным по генезу, понятым и освоенным по механизму, внутренне дифференцированным на составляющие его чувственные моменты и внешне отдифференцированным от других чувств и состояний. Важно заметить еще, что это контекст, где властвует творческая-эстетическая установка, вбирающая в себя исходный аффект и катартически перерабатывающая его. В сфере действия этой установки пропадает всякий страх перед воспроизводимым аффектом, даже наоборот: чем более острое его проявление удастся вспомнить и зафиксировать, тем надежнее будет решена творческая режиссерская задача. К тому же, чем в большей степени пациенту-режиссеру удастся пережить, выразить и воплотить чувство несостоятельности, тем больше он почувствует свою («режиссерскую») состоятельность в созданной терапевтической ситуации.

3.3.3. Формирование психологической защиты

Не скрою, я внутренне повеселился, как только понял, в каких парадоксальных отношениях мы оказались с пациентом в этой фазе методики: это он, пациент, должен был избавить меня, психотерапевта, от несостоятельности. Я же мог позволить себе даже некоторую капризность, не желая расставаться с режиссером, пока в моей душе останется хоть малейший след от «поставленной» мне несостоятельности. В последнем я был вполне искренен, не желая, как и мой персонаж-актер, подвергнуться подобной профессиональной вредности. Разумеется, в той или другой степени я подсказывал режиссеру возможные параметры внутреннего преобразования ситуаций и даже отдельные ходы, но

все-таки был просто поражен той изобретательностью, с которой пациент провел сеанс настоящей НЛП-терапии.

Завершая описание этой главной фазы методики, нужно сказать, что использованная в данном случае последовательность шагов (3.3.1 – режиссура позитивного состояния, 3.3.2 – режиссура негативного состояния, 3.3.3 – формирование психологической защиты) не является обязательной. Она могла бы быть, например, такой: 3.3.2 – 3.3.3 – 3.3.1. Кроме того, эта последовательность могла быть продолжена. Этими тремя методическими шагами созданы все необходимые условия для развернутой психодраматической работы, в ходе которой уже рожденные персонажи могли бы вступить в разнообразные отношения, привлечь дополнительные фигуры и вывести психотерапевтический процесс в более широкое смысловое пространство, где перерабатываемый в описанной консультации симптом перестал бы быть главным и как бы самодостаточным предметом, а вновь, в терапевтически преобразованном виде, вернулся бы в качестве одного значимого элемента в то смысловое целое, из которого был извлечен. Но это уже совсем другая тема.

4. Возвращение пациента в обычное состояние сознания

Выведение пациента из психотерапевтически сформированного состояния сознания должно быть постепенным, как подъем после глубоководного погружения. В разбираемой консультации оно состояло из шести фаз.

4.1. Отдых режиссера

«Вы заслужили несколько минут отдыха. Можно прикрыть глаза...» В этот момент у меня было искушение усыпить «режиссера» и предстоящее превращение в пациента и возвращение в консультацию осуществить в качестве сновидения «режиссера». Ему бы снилось, что он пациент, который дремлет на сеансе и слышит голос психотерапевта, призывающего его проснуться. «Один, два, три! Потянитесь!» Проснувшись соматически, пациент психологически

спустился бы еще на ступеньку вниз, в глубь гипнотического сна. Наверняка, он ощущал бы в этот момент некую спутанность в сознании, которую можно было бы ему истолковать как следствие приснившегося ему (уже пациенту, а не режиссеру) сна. Но... я отказался от этой усложненной конструкции двух сновидений, заглатывающих друг друга, как две змеи в знаменитой фигуре.

Отдохнув немного, режиссер открыл глаза, взял пальто и отправился из театра. Я попросил его приостановиться в 10–15 метрах от двери, там, где он недавно был.

4.2. Превращение «режиссера» в пациента

Слова «*недавно был*», будучи прямо обращены к «режиссеру», косвенно апеллировали к пациенту, поскольку в этой точке – в 10–15 метрах от входа в театр – «был» пациент, а режиссер там только зарождался в его воображении. Прозвучавшая сразу вслед за этим фраза терапевта, выражавшая восхищение «режиссерской работой», наоборот, уже прямо обращалась к пациенту, а косвенно и, так сказать, прощально к режиссеру. Эта фраза возвращала на свое место отождествление пациента с «путешествующим», а всему происходившему в театре придавала статус продукта воображения.

4.3. Из театра – в консультацию

Обратный путь вновь насыщался чувственными деталями, хотя и не так интенсивно, как прежде. Пациент должен был ощутить происходящее как реальность, но глубоко входить в эту реальность уже не было нужды.

4.4. Отдых после путешествия

Формулы, помогавшие пациенту расслабиться и отдохнуть, выполняли в данном случае функцию моста, по которому сознание могло плавно перейти из третьего регистра

во второй. Начиняя отдыхать после дороги как «путешествовавший» (субъект третьего регистра сознания), он завершил отдых как «воображавший путешествие» (т. е. как субъект второго регистра сознания). *«Ваше воображение проделало огромную работу... Не знаю, как вам, а мне было интересно следить за всеми приключениями, которые оно нам подарило...»* Такого рода фразой воображение и все его плоды делаются объектом сознания пациента, и тем пробуждается и активируется сам этот уровень сознания второго регистра (C₂).

4.5. «Натурализация» поставленного симптома

Следующие фразы призывали пациента задуматься: *будь это все сон, «долго ли он будет жить в глубине вашей памяти... и насколько целебное влияние окажет на все ваше состояние».* Такого рода гипнотической инструкцией весь терапевтический опыт, полученный пациентом, помещается в своего рода капсулу и оформляется как якобы натуральное сновидение, живущее в «глубине» памяти. Так достигается частичная постгипнотическая амнезия, нужная, чтобы защитить этот опыт (пока он еще не подействовал на различные повседневные реакции и переживания пациента и не закрепился в них) от возможного разложения его интеллектуальным анализом. Кроме того, делается прямое постгипнотическое внушение, рекомендуемое этому «сновидению» оказывать благотворное, целебное влияние на общее состояние пациента.

На данном шаге методики решается важная и трудная психотерапевтическая задача включения полученного во время сеанса опыта в сознание пациента. Этот опыт должен быть таким образом «имплантирован» в душевный организм пациента, чтобы он не был отторгнут, а естественно и гармонично встроился в его работу и стал оказывать благотворное влияние на мысли и чувства, связанные с проблемой несостоятельности. Чисто техническая трудность решения этой задачи состояла здесь в том, что пациент только

что был возвращен в мир второго регистра сознания, и, соответственно, все происходившее с ним во время путешествия и в театре (то есть в третьем регистре) было представлено как продукт его воображения. Ясно, что оставить весь терапевтический опыт в таком статусе – продукта воображения – значит почти наверняка обречь его на скорое выветривание из сознания, разложение рациональным анализом и, следовательно, бездейственность: кто же особенно считается с продуктами своей фантазии. С другой стороны, снова придавать этому опыту статус полнокровной субъективной реальности значило бы вновь гипнотически ввести пациента в мир третьего регистра сознания, в то время как пора было, наоборот, пробуждать его. Это технически противоречивая задача – «расколдовать» пациента, не «расколдовывая» полученный им психотерапевтический опыт – решалась за счет того, что на данном шаге методики был проведен микрогипноз (*«...Приснись вам такой сон – про то, как вы шли к театру, ехали на метро...»*), в ходе которого весь мир третьего регистра, мир путешествия и театра, существовавший до этого как «утолщение» уровня C_2 , был переведен на уровень бессознательного B_2 и поселен там в качестве «сновидения». Сновидение – прекрасная форма хранения терапевтического опыта, позволяющая ему долго оставаться живым, действенным и органично включенным в общую жизнедеятельность пациента.

4.6. Пробуждение

«И будь это сон, как бы вы тогда, сидя в этом кресле, пробуждались от него...» Пробуждение психотехнически организовано здесь таким образом, что пациент одновременно просыпается, если можно так сказать, в сослагательном наклонении от «если-бы-сна» и в то же время взбадривается от того состояния релаксации, в рамках которого проходило все психотерапевтическое действо.

* *

*

Итак, мы описали схему психотерапевтической методики и попытались объяснить некоторые психологические механизмы, действующие при реализации этой схемы. Разумеется, полноценное описание методики должно включать в себя и тщательное соотнесение ее с родственными процедурами (которых немало в таких школах современной психотерапии, как психодрама, гештальттерапия, эриксоновский гипноз, процессуальная психотерапия А. Минделла, нейролингвистическое программирование и пр.), и разбор возможных методических вариантов, и точную фиксацию результатов, и условия применения, и разного рода ограничения, накладываемые как особенностями пациента – его симптоматикой, состоянием, характером, мировоззрением, так и особенностями психотерапевта, ибо в данном случае принцип «не повреди» должен быть распространен на обоих участников психотерапевтического процесса. Такое систематическое описание пока не входило в задачи автора, но, считая его подготовку нужным и полезным делом, автор будет признателен коллегам за сообщение о клинических случаях, в которых они сочтут уместным применение этой методической схемы.

Литература

Васильюк Ф. Е. Уровни переживания и методы психологической помощи // *Вопросы психологии*, 1988, № 5.

Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Политиздат, 1975.

Петров Н. Н. Аутогенная тренировка для вас. – М.: ЦПП, 1990.

Цапкин В. Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // *Москов. психотерап. журнал*, 1992, № 2.

Bandler R. & Grinder J. *Frogs into Princes*. – Moab: Real People Press, 1979.

Gendlin E. T. *Focusing*. – N. Y.: Bantam Books, 1978.