

**Василюк Ф.Е.**

**ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ,  
ПСИХОКОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

**Курс лекций**

**Москва  
2012**

Учебный курс по дисциплине «Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии» (ОПКПП) является основным курсом, обеспечивающим подготовку к изучению специальных психотерапевтических дисциплин, направлений, школ и методов психотерапии. Задача курса – систематический обзор психотерапии и консультирования как особой научной и практической области. Курс призван дать систему представлений, понятий и категорий, с помощью которых студент может ориентироваться в мире профессиональной психотерапии. Это представления о месте психотерапии в современной культуре, о соотношении психотерапии и психологии; классификация видов, моделей и методов психотерапии, характеристика структурных элементов психотерапевтической ситуации; первичное понятие о методологической специфике психотерапевтического мышления.

Пособие создано на основе курса лекций, читавшегося автором в течение нескольких лет на факультете психологического консультирования МГППУ и адресовано прежде всего студентам, обучающимся по специальности 030301 «Психология», со специализацией – «Психологическое консультирование», а также студентам, обучающимся по специальности 030302 «Клиническая психология» со специализацией «Психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия».

Авторы:

Василюк Ф.Е. – темы 1-5

Щукина Ю.В. – тема 5 (продолжение)

Редактор:

Кулевацкая О.Н.

## Содержание

<b>Тема 1. Психотерапия и культура</b>	<b>4</b>
Структура курса. Влияние психотерапии на культуру. Влияние культуры на психотерапию. Сходства и различия психотерапии с разными феноменами культуры. Культурно-антропологические условия возможности психотерапевтического опыта.	
<b>Тема 2. Психотерапия как профессия</b>	<b>25</b>
Влияния психологии на психотерапию. Влияния психотерапии на психологию. Сравнение психотерапии с непрофессиональной психологической помощью. Классификация видов психотерапии по общетеоретическим подходам и школам. Классификация видов психотерапии по формам работы. Классификация видов психотерапии по сферам приложения.	
<b>Тема 3. Строение психотерапевтической системы: теория и метод</b>	<b>44</b>
Психотерапевтическая система, метод, подход, ориентация, направление, школа: сравнение понятий. Медицинская и психологическая («экзистенциальная») модель психотерапии. Категории анализа психотерапевтической системы. Сравнительная характеристика основных психотерапевтических подходов. Цели и ценности психотерапии. Онтология и антропология психотерапии.	
<b>Тема 4. Теория переживания и психотерапия</b>	<b>66</b>
История психотерапевтических «упований». Осознание как психотерапевтическое «упование». Спонтанность как психотерапевтическое «упование». Научение как психотерапевтическое «упование». Переживание как психотерапевтическое «упование». Теория переживания и психотерапия: роль категории «смысл» для психотерапии. Теория переживания и психотерапия: роль категории «жизненный мир» для психотерапии. Теория переживания и психотерапия: роль категории «критическая ситуация» для психотерапии. Типология уровней (режимов) функционирования сознания.	
<b>Тема 5. Структура и процесс психотерапии</b>	<b>85</b>
Структура психотерапевтической ситуации: общая характеристика. Модель хронотопа психотерапии. Характеристика понятия «клиент». «Проблема» как психотехническое понятие.	
<b>Тема 5 (продолжение). Структура и процесс психотерапии (Шукина Ю.В.)</b>	<b>108</b>
Личность терапевта. Рольевые позиции терапевта и клиента. Терапевтические отношения. Перенос и контрперенос.	
<b>Литература</b>	<b>125</b>

## Тема 1. Психотерапия и культура

*Структура курса. Влияние психотерапии на культуру. Влияние культуры на психотерапию. Сходства и различия психотерапии с разными феноменами культуры. Культурно-антропологические условия возможности психотерапевтического опыта.*

Мы с вами начинаем новый курс, и можно сказать, что в этом семестре начинается новая эпоха в вашем психологическом образовании. Это рубеж, переломный момент, когда начинается собственно то, ради чего многие поступили именно на этот факультет – консультативные и психотерапевтические дисциплины. Наш курс называется «Основы психологического консультирования, психотерапии и психокоррекции».

Первое, о чем бы я хотел вам рассказать – это общая задача данного курса и его связь с другими курсами по психотерапии, которые будут читаться на этом и последующих курсах. Скоро у вас начнется курс по истории психотерапии. Наш курс и курс истории психотерапии связаны между собой. Их связь такая. Скоро вы приступите к систематическому, углубленному изучению разных подходов и школ психотерапии: у вас будут отдельные курсы по психоанализу, экзистенциальной и гуманистической психотерапии, психодраме, когнитивной психотерапии и т.д., будут психотерапевтические мастерские, где будет ставиться техника работы. Но для университетского, систематического образования, в отличие от многих курсов, которые можно прослушать в разных учебных заведениях Москвы, необходимо выстроить общую мотивировку, посмотреть, что здесь вообще есть, на этом весьма обширном рынке психотерапевтических услуг, направлений и школ. И эти курсы – «история психотерапии» и «основы консультирования и психотерапии» – предназначены для того, чтобы дать такую общую ориентировку, причем дать ее с разных сторон. История – с исторической точки зрения: откуда пошла и есть психотерапия, как сменяли друг друга школы и направления, основные персонажи и лица. Это курс интересный. А наш курс должен быть скучным, потому что он должен быть не историческим, а систематическим. Главная задача курса – не столько дать какое-то содержание, не столько дать какие-то ответы на вопросы, сколько научиться задавать вопросы, ставить психотерапию под вопрос.

Наверняка кто-то у вас обучался где-то: в гештальттерапии или каком-то еще направлении, проходил какие-то курсы и даже сам пробовал что-то вести. Но почему гештальттерапия, а не психодрама? Почему психодрама, а не холотропная терапия по Грофу? Почему это направление? Сориентироваться в этом, конечно, можно обывательски: например, потому что мой знакомый ходит на гештальттерапию и ему нравится, поэтому я тоже туда пойду. Но все-таки вы особая «каста». Люди, которые закончили факультет психологического консультирования, должны иметь нечто большее, чем даже люди, которые закончили факультет психологии МГУ – потому что психотерапия, психологическое консультирование – это ваша специальность, ваша узкая специализация. Поэтому здесь нужно создать ориентировочную основу – то, что Петр Яковлевич Гальперин называет полной ориентировочной основой. Для этого, как я уже говорил, нужно задавать вопросы психотерапии – встать как бы на некотором расстоянии от психотерапии, от

психотерапевтических школ и направлений – и спросить их, чем они отличаются, какие у них особенности. Но это, оказывается, не так просто. Для того, чтобы сравнивать какие-то вещи – в том числе психотерапевтические подходы – нужно иметь критерии сравнения. Наша с вами задача, в частности – выработать эти критерии и описать весь психотерапевтический мир. Перед нами сейчас даже не контурная карта, а некий белый лист бумаги, на котором сверху написано – карта психотерапии. И общая задача курса – построить если не географическую или политическую карту, то хотя бы контурную карту, чтобы материки и океаны этого мира были на ней обозначены.

В соответствии с этой задачей в курсе выделено несколько тем. Всего этих тем шесть. Первая большая тема, которую мы с вами уже сегодня начнем изучать – это «*психотерапия и культура*». В этой теме мы ориентируемся в психотерапии с точки зрения некоторого, очень широкого контекста культуры. Есть целый мир культуры, туда входят самые разные сферы: медицина, искусство, политика. И среди них – психотерапия. Нужно понять, какой смысл этого феномена в культуре, как он появился, для чего он существует, какую функцию он несет в культуре, зачем мы, психотерапевты, нужны – и можно ли без нас обойтись. Об этом мы сегодня и поговорим. И наш сегодняшний разговор будет культурологическим, мы будем как бы не совсем психологами, а культурологами, которые изучают культуру и рассматривают феномен психотерапии в этом контексте.

Вторая тема будет посвящена совсем другому контексту – контексту *психотерапии как профессии*. Психотерапия как профессия есть целый мир, она соотносится со смежными профессиями, областями знания – психологией, например. В ней есть свои институты – образовательные учреждения, психологические центры, сообщества, ассоциации. Стать психотерапевтом – это не просто изучить одну или две или много психотерапевтических теорий. Это значит – войти в пространство этой жизни: быть членом ассоциации, писать статьи в журналы или издавать эти журналы, открывать центры. В психотерапии можно жить, не обязательно будучи психотерапевтом. Можно быть менеджером, организатором психотерапии; можно открыть интернет-ресурс и заниматься психотерапией в этом пространстве. Есть в психотерапии строгие этические кодексы, которые регламентируют нарушения профессиональной этики. Эти нарушения не регулируются законом – уголовным, например. Но, к примеру, двойные отношения, которые могут возникать в ходе психотерапии, или другие мелкие или крупные нарушения регулируются этим кодексом. Например, может ли психотерапевт брать подарки от пациентов? Нет, это неэтично.

Психотерапия как профессия – это, повторяю, целый мир, цех – подобно тому, как в средневековье были цеховые организации, которые регулировали взаимоотношения между кожевниками, ремесленниками, профессорами, студентами. Например, гильдия студентов и профессоров имела всегда свой, по сути дела монастырский устав: во всех уважающих себя университетах был, в частности, карцер, и студента, который попадался в городе с какой-то провинностью, не могли вести в околоток. Его вели в университет, но в университете был свой карцер. Например, по правилам средневекового цеха, студент не имел права жениться (женщин-студенток не было тогда вообще). Сейчас таких строгостей нет, но тем не менее, этический кодекс – важная часть нашей профессии.

Третья большая тема. Мы сориентировались в большом мире психотерапии. После окончания института, возможно, кто-то из вас решит заниматься психотерапией. И он должен и хочет выбрать психотерапевтический подход, и причем сделать это систематически. Что ему нужно? Ему нужны инструменты сравнения разных подходов. И третья тема называется – *«строение психотерапевтической системы»*. Каждая психотерапевтическая система есть организм – там есть голова, руки, ноги и прочие органы. И для того, чтобы можно было сравнивать, нужно уметь описывать психотерапевтическую систему как таковую. И тогда мы сравниваем – вот у этого голова больше, а сердце меньше – и можем выбирать в зависимости от своих склонностей и предпочтений.

Четвертая тема немного выпадает из всех остальных. Это тема – *«теория переживания и психотерапия»*. Весь этот курс, можно сказать, не очень авторский. Мы потом с некоторыми из вас встретимся на авторских курсах по Понимающей психотерапии. А этот курс – общий. Но здесь есть позиция. Мы, преподаватели этого курса, будем рассматривать и относиться к разным подходам пристрастно. Но при этом, чтобы честно заявить нашу позицию, мы ввели эту небольшую тему – это теория переживания, которая разрабатывается у нас на факультете. Мы рассмотрим теорию переживания и как психотерапию, и как позицию всего данного курса.

Пятая, предпоследняя тема – *«структура и процесс психотерапии»*. Тут мы уже войдем в самую «кухню» психотерапии. Мы введем основные понятия, с помощью которых можно понимать, что там происходит: как устроена психотерапевтическая ситуация, какие есть этапы и фазы психотерапевтического процесса, что такое терапевтические отношения, перенос, контрперенос и т.д. Система понятий, которые непосредственно используются внутри психотерапевтической работы, будет являться предметом этой темы.

И, наконец, шестая тема – *«методологические проблемы психотерапии»*.

Перейдем теперь к разговору о первой теме – **«психотерапия и культура»**.

Сначала я назову вопросы, которые входят в эту тему, для того чтобы вы осмотрели все ее пространство. Первый вопрос – *«влияние психотерапии на культуру»*. Второй, обратный – *«влияние культуры на психотерапию»*. Третий – *«сходство и различие разных феноменов культуры с психотерапией»*. Четвертый – *«культурологические условия возможности психотерапевтического опыта»*. И пятый – *«антропологические условия возможности психотерапевтического опыта»*.

Рассмотрим первый вопрос – **«влияние психотерапии на культуру»**.

Первый тезис заключается в том, что за последнее столетие произошло событие неслыханных масштабов для нашей с вами профессии. А именно: еще сто лет назад психотерапия в контексте культуры была совершенно незаметной, на нее никто не обращал особого внимания. Искусство, наука, политика были значимы в культуре. И поставить рядом с ними психотерапию было просто невозможно. Но за прошедшее столетие психотерапия проделала немислимую карьеру, вошла буквально в каждую пору культуры. Невозможно представить ни одну из сфер современной европейской и американской культурной жизни, на которую так или иначе не оказала влияние психотерапия: живопись, кинематограф, спорт, политика, образование, религия, медицина. Какую бы сферу культуры мы ни назвали, всегда можно усмотреть довольно сильное, значительное влияние психотерапии на нее. Можно

сказать, что современная европейская культура, и мы в том числе – по крайней мере как жители Москвы – оказываемся в состоянии, когда культура психологизирована. И если так можно сказать, «психотерапизирована». Современный человек уже устроен так, что в его способ жизни, в его способ функционирования так или иначе включены какие-то элементы психотерапии, которые раньше были абсолютно профессиональными элементами.

Что я имею в виду? Например, я работал когда-то в маленькой деревенской психиатрической больнице, и там у нас в основном лежали женщины из сельской интеллигенции – учительницы большей частью – и простые деревенские бабушки. И однажды я услышал в коридоре, как одна из них говорит, объясняя свое заболевание: «Знаешь, у меня невроз от стряску». Т.е. по-русски, у нее невроз в результате стресса. Она слышала что-то такое. Это понятие, введенной Гансом Селье и заимствованное психотерапией. Разумеется, в ее сознании оно не существует как научное понятие, но тем не менее оно встроено в ее способ думания о себе, в ее способ, например, оправдания: «Почему я лежу в больнице? А вот потому, что у меня стряск произошел». А «комплекс неполноценности»? Найдется ли сейчас человек, который хоть раз в жизни не подумал, что у него комплекс неполноценности, или не обсуждал, что у кого-то комплекс неполноценности? Мы этого уже не замечаем, это стало таким обывательским, а не профессиональным языком. А между тем, это все серьезные научные понятия, у них есть авторы, по ним есть публикации, есть исследования. Получается, что мы с вами оказываемся совсем не в том положении, в котором был в свое время Зигмунд Фрейд, Пьер Жане или другой психотерапевт начала века, когда он имел дело с человеком не психологическим, а с «нормальным» человеком.

Когда к нам сейчас приходит клиент, он приходит уже подготовленным – излишне, на мой взгляд, подготовленным – но тем не менее подготовленным к работе. Например, один из моих пациентов говорит: «А не нужно ли нам с вами эриксоновский гипноз провести? Может быть, мне это поможет». Т.е. он читает в интернете много всяких источников и предлагает мне заняться тем или иным методом, так или иначе переосмыслить. Это совсем другой способ работы. Может быть, это яркий случай, но тем не менее такое встречается.

Итак, психотерапия вошла, вклинилась в сознание, сновидения, люди уже «снят» себе сновидения не совсем такие, какие были сто лет назад. Представьте: пациент, который уже в течение года 5 раз в неделю посещает психоаналитический кабинет, лежит на кушетке и обсуждает свои сновидения с психоаналитиком. Как будет выстроено его сновидение? Он уже будет «снить» себе подходящие сновидения.

И так любую область, которую ни возьмем – политическую, спортивную, финансовую – всюду найдем следы психотерапии.

Как с этим работать? В чем тут коллизия? В нашем примере пациент говорит: «А вы не можете со мной сеанс гипноза эриксоновского провести?» Вы можете ответить: «Нет, этому мы не учились». Тогда мы проигрываем в коммуникативной ситуации. Если мы говорим клиенту, что это ему не нужно, то клиент всегда чувствует – это мы говорим, потому что мы этого не знаем и этим не владем – или это действительно не нужно. Клиенты становятся достаточно чувствительными к степени искренности терапевта. Из этого следует вывод: желательно, чтобы репертуар умений современного психотерапевта был достаточно

широк. Конечно, он не может одинаково владеть всеми из сотен психотерапевтических методов. Но основными в какой-то степени он должен владеть – углубляться во что-то одно, а владеть многими – для того, чтобы он мог сказать: «Да, если нужно будет, мы с вами воспользуемся по ходу нашего сеанса и этим методом тоже».

Теперь я призываю вас к активности. Давайте начертим такую табличку: здесь будут написаны сферы культуры. И наша задача будет вместе попытаться привести примеры влияния психотерапии на эти сферы культуры. Потом мы воспользуемся этой же табличкой для того, чтобы проследить обратное влияние. Давайте создадим перечень сфер культуры.

(Голоса студентов, предлагающих разные сферы культуры):

- Религия.
- Искусство.
- Литература, кино.
- Спорт.
- Наука.
- Медицина.
- Образование.
- Мода.
- Политика, СМИ.
- Семья.

Итак, пишем: религия, искусство. Литература, кино – это виды искусства. Спорт, наука, медицина, образование, мода, политика, СМИ, семья.

Таблица 1-1.

**Влияние психотерапии на культуру**

Религия	Искусство	Спорт	Наука	Медицина	Образование	Мода	Политика	СМИ	Семья

Теперь наша задача – выделить область, привести пример и попытаться его проанализировать. Напоминаю вопрос – мы должны сейчас попытаться вместе привести примеры, когда психотерапия повлияла в том или другом виде на эти области культуры.

У вас пример на искусство?

- Кино. Игры разума.
- Пролетая над гнездом кукушки.

Различные фильмы – «Игры разума», «Пролетая над гнездом кукушки» и т.д. Конечно, существует много фильмов, где предметом изображения становятся либо патология, либо психотерапевтический процесс. Иногда это может быть ироническое изображение – в современных американских фильмах обойтись без психоаналитика довольно трудно, и есть фильмы, которые это прямо пародируют. Есть целый сайт, где приведено огромное количество фильмов и вообще психологических, и в частности, психотерапевтических.

Давайте остановимся на фильме «Пролетая над гнездом кукушки». Кто смотрел этот фильм? Почти все. Это действительно, тонкий, глубокий и трогательный фильм. Этот фильм по существу выражает движение под названием «антипсихиатрия», которое началось в 60-х годах в американской, а потом европейской психотерапии. Основателем данного движения был Р.Д. Лэйнг. Смысл этого направления был вот в чем. Лэйнг был психиатром, но был ориентирован феноменологически и гуманистически. Ключевой категорией его подхода, его мышления была категория «переживание». Опираясь на категорию переживания, Лэйнг

ставил перед собой вопрос так. Да, с точки зрения внешней, оценочной, медицинской, психиатрической, мы наклеиваем ярлык – это больной шизофренией, это больной эпилепсией, это больной неврозом и т.д. Но как изнутри человек проживает свою жизнь? Да, он болен, например, шизофренией. Но каково бытие больного шизофренией изнутри? Конечно, удобно закрыться от пациента диагнозом, ярлычком: это больной шизофренией, мне больше с ним нечего делать, галоперидол назначили – и все. А если я хочу с ним вступить в терапевтический контакт, мне нужно понимать его изнутри, нужно уважать его как личность, нужно понимать, что он не сводится к своей болезни. Фильм «Пролетая над гнездом кукушки» был одним из таких киноманифестов, выражением этого направления, призыва к уважению душевнобольного человека. И по сути дела фильм показывает, как вы помните, что скорее по-человечески здоровыми оказываются пациенты. А по-человечески больным, с какой-то извращенной человечностью, оказывается персонал. В каком-то смысле их можно поменять местами.

Действительно, это хороший пример, когда искусство, конечно, находится явно под влиянием каких-то проблем психотерапии. Но и искусство вносит свой вклад в психотерапию, потому что через это кино воспитываются и психотерапевты, и пациенты, воспитывается уважение к человеческому достоинству.

Еще пример?

- Мода. Сейчас возвращается тенденция к здоровой внешности. Модели, больные анорексией, фотографируются для плакатов, чтобы было понятно, какое это страшное заболевание и к чему оно приводит.

Итак, мы обсуждаем здесь такую проблему – нервная анорексия как одно из заболеваний, которое является предметом прежде всего психотерапевтического лечения, и современная мода. Тут закономерность, видимо, двойная: с одной стороны, сложившийся модный стереотип худых моделей (хотя тип модной женщины постоянно меняется исторически, но последнее время были модны удлиненные силуэты, худенькие женщины), возможно, являющийся одной из причин, приводящих к нервной анорексии (женщина, не уверенная в своей красоте, начинает худеть, и это может привести к заболеванию и даже к трагическому исходу), и отчасти под влиянием психотерапевтов, сейчас наблюдается обратная тенденция – подчеркивания женственности. Если несколько лет назад беременность старались как-то завуалировать, то последние 3-4 года это наоборот, становится предметом гордости, достоинства, и соответственно, мода подчеркивает такие формы – что, конечно, противоположно нервной анорексии.

Еще какие примеры можно привести?

- Вот в медицине более гуманное отношение к пациенту: пациент уже воспринимается как клиент, а не как жертва.

Да, в медицине, особенно западной – у нас отчасти уже тоже – есть такое движение «партнерская медицина». Это формирование в медицине отношений с пациентом как с равной личностью. Обычно медицина рассматривала пациента как объект медицинских манипуляций, как жертву болезни. Лозунг такой: «Больной, не мешайте вас лечить. Это мы, врачи-профессионалы, знаем, что для вас лучше, принимайте такие-то препараты и ни о чем не спрашивайте». Пациент не имел права знать свой диагноз, не имел права голоса, не мог участвовать в обсуждении медицинских манипуляций. Сейчас уже появляются такие

примеры, когда с пациентом обсуждаются все трагические аспекты, связанные с лечением. В американской медицинской культуре принято откровенно говорить о грозящей пациенту смерти, о том, что пациент заболел раком. У нас часто это говорится только родственникам, и то долго сомневаются, а в США отработана технология отношения к пациенту как к личности. Это, в самом деле, прежде всего влияние психотерапии, потому что психотерапия по большей части так устроена, что, не относясь к пациенту как к личности, ничего невозможно сделать. Но тут мы сталкиваемся с очень интересными феноменами: даже если врач у нас готов к партнерской медицине – что далеко не всегда бывает – очень часто наши пациенты не готовы к ней. Они хотят, чтобы к ним относились, как к инфантильным существам, которые не будут ни в чем ориентироваться, ничего не будут знать. Им скажут – «принимайте это, такая-то операция, делайте то-то» – и они будут делать. У нас недавно закончил программу повышения квалификации один очень хороший врач. Он продолжает работать врачом, оперирующим хирургом. И один из мотивов получения им дополнительного образования по психотерапии был такой: он хотел реально на практике реализовать в своем отделении партнерскую медицину, пользуясь терапевтическими методами. Потому что когда он хотел без этих методов обсуждать с пациентами вопрос, нужно или не нужно делать операцию, у него это не получалось. Он объяснял пациентам: если сделаем операцию – риски такие-то, возможности такие, вероятность такая; а если не сделаем – риски такие, процессы такие, но вероятности тоже стопроцентной нет. Он хотел обсуждать это с пациентами на партнерском уровне, а пациенты этому противились. Они говорили: «Вы медик? Вы хирург? Вы профессионал? Делайте, что считаете нужным. Но вы и будете отвечать потом». Довольно сложно изменить привычные стереотипы: в одной дипломной работе было сделано такое наблюдение – слово «больной» в русском языке превратилось из прилагательного в существительное. Это не больной человек, т.е. человек, болеющий болезнью – это больной в смысле «больной, не мешайте».

- То же самое происходит в образовании. Психотерапия не только учителей, но через них и родителей и детей. В школах появились психологи.

Еще пример – влияние психотерапии на образование. В самом деле, практически во всех московских школах есть психологические центры, отделения, службы – по крайней мере, один психолог всегда есть. Действительно, сфера образования очень травматичная. Она травмирует всех участников. В той маленькой психиатрической больнице, которую я уже упоминал, были большие палаты на 18 человек. Обычно три палаты были женские, одна – мужская. В отделении наркологическом, алкогольном, было наоборот – одна женская и три мужских. И вот из 18 человек, которые обычно лежали в каждой палате, минимум 12, а часто и 15 – были учителя. Профессия действительно неблагоприятная.

Как еще психотерапия повлияла на образование? Есть прямые влияния. Например, знаменитый психотерапевт Карл Роджерс создал целое направление в образовании под названием «студентоцентрированное обучение». Как это выглядело на практике? Роджерс приходил в небольшую аудиторию. Там сидело, например, 10 студентов. И он говорил: «Вы пришли изучать психотерапию?» Студенты отвечали: «Да». Он говорил: «Вот учебники, вот я – я кое-что понимаю в психотерапии. Учитесь». Они не понимали: «Как это так, учиться?» А он: «Вы же учиться пришли психотерапии? Вам интересно? Вот и учитесь». Они: «Как

это? Вы нам должны лекцию прочитать». Он: «Пожалуйста. На какую тему?» Они: «Так это Вы должны знать, на какую тему». Т.е. он отдавал всю инициативу студентам. Они, конечно, иногда злились – что-то тут неправильное происходит. Но в конце концов, брали инициативу и начинали управлять этим процессом. Они становились субъектами процесса образования: читали книги, ставили вопросы, выбирали, что читать и какую тему обсуждать. Это действительно, динамический, очень хороший процесс. Его, конечно, трудно проводить в большой аудитории. Но сам принцип студентоцентрированного обучения – это явное влияние клиентоцентрированной психотерапии Роджерса на образование. Кроме того, происходит вовлечение в образовательный процесс родителей – как это часто бывает в современной школе или современном вузе, когда оказывается, что родители тоже вовлечены в этот процесс, невозможно учить ребенка как если бы он был один – он член семьи, он единица в этой системе.

Вот пример. Ко мне на консультацию приводят ребенка примерно 10 лет – это 3-й или 4-й класс. Каков запрос? Мама говорит, что его собираются выгнать из школы, потому что он делает огромное количество грамматических ошибок. Учительница пытается говорить с ним сначала мягко, потом все более жестко, а он все больше делает ошибок. Она вызвала родителей, говорит: «Он не может писать, помогайте, включайтесь в это». Папа включился, после чего количество ошибок стало еще больше – он стоял над ребенком и т.д. В общем, учительница поставила на педсовете вопрос, что ребенок не способен обучаться, его нужно переводить во вспомогательную школу. По виду мальчик не был олигофреном, все у него было благополучно. Мы провели маленькую психодиагностику, и оказалось, что у него вполне нормально развиты интеллектуальные процессы и все функции. Значит, дело было именно в самой системе, в которую были вовлечены уже родители, учитель и сам ребенок. Внутри этой системы чем больше было давление на ребенка, тем больше было шансов, что он совершит ошибку. В данном случае был применен прием парадоксальной интенции, или усиления симптома, по В. Франклу. Смысл заданий, которые я давал ребенку в кабинете, а потом на дом, заключался в том, чтобы он научился делать как можно больше ошибок. Понятно, что для того, чтобы сделать ошибку, нужно понимать, что ты делаешь ошибку, ты должен понимать, как писать правильно. Я попросил папу диктовать, а ребенка сделать минимум 30 ошибок. Он принес, гордый, 50 ошибок на одной странице. Папа тоже был горд своим ребенком, что он достиг такого результата. Соответственно, отношение к ошибкам в семье стало совсем другим – игровым, более легким – но с точки зрения русского языка никакого урона не произошло, потому что понятно, что он не ухудшал знаний. Я посмотрел его тетради и увидел, какие у него типичные ошибки. После этого я дал задание делать определенные ошибки – например, на пропуск буквы. Остальные ошибки не считаются, но нужно сделать в одном диктанте 30 ошибок на пропуск буквы, потом в следующем диктанте – 20 еще на какое-то правило и т.д. У нас было с ним порядка 3 занятий, и дома он писал диктанты. И уже в конце второй недели он пришел гордый, принес четверку. Учительница была счастлива, она тоже такого не ожидала. Для нее выгнать ребенка из школы – значит признаться в своей педагогической некомпетентности. Она была счастлива, потому что считала, что это ее усилия привели к такому результату. Поэтому психолог в школе – в данном случае, это было вне контекста школы, но это была школьная проблема – это очень

полезная фигура, потому что он влияет на сам процесс, но не с точки зрения содержания процесса, а с точки зрения психологического контекста, который вокруг учебного процесса складывается.

Итак, мы привели пример влияния психотерапии на образование: студентоцентрированное обучение (Роджерс) и школьная психологическая служба.

- На религию. Я недавно читала интервью Мадонны, и она сказала, что после того, как она прошла терапию, она стала приверженцем религии. Это пример того, как психотерапия может повлиять на религиозные убеждения человека.

Если обобщенно сформулировать, то ваш тезис звучит так: прохождение психотерапии может как-то влиять на религиозные установки, убеждения, на мотивацию религиозной жизни. Почему это может быть так? Психотерапия очень часто ставит перед человеком вопросы на смысл, или он сам в ходе психотерапии ставит перед собой вопросы на смысл: смысл семьи, смысл работы, смысл жизни в целом. И естественно, даже если психотерапевт – атеист, не имеющий никакого отношения к религии, но постановка вопроса на смысл перед большими вопросами бытия, перед жизнью и смертью – сама по сути содержит в себе религиозный посыл. И у человека, который вырвался в психотерапию из обыденности – а такое происходит, в психотерапии действует не обыденная логика, повседневная, рутинная – у него могут открываться некоторые импульсы к тому, чтобы обсуждать, обдумывать свою жизнь с помощью трансцендентных вещей, а не только в здесь-бытии, в горизонте здешнего бытия. В самом деле, такое бывает. Хотя, наверно, можно привести и противоположные примеры, но одна из возможностей обострения религиозного чувства вполне возможна в психотерапии.

- Я знаю, что очень большой процент католических священников имеет психологическое образование. Они считают это необходимым для спасения души.

Сейчас и православные священники часто проходят подготовку по психиатрии. Были попытки в Свято-Троицкой Сергиевской Лавре читать курсы психологии. Семинаристы проходят практику в Центре психического здоровья, потому что к ним приходит довольно много душевнонездоровых людей, и надо с ними разговаривать. А в католичестве это на самом деле более распространено: почти при каждом католическом храме есть психологическая консультация. У нас тоже в Москве в последнее десятилетие появились консультации при православных храмах. Подготовка католического священника по психологии действительно довольно значительна, потому что там очень распространена социальная работа с бедными, с нищими, куда вовлекаются психологи. И конечно, тут психологическая, социально-психологическая, психотерапевтическая подготовка очень важна. Одна моя знакомая на год ездила во Францию – у нее было желание помогать бедным французским старушкам. Она устроилась в один дом для пожилых и бездомных на юге Франции. И прежде чем она начала работать – это благотворительное заведение было при католическом монастыре – она прослушала двухмесячный курс по психологии и психотерапии. Они не профессионалы, это уровень санитаров, социальных работников непрофессиональных – но тем не менее, им положено прослушать двухмесячный курс.

- Например, семья. Молодые супруги решили обратиться в консультацию с какой-то проблемой. После этого у них появился ребенок. Их отношение к воспитанию ребенка после консультации изменилось.

Что касается семьи как института и как сферы культуры, конечно, психотерапия здесь оказала значительное влияние и в отдельных случаях, и в целом в отношении к институту семьи. В ряде европейских стран узаконены гомосексуальные семьи. Это, в общем-то, влияние психотерапии, потому что еще в теории Фрейда отношение к разным формам сексуальности было этически выравнено. Если разные формы сексуальности есть всего лишь фиксация либидо на том или другом объекте, и она не зависит от прихоти или воли человека, то какие у нас есть основания считать, что один вид сексуальности правильный, другой неправильный и т.д. Все равны между собой. Отношение к гомосексуализму в Европе и в европейской психотерапии очень благожелательное. У нас была противоположная крайность – при Советской власти эти отношения преследовались как уголовное преступление. В Европе тоже наблюдается довольно большой конфликт по этому вопросу, особенно между католическими кругами и чрезмерно либеральными. Но я думаю, ответственность за то, что в институте семьи появилась такая разновидность как гомосексуальная семья – это точно влияние психотерапии. Другое дело, что оценки могут быть очень разными, это очень острая тема, но с точки зрения нашей проблематики это точно влияние психотерапии. Есть и другие примеры, но один из них такой.

- Раньше люди были очень религиозными, и для того, чтобы решить какую-то сложную проблему, они шли молиться и ставить свечку. А сейчас человек обращается к психотерапевту. Например, я знаю конкретного человека, который отошел от религии полностью, отказался от религии и пошел в психологию.

Т.е. это другой пример конкурентного влияния психотерапии на религию. Эта тема тоже широко обсуждается, что психотерапия стала в современной секуляризированной культуре во многом заместителем религии (секуляризация – это процесс обмирщения, т.е. ухода от религиозной жизни). И с этой точки зрения действительно можно сказать, что люди, которые могли бы оказаться на исповеди, оказываются в кабинете психолога, и он им с удовольствием отпускает грехи, которые сам тоже совершает. Вопрос более глубокий, мы его еще будем рассматривать.

- Про спорт – появляется популярная профессия спортивного психолога, человека, который помогает спортсменам переживать какие-то неудачи и возвращаться в большой спорт. Сейчас есть очень много известных спортивных психологов. И это большое влияние психотерапии не только на физические проблемы, но и на психологические. Потому что спортсменам бывает очень тяжело иногда сконцентрироваться.

Да, в современном спорте больших достижений роль психолога становится очень большой. Вот еще один конкретный пример. Ко мне как-то обратился папа, он же тренер девочки, которая занималась теннисом. У нее уже были очень серьезные достижения: в тренировочных играх она обыгрывала знаменитую в то время теннисистку Наталью Звереву. Но когда дело доходило до соревнований, она проигрывала все подчистую. Папа-тренер обратился ко мне с таким парадоксом – девочка умеет играть в теннис очень хорошо, и на тренировках отлично это делает, но на соревнованиях проигрывает. Мы с ней провели небольшое психодиагностическое исследование – у меня была гипотеза, которая подтвердилась во время этого психодиагностического исследования – что проблема в данном случае в уровне притязаний и в проблематике, связанной с оптимумом мотивации. Можно вспомнить кривую оптимума мотивации Йеркса-Додсона, которая показывает, что максимум достижений приходится на ту зону, где задачи не слишком трудны, но и не слишком легки.

И когда мы проанализировали взаимоотношения между папой-тренером и теннисисткой, то оказалось, что перед соревнованиями он ее чрезвычайно «накручивает». Он пытается повысить ее заинтересованность. Его логика такая: чем больше будет ее мотивация, тем лучше она выступит. Но она проходит через пик кривой Йеркса-Додсона и оказывается уже в той зоне, где она гипермотивирована. А когда человек гипермотивирован, он не может свободно играть, он делает некоторую работу, закрепощается, и уровень достижений снижается. Соответственно, задача состояла в том, чтобы перестроить способ мотивирования девочки со стороны тренера-папы. Мы применили небольшую хитрость: перед некоторыми соревнованиями, в которых в самом деле можно было не занимать высокие места, он ей говорил, что исходя из командной ситуации получается, что если она из трех матчей, которые ей предстоят в этом турнире, проиграет два – это для команды в целом будет даже выгоднее по каким-то соображениям. Т.е. он, наоборот, работал на снижение у нее уровня мотивации и тем самым попадал в ту оптимальную зону, в которой она чувствовала себя раскованно, свободно – и выигрывала все три матча.

Начиная примерно с 70-х годов психологи очень интенсивно работают в области спорта, используя не только индивидуальные, но и групповые формы работы. Вы видели, как волейболисты после каждого выигранного мяча сходятся в центре площадки и хлопают друг друга по рукам? Это стало уже волейбольной модой, но по происхождению это элементы группового тренинга. Потому что волейбол такая игра, где нужно очень хорошо чувствовать партнеров, не видя их: разводящий должен отдать пас, стоя спиной; играющие должны все время быть в почти телесном контакте. И вот с волейболистами проводились такого рода тренинги. Да, в современном спорте, в спорте высших достижений без психотерапии делать нечего.

Итак, сейчас наша табличка выглядит так:

Таблица 1-2.

**Влияние психотерапии на культуру**

Религия	Искусство	Спорт	Наука	Медицина	Образование	Мода	Политика	СМИ	Семья
Возможность обострения религиозного чувства (или атеизма) в ходе психотерапии, подготовка священников по психологии	Фильмы «Игры разума», «Пролетая над гнездом кукушки»	Индивидуальная и групповая работа со спортсменами		Партнерская медицина	Школьные психологические службы, студенто-центрированное обучение	Подчеркивание здоровой женственности			Узаконены гомосексуальные семьи

Я вас прошу дозаполнить табличку, привести свои примеры.

Давайте теперь в более быстром темпе пройдем второй вопрос, противоположный – **влияние культуры на психотерапию**. Соответственно, будем рассматривать влияние какой-то из этих сфер культуры на то или иное направление психотерапии.

- Например, мода. Были времена, когда были популярны хиппи. И вместе с этим движением появилась ЛСД-терапия и т.д. Мода повлияла на психотерапию.

А где здесь психотерапия? Ваша идея: движение хиппи в 60-е годы – движение за человеческую свободу, человеческий потенциал, человеческие возможности и т.д. – привело, в частности, к тому, что было довольно много экспериментов с разными состояниями сознания, в том числе с использованием наркотических средств, таких как ЛСД. И потом уже, в конце 60-х годов, Станислав Гроф стал применять ЛСД-терапию. Когда американский закон запретил употребление наркотических средств, Гроф стал использовать холотропное дыхание для достижения той же самой цели. Мы можем сказать отчасти, что некоторое культурное движение хиппи прямо или косвенно повлияло на использование наркотических средств в психотерапии.

- Если взять такие сферы как искусство и спорт, то под их влиянием возникли различные новые направления психотерапии – арттерапия, трудовая терапия и т.д.

Да, мы знаем, что психодрама – одно из первых и одно из самых ярких направлений, в котором Морено использовал идею театра в терапевтических целях. Сейчас практически невозможно назвать такое искусство, которое так или иначе не было бы вовлечено в терапевтический дискурс и терапевтическую работу. На нашем факультете есть программа повышения квалификации под руководством Варвары Владимировны Сидоровой – использование разных форм самовыражения в психотерапии. Также у нас есть курс «Метанавыки терапии», где участвовала в качестве преподавателя Татьяна Куинджи, заслуженная артистка России, и под ее руководством четверокурсники пели, мычали, кричали. В другом направлении этого курса использовались элементы контактной импровизации, танцевдвигательной терапии. Арттерапия – одна из развитых форм терапии, и это действительно явное влияние искусства на психотерапию.

Использование разных видов искусства – одно из перспективных направлений развития психотерапии. Но мы можем увидеть не только внешние влияния. Есть еще и другой, более глубокий пласт. Вы, наверно, помните по курсу истории психологии, что Фрейд начинал свою работу с Брейером с катартического метода. Само понятие «катарсиса» – это понятие древнегреческой эстетики, означающее очищение аффекта. Аристотель считал, что один из смыслов искусства – катарсис, очищение аффекта. Аффект может быть темным, но если зритель видит его разыгранным в драме, происходит процесс катартического освобождения от темных аффектов. И Брейер просил своих пациентов рассказывать истории своей жизни, докапываясь до тех моментов, при воспоминании о которых возникал катарсис, инсайт, очищение. Фрейд тоже начинал с этого. Потом линии развития Фрейда и Брейера довольно сильно разошлись, но сама идея катартического влияния очень сильна в психотерапии самых разных направлений, начиная от таких элитарных направлений как психоанализ – и заканчивая совершенно популярными идеями, когда на выходе из фабрики в Японии стоят куклы, изображающие лица начальников цехов, и рабочий может отвесить оплеуху этой кукле. По мере выражения своей агрессии на кукле у рабочих снижается уровень напряжения. Здесь воплощена идея примитивного катартического отреагирования.

- По поводу влияния политики на психотерапию. Некоторые политические режимы накладывают запрет на психотерапию, указывают ее место в обществе, и куда ей развиваться. Например, в Советском Союзе многое было запрещено, психотерапия не развивалась. Другие коммунистические и диктаторские режимы тоже определяют развитие психотерапии.

Да, это действительно точный и важный аспект разговора – влияние политической системы на психотерапию. В Советском Союзе терапия, разумеется, развивалась – но какая именно психотерапия? Развивалось в основном то, что называется медицинской моделью психотерапии. В самом деле, в центре психотерапии в большинстве направлений – идея личности, идея свободы личности, человеческого достоинства, и тоталитарные режимы – такие как большевистский режим, которым переболела наша страна, или фашистский режим – такого типа тоталитарные режимы, конечно, не выдерживают эту идею как главную, как центр политической системы. Это неудобно – удобнее всех построить, загнать всех в лагерь, или на завод, или еще куда-то, а разбираться с каждым человеком отдельно – это очень неудобно, хлопотно, дорогостояще и т.д. Поэтому психотерапия в таких странах всерьез развиваться не может. Например, Фрейд подвергался преследованиям гестапо, чудом удалось его избавить от концлагеря, и он оказался в Лондоне. Поэтому по тому, какая в стране психотерапия, мы можем многое сказать о том, какой политический режим в стране.

Влияния запрещающего рода, разумеется, искажают психотерапию. Но не менее искажающим может оказаться и предписывающее влияние государства. Б.Н. Ельцин, президент Российской Федерации, в 1996 году, когда был избран на второй срок, издал первый президентский указ о возрождении и развитии психоанализа в России. После этого западные радиостанции отреагировали на этот указ так: «Руки прочь от российской науки». Дело объяснялось просто: первые 2 или 3 пункта указа были – развить философский, развить прикладной психоанализ, клинический психоанализ. А четвертый пункт был такой: выделить в Санкт-Петербурге на Литейной улице здание номер такой-то для института психоанализа. Весь смысл указа сводился именно к этому зданию, а не к развитию, и дело ограничилось зданием в Петербурге. Оно было отдано людям, которые участвовали в президентской кампании. Рейтинг Ельцина был крайне низок перед голосованием, но благодаря работе психологов рейтинг увеличился и Б.Н. Ельцин был избран на второй президентский срок.

Это, конечно, крайние случаи, но бывает, что политики заказывают психотерапию. За последние годы было довольно много экстремальных ситуаций. Атомная лодка «Курск» затонула, и сотрудники нашего факультета ездили работать в основном с вдовами погибших моряков. События в Беслане, на Дубровке и т.д. – в каждом таком эпизоде участвовали психологи, в том числе и нашего университета. Мы проводили после этих событий супервизорские занятия с психологами по поводу трудностей работы с тем или другим случаем. И довольно часто приходилось открывать такую, казалось бы, странную вещь: когда с психологом анализируешь подробно ситуацию – с помощью игрушек, такая игрушечная психодрама как метод анализа консультативного случая – почти всюду оказывалось, что одна из фигурок, которую выбирали терапевты, анализируя свой случай, была фигура, которая изображала власть, в пределе президента страны. В терапии всегда есть не только клиент, но и заказчик. Часто они совпадают: если приходит взрослый человек, у которого есть какие-то проблемы, то он сам является и заказчиком, который платит деньги за терапию, и он же является и клиентом. А в детско-родительской терапии это не совпадает: родитель часто оказывается заказчиком, он приводит подростка и говорит – сделайте с ним то-то. Родитель платит деньги, он заказывает работу, а клиентом является ребенок. Заказчиком в случаях политических потрясений или экстремистских действий оказывается

государство. И это накладывает свою печать на непосредственный процесс работы, потому что у государства заказ в подобных случаях такой: успокоить, сделать так, как будто бы ничего не было. Поэтому детей, у которых погибли в Беслане одноклассники, сажают на автобусы и везут путешествовать по Европе. Какой смысл этого псевдопсихотерапевтического или социопсихотерапевтического действия? Отвлечь, развеяться, забыть, показать, что не все так плохо в этом мире – в общем, залечить травму. Но конечно, если бы не было подобного заказа государства, психотерапевт сам себе этого позволить бы не мог, потому что это прямо противоположно смыслу этой ситуации. Если погиб твой соученик, то получается, что ты едешь в Европу путешествовать для того, чтобы забыть, как бы на его крови – если доводить это все до предела. Ситуация сама не перерабатывается, человек вместо того, чтобы горевать, развлекается. Т.е. искажаются глубинные человеческие психологические процессы. Поэтому нам может казаться, что политика – это где-то там, далеко, а психотерапия – вот мы сидим в кабинете, и нас это не касается. Нет, оказывается, политика повсюду, и в кабинет она тоже входит, и поэтому нам нужна специальная рефлексия в тех случаях, когда мы работаем в ситуации политического заказа. Мы должны переформатировать ситуацию так, чтобы все-таки служить личности, конкретному человеку, а не политической системе – даже если она хорошая. Потому что у нее свои задачи, свои законы и свои требования, которые не учитывают психологическую реальность.

- Наука, например. Житейская психология была издревле, но с накоплением опыта появилось желание сделать такую науку – психологию. И наука психология влияет на психотерапию – что нужны какие-то факты, чуть ли не математика, чтобы был виден результат психотерапии.

Мы будем специально обсуждать влияние психологии на психотерапию, а вот наука в целом, как культурный институт, наука и техника, какое влияние на психотерапию оказывают?

- Например, интернет, возможность вести конференции, сидя у себя дома. Даже инвалиды получили возможность быть полноценным человеком.

Это так, но интернет влияет и более прямо: сейчас все больше развивается интернет-консультирование. В разных формах – icq, sms, в режиме видеоконференции. Технические средства, развитые современной наукой и техникой, вклиниваются в терапевтический процесс.

Может быть, еще в двух словах скажу про влияние культурной ситуации в целом. Как зарождалась психотерапия, если вести отсчет современной психотерапии от Фрейда? Для этого нужно представить себе культурную ситуацию Европы, и более прицельно – Вены – конца XIX века. Эта эпоха характеризуется термином «модерн», или модернизм – уже как направление искусства. В чем смысл эпохи модерна? По самому значению слова мы знаем, что модерн есть нечто новое. И в самом деле, в тот период было ощущение наступающих новых времен – как история показала, правильное ощущение: на рубеже XIX-XX века действительно наступили совершенно новые времена. Вся культурная атмосфера Вены была пронизана противопоставлением культуры и природы. Было ощущение, что культура, закон, цивилизация оказывают подавляющее влияние на человека, и соответственно, часто в искусстве культивировались нарочито природные формы. Если вы посмотрите на здания в стиле модерн – например, в Москве, на Никитских воротах; в Риге, в Германии югенд-стиль

– то увидите, что здания эпохи модерн отличаются тем, что в них почти всегда есть ассиметричность, часто присутствуют растительные орнаменты, закругленные окна. Это попытка в архитектурном виде выразить некоторую природную, иногда аллегорическую (с изображением мифологических существ) составляющую. Если теперь перекинуть мостик от этой оппозиции культуры и природы, от архитектуры и других видов искусств, в которых выразился модерн, к теории Фрейда, можно отметить, что одной из самых явных оппозиций Фрейда является оппозиция природного начала, которое символизируется в фигуре Ид – и цивилизационного, подавляющего культурного начала, которое символизируется в фигуре Супер-Эго. Вся драма борьбы, напряжения между этими инстанциями в личности воспроизводит одну из важных оппозиций, которая тогда была модна и обсуждалась активно в этой культуре. То, что я вам рассказал, подробно анализирует И.Ю. Романов в своей книге. Можно посмотреть на исток, зарождение нашей психотерапии в культурном контексте центральной Европы конца XIX века.

Давайте подытожим эти две темы таким понятием. Владимир Майков, один из наших известных специалистов, который занимается трансперсональной психотерапией, ввел понятие «маятник психотехники». Он описывает с помощью данного понятия такую зависимость, когда культура влияет на психотерапию, психотерапия в свою очередь влияет на культуру, и наблюдается цикличность этих влияний. В качестве примера можно привести К.Г. Юнга, который ассимилировал в своей системе многое из восточных религиозных традиций, а потом уже через Юнга стали распространяться разного рода восточные традиции, в том числе в виде медитативных практик. Вы знаете, что в 60-х годах – в частности, во время движения хиппи – было довольно сильно распространено в Европе и Америке движение йоги. Оно и сейчас осталось, но не так явно выражено. Получается, что психотерапия может становиться как бы переносчиком культурных влияний, пересеживая их из одной культуры в другую – как произошло, например, с использованием разных медитативных техник, которые развиты были в восточных религиозно-философских традициях.

Мы с вами только прикоснулись к этой теме, и последнее, что я хотел бы сделать – это общий вывод. Мы видим даже в нашем довольно поверхностном разговоре, насколько сильны взаимовлияния психотерапии и культуры. Из этого следует совершенно практический вывод: во-первых, мы с вами как представители этой профессии должны рефлексировать, что мы участвуем в каком-то большом культурном процессе. Мы не можем делать вид, что мы тут ни при чем, у нас маленький кабинет, мы занимаемся исцелением человека от симптомов и нам нет дела до того, что происходит вокруг. Нам есть дело, потому что из этих маленьких кабинетов потом выходят большие люди со своими теми или другими комплексами, установками, ценностями, которые здесь воспитаны. И мы не можем отмахнуться от того факта, что их влияние на жизнь, на культуру может быть очень сильным.

С другой стороны, психотерапевт должен по возможности, насколько хватает сил и таланта, расширять свой культурный диапазон, потому что в психотерапии возможно использование всех видов искусства, культуры, метафоры, накопленных здесь идей и направлений. Поэтому мы являемся фигурами, как ни странно, центральными в современной

культуре. Это может быть плохо, мы не заслуживаем этого места, но так случилось. Например, так случилось, что недавно, во время кризиса, очень многие наши с вами коллеги работали в командах, которые занимались кризисным управлением в небольших корпорациях и проводили коучинг с ведущими представителями отечественного бизнеса. И это значит, что от того, как наш профессор Андрей Феликсович Копьев или Марина Мелия проведут разговор, зависят, может быть, тысячи и тысячи людей, судьбы нефтяной отрасли и т.д. Потому что от этого консультативного сеанса, от того, как у какого-то олигарха складывается его личная судьба, зависит принятие им глобальных стратегических решений, и мы к этому имеем отношение. Давайте попробуем в себе воспитать чувство ответственности и участия. Мы не можем сублимировать ответственность, мы не можем отворачиваться и делать вид, что не имеем к этому никакого отношения.

Таблица 2.

**Влияние культуры на психотерапию**

Религия	Искусство	Спорт	Наука	Медицина	Образование	Мода	Политика	СМИ	Семья
Использование восточных религиозных традиций (Юнг)	Использование разных видов искусств как методов психотерапии, катарсис, влияние эпохи модерн на ПТ Фрейда		Использование достижений науки и техники в ПТ: интернет-консультирование, консультирование с использованием СМС...				Запрещение или предписание тех или иных направлений ПТ. Государство как заказчик ПТ при чрезвычайных ситуациях, терактах и т.д.		

Давайте теперь перейдем к еще одной теме, прямо связанной с этой: **сходство и различие психотерапии с разными феноменами культуры**. Попытаемся их сравнить, сопоставить. Как здесь стоит вопрос? Мы теперь показываем не их взаимное влияние, а всматриваемся в те или иные культурные ситуации и ставим перед собой вопрос: чем они похожи на психотерапию и в чем их отличие? Понятно, что психотерапевты существовали не всегда. А страдания существовали всегда, и люди друг другу помогали, оказывали поддержку – в том числе и психологическую – в разных формах. Есть ли психотерапевтический потенциал у литературы? У поэзии, у музыки, у спорта? Разумеется. Мы знаем довольно много способов, когда люди не обращаются к психотерапевту, а пытаются справиться со своими душевными страданиями с помощью каких-то других культурных форм. И для нас важно сравнить то, как люди помогают друг другу в жизни – с профессиональной психотерапевтической помощью. Давайте выберем какой-то феномен, близкий с психотерапией, и попытаемся сравнить.

- Религия. Люди ходят на исповедь. Или 12-шаговая система.

Нет, 12-шаговую систему можно считать профессиональной психотерапией. Хотя она организована так, что там профессионалов уже нет, но все-таки она продумана профессионалами, они в этом участвуют, но потом отпускают на свободу – но все-таки под своим контролем.

Давайте возьмем исповедь. Действительно, очень близкий к психотерапии феномен. Попробуем их сравнить. Наша задача указать на сходство и различия. Я предлагаю записать в такую таблицу: исповедь, параметры сравнения, психотерапия. Давайте укажем на несколько параметров, по которым мы ищем это сходство.

Таблица 3-1.

**Сходство и различие психотерапии с разными феноменами культуры**

Параметры сравнения	Исповедь	Психотерапия

- Выговаривание.

Это по какому параметру?

- Форма подачи информации. Форма изложения, общения – устно.

Исповедь может быть письменной и психотерапия тоже. Давайте напишем так: способ изложения. И тут мы видим сходство, я не вижу какого-то отличия: и там и там это в основном устная форма рассказа о себе.

- Катарсис.

Катарсис – это что, механизм?

- Механизм влияния.

Это по какому параметру – сходство или отличие? Сходство. И там и там есть катарсис. Мне кажется, вы указываете на некоторый механизм влияния на душевное состояние. И в психотерапии может быть катарсическое влияние, катарсис, и в исповеди то же самое. А может ли по этому параметру – механизм влияния – быть какое-то отличие? Вот тут сходство – если человек выговорился на исповеди или на психотерапии, он может испытать облегчение от самого этого факта. А есть ли какие-то отличия по этому параметру?

- Исповедь, наверно, это больше для себя, духовное очищение, а психотерапия – это может быть направлено на социальную желательность, на решение проблем – более формальные вещи.

Здесь вы ввели другую оппозицию – по задачам и целям. Вы сказали так: исповедь направлена на духовное очищение, а психотерапия на это не направлена. Она направлена на решение проблем. Иногда духовное усилие во время исповеди может не решать, а ставить новые проблемы, новые задачи; вовсе необязательно возникновение облегчения. Но цели здесь, конечно, разные.

- Это свойственно и для психотерапии.

Да. Но по целям – важное различие.

- По инструментам. У психотерапии – это могут быть методики, тесты, беседа, а в религии это в большей степени беседа, или монолог.

Вопрос о средствах, с помощью которых оказывается духовная или психотерапевтическая помощь. В чем разница, по-вашему?

- Средства психотерапии – использование научных терминов, фактов, их применение, а в религии больше житейской психологии.

Применение научных методов в психотерапии. А в религии, конечно, не житейская психология. Потому что священник тоже опирается не на личный житейский опыт, он опирается на опыт тысячелетних традиций аскетической практики, потому что он знает, что с одним и тем же грехом зависти, ревности или еще каким-то, с одной и той же страстью боролись люди на протяжении тысячелетий, у них есть опыт преодоления этого греха. И он во время исповеди может транслировать этот опыт. У него нет четких методов, хотя все же

более-менее отработанные алгоритмы действий есть. Я бы сказал так: в психотерапии – это научный метод, а тут я бы написал – аскетический опыт. Аскетика – это искусство построения личности. О. Павел Флоренский формулировал так: «Это художество из художеств – искусство выделывания своей личности». Т.е. когда человек вытраивает как произведение аскетического искусства свою собственную личность. Аскетика вообще означает упражнения, и она есть в любой области. Есть ли аскетика у спортсменов? Есть – он должен следить за своим режимом, питанием и т.д. Точно так же аскетика и здесь. Так вот, в качестве средства, мне кажется, священник прежде всего опирается на аскетический опыт – либо свой, либо своих предшественников – и транслирует его исповедывающемуся.

- Может быть, параметр побуждения? Если к психотерапии может побудить любой человек, то исповедь – это более личное такое побуждение.

Хорошо, еще один параметр – побуждение или инициатива. Вы говорите, что в исповеди инициатором оказывается сам человек, а в психотерапии – не всегда так: иногда сам, иногда другой.

- Не обязательно. Человек, например, учился в религиозной школе. И даже если у него не было желания пойти на исповедь, но он шел, потому что по праздникам, например, положено ходить на исповедь. Он не хотел учиться, не хотел исповедоваться, но родители заставляли.

Получается, что в случае исповеди тоже может так оказаться, что инициатором оказывается другой человек. По параметру инициативы между психотерапией и исповедью существует скорее больше сходств, чем различий. Потому что в психотерапии тоже инициатором может быть другой человек, даже судебная система. Вы знаете, что в Америке существует форма принудительной психотерапии как одна из форм наказания за уголовное преступление: либо человек соглашается на принудительную психотерапию, либо отправляется в тюрьму. Или детско-родительские отношения. Вот пример: ко мне в кабинет входит родитель и втягивает за руку мальчишку лет 12. Толкает в кресло, мальчик падает, родитель достает из кармана конверт с деньгами, кладет на стол и говорит: «Учиться не хочет, сделайте что-нибудь». И выходит за дверь. И вот мы сидим: подросток, я, конверт с деньгами между нами. Кто тут инициатор? Конечно, другой человек, родитель. Но может ли психотерапия начинаться без того, чтобы сам этот подросток тоже стал инициатором? Нет. Принудительно это невозможно. Много есть вещей, невозможных принудительно. Принудительно нельзя человека ничему научить. Конечно, в университете есть дисциплинарная система, есть обязательства, за которыми следят методисты, преподаватели и т.д. Но все равно, принудительно ничего запомнить, выучить, понять невозможно. Я не могу сказать – сейчас я заставлю вас что-то понять. Это зона внутренней свободы. В психотерапии точно так же, даже больше. Поэтому, как бы то ни было, инициатором и настоящей исповеди, и настоящей психотерапии всегда реально становится сам человек. А искусство психотерапевта или священника состоит в том, чтобы помочь человеку – даже если дело началось с принуждения – сделать самому шаг к исповеди или психотерапии.

Еще есть идеи на эту тему? Тогда пойдем дальше. Как вы понимаете, мы не исчерпали эту тему, она обширна, и я сейчас опирался в основном на то, что говорили вы.

Сходство и различие психотерапии с разными феноменами культуры

Параметры сравнения	Исповедь	Психотерапия
Способ изложения	Устная форма рассказа о себе	Устная форма рассказа о себе
Механизм влияния на душевное состояние	Катарсис	Катарсис
Задачи и цели	Направлена на духовное очищение	Направлена на решение проблем
Метод	Аскетический опыт	Научный метод
Инициатива	Сам человек или другой человек	Сам человек или другой человек

Тогда я поставлю следующий вопрос, и с вашего позволения в оставшееся время с целью экономии времени проведу его в лекционной форме.

**Культурно-антропологические условия возможности психотерапевтического опыта.** В чем тут вопрос? Если мы посмотрим на историю человечества, то окажется, что психотерапия – довольно редкая птица. Психотерапия в современном смысле этого слова существует всего 100-120 лет – очень небольшой срок для культурного феномена. Что-то похожее было в Древней Греции, у стоиков – но все же это не современная психотерапия. Это очень молодая отрасль культуры, и неизвестно, надолго ли она задержится на Земле. Будем честны – если бы сейчас исчезли все врачи, то непонятно, как можно было бы справляться с таким количеством болезней. Но если бы в один прекрасный миг исчезли бы все психотерапевты, то я думаю, что человечество как-нибудь выжило бы. Это нас призывает к некоторому смирению. Но если мы посмотрим не только вглубь веков, но и оглянемся в географическом смысле, то окажется, что психотерапия – даже в таких развитых странах как Япония – конечно, существует, но она совершенно не так широко представлена, как в Европе. Собственно, и в России есть только несколько городов, где психотерапевтов много и эта услуга востребована. В провинции психотерапевт тоже редкая птица.

Получается, что в истории складываются иногда такие обстоятельства, такой культурный контекст, в котором появляется психотерапия. А есть много культурных контекстов, в которых психотерапия не существует, не появляется, и люди какими-то другими способами справляются со своими душевными невзгодами, без профессиональных психотерапевтов. Давайте подумаем, что это за условия – условия возможности психотерапевтического опыта.

- Мне кажется, тут важны культурные различия, потому что Европа – это общество индивидуалистов, а для восточных культур характерно больше коллективное сознание.

В самом деле, если мы подойдем к этому вопросу так, как подошли вы – противопоставим Запад и Восток и посмотрим, где больше развита психотерапия – то увидим, что психотерапия больше развита на Западе. А почему? Город и деревня – где больше психотерапевтов? В городе. Если взять политическую систему – в демократических странах больше развита психотерапия или в тоталитарных? В демократических. Это факты. А теперь попытаемся понять, почему так происходит.

Почему на Востоке меньше психотерапии? Один из очевидных и точных ответов на этот вопрос состоит в различии разного типа культур. Если западная культура, особенно англо-саксонская, североамериканская культура – это культуры индивидуалистические, то восточные культуры – культуры коллективистические. И соответственно, в коллективистических культурах складывается ситуация, где системы поддержки – семья,

общество, коллективы – устроены таким образом, что их оказывается достаточно для человека без того, чтобы развивалась профессиональная культура психотерапии. Разумеется, в той же восточной культуре есть некоторые аналоги психотерапии – например, институт гейш в Японии. Школа гейш предполагает, что человек готовится несколько лет, сдает довольно сложные экзамены, он должен владеть в совершенстве искусством коммуникации, рисования, каллиграфии и т.д. То есть это должен быть очень образованный и очень коммуникабельный человек, хороший психолог в житейском смысле, хорошо понимающий душу человека. Но в целом, это не психотерапия, хотя и там порождаются некоторые особые фигуры – они всегда есть, в любой коллективистической культуре – особые выделенные фигуры для оказания помощи. Такие, как например в восточной православной культуре фигуры старцев. Это, конечно, священник, но это особый священник, это гениальный в духовном смысле человек, который выходит за стены монастыря для того, чтобы оказывать помощь простым людям, не являющимся монахами, не идущим монашеским путем.

Итак, Запад и Восток. В чем тут еще отличие? На Востоке ритуализация жизни намного выше. А западная культура – более авантюрная культура. Традиционная американская культура – это культура индивидуалиста-авантюриста, который завоевывает все новые и новые земли на свой страх и риск. А коллективистическая культура, к примеру, Японии устроена так, что ты не можешь перепрыгнуть через несколько ступенек, например, карьерной лестницы. Ты должен прийти в корпорацию и пройти все ступени. Если в США человек не сменил работу в течение 7 лет – это что-то подозрительное, а если в Японии он каждые 7 лет меняет работу, то это тоже подозрительно. Понятно, что в ритуализированной, жестко построенной алгоритмами культуре больше психологической стабильности, больше возможностей получить системную поддержку от корпорации, чем там, где человек один на один с трудностями. Американский миф: одиночка, сирота – а потом стал президентом США. Но на этом пути от одиночки, сироты и т.д. до президента США ему нужна какая-то поддержка, поэтому здесь фигура психотерапевта выглядит более находящейся на своем месте. И еще тут важна духовно-религиозная подоплека. Хотя сама культура современной Японии и современной Америки – несмотря на то, что на долларе написано, что «мы веруем в бога» – все-таки секуляризованная культура, но подкладка культуры – это всегда культ. Американская культура построена на идее личного спасения. Первые переселенцы в основном были протестантами, которые убежали во многом от религиозных преследований и основали современную американскую культуру. И почему такой энтузиазм, такая экономия были развиты – потому что по некоторым протестантским воззрениям, успех в земной жизни является свидетельством твоего спасения, предназначенности к спасению. Поэтому мотивация зачинателей современного американского общества была построена прежде всего на религиозной мотивации: если я достигаю успеха в земной жизни, то я спасен. А вот на Востоке преобладают религиозные установки, когда спасение рассматривается как идея растворения личности в стихии, в каком-то безличном начале и т.д. Поэтому там, где значение личности меньше, там соответственно, психотерапия может появиться с меньшей вероятностью. Вот некоторые причины, по которым на Востоке психотерапия развита меньше, а на Западе больше.

Город и деревня. Почему в деревне нет психотерапевтов?

- В деревне менее стрессогенная ситуация, а город – это бурлящая жизнь.
- В деревне все друг друга знают.

Стрессогенность, все друг друга знают. А еще? То, что все друг друга знают – это как раз препятствие психотерапии. Потому что одно из условий современной психотерапии – конфиденциальность. Обеспечить в деревне конфиденциальность довольно сложно. Даже если никто ничего не расскажет, что было на сеансе, но сам факт, что Мария Ивановна пошла в избу к Зигмунду, будет обговариваться по всей деревне. Поэтому сам факт посещения психотерапевта будет известен.

- В городе более образованные жители, чем в деревне. В деревне вообще могут не знать, что такое психотерапия.

Теперь, поскольку деревня смотрит телевизор, уже знают. У меня был забавный эпизод: мы приехали на два дня к знакомым в деревню. И тут случился традиционный для российской деревни инцидент: человек – конечно, выпивший – попал под трактор, да и тракторист был пьяный. Слава богу, человек остался жив, но был сильно травмирован. С его матерью, которая жила в соседнем доме, случился приступ – повышенное давление, она чуть ли не в обмороке – и хозяйка дома, зная, что я занимаюсь психотерапией, сказала: «А не можете ли вы помочь?» Я ответил, что я все-таки не врач, да и что я могу сделать? Она настаивала: «Ну как-нибудь, что-нибудь сделайте». Они меня уговорили, хотя это было весьма рискованное предприятие. И я спросил: «А как вы объясните этой бабушке, кто я такой? Скажете, что я психотерапевт?» Она: «Ну как-нибудь объясню». Я иду в этот дом и вижу такую сценку: стоят несколько кумушек, которые до этого были в доме, хозяйку обмахивали полотенцем, брызгали водой и т.д. Они как-то притихли, прижались, и собачка стоит, тоже хвостик поджала – и смотрят на меня как на какое-то странное существо. Я зашел к этой бабушке, она действительно была не в очень хорошем состоянии. Я понял, что мне нужно сделать – я провел с ней сеанс релаксации-гипнотизации, чтобы она погрузилась в сон, дал некоторые гипнотические инструкции на отдых, расслабление. Она заснула, проспала несколько часов, и давление немного нормализовалось, и общее ее состояние стало более спокойным.

На следующее утро мы рано уехали, но потом хозяйка рассказала мне продолжение этой истории. Утром она вышла, пошла за покупками – приехала автолавка, которая привозит продукты. А в деревне все произошедшее накануне уже было известно. И другая бабушка, стоящая в очереди рядом с моей хозяйкой, сказала: «Слушай, Семеновна, твой этот хазер-то не уехал? Может, поможет? А то у меня что-то спину защемило». А «хазер» – может, я неточно называю – но они все смотрели какой-то мексиканский сериал, и там был персонаж, наполовину маг, наполовину психотерапевт, и они меня тоже зачислили в этот ряд и соответственно, могли обращаться по поводу ломоты в спине. Но вы правы, конечно, общий культурный уровень предполагает, что если они и пользуются, как в этом случае, услугами психотерапевта, то думают, что пользуются услугами хазера.

## Тема 2. Психотерапия как профессия

*Влияния психологии на психотерапию. Влияния психотерапии на психологию. Сравнение психотерапии с непрофессиональной психологической помощью. Классификация видов психотерапии по общетеоретическим подходам и школам. Классификация видов психотерапии по формам работы. Классификация видов психотерапии по сферам приложения.*

Перейдем теперь к следующей теме: «**психотерапия как профессия**». Мы делаем с вами шаг от той системы ориентации, которая была в предыдущей теме – ориентации в пространстве культуры – к рассмотрению профессиональных проблем. Обсуждая предыдущую тему, мы занимали позицию культурологов, смотрели на психотерапию не профессиональным взглядом, не изнутри профессии, а так, как если бы мы были философами, социологами, культурологами. Мы рассматривали этого зверя под названием «психотерапия», который бродит в пространстве культуры – как ему там живется, как он влияет на других, на кого он похож и т.д. И оказалось, что тут возникает немало непростых вопросов.

Рассмотрим теперь собственно профессиональные проблемы.

Сначала общая картина данной темы. В первой теме перед нами было все огромное поле культуры, а в нем некоторая структура под названием «психотерапия». Теперь перед нами – поле психотерапии и психологии и какие-то их соседи. Если вы представите себе карту и в центре этой карты страну под названием «психотерапия», то сразу возникает много актуальных и важных для обсуждения вопросов. А кто соседи психотерапии на этой карте? Есть ли у нее союзники и какие? Или противники? Если мы посмотрим на саму территорию психотерапии, возникает вопрос: а как она структурирована, какова политическая карта психотерапии, какова географическая? Как устроен сам ландшафт и само членение этой психотерапевтической страны?

Первое, что нам придется обсуждать и представлять на этой карте – это отношения между психотерапией и психологией. Это первые два вопроса. Конечно, придется обсуждать отношения между психотерапией и медициной, другими смежными областями, но для нас как психологов данный вопрос особенно важен. Потому что в дипломе, который вы получите, будет написано: «Психолог. Преподаватель психологии». Наша профессиональная идентичность – мы психологи. Но кроме того, наша специализация – «психологическое консультирование и психотерапия». Поэтому для нас как для психологов очень важно поставить вопрос и понять – каковы отношения между психологией и психотерапией. Давайте разделим его на два вопроса, и первый из них – **влияния психологии на психотерапию**.

Я здесь буду отчасти опираться на те знания, которые у вас есть. Скорее, моя задача будет заключаться в том, чтобы ставить вопросы, проблематизировать ситуацию. Вопрос первый – если мы обсуждаем влияние психологии на психотерапию, то сначала хотелось бы по-крупному помыслить это влияние, и спросить себя вот о чем: есть ли среди известных психотерапевтических школ такая, которая *создана на основе какой-то психологической*

*традиции*, психологической теории? Иначе говоря, есть ли такая психотерапевтическая система, которая может считаться прикладной психологией? Другими словами: сначала была создана психология, она получила свое развитие как школа или подход психологической науки, а потом на ее основе была создана та или другая психотерапевтическая система. Можете ли вы назвать какую-нибудь психотерапию, которая родилась из известной психологической традиции?

- Психотерапия фиксированной роли Келли.

Да, это, может быть, одна из не самых крупных психотерапевтических систем, но это действительно, один из редких случаев, когда сначала была создана исследовательская модель и исследовательский метод – метод репертуарных решеток Келли – а потом на их основе была создана психотерапевтическая школа, не очень известная, но все-таки реально существующая.

Один пример мы нашли. Еще какие примеры вы можете назвать?

- Бихевиоральная терапия.

Бихевиоральная психотерапия. На какой теории основывалась бихевиоральная терапия? Бихевиоризм. В самом деле, это единственная крупная система, на основе, на понятиях которой была разработана собственно психотерапевтическая техника.

Давайте пройдемся по другим направлениям. Например, психоанализ – вырос ли психоанализ из какой-то психологической школы?

- Сначала была практика.

В самом деле, психоанализ родился не в исследовательской лаборатории. Ни у В. Вундта, ни у Э. Титченера, ни у кого из других психологов XIX века не было теоретической модели, которая потом была бы реализована в психоанализе. Психоанализ вырос именно из клинической практики – психиатрической, психотерапевтической практики. И поэтому сказать, что психология каким-то образом повлияла на рождение психоанализа, совершенно невозможно. Хотя психоанализ кое-что заимствовал из психологии, но не так уж много.

Что касается третьей силы, гуманистической психологии, экзистенциально-гуманистического подхода в психотерапии, то тут скорее обратная картина: психотерапия повлияла на психологию. Хотя можно сказать, что А. Маслоу отчасти независимо от психотерапии создал свою теорию, но все же гуманистическая психотерапия как таковая родилась не из психологической традиции.

Итак, если мы ставим вопрос так, по-крупному, то оказывается, что психотерапия не так уж многим обязана психологии. Одна единственная школа – бихевиоральная терапия – была развита из психологической теории. Давайте теперь более мягко поставим вопрос: какие концепты из психологии перекочевали в психотерапию и оказали существенное влияние на построение психотерапевтических систем? Другими словами, *какие понятия заимствовала психотерапия из психологии?* Давайте приведем несколько примеров.

- Гештальт.

Гештальт. В самом деле, понятие «гештальта» было создано вначале в психологии, в гештальтпсихологии. Потом Фриц Перлз заимствовал это понятие и связанные с ним понятия «фигуры» и «фона» при построении своей психотерапевтической теории. Хотя траектория теоретического развития гештальттерапии вовсе не проходила через

гештальтпсихологию как таковую, но тем не менее понятие было использовано. Еще какие понятия?

- Личность.

А в каком направлении психотерапии есть понятие «личность» и из какой психологической школы оно было заимствовано?

- По-моему, это общее понятие для психотерапии, особенно для экзистенциально-гуманистической, и заимствовать его можно было из общей психологии.

Думаю, что в известной мере вы правы. Понятие «личность» разрабатывалось в классической психологии – в частности, У. Джеймсом, А.Ф. Лазурским. Я, правда, не думаю, что психотерапия, особенно личностно-ориентированная психотерапия К. Роджерса, прямо заимствовала у Джеймса это понятие – но тем не менее, можно думать, что Джеймс внес в это какой-то вклад. Дело в том, что понятие «личность» довольно интенсивно разрабатывалось в философии – в частности, в персонологии, во французском персонализме и в теологии. И скорее, Роджерс, у которого было в том числе и теологическое образование, заимствовал понятие «личности» оттуда. Потому что понятие «личность» – изначально христианское понятие, его нет ни в какой другой философской и религиозной традиции, оно появилось и развивалось только здесь. Поэтому, скорее всего, оно заимствовано в большей степени оттуда. Хотя думаю, что отчасти вы правы.

Еще какие понятия психотерапия заимствовала из психологии?

- Когнитивная схема.

Хорошо, тогда давайте отчитаемся, а кто это понятие ввел? Это понятие было введено в необихевиоризме Э. Толменом. А в каком направлении психотерапии используется это понятие?

- В когнитивно-бихевиоральном.

В большей степени в когнитивной психотерапии, но в когнитивно-бихевиоральной тоже. А вот понятие «ассоциации», как вы думаете, откуда пришло – из психологии в психотерапию или наоборот?

- Из психологии.

Ассоцианизм как психологическая школа действительно развил понятие «ассоциации». А где оно используется, в каком психотерапевтическом подходе?

- В психоанализе.

А где именно?

- Метод свободных ассоциаций.

Действительно, оно используется в классическом психоанализе. Хотя саму идею свободных ассоциаций именно как метода З. Фрейд позаимствовал из какой-то популярной брошюрки типа «Как стать гениальным писателем за две недели», в которой предлагался метод автоматического письма, когда человек не задумываясь пишет все, что ему приходит в голову – но сама идея ассоциации, понятие «ассоциации» пришло из ассоцианистской психологии. Потом К.Г. Юнг построил знаменитый ассоциативный эксперимент, но он воспользовался экспериментом В. Вундта с целью экспериментального подтверждения Фрейдовского концепта вытеснения. Я напомним, что в этих экспериментах, если время реакции испытуемого при предъявлении какого-то стимульного слова было бóльшим, чем обычно, то это свидетельствовало о том, что происходит некоторая задержка реакции, и

соответственно, на испытуемого действует не только само стимульное слово, но и какие-то бессознательные факторы. А потом наш с вами знаменитый соотечественник Александр Романович Лурия создал метод сопряженной моторной реакции. Этот метод использовался для выведения на чистую воду преступников. Испытуемому предъявляли слова. Он должен был сжимать резиновую грушу как можно быстрее сразу после того, как он услышит слово, и одновременно как можно быстрее говорить какое-то другое слово. И если отдельно проконтролировать процесс быстрого называния слова возможно, то при аффективных комплексах, которые были связаны с преступлением (например, нож – топор), преступник, по замыслу экспериментатора, одновременно не мог сопрячь эти реакции, и у него либо запаздывало нажатие груши, либо запаздывало слово; либо нажатие было очень слабым, либо чрезмерно сильным. Т.е. разрушалась совместная словесная и моторная реакция. Но это все было уже продолжение Юнговских экспериментов, которые изначально ставили своей целью доказать истинность Фрейдовского понятия вытеснения.

Мы назвали некоторые понятия, которые психотерапия позаимствовала из психологии. Этот список можно было бы продолжить. Теперь поставим второй вопрос в рамках обсуждения этой темы, и это вопрос уже не эмпирический, а скорее, теоретический. Может ли психотерапия обойтись без психологии? И нужна ли психология психотерапии?

- Как теоретическая база.
- Может, но с трудом.
- Подтверждение данных.

Подтверждение данных – а зачем данные подтверждать?

С экономической стороны вы правы. На Западе профессиональная жизнь организована таким образом, что страховые кассы оплачивают не все виды терапии, а только те виды терапии, эффективность которых экспериментально доказана наукой. В этом смысле психология, доказывая эффективность того или другого вида психотерапии, позволяет терапевтам выживать – им платят не только клиенты, но и страховые кассы. Но это коммерческая сторона дела. А еще?

- Нужна общая база для психотерапии. Чтобы знание было научным, нужна какая-то единая схема, которая увязывает все воедино.

Тут можно выделить три важных измерения. Первое – это *теоретическое обоснование и систематизация знаний*. Вы говорите, что психотерапия всегда порождает некоторую психологию как способ осмысления. Если продолжить вашу мысль – это *способ развития* психотерапии. Может существовать отдельный гениальный человек, который не знает правил, понятий и т.д., но при этом он может быть психотерапевтом. Однако систематически развивать свой подход он не сможет. Кроме того, любое знание, любая школа, подход *должны транслироваться*. У З. Фрейда был клинический опыт, но мы не можем каждый раз повторять этот опыт с нуля, мы должны начинать с какой-то точки. А в каком виде его можно передать? Фрейд не придет к нам и не передаст свой опыт. А если бы и пришел, он не может просто пересадить знания из своей головы в головы учеников – для этого нужна какая-то теория. Соответственно, приходим к таким выводам. Может быть, иногда для функционирования отдельного терапевта психология и не нужна, он может без нее обойтись. Точно так же как мальчишка, который метко бросает камень в окно, может не знать законов баллистики, физики и т.д. – он может обойтись без теоретического знания. Но

если нужно построить современное оружие, без законов баллистики решить инженерную задачу невозможно – просто на интуиции ничего не сделаешь. Что-то похожее, видимо, существует и в этой области. Психотерапия как что-то интуитивное, как некое искусство, человеческая одаренность, конечно, может быть и существует, но она может осуществляться и развиваться как системное целое, только если она обоснована теоретически. Только тогда она может совершенствоваться, т.е. вводить какие-то концепты, которые схватывают этот опыт, и кроме того, ей психология нужна для того, чтобы она могла транслироваться, передаваться из поколения в поколение. Трансляция не всегда связана с развитием: что-то может транслироваться, но не развиваться – передается один и тот же опыт, он не развивается. А может и развиваться.

Мы перечислили некоторые моменты, почему психотерапии нужна психология. И я думаю, что психотерапию без научного психологического обоснования можно обвинить в фельдшеризме. Как некое фельдшерское искусство психотерапия без психологии может быть. Но если мы с вами хотим заниматься не просто фельдшеризмом, и в то же время мы хотим заниматься не просто чистой наукой – нам нужно создавать такую психологию (и это очень важный момент!), которая была бы в своих понятиях настолько емкой, настолько гибкой, чтобы она смогла описывать, схватывать в своих понятиях нюансы психотерапевтического искусства. Для того, чтобы описать время реакции, сложных понятий не нужно. А описать сложные межличностные процессы, которые происходят между двумя людьми, когда они на протяжении целого года говорят друг с другом, анализируют свои сновидения – как в психоаналитической практике – для этого нужна очень сложная, тонкая, гибкая психология. И такое отношение между психологией и психотерапией, в которой психология становится инструментом развития психотерапии, но и наоборот, психотерапия вносит свои вклады в развитие психологии, а не просто пользуется психологическим знанием – Л.С. Выготский называл **психотехническим подходом**. Он не говорил о психотерапии, но он говорил о таком отношении между теорией и практикой, где не только практическое значение теории важно, но и другое, самое важное – теоретическое значение практики. Когда на психотерапевтическую практику мы смотрим не только с точки зрения пользы для пациентов – что она излечивает, освобождает от симптомов – но и дает возможность развиваться самой психологии, вносит какие-то новые идеи в саму психологию. Такой психотехнический подход, мне кажется, является самым продуктивным, самым интересным. И соответственно, те теории, которые так себя выставляют, чтобы эти взаимодействия между психотерапией и психологией все время могли осуществляться, являются самыми перспективными.

Это теоретический ответ на наше вопрошание о психотехническом подходе. Давайте опять погрузимся в практику. Вы меня могли бы спросить – ну хорошо, это все методология. А вот конкретно, в клинической практике, можно ли привести пример, что те психологические знания, которые мы получили за время обучения в институте, нужны для психотерапии? Или можно это все забыть? Вот пример. В отделение невротиков маленькой психиатрической больницы, где я работал и о котором вам уже рассказывал, поступила женщина с жалобами на боли в сердце. Это были сильные боли, которые ее лишали трудоспособности. Кардиологи никакой объективной патологии не обнаружили. Когда

кардиологи говорили ей, что у нее совершенно здоровое сердце, в ответ на эту информацию у нее развивалось недоверие, тревожные мысли, что у нее дело уже так плохо, что врачи скрывают какой-то серьезный диагноз. Этот тревожно-фобический синдром был предметом психотерапевтической работы. Частью консультативной работы в данном случае была, как это ни странно звучит, маленькая лекция по общей психологии, по теории порогов.

Я нарисовал пациентке знакомую вам еще по первому курсу картинку. Помните ли вы, что такое абсолютный порог чувствительности? Что такое нижний абсолютный порог? Эксперимент такой: мы повышаем интенсивность звука и соответственно, измеряем субъективное впечатление испытуемого о том, когда и какие он ощущает звуки. Нижний порог чувствительности – когда испытуемый едва-едва слышит – до этого не слышит, а тут начинает слышать. Стимулы, появившиеся ниже этого порога, называются подпороговыми: они есть, но человек их не ощущает, потому что они находятся ниже нижнего абсолютного порога. Когда мы повышаем интенсивность и появляются звуки, то испытуемый их слышит все громче и громче. Наконец, мы доходим до верхнего порога чувствительности, когда специфическое ощущение – слуховое в данном случае – переходит в болевое ощущение: здесь уже так громко, что болезненно. Я пациентке рассказал об этом и потом сказал, что во время невротических состояний, стресса, происходит снижение порогов чувствительности. Что из этого следует? Те ощущения, которые были под порогом, становятся уже выше нижнего порога чувствительности, и человек начинает их различать. Применительно к этому случаю – люди, у которых здоровое сердце, обычно его не слышат; обычно мы сердце не слышим, хотя какие-то ощущения есть. Более того, если мы специально обратим внимание, то мы можем различить некоторые ощущения, даже не прикладывая рук. Так вот, эти ощущения, которые были и у моей пациентки, до болезни она не ощущала. А когда пороги съехали, она стала чувствовать много ощущений. А дальше возникает тревога: если я чувствую мое сердце, скорее всего, что-то не так, скорее всего, оно больное. Как влияет тревога на пороги? Они съезжают еще ниже. Вот она начинает чувствовать какие-то ощущения, возникает реакция тревоги, и в результате пороги еще немного снижаются, ощущения еще усиливаются. Возникает замкнутый круг.

Я спрашиваю пациентку: «Не появились ли у вас в последнее время такие состояния, когда вам кажется, что соседи слишком громко говорят, и вам это неприятно, не возникает ли у вас часто раздражительность, кажется слишком ярким свет и т.д.?» Она отвечает: «Да». То, что до этого ощущалось как громкий звук, яркий свет или неприятное событие – при снижении порогов уже ощущается как болезненный звук, болезненный свет, болезненное событие. Разумеется, психотерапия к этому не сводилась. Но это была лекционная вставка, когда пациентке была дана некоторая внятная, рациональная картина, которая объясняла ей то, что с ней происходит. А для человека получить объяснение каких-то неопределенных, туманных ощущений бывает очень важно. Потому что фактор неопределенности является дополнительным фактором, повышающим стресс. И когда мы хотя бы рационально контролируем ситуацию, уровень тревоги снижается.

Еще один пример. В прошлой теме мы с вами говорили об использовании идеи оптимума мотивации в психотерапии. Но это чисто психологическая теория, полученная

экспериментальным путем на крысах – закон Йеркса-Додсона. И мы говорили о том, как он может быть использован в психотерапии.

Так мы подошли уже ко второму вопросу: каковы **влияния психотерапии на психологию**? Кто кому больше должен?

Давайте попытаемся сначала бросить общий взор на эту проблему: общая *оценка значения психотерапии* в историческом контексте.

Я выписал даты рождения, пожалуй, самых великих психологов первой волны профессиональной психологии.

Вильгельм Вундт – 1832-1920 г.

Герман Эббингауз – 1850-1909 г.

Уильям Джеймс – 1842-1910 г.

Иван Петрович Павлов – 1849-1936 г.

Стенли Холл – 1844-1924 г.

Эдвард Титченер – 1857-1927 г.

Давайте теперь восстановим годы жизни Зигмунда Фрейда – 1856-1939 г.

Это более-менее одно поколение. Но уже в конце XIX – начале XX века все эти авторы были достоянием истории. А З. Фрейд еще и сейчас мыслится одним из самых современных психологов. По мнению некоторых подходов и школ, в частности, Лакановского анализа, Фрейд еще толком не прочитан, это скорее психолог будущего, чем прошлого. Но то, что он сейчас актуален, и количество ссылок на Фрейда, возможно, превосходит количество ссылок на всех остальных психологов, вместе взятых – это факт. Благодаря чему? Конечно, благодаря гению самого Фрейда. Но все-таки уверяю вас, что по степени одаренности Вундт, Джеймс, Павлов не уступали знаменитому психоаналитику, основателю психоанализа. Дело в том, что психоанализ был первой психологической системой, которая вышла из жизни, из практики, которая родилась не в исследовательской лаборатории, которая говорила о жизни. Потому что до Фрейда психология, особенно психология XIX века, была «чистой» психологией, особенно структурализм. Существовавшие на тот момент направления пытались изучать ощущения, ассоциации, подражать стилю научного физического мышления и выделять такие абстракции, чтобы можно было построить чистые научные закономерности. А психоанализ пошел совсем по другому пути, погрузился в гущу жизни и предметом своего изучения сделал не только и не столько психику другого человека, сколько саму практику.

Предметом психоанализа является не столько бессознательное – тогда бы Фрейд назвал его «теория бессознательного», – а предметом психоанализа, как это следует из самого названия, является сам психоанализ, т.е. терапевтическая психоаналитическая практика со всеми перипетиями сложных отношений между анализируемым и аналитиком. Психоанализ построил первую психотехническую модель, в которой теория и практика опосредовали и поддерживали друг друга. Само практическое действие с объектом исследования становилось методом исследования. Это странная для науки закономерность. Обычно наука построена так: вот мы изучили, например, закон свободного падения тела, потом мы применяем это знание в какой-то инженерной практике. И сама инженерная практика мало что дает науке. А вот психоанализ, само лечение, само ведение анализа

одновременно было *исследовательским методом*, но порождающиеся в этом исследовании концепты *служили средством практики*. Такова взаимосвязь.

Сравните с отношениями между бихевиоральной терапией и бихевиоризмом. Если мы хотим хорошо изучить условные рефлексы, много ли пользы нам даст бихевиоральная терапия? Нет, для этого лучше подходит Павловский привязной станок или Скиннеровский ящик, куда мы посадим собаку или крысу. Это более удобно для порождения бихевиорального знания. Поэтому бихевиоральная терапия и бихевиоризм не объединены между собой в целостную психотехническую систему. Это дорога с односторонним движением, только от теории к практике. Никакие новые бихевиоральные понятия не порождаются в практике бихевиоральной терапии. А в психоанализе порождаются. Я думаю, что именно благодаря этому – т.е. по крайней мере, это один из самых важных на мой взгляд факторов – психоанализ, а вместе с ним вся психотерапия стала таким знаменитым явлением в культуре, а психоанализ – таким великим событием в психологической науке.

- А как Фрейд угадал это?

Дело скорее не в догадках, догадок у всех было достаточно много, и дело не в везении. Дело было, может быть, в исторической траектории, пути З. Фрейда. Он начинал как врач, как невролог, но как мы теперь уже понимаем, само методологическое устройство современной психологии – оглядываясь назад – таково, что если в основу психологии положена практика, она развивается очень бурно. Не зря Л.С. Выготский говорил, цитируя Евангелие: «Камень, который презрели строители, лег во главу угла». Какой камень он имел в виду? Практику. И вот Фрейд в основу положил именно практику. Т.е. он начинал как врач, как невролог, с Й. Брейером. Но потом он стал эту практику, катартический метод Брейера, осмыслять в психологических терминах, и вот так это все началось. Есть ли тут элемент везения? Во всяких великих открытиях есть элемент везения. Но везет тому, кто в известном смысле заработал это везение. Может быть, везет и другим тоже, но они не заметили, что им повезло и не смогли этим воспользоваться. А гения Фрейда хватило на то, чтобы воспользоваться.

Это общая оценка. А теперь давайте проведем более дифференцированную оценку вклада психотерапии в разные аспекты развития психологии. Прежде всего, этот вклад, конечно, выразился в современных *теориях личности*. Ни одна из областей психологии так много не получила от психотерапии, как теория личности. Если открыть один из самых знаменитых учебников по общей психологии «Введение в психологию» Р. Аткинсона и найти в нем главу «Личность», то структура этой главы такова: психоаналитический подход к личности, бихевиоральный, гуманистический, когнитивный подходы – и перечислены практически все ведущие психотерапевты в качестве главных теоретиков личности. Это главная область психологии, в которую психотерапевты инвестируют знания.

Давайте теперь подумаем – такой же вопрос, как мы с вами задавали, но теперь по отношению к вкладу в психологию: какие *концепты и понятия*, на ваш взгляд, внесены из психотерапии в психологию?

- Эмпатия.

С эмпатией не совсем так. Эмпатия была порождена в психологии, но настоящее развитие это понятие получило в гуманистической психотерапии, у Карла Роджерса прежде всего.

- Защитный механизм.

В самом деле, изучение защитных механизмов давно уже стало исследовательской темой. Хотя впервые эта реальность и самое главное, это понятие было порождено в психотерапии – в психоанализе З. Фрейда.

- Катарсис.

Тут, скорее, я думаю, параллельно. Источник понятия, вообще говоря, искусство, эстетика Аристотеля - идея катарсиса пришла скорее оттуда в психоанализ.

Второй вопрос из этой же серии – какие исследовательские *методы* были позаимствованы психологией, общей психодиагностикой из психотерапии?

- Может быть, беседа?

Беседа такой рыхлый метод, хотя клиническое интервью уже стало общепринятым. Скорее, и в психологии, и в психотерапии источником метода беседы является просто обыденная жизнь. Я не думаю, что это приобретение психотерапии.

- Интроспекция.

Интроспекция – это метод классической интроспективной психологии, а где он был использован в психотерапии? Если вы даже вспомните ответ на этот вопрос, то вы вернетесь на шаг назад, потому что мы обсуждаем сейчас наоборот, заимствование из психотерапии в психологию.

- Может быть, анализ единичного случая?

Да, отчасти можно так сказать. Хотя в современных качественных методах исследования анализ случая в самом деле является одним из методов, я думаю, что главное влияние пришло из психотерапии. Но тут психотерапия выступила в большей степени как представитель вообще медицины, потому что анализ случая, описание знаменитых случаев – излюбленный жанр медицины.

- Методы, основанные на проекции.

Да, проективные методы исследования личности, разумеется, явно происходят из психотерапии – по крайней мере, они создавались под непосредственным влиянием и ради психотерапевтической практики – ТАТ, Роршах и т.д.

И еще такая, может быть, слабая постановка вопроса, но тем не менее: какие реалии, какая *фактология* стала предметом психологических исследований благодаря психотерапии? Какая фактология, сначала замеченная, описанная, проанализированная в психотерапии – потом уже перекочевала в психологию и стала предметом психологических исследований?

- Может быть, акцентуации характера?

Акцентуации характера – это скорее заимствование психологии от психиатрии как таковой, нежели от психотерапии.

- Бессознательное.

Да, концепт бессознательного, конечно, существовал в каком-то виде и в психологии, но по настоящему он стал предметом исследования благодаря психоанализу.

Поразмышляйте, пожалуйста, еще над этими вопросами.

Общий вопрос такой – чем мы как психологи обязаны психотерапии, за что мы ее можем благодарить, за какие концепты, методы и т.д.? Но в целом, когда мы сейчас с вами ставили вопрос, мы мыслили примерно так: вот психотерапия отдельно, психология отдельно, несмотря на взаимные связи между ними. Однако нужно сказать, что психотерапия не просто извне влияет на психологию. Она скорее – и из этих примеров это видно – изнутри самой психологии реформирует структуру психологической науки. И например, можно сказать, что благодаря психотерапии в широком смысле появились целые области психологической науки. Например, в 70-х годах Э. Шостром и Л. Браммер ввели понятие «терапевтической психологии». Может быть, именно в такой терминологии это понятие не так широко прижилось, но понятие «консультативной психологии» очень широко используется. Многие магистерские программы психологических факультетов университетов носят именно такое название – «консультативная психология». И обращаю ваше внимание, что это уже область психологии. Несколько лет назад в России была защищена первая психологическая диссертация по психотерапии. Это диссертация М. Гулиной, которая как раз была посвящена обоснованию терапевтической или консультативной психологии.

Таковы в общих чертах взаимоотношения между психологией и психотерапией. Следующий вопрос – **сравнение психотерапии с непрофессиональной психологической помощью.**

Данный вопрос близок к обсуждавшемуся ранее вопросу о сходстве и различии психотерапии с разными феноменами культуры. В чем их отличие: прежде всего, отличие заключается в том, что многие феномены культуры не ставят себе целью оказать психологическое воздействие, вылечить от невроза и т.д. – другими словами, у них нет психотерапевтических *целей*, но есть психотерапевтическая *функция*. Когда, к примеру, учитель на Востоке бьет ученика палкой по голове, у того возникает просветление. В данном случае мы можем спросить себя, является ли просветление следствием удара палкой по голове или целью? Ответ – и то, и другое. Но, к примеру, когда человек идет на исповедь, у него нет цели облегчить свое душевное состояние, он идет не за облегчением, не за исцелением невроза. И священник вовсе не эту цель преследует, но результатом может быть облегчение душевного состояния. А теперь, когда мы будем сравнивать психотерапию с непрофессиональной психологической помощью, будем выбирать такие феномены культуры, когда люди друг другу специально, *целенаправленно* оказывают какую-то помощь, поддержку, друг друга пытаются как-то исцелить, позитивно воздействовать, но делают это на непрофессиональной почве.

В качестве структуры обдумывания этой темы можно предложить идею М.М. Бахтина, известнейшего литературоведа, который говорит, что есть три этические реакции на беду другого человека. Это – *совет, практическая помощь и утешение*. Давайте подумаем, каким образом эти нормальные этические человеческие реакции могут быть использованы в психотерапии. И почему могут или не могут?

Начнем, например, с *совета*. Как вы думаете, является ли житейский совет методом консультирования в психотерапии?

- Может являться, может не являться.

- Скорее нет.
- Не может являться. Психолог не дает советов, психолог дает информацию. Советующий дает свое видение, а человеку нужно его собственное видение.
- Милтон Эриксон давал советы и это, по крайней мере, не вредило: поступить в институт, пойти прогуляться на определенную улицу, подумать о чем-то.
- Мы не определили, что мы будем считать советом, поэтому наше обсуждение может зайти в тупик.
- С одной стороны, если мы говорим о совете в нашем обычном понимании, то это получается нечто директивное, мы принимаем на себя ответственность и считаем, что лучше знаем, что клиенту нужно – что в принципе неправда. Как гуманистические психологи, мы этого не можем делать. С другой стороны, в каких-то случаях, например, в бихевиоральной терапии, мы действительно можем дать варианты выбора. Но по моему мнению, варианты мы тоже не можем давать, потому что мы не знаем, что лучше клиенту. Т.е. это тоже директивное направление. Мы толкаем туда клиента, клиент как бы делает выбор, а мы ему подносим варианты. Исправит ли это глубинные моменты – неизвестно, возможно, только исчезнет симптом.
- Надо понять, что такое совет.

В результате обсуждения мы пришли к проблематизации самого вопроса: что есть на самом деле совет, чем он отличается от приказа, инструкции, предписания, рекомендации. Давайте несколько упростим ситуацию, для чего внесем некоторое различие. По какому основанию три этические реакции, предложенные М.М. Бахтиным, различаются между собой? *Совет* – это интеллектуальная помощь и поддержка. *Утешение* – это помощь другому человеку в эмоциональной плоскости. *А практическое содействие* – это какая-то практически действенная помощь.

Поставим вопрос – может ли психолог оказывать профессиональную поддержку в интеллектуальной плоскости? Если говорить совсем обобщенно, то безусловно, может, поскольку есть профессиональные знания, профессиональные методы и т.д.. И тогда все те рекомендации, которые даются маме, которая пришла на детско-родительскую консультацию, на основании нашего профессионального знания о развитии ребенка, о кризисах, о патологии развития и т.д. – эти знания могут быть использованы внутри психотерапии и, безусловно, используются. Но если мы понимаем совет в таком значении, когда за человека и вместо него принимаются решения о том, как ему жить, что ему делать – в том месте, где должен быть его экзистенциальный выбор – в таком случае мы скажем: «Нет! Мы не можем заместить данного человека собой, он сам должен принимать эти решения». И тут возникает вопрос: а почему?

Ответ, собственно, лежит на поверхности. Если мы начнем давать мудрые советы, то психотерапия на этом закончится. В то время как если мы не будем давать советов, то человек постепенно сам придет к правильному решению. Однако есть еще один маленький нюанс. Дело в том, что мудрых советов у нас с вами может случайно не оказаться, потому что спецкурс по психологии мудрости еще нигде не ввели. И не ввели только потому, что у нас нет такого профессора. Если бы можно было найти профессора, который был бы способен прочесть не философию, не любовь к мудрости, а непосредственно мудрость, мы бы его тут же пригласили, вас бы всех немедленно обучили мудрости, и тогда можно было бы спокойно давать советы. И в этом смысле пример М. Эриксона или пример В. Франкла, которые иногда могли давать советы – или если не советы, то совершать очень простые действия – скорее исключение.

Вы наверно, знаете случай из практики Франкла, когда к нему пришел старик, потерявший жену. Чем он закончился? Как описывает этот случай Франкл? Вся психотерапия состояла из одного вопроса, когда Франкл спросил старика: «Подумайте, что

было бы, если бы она осталась жить, а вы умерли?» На этом терапия закончилась. Его страдание не исчезло, но старик в этот момент осознал смысл страдания. Он терпит эту муку одиночества, эту тоску – для жены, которую он избавил от муки, которую бы она испытывала, если бы он умер первый и она осталась жить.

Расскажу вам еще один эпизод, который показывает, что это не просто ловкий прием или хитрость, а за этим стоит кое-что еще. Я работал в консультативном центре, где проходили практику студенты Московского университета. И среди других проходила практику одна студентка 5 курса – ее обучили каким-то первым методам консультирования. Студентка очень разумная, начитанная. Она очень волновалась, поскольку в ее жизни должен был состояться первый психотерапевтический сеанс. Открывается дверь и входит человек примерно 70-ти лет. Вы понимаете, насколько это сложно, когда тебе чуть за двадцать, оказывать психологическую помощь пожилому человеку? Девушка напряглась, но после первых же слов клиента расслабилась и обрадовалась. А старик начал с того, что у него случилось несчастье, умерла жена, он чувствует себя ужасно одиноко, очень тоскливо, не знает, что делать и как быть. Т.е. клиент описывает почти слово в слово то, что описано у Франкла. Студентка спокойно дала высказаться старику, после чего как бы подумала некоторое время и сказала, как по учебнику: «А подумайте, что было, если бы вы умерли первым?» Он взорвался: «Что? Сколько вам лет? Вы психолог?» Старик устроил скандал. И дело кончилось миром только благодаря администратору, которая на самом деле и оказывает первую терапевтическую помощь: она сидит, всех выслушивает, записывает. Почему же это не сработало? Вроде такой отличный метод и ситуация полностью соответствующая? Видимо, дело не только в том, что говорится, а еще и кто это говорит –откуда он говорит, из какого опыта? Для того, чтобы такие слова сказать, надо прожить некоторую жизнь, возможно, видеть неоднократно смерть, как ее неоднократно видел Франкл и сам мог быть жертвой – и от этого опыта говорить.

Поэтому главный ответ на наш вопрос такой. Если мы говорим о совете, как о проявлении мудрости, то психотерапевтам нельзя давать советы не потому, что существуют какие-то мистические опасности в этом, и даже не потому, что мы тем самым лишим ответственности самого человека, за него примем его решение, которое он сам должен принять. Это невозможно сделать. Попробуйте кому-нибудь из ваших друзей что-нибудь посоветовать и лишите его ответственности – у вас чаще всего вряд ли что-то получится. Мы не можем давать советов потому, что у нас нет мудрости. Однако это не значит, что это запрещено делать – вообще в психотерапии нет запретов. Здесь все позволено, но далеко не все полезно и безопасно.

Теперь о практическом содействии. Может ли психолог оказывать практическую помощь или практическое содействие своим пациентам? Например, если человек развелся, и сложная ситуация конфликта, потери семьи отягощается еще и тем, что человеку негде жить – может ли психолог дать такому человеку денег на квартиру или выделить комнату у себя в квартире?

- Это зависит от личности самого психолога. Какой человек это делает.

- Это опять двоякая ситуация. С одной стороны, мы не должны. Но с другой стороны, я знаю людей, которые занимаются этим. Конечно, денег дать – это как-то неправильно. Но попробовать мягко посодействовать в поисках квартиры теоретически можно – например, психолог знает человека,

сдающего квартиру. Но между психологом и пациентом не должно быть панибратских или даже дружеских отношений.

Вот смотрите – вы говорили об информации, практической полезной информации: «У меня квартиры нет, но зато есть информация, и я вам ее предоставляю». Кажется, что это полезно и по-человечески нормально, но здесь возникают опасности для психотерапевтических отношений. В ситуации, когда психолог не может предоставить пациенту квартиру, но может дать информацию о том, где жилье можно снять, также есть скрытые опасности. Если, к примеру, эта информация окажется ложной – скажем, пациент воспользуется информацией и выяснится, что квартиру снять не получается – уже на следующем сеансе психолог будет выглядеть в некотором смысле должником в сознании клиента – потому что дал неправильную информацию. Если же информация оказалась достоверной, и пациенту удалось снять жилье, в таком случае опасности не меньше – поскольку в сознании пациента прорастает благодарность к психологу, которая может выражаться помимо непосредственно гонорара за сеансы дополнительными подарками и соответственно изменением отношений между клиентом и психологом. Из чего в этих размышлениях мы исходим? Терапевтические отношения, так же как и дружеские отношения, являются целебными, и они должны быть особыми, чистыми, незамутненными другими отношениями.

На одном из учебных занятий несколько лет назад я проводил короткий сеанс – демонстрацию метода работы – с одним из студентов. Речь шла о проблеме курения. Потом он попросил меня – написав письмо с просьбой – продолжить терапию, поскольку у него появилась надежда на то, что она окажется эффективной. Что мне в данном случае ответить, «да» или «нет»? Если я говорю: «Да, конечно, курение дурная вещь, особенно если человек долго и много курит и ему уже действительно хочется покончить с этой вредной привычкой – тем более он почувствовал, что это эффективно. Я работаю не только профессором и деканом, но и консультированием занимаюсь. Почему бы мне не оказать ему в данном случае психотерапевтическую помощь?» Но я не могу оказывать ему психотерапевтическую помощь, потому что в данном случае возникает то, что называется системой двойных, а здесь даже тройных отношений. Потом этот студент придет сдавать экзамен – и то, какую оценку я ему поставлю, он может перенести на психотерапевтические отношения. Он может решить, что я его наказываю, или наоборот, поощряю – веду себя несправедливо, потому что в терапевтических отношениях сложилась какая-то особая динамика, особые ролевые позиции и т.д.

Мы, психотерапевты, с особым пиететом, с особой внимательностью должны относиться к психотерапевтическим отношениям, потому что мы знаем, что лечат в терапии, прежде всего, отношения. Это открытие, которое сделал З. Фрейд, и которое потом интенсивно развивалось во всех направлениях, кроме когнитивно-бихевиоральной терапии. Поэтому мы должны о них особо заботиться. Это один из серьезных аргументов против оказания практического содействия другому человеку – потому что оно переводит нас в другую систему отношений, которая лишает возможности оказать собственно психологическую помощь.

Однако не будем думать, что здесь существуют незыблемые законы, как закон всемирного тяготения, которые нельзя нарушать. Можно все нарушать. Но при этом нужно понимать, что мы нарушаем, какие последствия от этого будут, и кто мы такие нарушающие. Мне это напомнило о таком замечательном человеке, которую звали Майя Захаровна Дукаревич. Это человек удивительной судьбы. У нее были репрессированы родители, и в результате этого она сама была в очень тяжелом психологическом состоянии. Но одна из наших известных психотерапевтов профессор А.Г. Амбрумова помогла ей и профессионально, и в житейском плане. Майя Захаровна Дукаревич стала удивительным персонажем в истории отечественной психологии и психотерапии. Она знала практически все европейские языки, включая скандинавские. И довольно много читала – когда еще никто не знал, что такое ТАТ, Роршах, и вообще западных авторов – она все это читала. Писала диссертации, но не себе. Она так всю жизнь и оставалась лаборантом профессора А.Г. Амбрумовой. Майя Захаровна довольно быстро стала знаменитым психодиагностом; и студенты, аспиранты, сотрудники Московского университета слушали бесплатные лекции, которые Майя Захаровна Дукаревич читала в психиатрической больнице им. Ганнушкина всем желающим. Кроме того, она интенсивно занималась психотерапевтической практикой, особенно в суицидологии, с пациентами, которые после попыток суицида попадали в кризисное отделение больницы либо в созданные тогда социальные психологические центры. И вот она, совершенно не смущаясь, оказывала практическую помощь своим пациентам. Она жила довольно далеко, где-то в Очаково, имела однокомнатную квартиру. При этом жила в кухне – комната же предназначалась для тех, кто остался один, без родственников, без жилья и средств к существованию. Пациенты поселялись и жили у нее довольно долго. Но то, что является в некотором смысле подвигом, не может быть правилом. Мы никак не можем подражать Майе Захаровне Дукаревич и предложить, к примеру, своим родителям освободить лишнюю комнату для занятий психотерапией, поселив там человек 12. Понятно, что в подобной ситуации родители нас не поймут и правильно сделают. Но, тем не менее, нужно все время осознавать, что есть эта грань, когда мы можем оказывать практическую помощь, но при этом нужно понимать, что мы за это должны расплатиться – своими ли отношениями с клиентом, возможными обвинениями со стороны клиента и т.д. Ведь мы, по сути, вторгаемся в святая святых – его жизнь.

- А как же быть, когда клиент впрямую вам говорит, что у меня такая-то сложная ситуация, негде жить. Как в таком случае поступить? Спрашивать, к примеру, что клиент чувствует по этому поводу?

Как быть в такой ситуации, если по умолчанию мы приняли, что не оказываем практической помощи, а к нам приходит человек и говорит: «Мне негде жить, я погибаю, у меня нет денег, я умираю с голоду». Если мы в этот момент говорим: «Ну что ж, нет денег – расскажите, что вы по этому поводу чувствуете. Голод? Ага, расскажите, пожалуйста, как у вас урчит в животе. И вообще давайте займемся вашими переживаниями», – это скорее будет походить на издевку.

В 70-ых годах на факультете психологии МГУ был тиранический зам. декана Вячеслав Андреевич Иванников. Расскажу анекдот про него, заодно и на тему практической помощи. Этот анекдот очень узнаваем по характеру персонажей.

Идет Алексей Николаевич Леонтьев. Подходит к факультету психологии МГУ. Видит студента, который сидит и жуёт травку. Обращается к студенту с вопросом: «Что вы здесь делаете?» На что слышит: «Да вот стипендия кончилась, есть нечего, поэтому траву жую». Т.е. студент обращается с практической просьбой. А.Н. Леонтьев достал 10 рублей, дал студенту и предложил ему сходить пообедать. На следующий день с тем же студентом сталкивается Александр Романович Лурия. Так же интересуется, что тут делает студент и слышит тот же ответ. Лурия дает студенту пять рублей и советует ему пообедать в ближайшем кафе. На третий день со студентом таким же образом сталкивается Иванников. Задает стандартный вопрос. Слышит обычный ответ. «А почему не на занятиях?» – интересуется Иванников. На что слышит: «Так голод такой, что сил нет». Иванников сжалился над студентом, достал пять копеек и дал студенту со словами: «Езжай на ВДНХ, там трава гуще».

Если вернуться к практической помощи, то мы здесь тоже сталкиваемся с системой отношений. Для того, чтобы справиться с избыточной сентиментальностью и с возможными манипулятивными стратегиями поведения клиента, нужно поставить перед собой такой вопрос: если человек очень хочет есть, или у него нет жилья, то почему он пришел к психотерапевту, а не туда, где можно заработать достаточно денег на обед? Другая ситуация, еще более драматическая – если человек пришел и говорит, что он вне себя и готов убить своего отца, то мы можем думать об Эдиповом комплексе, а можем думать: «Как же так, какая страшная и опасная ситуация – он или себя убьет или отца или совершит еще что-то». Но нужно поставить перед собой вопрос: а почему, если он хочет убить отца, он поехал не к отцу, а к нам? Значит, в нем есть некоторая реальная установка, реальная внутренняя деятельность, реальная постановка вопроса, которая предполагает не совершение практического действия, а обдумывание или решение внутренней проблемы. Поэтому мы можем и должны интерпретировать не только то, что человек говорит, но сам факт, очень важный факт, что он пришел к психотерапевту, а не поехал за топором для того, чтобы нарубить дров и заработать себе на обед или, к примеру, поехать и убить отца.

И последнее – утешение. Утешение – это эмоциональный аспект реакции на беду другого человека. Может ли и должен ли психотерапевт утешать своего пациента?

- Если у него истерика, то должен.

Если у человека истерика, тогда, я думаю, бихевиоральные терапевты сказали бы примерно так: как раз если у человека истерика, то нужно все что угодно, но ни в коем случае не утешать, поскольку это будет подкрепление истерических реакций. Но если мы хотим культивировать истерические реакции, тогда можно утешать.

Еще какие мнения?

- Утешение – непрофессиональная форма помощи. Мне кажется, здесь можно использовать более сильные вещи, выражать эмпатию, например.

- Здесь тоже может произойти смешение ролей. Клиент начнет воспринимать психотерапевта как жилетку. Или как подружку.

- Психотерапевт может утешать, если, к примеру, пациент относится к людям, которые оказались в свое время недопоняты семьей, недолюблены, и прямо-таки требуют к себе жалости или эмоциональной поддержки. Человек может очень нуждаться в утешении.

Из ваших слов следует, что психотерапевт должен удовлетворять потребности клиента, по крайней мере, эмоциональные. Если у клиента одиночество, он недолголюблен, недопонят, его в семье притесняли, то это компенсирует психотерапия. Правильно?

- Мне кажется, утешение может быть как некая модель. Т.е. не тогда, когда человек приходит плакать и как бы напрашивается на утешение, а тогда, когда у него нет опыта вообще, что его утешали. И может быть, получение этого опыта позволит ему научиться...

Т.е. получается так: я буду вас утешать не для того, чтобы утешить, а для того, чтобы показать, как это делается, и вы почувствуете, как это бывает в жизни.

- Бывает разное утешение. Иногда если человека выслушали, это уже утешение. Тогда получается, что в этой ситуации можно утешать.

Вы сейчас говорите о результатах, об утешенности. Утешается человек иногда совершенно разными вещами.

У меня была одна пациентка, у которой умер муж. Я только начинал работать консультантом и старался с каким-то особым пиететом: такая трагическая ситуация, страдающая женщина. Я как-то ласково, нежно, утешительно с ней старался беседовать. И уже потом, когда женщина выписывалась из больницы, она призналась, что ее крайне раздражало, когда я с ней так ласково разговаривал. А соседка по палате, та, напротив, все время ее ругала и говорила: «Незачем убиваться из-за алкоголика, который умер и больше его не придется терпеть и из-за него страдать». И пациентке от этой ругани почему-то легко на душе становилось. Т.е. результат – утешенность – был от ругани, а не от попытки эмоционально поддержать.

Но мы сейчас говорим не о результатах, а о наших намерениях. Хотим ли мы, как психотерапевты, оказывать эмоциональную поддержку и опираться на нее как на главный метод, может быть, всей терапии?

- Если мы считаем, что мы должны убрать у человека те негативные эмоции, которые он испытывает – боль, горе – то этого делать нельзя, это его эмоции. Но поддержать его в них и быть в них с ним вместе сознательно, соучастие какое-то оказывать – то это можно делать.

Это, мне кажется, отличный критерий. Если мы рассматриваем утешение как попытку устранить его чувства, если говорим ему (пусть искренне, с сочувствием, но с желанием, чтобы он перестал горевать, перестал чувствовать то, что он сейчас чувствует): «Ничего-ничего, все устроится, все образуется», – то похоже, что такое утешение, даже если оно искреннее, и даже если оно и окажет минутное позитивное воздействие, является нежелательным для психотерапии. А почему? Потому что мы, психологи, думаем, что если уж случилась такая ситуация с человеком, то его внутренняя задача состоит в том, чтобы прожить это горе, испытать все, что выпало на его долю, провести внутреннюю душевную работу. И только тогда у него, может быть, произойдет какое-то развитие. Если не будет личностного развития – тоже неважно, но он эту часть своей судьбы по-настоящему полноценно проживет и переживет. В то время как утешение действительно очень часто пытается отвлечь человека от переживаний – «ничего-ничего, все устроится» – и чаще всего бывает попыткой нам самим выйти из ситуации чужой беды: нам трудно присутствовать, когда кто-то рядом страдает. И эти утешения – «ничего, ты крепкий, держись» – скорее служат цели избавления нас от стресса соучастия, чем реальной помощи.

В этой теме, как и в других, мы приходим к различиям. Есть разный совет, разное утешение, разная практическая помощь. Но все-таки общую формулу можно

сформулировать так: утешение, как попытка эмоциональной поддержки человека, является обязательным элементом любой психотерапии. Представить себе такую холодную, хрустальную психотерапию, которая делается от холодного здравого ума, но не содержит никакого тепла, невозможно. Такая терапия не работает. Но если мы будем сводить всю психотерапию или даже ее отдельный сеанс только к эмоциональной поддержке, то психотерапия тоже будет неэффективной и бесполезной ни для клиента, ни для дальнейшего развития терапевтических отношений.

Теперь давайте попробуем сформулировать *сходство и отличие житейской помощи от профессиональной*. Мы, конечно, знаем разные виды житейской помощи. Например, утешение. В древнеримской литературе существовал целый жанр – «утешительные письма» – когда люди писали друг другу письма, в которых на основании философских размышлений оказывали психологическую помощь друг другу. Есть такие вещи, как разговор в поезде. А.Ф. Копьев выделяет этот жанр как один из гомологов психотерапии. Есть примеры духовного, религиозного утешения: если мы вспомним старца Зосиму из «Братьев Карамазовых» Ф.М. Достоевского, то он не просто проповедует, он оказывает женщинам, которые к нему приходят, утешительную помощь и поддержку. Или, к примеру, Лука из пьесы «На дне» М. Горького, а также другие персонажи. Теперь поставим общий вопрос: в чем сходство и различие непрофессиональной помощи и профессиональной?

Мне кажется, что во-первых, это различие связано с таким параметром как *отношения*: в профессиональной психотерапевтической помощи это отношения чужих людей. Психолог не родственник, не начальник, не подчиненный, не кто-то свой. Это принципиальное требование. Т.е. предполагается, что в психотерапевтических отношениях отсутствуют практические жизненные связи между терапевтом и пациентом. Конечно, время от времени это правило нарушается. Но, тем не менее, правило есть правило. И жизненные, житейские, родственные, близкие отношения отличаются от отношений профессиональных. Тот же самый вопрос, что «я голоден и мне нечего есть» – если он задан психотерапевту, это один вопрос, по-одному звучит, а если задан отцу – совсем по-другому. Отец не может сказать: «Давай это обсудим, побудь с этим». Он лучше накормит человека. Кроме того, сам процесс дружеской или другой непрофессиональной помощи *не регламентирован*. Когда к вам приходит приятель или звонит вам по телефону, вы ему не говорите: «Я готов тебе оказать дружескую помощь, она продлится один час и стоить это будет столько-то». Никаких правил, регламентаций, обговаривания отношений в дружеской помощи нет.

Дружеская помощь или другой вид непрофессиональной помощи не ориентирован специально на *результат*. В психотерапии мы, конечно, хотим, чтобы она была по возможности эффективна. Другой вопрос, насколько это возможно отслеживать, объективировать позитивные изменения, которые происходят с сознанием, чувствами, поведением нашего пациента. Друг тоже хотел бы, чтобы облегчилось состояние того, кого он поддерживает. Но когда он оказывает какую-то помощь, он не думает: «Я похлопаю его по плечу, якорь ему поставлю НЛП-ский – и он потом будет помнить, что любое прикосновение к плечу означает, что кто-то рядом есть в этом мире, кто его поддерживает». Друг похлопал по плечу как выражение своего дружеского участия.

Можно сказать суммарно, что непрофессиональная помощь основывается на *интуиции*, в то время как профессиональная помощь основывается на *знаниях*. Дружеская помощь неметодична, в то время как профессиональная – *методична*. Поэтому когда вы будете проходить курс Понимающей психотерапии, там есть рефрен в начале терапевтических фраз – «так ли я вас понимаю», «правильно ли я понял» – но когда это звучит в дружеском контексте, то другом это воспринимается как издевательство. А в профессиональном контексте – нет. Профессиональная помощь *систематична*, а непрофессиональная спорадична. Вы не договариваетесь с другом о количестве сеансов, частоте его посещений и т.д., это делается спонтанно, или спорадически. А в психотерапии систематически. Профессионализм в психотерапии, как и в других областях, состоит в том, что существует специально прописанная, зафиксированная в документах *этика*. То, что мы обсуждали о недопустимости двойных отношений – это один из пунктов большинства этических кодексов психотерапии. Вы можете нарушать кодексы, но необходимо понимать, что за нарушение кодексов, равно как и за нарушение законов, необходимо отвечать. Существуют также нормы, методы, традиции сообщества. Когда психолог оказывает профессиональную помощь, он оказывает ее не только от своего лица, потому что за ним стоит сообщество, ассоциация, супервизоры, учителя. Он от их лица оказывает помощь, он *уполномочен* этим сообществом оказывать психологическую помощь. В то время как если мы оказываем дружескую помощь, мы все берем на себя, на свой страх и риск, мы ни перед кем не отвечаем за это. Вот некоторые параметры такого сопоставления.

Попробуйте в качестве задания найти в литературе короткий пример непрофессиональной помощи и проанализируйте его отличия от того или иного вида профессиональной помощи.

Есть еще один вопрос, который можно разбить на три отдельных подвопроса. Называется он следующим образом: **классификация видов психотерапии**. А подвопросы соответственно будут звучать как **классификация видов психотерапии по общетеоретическим подходам и школам**, **классификация видов психотерапии по формам работы** и **классификация видов психотерапии по сферам приложения**.

Если мы перечислим названия психотерапии, которые можно найти в разных учебниках – например, аутогенная тренировка, библиотерапия, психоанализ, наркоанализ, экзистенциальная терапия, даэзин-анализ, профконсультирование и т.д. – то увидим, что их огромное количество. Наша задача состоит в том, чтобы это множество упорядочить, понять, каким образом можно классифицировать виды терапии.

Один из способов классификации – по *общетеоретическому подходу*. Тут все лежит на поверхности. Это все те же – психоаналитическая, бихевиоральная, когнитивная и экзистенциально-гуманистическая психотерапия. Это классификация по подходам. Но кроме подходов еще существуют и *школы*: внутри каждого подхода существует не одна, а иногда более десяти психотерапевтических школ. Некоторые авторы выделяют 300, другие 400 школ – это зависит от критериев. Когда мы говорим: экзистенциальная психотерапия, или Даэзин-анализ Л. Бинсвангера – это по какому основанию? Это скорее не по психологическому подходу, а по *философскому основанию*: есть феноменологическая

психотерапия, феноменологические подходы. Т.е. выделяются школы на основании некоторых философских подходов, которые включаются в название.

Если мы возьмем классификацию по *формам работы*, то можно выделить следующие основные параметры классификации в рамках формы работы.

Первое основание – *объект* психотерапии: индивидуальная терапия, групповая терапия, семейная терапия и т.д. – т.е. по количественному и качественному составу пациентов. Другими словами, кто является совокупным клиентом – семья, или пара ребенок-родитель в детско-родительской терапии и т.д.

Второе основание – по *методу*. Некоторые психотерапии называются (можем встретить эти названия в учебниках): суггестивная психотерапия, гипнотерапия, вокалотерапия, данстерапия и т.д. Что здесь включено в название? Метод. Или тот же психоанализ – это тоже по методу. Анализ есть метод психотерапии, и метод включен в название.

Третье основание – по *средствам*. Могут быть средства, которые опосредуют терапевтический *контакт* – например, телефонное консультирование, интернет-консультирование, смс-консультирование. Используются разные средства, которые опосредуют не контакт, а *процесс* работы – например музыкотерапия, или биофидбек-терапия (в которой используется прибор биологической обратной связи). В инициальной терапии Э. Дюркгейма используются мечи, карты таро и т.д. Т.е. всякие инструменты, материальные средства в психотерапии тоже являются основанием для классификации.

Следующее основание – *условия* работы. Например, условия, описывающие терапевтическое пространство. Существует амбулаторная психотерапия – и психотерапия в стационаре или в санатории. Это разные виды терапии, и сами условия диктуют разные формы и методы работы, разный терапевтический контакт.

Следующее основание – *время*: есть так называемая краткосрочная терапия, есть длительная.

Очередное основание – *цели*. Выделяют, например, симптоматическую терапию – и реконструктивную терапию. Цель симптоматической терапии – просто снятие симптома, а цель реконструктивной терапии, например, Б.Д. Карвасарского – реконструкция личности, серьезные личностные изменения.

Следующее основание – по *стилю* терапевтического процесса. Например, различие директивной и индирективной терапии (которую ввел К. Роджерс) – это различие именно по стилю процесса. По терапевтическим отношениям тоже, но прежде всего, по стилю. Или, к примеру, провокативная терапия Ф. Фарелли тоже именуется – как следует из названия – по стилю процесса.

Далее – классификация по *сферам приложения*. Когда мы говорим: детская психотерапия, подростковая психотерапия или психотерапия с людьми пожилого возраста, то тут основание понятно – по *возрасту* контингента, который является предметом усилий. Этот контингент может иметь некоторое *состояние здоровья*: психотерапия больных шизофренией, психотерапия инвалидов, или психопрофилактика как консультативное направление. В последнем случае пациенты еще здоровы, но будут больными, если с ними не заниматься психопрофилактикой. Здесь же – по *социальной сфере*: психотерапия или

консультирование в образовании, медицинская психотерапия (соответственно, медицинская модель психотерапии), психотерапия в военной области – например, психотерапия военных неврозов и т.д.

И последнее различие – по *проблемам*. Иногда говорят, психотерапия посттравматического стресса, психотерапия горя, супружеская психотерапия, психотерапия одиночества и т.д. – когда в название психотерапии включена та ключевая проблема, с которой имеют дело данные виды психотерапии.

### **Тема 3. Строение психотерапевтической системы: теория и метод**

*Психотерапевтическая система, метод, подход, ориентация, направление, школа: сравнение понятий. Медицинская и психологическая («экзистенциальная») модель психотерапии. Категории анализа психотерапевтической системы. Сравнительная характеристика основных психотерапевтических подходов. Цели и ценности психотерапии. Онтология и антропология психотерапии.*

Мы переходим к третьей теме, которая подводит нас еще на шаг дальше в глубину, сердцевину психотерапевтического процесса. Подводит – но мы еще не подошли к ней. Мы идем как бы концентрическими кругами. Сначала это была тема «психотерапия и культура» – и мы широким взглядом смотрели из общекультурной позиции на психотерапию. Потом «психотерапия и профессия» – и мы уже изнутри цехового профессионального пространства рассматривали виды психотерапии, направления, разные формы работы, классификации и сравнивали профессиональную психотерапевтическую помощь и непрофессиональную. И вот теперь мы подходим к третьей теме, которая называется **«строение психотерапевтической системы»**. Как здесь стоит вопрос, какова здесь проблематизация?

Есть достаточно большое количество ситуаций, когда необходимо сделать выбор в пользу той или другой психотерапии. Например, такой выбор может возникнуть у пациента, его родственников. Они чувствуют, что возникла какая-то проблема у кого-то из членов семьи, и думают – какую психотерапию выбрать? Гипноз, психоанализ – потому что что-то слышали об этом по телевизору? Групповую или индивидуальную? Даже потребителю психотерапевтических услуг нужно ориентироваться в этом психотерапевтическом поле. Оно довольно обширно, и сложно в нем разобраться.

Такая проблема есть и у профессионала. Например, у психолога, который закончил университет, получил психологическое образование и хотел бы специализироваться в том или другом направлении психотерапии. Как ему выбирать? Может быть, он хотел бы заниматься психотерапией посттравматического стресса, или детской психотерапией, или гештальттерапией. Как ему сориентироваться, какие можно выделить ключевые опорные пункты для ориентации?

Такая же проблема, вызываемая множественностью видов психотерапии и множественностью параметров ее описания, есть у образовательных структур. Представьте, что перед вами декан факультета психологического консультирования какого-то университета. У него задача: составить учебный план. Кое-что предписывает

государственный стандарт: вот такие дисциплины должны быть. А дальше – решает факультет, ученый совет. И нужно выбрать такие психотерапевтические направления, такие школы, такие курсы, которые соответствуют вашему представлению о том, как должно строиться психотерапевтическое образование. Такая же проблема, связанная с множеством видов и разновидностей психотерапии, есть и на Западе – например, у страховых касс. Страховые кассы оплачивают психотерапию – но какую?

Как вы думаете, какие тут критерии?

- Известность, эффективность, научная обоснованность.

Действительно, для страховых касс должны быть какие-то аргументы, которыми они должны отчитаться перед налогоплательщиками, в министерстве – почему они, например, НЛП не оплачивают, а когнитивно-бихевиоральную терапию оплачивают? Значит, есть такой пласт знаний – это не знание технологий (как это делается), не знание приемов, не знание механизмов эффективности психотерапии. Это некоторый особый пласт знаний о психотерапии, который способен все это множество организмов психотерапии как-то классифицировать, упорядочить, понять, как они устроены. Мы с вами как профессионалы должны находиться в более выигрышной ситуации, потому что у нас больше информации, больше контактов. Но и больше ответственности: к вам будут обращаться люди, которые явно нуждаются в психотерапии, они это осознают и просят помочь выбрать, куда им лучше обратиться. И вам нужно помочь, куда-то направить, чтобы человеку действительно была оказана серьезная и эффективная помощь. И задача этой темы – получить способы ориентировки в системе. Подчеркну – не сориентироваться во всем существующем, это меняется – меняются школы, подходы, появляются новые имена, методы. Свое образование нужно выстраивать так, чтобы приобрести не только знания – они, безусловно, важны – но и способы мышления, развить структуры своего мышления так, чтобы системы ориентировки в этом профессиональном пространстве были профессиональными.

Такая почти бытовая, но очень серьезная проблема, вызванная множественностью разновидностей психотерапии. Как можно поставить задачу в ответ на эту проблему? Во-первых, выработать или хотя бы отрефлексировать самые общие категории, которыми описываются различные виды психотерапии. Для чего? Для того, чтобы сравнивать подобное с подобным. Если мы поставим перед собой задачу сравнить все движущееся по улице, то вряд ли будет уместно сравнивать грузовик с пешеходом, хотя и то и другое движущееся. В психотерапии количество разнообразных форм также велико, поэтому нам нужно выделить сопоставимые, сравнимые типы психотерапевтических организмов.

Первый вопрос звучит так – **психотерапевтическая система, метод, подход, ориентация, направление, школа: сравнение понятий**. Те слова, которые я назвал, наверняка встречались вам уже много раз в учебниках, на лекциях. Но я обещал, что наш курс будет скучным и направленным в большей степени на развитие методологии мышления, чем на содержание. Поэтому если мы сейчас будем рассматривать когнитивно-бихевиоральный подход, то нас будет интересовать слово *подход*, а не слово *когнитивно-бихевиоральный*.

Давайте подумаем, в чем разница этих понятий, какие реалии они описывают?

Начнем с психотерапевтической *теории*. Часто в учебниках по психотерапии перечисляют: психоаналитическая теория, бихевиоральная теория, экзистенциальная – имея в виду весь этот подход, систему, направление и т.д. Что мы все-таки вкладываем в это понятие – «теория» – когда употребляем его по отношению к той или другой психотерапии? Пойдем методом от противного. Представьте себе психотерапевта, у которого нет теории. Он довольно быстро окажется в уязвимой ситуации, будет растерян – потому что когда он будет проводить первый психотерапевтический сеанс, первое интервью с пациентом, на него обрушится такое море информации, что он совершенно не будет знать, в каком направлении вести этот сеанс, о чем спрашивать. Может быть, спросить о первых детских воспоминаниях? А может быть, лучше сосредоточиться на том, что происходит здесь-и-сейчас, на тех чувствах, которые испытывает пациент здесь-и-сейчас? Может быть, направить беседу в сторону анализа семейной системы, потому что это связано с этим? – думает один из психотерапевтов. А может быть, сконцентрироваться на тех травматических событиях, которые были у пациента? Как выбрать?

Этот выбор всегда есть выбор теории. Человек, не опирающийся на теорию, попадает в ситуацию неспособности действовать. Т.е. теория в психотерапии – это не просто некоторая ненужная нашлепка на психотерапевтическое действие – такая, чтобы мы сначала совершили какое-то психотерапевтическое действие, а потом с помощью теории обосновали. Нет, теория встроена в психотерапевтическое действие как внутренний скелет, она есть глаз, она не рука. Рука без глаза может действовать, разумеется, но недолго, неточно и неэффективно. Именно поэтому психотерапевтическая теория является часто при назывании той или другой терапии, или при выборе той или другой терапии важнейшим компонентом психотерапии. И соответственно, классифицируя виды психотерапии, мы классифицируем их по теории.

Давайте посмотрим, каково отношение к теории в разных видах психотерапии. Представим себе в виде некоторой стрелки психотерапевтическую практику, некоторый практический процесс, который осуществляет психотерапевт или группа терапевтов (рис. 1). Эта практика может, во-первых, осуществляться, а во-вторых, развиваться только при том условии, если она опосредована какой-то теорией. Есть ли у них средства и инструменты теоретического обдумывания этой практики? Представим в виде кривой некоторый рефлексивный выход. Мы выходим, поднимаемся над практикой, смотрим на нее сверху, и начинаем обдумывать, что там произошло: что я сделал, что сказал пациент, почему он попрощался раньше, что мне делать следующий раз, какие методы здесь применять и т.д. Мы выходим в какое-то пространство в поисках средств рефлексии, обдумывания психотерапии.



**Рис. 1. Соотношение теории и практики**

Что это за пространство? Это пространство может быть – так показывает история психотерапии – разного рода. Иногда это пространство создается самой психотерапией как особая психология, или точнее, *метапсихология*. Это термин Зигмунда Фрейда. Психоанализ, как мы с вами уже говорили, не заимствовал какую-то психоаналитическую теорию с тем, чтобы потом приложить ее к клинической практике – и получилось бы то, что и называется психоанализом. Психоанализ сам порождает эту теорию изнутри себя, из своей практики. Собственно говоря, теория психоанализа – это не теория бессознательного, это теория психотерапевтической, а именно, психоаналитической практики. Это закреплено и в названии – психоанализ, а не теория бессознательного. Что такое психоанализ, анализ? Это метод. Итак, в психоанализе здесь выстраивается специальное пространство под названием метапсихология, которая обслуживает функционирование и развитие этой психотерапевтической практики. Разумеется, эта метапсихология – теоретическая дисциплина, и она начинает заимствовать культурологические данные, развивать собственную теорию – например, представление о защитных механизмах и т.д. Но особенность этой метапсихологии состоит в том, что она вся порождается этой практикой, и тут же и возвращает. Такое взаимодействие между метапсихологией и практикой, когда есть взаимообогащающие непрерывные связи разных содержаний, фиксируется у Л.С. Выготского понятием «**психотехнический подход**». Разумеется, Фрейд не использовал этот термин, это термин Выготского, который говорил о том, что главный принцип современной психологии – это принцип практики, или как он говорил, философии практики. Т.е. когда он приводил евангельскую метафору, что практика как камень, который презрели строители, должен стать во главе угла – каких строителей он имел в виду? Строителей классической психологии, интроспективной психологии, которые мыслили возможность построения психологической науки без практики. Психоанализ – первое радикальное преодоление этого классического подхода.

Но это не единственная возможность. Есть, например, психотерапевтические школы, системы, подходы – пока мы все вместе используем эти слова, хотя позже будем их различать – которые не претендуют на развитие особого теоретического пласта. Они ориентированы прагматически – фельдшерски. Разумеется, для создания и развития своей практики они тоже совершают какие-то выходы, но в этих рефлексивных выходах они фиксируют, создают понятия очень прагматические – то, что нужно сейчас. Например, понятия нейролингвистического программирования. Эффективна эта психотерапевтическая метасистема? Да, в работе со многими симптомами нейролингвистическое программирование прекрасно справляется. Но обратите внимание на понятия, которыми пользуется нейролингвистическое программирование: «репрезентативная система», «якорь». Слышали ли вы в истории психологии, чтобы кто-то, начиная от В. Вундта по крайней мере, разрабатывал теорию якоря? Нет. Это что-то странное, немислимое с точки зрения академической исследовательской психологии. И если начать разбираться в понятии «якорь» в нейролингвистическом программировании, то оказывается, что это странный микст между ассоциацией, условным рефлексом, иногда оперантным рефлексом. Р. Бэндлер и Д. Гриндер не озаботились привязкой этого понятия и разработкой его в рамках психологии. Оно срывает сейчас – а о большем они не мечтали, на большее не претендовали. Что такое

«репрезентативная система»? Какие есть репрезентативные системы в НЛП? Визуальная, аудиальная и кинестетическая. А какие вы знаете перцептивные модальности? Их больше. Почему-то в кинестетическую репрезентативную систему мы вынуждены включить обоняние, хотя с точки зрения общей психологии кинестетический анализатор и обонятельный анализатор – абсолютно разные, с разными механизмами, закономерностями взаимодействия и т.д. Получается, что такие прагматически ориентированные системы не создают никакую психологию, или точнее, создают примитивную фельдшерскую психологию, которая не имеет перспектив развития. Я не думаю, что будет какой-то академический институт, в научно-исследовательской теме которого или в теме диссертации будет значиться «Развитие категории якоря в современной психотерапии». За этим понятием никакой серьезной академической традиции нет.

И наконец, третье отношение к теории – когда психотерапевтическая практика выбирает ту или другую серьезную психологическую традицию, которая развивается в исследовательской психологии независимо от психотерапии в узком смысле слова, и начинает устанавливать такие взаимообогащающие связи с этой традицией для того, чтобы создать психотехническую систему, в которой возможно как использование в практике всех тех понятий, которые разработаны в исследовательской традиции, так и обогащающее влияние практики на эту традицию.

Вот такие методологические разновидности отношения теории и практики психотерапии.

Но вернемся снова к словам. Когда мы говорим «**психотерапевтическая система**» – а это достаточно распространенное словоупотребление – что имеется в виду, что мы можем и должны вкладывать в это понятие? Мне кажется, минимальная формула *системы* – это *теория* плюс *метод*. Если бы у нас была замечательная теория, но мы не знали бы, как ее реализовывать, то это невозможно было бы назвать психотерапией. В таком положении находилось наше поколение людей, которые обучались в университете в 70-х годах. Мы очень неплохо знали Фрейда. Не так много мест было в Советском Союзе, где можно было бы свободно читать Фрейда. На территории МГУ Фрейд был в свободном доступе, любой студент мог его читать. Те из нас, кто пытался пробовать проводить дикий психоанализ, имели только теорию психоанализа, но никаких практических руководств, никакого метода, никакой технологии не знали. Итак, психотерапевтическая система – это теория плюс метод.

Когда говорят о психотерапевтическом подходе, сравнивают разные психотерапевтические подходы – что вкладывается в категорию «**подход**»? Какие психотерапевтические подходы мы знаем? Психодинамический, когнитивно-бихевиоральный, гуманистический. Это наиболее общие крупные направления. Что это за слово «подход», что за понятие? Я думаю, оно фиксирует прежде всего общую теоретическую ориентацию той или другой психотерапии. Это теоретическая, методологическая, отчасти философская *позиция*, с которой ведется и теоретическое рассмотрение, и практическое действие. Подход, соответственно, задает какие-то координаты для всей психотерапевтической системы – и для ее теории, и для ее метода.

Иногда звучат такие определения той или иной разновидности психотерапии как «**ориентация**». Например, иногда говорят – психотерапия психоаналитической ориентации.

Что такое «ориентация» в данном контексте? Я думаю, что категорию «ориентации» можно понять таким образом: психотерапевты ориентируются, т.е. заимствуют основные положения из того или другого подхода, из той или другой теории – в данном случае, из психоанализа – но они не берут на себя обязательств полностью выполнять все законоположения данной школы. Конкретный пример: в психоанализе велись горячие споры относительно того, сколько раз в неделю нужно проводить анализ. Настоящий анализ проводится 5 раз в неделю. Международная психоаналитическая ассоциация решала, и по этому поводу были острые дебаты – а обязательно ли 5, а можно ли 4? Будет ли это психоанализ или уже не будет? И вот 4 еще считаются психоанализом, а 3 – уже не считаются, это не психоанализ. Казалось бы, это чисто внешняя, формальная сторона – 3 или 4, или 5 – какая принципиальная разница? Между тем, за этими простыми цифрами лежат довольно серьезные фундаментальные и технические и теоретические вещи. Психоанализ – особенно ранний, в соответствии с чисто научным мышлением Фрейда, по крайней мере, с претензией на чисто научное мышление – претендовал на научную чистоту. И одно из правил психоаналитического контракта состоит в том, что анализанд не должен принимать во время курса психоанализа никаких решений, меняющих жизнь. Он не должен менять работу, жениться или выходить замуж, переезжать в другой город и т.д. Без обсуждения с психоаналитиком он не имеет права принимать фундаментальных личных человеческих решений. Понятно почему – потому что настолько глубоким казался процесс, настолько сильными силы сопротивления психоанализу, что может быть, когда психоаналитик еще только подбирается к самому ключевому болезненному моменту опыта, у пациента появляется желание избежать этого – и тут, например, принимается решение о переезде в другой город, для чего всегда найдутся благовидные предлоги. Поэтому для того, чтобы создать такую чистую экспериментальную ситуацию, нужно было в этом контакте ограничить возможности волеизъявления самого пациента.

Кроме того, представьте себе, какова жизнь человека, который 5 раз в неделю ходит на психоанализ? Вот вы каждый день, ровно в 2 часа, опаздывать нельзя – это будет истолковано как сопротивление, не приходить тоже нельзя, потому что деньги все равно будут заплачены – и вот вы каждый день должны в 2 часа быть там-то. Мало того, что вам нужно полтора часа туда, полтора обратно, чтобы добраться. О чем вы будете думать почти весь день – когда вы какие-то принимаете решения, кто-то вам понравился, вы получили какое-то письмо, вам приснилось какое-то сновидение? Вы будете думать – как я об этом расскажу моему психоаналитику? Потому что ключевое событие дня – это кушетка, на которой вы будете лежать целый час. И вот эти свидания, которые длятся не в течение одной недели, не в течение одного месяца, а в течение иногда нескольких лет – естественно, преобразуют всю жизнь человека. Он попадает в своего рода монастырь, потому что именно в монастыре принимались такие фундаментальные решения: человек отсекал свою волю и должен был отдать ее старцу, учителю. Поэтому когда человек ходит на анализ 5 раз в неделю или ходит 3 раза в неделю – это совсем другое дело. Он свободен, половина свободного времени у него есть от психоанализа, он оказывается совсем в другой психологической ситуации. Так вот, психотерапия психоаналитической ориентации может осуществляться без того, чтобы терапевт и, соответственно, его пациенты, брали на себя

такие довольно жесткие школьные обязательства. Но теоретически и методически они могут исповедовать те же взгляды, те же технические принципы. Таково понятие ориентации.

Очень часто, когда описывается та или иная разновидность психотерапии, употребляется понятие «**модели**». Если вы наберете в интернете слова «модель психотерапии», вывалится огромное количество ссылок. Там вы встретите – «медицинская модель психотерапии», «интегративная модель психотерапии», «эkleктическая модель психотерапии больных алкоголизмом» и т.д. – огромное количество вариантов. Как их можно обобщить и как можно понять собственно категорию «модели», которая употребляется по отношению к психотерапии?

Если мы говорим о модели, то прежде всего нужно говорить о каких-то *образцах*. Скажем, «**медицинская модель психотерапии**» – это психотерапия, которая выстроена по лекалам, по выкройкам, по образцам медицины. Соответственно, медицинской моделью психотерапии прежде всего должен заниматься врач. Мышление о том, как нам понимать проблемы клиента – скорее всего будет медицински-ориентированным. Мы всегда будем считать в рамках медицинской модели, что есть некоторые биологические факторы, которые оказывают существенное влияние на психопатологические состояния пациента. Мы будем считать в рамках медицинской модели, что главная причина его состояния – внутри него, внутри его организма. В общем, мы будем в рамках медицинской модели считать его больным. Он пациент, он больной. Может быть, не психически больной, но все-таки больной, и это слово из прилагательного будет превращаться в существительное. И наконец, в рамках медицинской модели психотерапии действует такое понимание, которое Вячеслав Николаевич Цапкин называет метафорой «войны» – медицина борется против симптомов, она должна их победить. «**Психологическая, или экзистенциальная модель психотерапии**» вовсе не исповедует такое свирепое отношение к симптомам. Она может на симптом смотреть как на советчика, как на тайну, загадку, которую нужно открыть – могут быть самые разные метафоры. Психотерапевт в рамках этой модели понимает страдание как неотъемлемый аспект существования человека в мире, как переживание, как некую работу души. И задача психотерапевта состоит не в том, чтобы устранить это переживание, а в том, чтобы способствовать его осуществлению. Психотерапевт выступает в качестве проводника этого переживания, помогая своему пациенту проделать сложную внутреннюю работу.

Есть, например, религиозное консультирование, пастырское консультирование (на Западе, в частности, в США) – причем не обязательно его проводит священник. Оно, естественно, стоит по образцу другой социальной сферы, культурной сферы – религиозной. Есть консультирование, которое ведется по образцу педагогических систем – и соответственно, можно сказать, что существует педагогическая модель консультирования и психотерапии. Итак, это первое понимание модели психотерапии, когда та или другая разновидность выстраивается по образцу той или другой социальной схемы.

Второе понимание – когда говорится – интегративная, эклектическая модель психотерапии, имеется в виду скорее отношение не к какой-то социальной сфере, а особое *отношение к теории*, обеспечивающей ту или другую психотерапию. И чаще всего это отношение определяется принципом прагматики. Разного рода эклектические модели, которые можно встретить, например, на сайтах, рекламирующих психотерапевтические

услуги, где вам расскажут, что если у вас потеря или горе, то в этом психотерапевтическом центре к вам будут применены следующие методы... Дальше идет перечисление десятков методов – и шестишаговый рефрейминг, и гипноз, и расстановка по Хеллингеру – чего там только нет. И дальше в конце обязательно автор этого сайта напишет: в центре применяется интегративная модель психотерапии по отношению к этим видам расстройств. Что за интеграция здесь? Интеграции здесь нет. Речь идет о том, что просто нанизываются через запятую разные методы, которые этот автор или этот центр так или иначе освоил, знает, как это делается – и просто применяют их. Так же, как в патопсихологической практике опытный патопсихолог выбирает небольшое количество тестов или проб, которые нужны для решения данной клинической задачи. А неопытный психолог знает, что его научили методикам «10 слов», «пиктограмма», «классификация» и т.д. – и он выстреливает из всех этих орудий, а потом, когда уже будут готовы протоколы, разбирается, что с этим делать. Такие эклектические модели психотерапии связаны с тем, что происходит накопление, суммирование методов с принципиальным отказом от теоретического синтеза, постановки проблемы теоретического синтеза. Это в худших случаях. В лучших случаях дело идет о попытках методологической или теоретической интеграции. Например, Алла Борисовна Холмогорова разрабатывает в своей докторской диссертации био-психо-социальную модель психотерапии, в которой предпринята попытка учета разных факторов – биологических, психологических и социальных – для того, чтобы создать на этой интегральной основе психотерапевтическую модель. В любом случае, стоит обратить внимание, что главное употребление понятия «модель» связано либо с ориентацией на ту или другую социальную сферу, либо с ориентацией на соединение методов.

Очень важное, мне кажется, понятие – «**психотерапевтическая школа**». В учебниках психотерапии главы часто посвящены иногда системам, иногда подходам, иногда теориям, иногда школам, причем авторы часто не различают этих понятий. Давайте их различим. Что такое школа, вообще говоря? Школа – это место, где есть кому учить, есть чему учить, и есть кого учить. Поэтому как минимум эти три компонента в психотерапевтической школе должны быть. Это необходимое, но не достаточное условие. Если мы посмотрим на такие психотерапии, которые действительно заслуживают понятия психотерапевтической школы, то какие основные структурные компоненты школы мы обнаружим? Во-первых, в школе всегда есть авторитет, *учитель*. Чаще это основатель школы. Их не так много: Зигмунд Фрейд, Карл Роджерс, Фриц Перлз и т.д. Психотерапевтических школ не 450, а может быть, всего несколько десятков. Во-вторых, помимо авторитета психотерапевтическая школа должна содержать в себе *систему* – это есть то, чему учат. А система, как мы уже говорили, это теория плюс метод. И наконец, она должна иметь *учеников*. И этот третий компонент психотерапевтической школы является очень важным. Без учеников школы нет. А мы знаем по истории психотерапии, что вся драма развития психотерапии связана именно с учениками. Психоанализ, как такой архетипический пример, показывает, как это бывает. Благодаря противодействию К.Г. Юнга, А. Адлера и других учеников из первого поколения психоаналитиков, и происходило развитие и распространение психоанализа. Это просто конкретные персональные вещи.

Кроме того, в психотерапевтической школе должна быть обязательная образовательная *дидактическая* составляющая, которая не менее важна, чем теоретическая или методическая составляющая. Если психотерапевтическая школа не воспроизводит своих адептов, не производит учеников, она умирает. А производство – я употребляю именно это слово – «производство учеников» – очень сложный, болезненный, долгий, мучительный процесс. Потому что, во-первых, он начинается с отбора. Например, для того чтобы попасть на обучение психоанализу, нужно чтобы кто-то конкретно вызвался вести с тобой дидактический анализ. Во-вторых, во время обучения психотерапии в рамках того или другого подхода человек понимает довольно быстро, что психотерапия – это такая «наука», которую выучить невозможно. Т.е. невозможно остаться таким, как я есть, и просто овладеть этими знаниями, этим опытом, этими техническими приемами. Потому что психотерапия всегда осуществляется как личное действие, а не как инструментальная техническая деятельность. Поэтому для того, чтобы выучить психотерапию, мне нужно измениться. Причем измениться не в произвольную сторону, не так, как мне хочется и как мне нравится, а измениться в соответствии с антропологическими идеалами этой школы. Некоторые из этих идеалов замечательные, они требуют от нас изменения в сторону самих же себя, более подлинных. Но очень важно, что психотерапевтическое образование отличается от любого, например, технического образования – тем, что здесь вопрос стоит не о внешних знаниях, внешних приемах, и вообще, не только и не столько о знаниях, сколько об *изменении себя*.

Вот эта практика изменения себя, работы над собой, дисциплинирования себя в определенном направлении является фундаментальным правилом, без которого психотерапевта, собственно, не получается. Психотерапевт должен развить в себе особые функциональные органы – например, психотерапевтический слух, психотерапевтическое внимание, психотерапевтическое зрение, психотерапевтическое мышление. Я мог бы просто перечислить все психические функции, и у психотерапевта они особенные. Психотерапевт должен развить в себе психотерапевтическую память. Психотерапевтический сеанс длится примерно час. Представьте, что после какой-нибудь лекции вас неожиданно попросили бы, проводя эксперименты по произвольному запоминанию, рассказать как можно более точно все нюансы, повороты, формулировки, слова, термины, смыслы, которые были на этой лекции. Довольно сложная задача, мало кто смог бы с ней справиться. Но когда мы просидели час с пациентом, и он придет еще через день, то вы вынуждены помнить это совсем по-другому. Потому что в его словах могут быть такие – и обязательно будут – такие важные вещи, такие важные повороты мысли, такие важные его чувства, воспоминания, ситуации из его семьи, которые нельзя забыть. А память наша слаба. Значит, мы должны вместо нашей естественной памяти развить в себе другую, профессиональную память. И это возможно. Те из вас, кто выберет, в частности, мастерские по Понимающей психотерапии, увидят, что есть некоторые вполне конкретные технические приемы организации внимания в процессе слушания речи пациента, которые позволяют реплику, которая длится полчаса, сжать так, что вы ее всю удержите в памяти.

Итак, психотерапевтическое образование не сводится только к обучению. Это очень важный момент. Оно содержит аналоги посвящения. Психотерапевт должен пройти сертификацию, т.е. он должен подтвердить перед психотерапевтическим сообществом, что

он кое-что знает, кое-что умеет и стал тем самым собой, который способен проводить психотерапию. Более того, в большинстве западных стран сертификация или аккредитация психотерапевта, консультанта проходит не один раз. Человек должен каждые несколько лет – раз в 3 года, раз в 5 лет – разные законы у разных штатов – подтверждать свою квалификацию. Точно так же как спортсмен, шахматист, гроссмейстер – он должен не просто раз и навсегда стать гроссмейстером. Он должен подтверждать в серьезных соревнованиях, что он на гроссмейстерском уровне играет в шахматы. И это предполагает, что психотерапия связана с непрерывным образованием, причем разного рода. Каждый психотерапевт, даже опытный и уже сертифицированный, тот, который сам ведет супервизорскую практику – должен набирать определенное количество часов повышения квалификации каждый год, сам проходить супервизию определенным образом.

Итак, психотерапевтическая школа есть сумма: авторитет плюс система плюс образование, которое транслирует эту школу. Но и этого всего недостаточно для того, чтобы школа была школой. Есть еще одно фундаментальное условие. Только в том случае школа может заслуживать этого звания, когда в ней продолжают создаваться условия, при которых все эти три компонента *развиваются*. Если мы посмотрим на научную судьбу Фрейда – это действительно образец человека, который никогда не почивал на лаврах, он всегда был в процессе развития. Но и его система не остановилась на XIX веке, 1900 годе. До самого последнего момента она была в развитии. Соответственно, то же самое касается систем сертификации, подготовки психоаналитиков и специалистов системы образования в широком смысле этого слова. Итак, я бы сказал, что психотерапевтическая школа есть высшая, самая развитая форма организации психотерапевтического сообщества, примерно такая же, какой среди человеческих сообществ является государство.

Вот основные понятия, которыми описываются и называются целостные психотерапевтические системы.

Эти понятия как бы извне описывают тот или иной психотерапевтический организм. Но нам с вами, приближаясь к сути психотерапевтического ремесла, нужно понять и внутреннее устройство, нам нужно понять анатомию каждого подхода и каждой школы или каждой теории. Потому что тем из вас, кто будет заниматься психотерапией или консультированием после завершения своего образования, нужно сделать очень непростой выбор. И хорошо бы этот выбор делать информированно. Задача следующего вопроса будет состоять в том, чтобы попытаться описать внутреннюю структуру, внутреннее устройство психотерапевтической теории или системы. Какие органы есть в этом организме? Как он устроен?

Следующий вопрос, который мы будем с вами обсуждать – **категории анализа психотерапевтической системы**. Задача, которая здесь стоит – понять внутреннюю структуру, внутреннее устройство психотерапевтического организма. Кто решает такую задачу? Авторы учебников по психотерапии, когда они выстраивают оглавление, они вынуждены ввести какую-то рубрику. Какую рубрику мы встречаем чаще всего? Например, в учебниках описываются основатель школы, история развития той или другой школы, основные теоретические предположения и т.д. Но обычно этот вопрос решается эмпирически. Т.е. просто так удобно расположить и структурировать материал, и мало кто

подходит к вопросу о структурировании школы теоретически, с попыткой выстроить какой-то внятный конструкт. Один из тех, кто все-таки такую попытку предпринял, – это профессор нашего факультета Александр Иосифович Сосланд. Александр Иосифович написал книгу «Фундаментальная структура психотерапевтического метода». Правда, под словом «метод» он понимает здесь не то, о чем мы говорили, не набор техник, приемов, практик. Под словом «метод» он понимает здесь то, что мы с вами понимаем под словом «система». Я хотел бы привести в качестве примера ряд категорий, которые он использует для создания некоторой метаконструкции, метамодели, которая позволяет понимать, структурировать и описывать каждую школу. Для чего нужна была бы эта модель человеку, выбирающему для себя подходящую именно ему персонально школу, подход или метод? Для ориентации, для того, чтобы задавать вопросы. Вы должны подойти к школе и задать ей вопросы. Но какие вопросы задавать, не совсем понятно. Вот некоторая система вопросов, описывающих школу.

Первое различие, который проводит Александр Иосифович для описания психотерапевтической школы: в каждой школе, каждой теории психотерапии есть так называемый *теоретический отдел* и *технический отдел*. В свою очередь, теоретический отдел делится на две составляющих: *синхронистический* и *диахронический*. Синхронистический отдел описывает структуру в каждый данный момент, диахронический – трактует вопросы развития (описание временной развертки тех или иных процессов, историческая развертка). Это различие синхронии и диахронии заимствовано из культурологии, истории. В синхронистическом разделе выделяется ряд категорий, и одна из них – категория «целое». «Целое» – это жизненное пространство пациента, общая онтологическая картина, применяемая в данной концепции («онтология» – наука о бытии). Какое «целое» – если воспользоваться этим понятием – используется, скажем, в бихевиоральной терапии? Как в ней представляется в целом, какой категорией описывается пациент? Он кто как целое?

- Индивид.
- Механизм.
- Организм.

Он описывается как организм. К нему прилагаются закономерности, которые открыты на описании организма и взаимодействия организма со средой. А в Роджерсианском подходе это «целое» как описывается?

- Человек.

Если Person-centered approach перевести как человекоцентрированный подход, то человек, личность.

Оказывается, что уже в первом пункте теории могут быть совершенно фундаментальные различия, которые, разумеется, тут же не преминут сказаться на конкретной практике. Одно дело, когда мы рассматриваем сидящего рядом человека не как гражданина того же государства, а научно, профессионально, как организм – и совсем другое дело, если мы рассматриваем его как личность. Мы будем по-другому о нем думать, другие применять методы, другие писать о нем статьи и т.д. Это совершенно разные типы профессионального мышления об этом человеке и другие типы действий. Когда говорится о психотерапии как о чем-то цельном и едином, не верьте. Психотерапия – это множество

разных вер, множество разных убеждений, множество разных антропологий. И для того, чтобы заниматься психотерапией, придется сделать выбор. Вы должны будете выбрать свою философию. Иногда этот выбор происходит уже внутри самой работы, иногда априорно, доопытно можно сделать этот выбор. Но в любом случае, у нас с вами внутри нашей профессии нет свободы от антропологических выборов и философских решений. Мы должны занять позицию, без этого невозможно работать, потому что психотерапия как практика не является чисто научной дисциплиной, где можно свои убеждения, свои взгляды отложить в сторону. Мы работаем собой, соответственно, и наше видение другого человека и наши убеждения должны быть положены на стол.

Вторая категория, которую вводит Александр Иосифович – это категория «Другого». Практически во всех психотерапевтических системах (не во всех, но в большинстве) есть представление о некоторых значимых персонажах в жизни пациента. Соответственно, та или другая теория всегда описывает этого Другого как значимого персонажа. И этот Другой – не конкретный Другой, за ним закреплены некоторые функции – как скажем, в так называемой октантной модели у Владимира Проппа в анализе морфологии волшебной сказки. В частности, там анализируются разные фигуры волшебной сказки, и оказывается, что набор типовых персонажей и типовых действий, которые закреплены за этими персонажами, очень небольшой. Соответственно, из комбинации этих фигур и их действий и создается ткань каждой волшебной сказки. Скажем, всегда там есть волшебный помощник – волк, гном и т.д. Но его функция – всегда в том, чтобы помогать главному герою на пути к какой-то цели, оказывать ему помощь. Кто является такими персонажами? Например, в психоанализе, при анализе такого психоаналитического конструкта, как «эдипов комплекс», мать рассматривается как объект вожделения, а отец – как источник угрозы в эдиповой ситуации. Это не конкретная мать, не конкретный отец – это структура теории, которая накладывается на реальную ситуацию. Но в любом случае будем помнить, что один из вопросов, которые мы задаем школе – а как вы рассматриваете значимость Других? Как вы мыслите эти понятия?

Следующее понятие – «инстанция». Инстанция – это такой элемент структуры личности пациента, а точнее было бы сказать – такой элемент структуры «целого», который обнаруживается или эксплуатируется в психотерапевтическом процессе. Какие основные инстанции в психоанализе? Я, Оно, Сверх-Я. Какие у Эрика Берна основные инстанции? Взрослый, Родитель, Ребенок. У Юнга – Анима, Анимус, Тень, Персона и т.д. Опять обращаю внимание не на эту разницу – это предмет изучения истории психотерапии и предмет изучения отдельных терапевтических школ – а на саму категорию, которая применяется, на сам способ мысли. Каждый из этих выдающихся теоретиков психотерапии пытается выделить внутри личностного целого такие измерения – такие инстанции, как говорит Сосланд, такие части, как говорят в НЛП, такие субличности, как говорится у Р. Ассаджиоли – которые являются значимыми и существенными элементами построения теории психотерапии. Для чего нужно выделение инстанций? Не только для построения теории, а для непосредственной практической работы. Например, вы проводите транзактный анализ в духе Эрика Берна. И когда вы слышите, что ваш пациент вдруг говорит с детскими интонациями: «Ой, вы знаете, мой начальник меня обижает все время», – вы просто слышите

эту фигуру Ребенка. Это не Взрослый, который является автономным существом и находится в каких-то деловых отношениях с начальником. Он жалуется вам, и в этот момент он позиционирует вас, может быть, как Родителя, как бабушку, а себя как Ребенка. И соответственно, мы сейчас, в этот момент терапии должны и можем вступить в контакт именно с этой фигурой. Это непосредственный инструмент нашего терапевтического анализа и действия.

Следующее важное понятие – *«границы»*. «Границы» – это прежде всего границы между инстанциями, как бы внутренние границы, границы внутри «целого». И границы между «целым» и внешним миром. Проблематика границы в некоторых школах – например, в гештальттерапии – является одной из важнейших тем. Но если даже категория «границы» прямо не прорабатывается, то она все равно очень существенна в развитом психотерапевтическом подходе. Например, в том же психоанализе тематика границы имеет существенное значение, скажем, в понятии «цензуры». Вообще, вся метафорика Фрейда, связанная с преодолением цензуры, часто появляется как метафорика контрабанды: когда то, что не может быть явлено сознанию в прямом, открытом виде, появляется контрабандно, в виде симптомов, оговорок, ошибок, описок и т.д. А что это за метафора контрабанды? Это всегда переход границы, это незаконный перенос некоторых содержаний, товаров и т.д. через границу. Так вот, что тут важно – членение личностного целого в том или другом подходе всегда предполагает, что значимыми событиями для психотерапевта – тем, на что ему обращать внимание, на чем ему фиксироваться, когда он слушает пациента или совершает свои действия – являются эти переходы, переключения из одного режима функционирования в другой, из одного пространства в другое.

Концепт вытеснения – что это такое с точки зрения этих областей и границ? Это тоже пересечение границы, только в другую сторону. Вытесняемые содержания должны быть помещены по ту сторону границы сознания и там оставаться.

Понятие *«канала»*. Этот концепт описывает, как именно происходят связи и переходы прежде всего между «целым» и внешним миром, внешней средой. Мы с вами упоминали НЛП и репрезентативные системы. Аудиальный, визуальный, кинестетический канал – являются примерами таких каналов. Но у Арни Минделла в процессуальной терапии, где понятие канала разрабатывается довольно интенсивно, приводятся еще и такие, довольно странные, казалось бы, с точки зрения обычной психологии каналы – как например, канал мира. Что это такое? Когда какие-то события происходят, казалось бы, не по воле самого пациента, случайно, но мы видим, что он сплошь и рядом совершенно случайно попадает в одни и те же типовые ситуации – то у нас зарождается подозрение, что это все не так уж случайно. Скажем, при психотерапии горя достаточно часто встречается такой феномен: люди, переживающие горе, склонны – можно было бы так сказать – попадать в катастрофические ситуации: аварии, пожары и т.д. Это можно истолковать как бессознательные действия, связанные с чувством вины – которое распространено, является одним из феноменов, сопровождающих переживание горя. И тогда бывают случаи, когда можно истолковать эти, казалось бы, случайные аварии как бессознательное желание получить некоторое наказание и тем самым утолить чувство вины перед ушедшим человеком. Обратим внимание на эту общую метакатегорию. Во всякой

психотерапевтической системе в явном или неявном виде описываются некоторые способы связи с внешним миром, и для них Сосланд применяет это общее понятие «канал».

Еще несколько примеров категорий для того, чтобы нам «схватить» сам способ мысли. Может быть, ярче всего он вырисовывается через категорию, вводимую Александром Иосифовичем как «*купидо*». Эта категория уже относится к диахроническому разделу. В диахроническом разделе личность описывается в изменении, развитии, развертывании. Категория «*купидо*» – это такой структурный элемент психотерапевтической теории, который описывает главное влечение пациента, неудовлетворение которого чаще всего приводит к формированию патологии. Понятно, что этот термин намекает по своему звучанию на понятие «либидо» в психоанализе, но он именно обобщает все эти фундаментальные влечения. Это очень важно. Потому что, например, под это понятие «*купидо*» в логотерапии Виктора Франкла попадет стремление к смыслу, никакого отношения к либидо не имеющее. Но способ методологического размышления остается такой же: если у человека фрустрировано стремление к смыслу, он попадает в патогенную ситуацию и может заболеть – то, что Франкл называл нозогенным неврозом – когда смысловая пустота, смысловой вакуум становятся главным симптомом и состоянием человека.

Еще одна категория – понятие «*идеала*». Оно тоже относится к диахроническому разделу. «Идеал» – это то, чем венчается терапевтический процесс, это то, о чем мечтает терапевт для своего пациента. Для Фрица Перлза «идеал» – это «зрелость», а для Роджерса – «хорошо функционирующая личность». А что является «идеалом» в психоанализе Фрейда?

- Любить и работать.

А когда возможно это – «любить и работать» – с точки зрения структурных категорий «Я» и «Оно»?

- «Я» на месте «Оно».

Это возможно, когда «Я» становится на место «Оно». Повторяю – мы не вникаем внутрь той или иной теории. Мы пытаемся с вами схватить общие формы мысли. Как бы по-разному ни мыслили Фрейд и Франкл, они вводят в теорию – таково устройство психотерапевтической теории – свое представление о том желанном идеальном результате, идеальной цели, к которой они хотели бы идти вместе со своим пациентом.

Приведенных примеров достаточно для того, чтобы указать на наличие такого опыта метаописания терапевтической системы. Этот шаг – один из возможных шагов в сторону общей психотерапии. Общая психология у нас есть, а общей психотерапии нет. И не так уж много было предпринято попыток создать общую психотерапию, т.е. описание этих общих категорий. Тем не менее, как общая психология является важнейшим элементом развития психологического знания, так и общая психотерапия – важнейшей задачей развития психотерапевтического мышления.

Давайте теперь попытаемся ввести такие основные категории – может быть, менее сложные, чем те, которые предлагает Александр Иосифович. Эта таблица позволит нам сейчас проанализировать некоторые основные категории, строение психотерапевтической системы и попытаться дать самую общую методологическую характеристику основных терапевтических подходов.

Давайте нарисуем эту таблицу и попытаемся воспользоваться ею для анализа основных терапевтических подходов.

Таблица 4-1.

**Сравнительная характеристика основных психотерапевтических подходов**

Психотерапевтическая система	Высшая цель и ценность	Онтология и антропология	Проблемное состояние	Продуктивный процесс	Действия профессионала	Метод
Психоанализ						
Бихевиоральная терапия						
Гуманистическая терапия						
Для сравнения в следующей строке таблицы представлено описание по тем же параметрам медицины как одной из антропологических практик						
Медицина						

Первая колонка: психотерапевтическая система. И дальше мы введем те рубрики и категории, по которым будем эти системы анализировать. Первая категория – это категория **высшей ценности и цели** психотерапии. Мы сравниваем психотерапию с другими социальными практиками. Давайте здесь зарезервируем одну строчку для одной из таких авторитетных социальных практик как медицина. Это не психотерапевтическая система, но это просто область практики и мысли, которая нужна для того, чтобы помочь нам думать о психотерапевтических системах. И далее я предлагаю выделить и описать три основных психотерапевтических подхода, на которые обычно раскладывается все поле психотерапии: психоанализ, бихевиоральная терапия, гуманистическая терапия. Конечно, все эти названия тоже нуждаются в своих оговорках, но пока мы примем такое грубое различие.

Итак, попробуем описать, как мы можем охарактеризовать высшую цель и ценность этих направлений психотерапии. Для примера, для образца у нас есть медицина. Какова высшая цель и ценность медицины? Здоровье – это очевидная вещь. Что такое здоровье с точки зрения этой системы? Это результат деятельности, идеальный результат деятельности – то, что Сосланд фиксирует в понятии «идеала». Идеальный результат деятельности врача: в результате деятельности врача пациент должен обрести здоровье. Каковы идеальные результаты, каковы высшие цели в психоанализе, гуманистической терапии, бихевиоральной терапии?

- В бихевиоральной – правильно выработанные реакции, адаптированность.

Хорошо, в бихевиоральной терапии – адаптированность.

- В психоанализе – зрелые защитные механизмы.

Зрелые защитные механизмы – это важная вещь, но частность.

- Баланс индивидуального и социального.

Как раз индивидуальное и социальное – эта проблематика классический психоанализ мало волнует.

- Баланс - на место «Оно» должно стать «Я».

Если на место «Оно» должно встать «Я», то это не баланс.

Итак, какие у нас гипотезы? Зрелые защитные механизмы, баланс.

В гуманистической терапии как можно было бы описать то, что в идеале возникает на полюсе пациента?

- Самоактуализирующаяся личность.

- Душевная гармония.

Душевная гармония – это у какого автора? Ни понятиями души, ни понятиями гармонии чаще всего не пользуются гуманистические и экзистенциальные терапевты, хотя какие-то исключения бывают, но на обобщение это не тянет.

- Позитивная Я-концепция.
- Самореализация. Открытость опыту.

Открытость опыту – важная вещь, но мы ищем высшую цель и ценность. Сравниваем со здоровьем. Открытость опыту – это, можно сказать, равносильно хорошему дыханию. Это замечательно, но это не само здоровье. Открытость опыту входит в цели Роджерсианской терапии.

Пока на этом остановимся. Самоактуализирующаяся личность, открытость опыту – круг очерчивается. Может быть, нам не важно сейчас сразу получить окончательные ответы, потому что все элементы психотерапевтической системы связаны между собой. И может быть, ответив на следующие вопросы, сможем вернуться к первому вопросу. Следующая категория такая: **онтология и антропология**. Как мы уже говорили, каждая психотерапевтическая система должна выстроить свое представление о человеке, свой образ человека. Без этого она не сможет действовать. То, что у А. Сосланда зафиксировано в категории «целое», имеет отношение к этому вопросу. Что такое онтология? Наука о бытии. Т.е. в каждой теории, психологической по крайней мере, есть некоторое представление о том, как устроено бытие. Это первая картинка. Представьте, что вы сейчас садитесь писать учебник, описывающий вашу собственную теорию психологии. И вот вам нужно будет с чего-то начинать. Нужно будет начинать с представления о том, что такое мир, как выглядит человек, а потом все больше и больше уточнять. Так вот, это полагание онтологии, т.е. первичные предположения, которые кладутся в основание теории, являются важным моментом любой психологической теории.

Какова онтология в медицине? Как видит человека врач?

- Как больного, как организм, анатомически.

Действительно, главная категория для врача – категория «организма». Видит ли врач человека как тело?

- Да. Хирург – он работает непосредственно с организмом, органами.

Нет, я хочу провести различие между понятиями «тело» и «организм». «Тело» – это категория, которая сопряжена с категорией «душа». «Тело» не случайно в самом слове содержит понятие целого, тело – это целое. Но важно, что «тело» сопряжено с понятием «души», и совсем не связано с понятием «организма». Например, можем ли мы сказать так: «красивое тело»? Да. А можем ли мы сказать – «красивый организм»? Не получается. Тело можно любить, любоваться, обнимать. Но можно ли поцеловать организм?

Итак, врач имеет дело прежде всего именно с человеческим организмом. Но тот организм, который мыслится в медицине – это величайшее понятие, это величайшее завоевание человеческой мысли. Что тут великого в этом понятии «организма»? Во-первых, оно указывает на *целостное сочетание* органов. Это не набор органов, это целостная конструкция, система. Во-вторых, понятие «организма» становится для врача пространством, полем, *инструментом* мысли. Например, приходит пациент к врачу. Он еще только прошел от двери до стола, а врач уже начинает о нем думать. Что он успеваешь заметить за это время?

Походку, белки глаз, как он закрывает дверь – эти факты мы, психологи, могли бы тоже заметить. Но у нас нет соответствующих знаний, нет представлений об организме, поэтому мы видим белки глаз – ну да, они желтые. Мы увидим потемнение век, покраснение кожных покровов, и какой вывод мы из этого сделаем? Никакого. Внимательный, наблюдательный врач может – пока человек идет к его столу – поставить диагноз и уже прописать лечение. Например, увидел шаркающую походку – у него уже гипотеза: возможно, одна нога короче другой. А возможно, остеохондроз поясничного отдела. И врач по особенностям походки может это отличить. А если у пациента в поясничном отделе серьезные проблемы, вызывающие нарушение походки – это уже серьезное нарушение. Значит, иннервация органов малого таза тоже, скорее всего, будет страдать. А потом он видит, что у человека мешки под глазами – ага, значит, почки страдают. Т.е. мы еще идем, еще ничего не сказали, а он уже думает. Но как он думает? В тех терминах органов, их взаимодействия, организма, процессов организма.

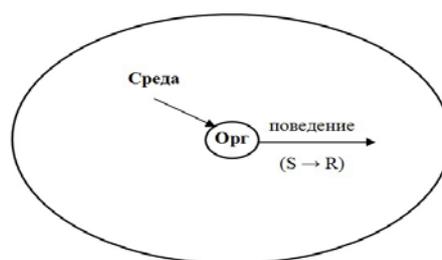
Мы уже говорили, что в бихевиоральной терапии тоже есть понятие «организма». Но что это за понятие «организма» в бихевиоризме и в бихевиоральной психотерапии? В чем его отличие от организма, которое использует врач? Как устроена картина мира у бихевиориста?

- Стимул-реакция.
- Стимул-черный ящик-реакция.

А теперь послушайте вопрос – как устроена картина мира? Вряд ли черный ящик является одним из элементов картины мира. Картина мира – что там есть? Имитируем создание мира. Пока ничего нет. Вот пришел бихевиорист Уотсон. Он создает свой мир. День первый. Что он создает? Среду. Сначала была среда (рис. 2). А что он создает внутри этой среды? Организм. А дальше уже появятся стимулы. До того, как появился организм, может ли появиться стимул? Нет, потому что стимул – это стимул для кого-то. Стимул – это некое событие в среде, которое определенным образом действует. Если не на кого действовать, то любые события не будут, вообще говоря, стимулами, так как стимулировать некого. Что еще в этой картинке? Это среда – и ничто другое, мы не можем здесь другое понятие применить. Что он создает еще?

- Взаимодействие.

Как оно называется на бихевиоральном языке? Это поведение. Поведение есть тот процесс, который устанавливает (нарисуем стрелочкой) взаимоотношения организма и среды. А что такое рефлекс? Это единица этого поведения, единица анализа поведения. Из чего состоит рефлекс? Стимул-реакция. Стимул воздействовал на организм – получилась реакция. А соединение стимула и реакции – это рефлекс. Вот и вся картинка.



**Рис. 2. Картина мира в бихевиоризме**  
Орг – организм

Вернемся к вопросу: в чем отличие организма в медицине от организма в бихевиоризме?

- У бихевиориста поведение, у врача – органы.

А есть ли в бихевиоризме у организма органы?

Никаких органов внутри организма в бихевиоризме нет. Тут понятие «черного ящика» и может быть применено. Разумеется, Скиннер и Уотсон понимали, что если разрезать пополам собаку, то внутри нее кое-что найдется. Но как мыслители-бихевиористы, рефлексологи, они к собаке относятся как к черному ящику, внутри которого ничего нет. Почему он черный? Он непроницаем для познания. Т.е. для нашего интеллектуального зрения он непроницаем. Поступили какие-то стимулы, на выходе имеем какие-то реакции. И классический, радикальный бихевиорист никогда не будет говорить – это потому животное пьет, что оно испытывает жажду. Потому что жажда – это описание какого-то внутреннего состояния, внутреннего функционального органа и т.д. Почему так будет действовать бихевиорист? Потому что он хотел бы мыслить научно. И он говорит – получится порочный круг. Если вы смотрите на собаку и видите ее поведение – собака пьет воду – и задаетесь вопросом: почему собака пьет воду? Ответ: потому что она испытывает жажду. Вопрос: а откуда вы знаете, что она испытывает жажду? – Потому что она пьет.

Поэтому устройство мысли классического бихевиорального психолога состоит в том, чтобы отказаться от привычек думать внутренними образами, фантазировать, догадываться, что там внутри происходит. Мы видим только наблюдаемые процессы. Вот звонок зазвенел, вот слюна потекла, вот животное хвостом махнуло – и все. И не будем фантазировать.

Мы не повторяем сейчас с вами историю психологии, а говорим все это для того, чтобы понять, что слова в этой таблице в разных теориях могут быть похожими. Но внутреннее наполнение, смысл этих понятий будет совершенно различным. Итак, в бихевиоризме в колонке «онтология и антропология» – понятие «организма». А каково представление о мире, какова онтология и какова антропология в психоанализе и в гуманистической терапии?

- Личность.

Давайте опять порисуем. Вместо бихевиориста пришел другой творец. Вы говорите – личность. Сначала будет личность. Создаем мир с позиции экзистенциально-гуманистического терапевта. Пока ничего нет, пустота.

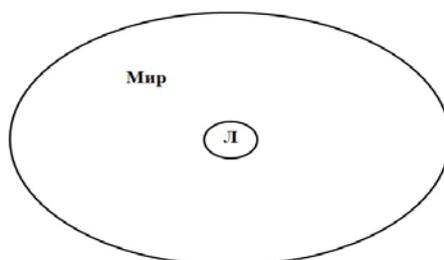


Рис. 3. Картина мира в экзистенциально-гуманистическом подходе  
Л – личность

Вы сходитесь на том, что нужно нарисовать в центре этого мира личность (рис. 3). И похоже, изначально она обладает каким-то позитивными характеристиками, а потом она

может «испортиться». А что это за позитивные характеристики? Допустим, гуманистический психолог с вами бы согласился. В каком смысле она хорошая?

- Она движется изначально к самоактуализации, самореализации.
- Она не касается социума, где много зла.

Т.е. у вас получается, что изначально личность хорошая, а вокруг – зло. Но когда она коснется этого зла, тут и начнется развитие гуманистической психологии. Такова теория А. Маслоу, К. Роджерса и других гуманистических психотерапевтов. Так?

Смотрите, мне кажется, мы подходим к очень важным вопросам – когда мы должны ответить на вопросы, задаваемые в данном случае таблицей, ответить систематически, а не выхватить какое-то одно знание, словечко, термин, которые вдруг вспомнятся нам из прочитанных курсов.

А в психоанализе – как мыслится человек и мир в психоанализе? С чего начинается этот мир? Какова онтология?

- Либидо. Стремление к удовлетворению.

Либидо у кого-нибудь или оно само по себе?

- Оно занимает большую часть человека. Человек представляется в виде этого стремления.

Как это можно нарисовать? Человек, и он наполнен до краев либидо? А остается немного – это что?

- Человек по природе конфликтен, он не просто кружочек, а там конфликты внутри. Либидо – стремление к удовольствию, но оно занимает не всего человека.

Это очень важный ответ, но на другой вопрос. Мы должны будем еще задать такой вопрос – вопрос о патологии. Мы сейчас пытаемся изучить способы построения терапевтической теории. А терапевтическая теория, терапия имеет дело с каким-то неблагополучием, *проблемным состоянием*. Соответственно, она должна так или иначе помыслить и ввести какие-то категории для этого неблагополучия.

В медицине тоже все понятно. Общая категория, которая описывает неблагополучие – это «болезнь». Обратим внимание на эту категорию «болезнь», насколько она имеет фундаментальное значение для медицинского мышления. Во-первых, это болезнь, т.е. состояние человека трактуется как болезнь, а не, допустим, повреждение в результате действия злых духов. Шаман может вылечить болезнь за счет ритуальной пляски, может помочь роженице – как описывает К. Леви-Стросс в своей работе – разрешиться благополучно от бремени. Но он не будет при этом лечить болезнь. Он будет совершать «камлание» – ритуальное шаманское действие – следствием которого будет то, что мы назовем излечением от болезни. Но это будет совсем другое по способу мышления и по способу действие – магическое действие. А врач рассматривает все как болезнь, в том числе и здоровье. Например, есть такой диагноз в истории болезни – если вы выписываетесь из психиатрической больницы и вам повезло, то у вас напишут в графе диагноз – психически здоров. Это разновидность диагноза.

За понятием «болезни» лежит огромное количество категорий: МКБ-10, сложные диагностические процедуры, сложные приемы для диагностики, анализы и т.д. Т.е. для того, чтобы определить, какая именно болезнь, нужно обладать совершенно фантастическим, как врачи говорят, клиническим мышлением. Такова общая категория, описывающая зло внутри медицинской модели мира.

А каково зло внутри психоаналитической картины мира?

Вы сказали – конфликт. Главная беда, главная проблема, главная патология – это конфликт. Причем внутренний конфликт. Поэтому я возражал против предложенного определения баланса в психоанализе как баланса между личным и общественным – потому что классический психоанализ эта проблематика не интересует, она неактуальна для него, не в центре его мышления. А вот внутренний – пока будем говорить баланс – хотя это слово не очень подходит. Вот здесь, в соответствующей колонке, мы явно можем написать «внутренний конфликт» – вот как главным образом характеризуются основные проблемы в психоанализе.

Это не единственная возможная категория: мы могли бы по-разному определить, что происходит с человеком. В рамках одной из ступеней мастерской по Понимающей психотерапии есть упражнения по форматированию той или другой ситуации пациента. Что я имею в виду? Вводится представление о нескольких типах критических ситуаций: например, используется понятие конфликта, понятие фрустрации и т.д. Предположим, пациент пришел и описывает свою ситуацию, от которой он страдает, как ситуацию фрустрации. Многие из вас сейчас находятся в ситуации фрустрации. Как бы вы ее описали? Есть большая потребность в отдыхе, вы устали, но есть некоторый фрустратор в лице вашего покорного слуги, который что-то пытается говорить громко и мешает успокоиться и заснуть. Это ситуация фрустрации. Человек приходит и жалуется на ситуацию такого типа. А терапевт умеет работать только с конфликтом – он начинающий терапевт и пока выучил только психотерапевтические методы работы с конфликтом. Что ему нужно делать? Лечить фрустрацию он не умеет, а конфликт умеет. Но у пациента не конфликт, а фрустрация. Решение очень простое – нужно превратить фрустрацию пациента в конфликт, а потом вылечить конфликт. Например, сказать так: «Правильно ли я понимаю, что в вас происходит сейчас такая внутренняя борьба: вам очень хочется отдохнуть, вы устали от бесконечных лекций, вы пытаетесь сосредоточиться на том, что происходит на лекции, потому что у вас все-таки есть еще остатки познавательной мотивации – но они входят в конфликт, в противоречие с этим желанием отдохнуть? Вот ваша проблема, давайте попытаемся ее решить». Пациент соглашается и говорит: «Давайте».

Итак, внутренний конфликт. А какими терминами описывается патология в бихевиоральной терапии и гуманистической? Вернемся отсюда к тому вопросу, который только что оставили. Если в психоанализе патология, т.е. минус – это внутренний конфликт – то что может быть плюсом?

- Отсутствие конфликта. Способность разрешать конфликты.

Мы здесь думаем в терминах результата на полюсе пациента – каким пациент станет или что с ним произойдет, как можно его описать – если у него не будет конфликта и если он обретет способность разрешать конфликты?

- Налаживание каких-то способов общения между этими тремя инстанциями.

Вы описываете это в процессуальных терминах. А нам сейчас нужен термин по аналогии со здоровьем. Организм здоров, а что произойдет с этим психоаналитическим организмом? Каким он станет?

- Удовлетворение?

Нет. Тот человек, который по Фрейдю способен любить и работать, он отнюдь не всегда будет удовлетворен. Вы на правильном пути, я просто ищу более точную категорию, которая это опишет. Противоположное «внутреннему конфликту» – это «целостность», категория «целостности». Психоанализ предельной целью имеет целостность человека. Разумеется, надо поставить вопрос – а что это за целостность? И вот тут ваши ответы совершенно уместны. Это целостность не такого рода как в анатомии. Целостность в анатомии создается кожным покровом – вот что определяет целостность. А в психоанализе – это что за границы? Если нет конфликта, значит внутри действительно налажены какие-то способы улаживания противоречий между разными инстанциями, баланс. Но это целостность чего? Мы же не будем говорить здесь, что это целостность организма.

- «Я».

Как Фрейд называет это? Не «Я», потому что там, кроме «Я», есть и кое-что еще.

- Системы?

Какой?

- Системы инстанций.

Как Фрейд называет систему инстанций? «Психический аппарат». Он употребляет такие слова – «психический аппарат». Не очень может быть, удачные и красивые слова, но часто именно этими словами пользуется Фрейд.

Вся эта модель, система – может, такие слова были бы лучше – которая с одной точки зрения, включает в себя сознание, предсознательное, бессознательное, а с другой – инстанции «Я», «Оно» и «Сверх-Я» – вот это все и называется «психическим аппаратом». И поэтому все события внутри этого психического аппарата и являются главными, самыми интересными, продуктивными для психоаналитического мышления – в большей степени, чем то, что происходит вовне, в окружении, в социуме. Это скорее только сигналы, по которым мы догадываемся о том, что происходит там, внутри этого психического аппарата.

Давайте еще коротко охарактеризуем следующее понятие. Следующая категория – это *продуктивный процесс*. Врач не думает, что таблетка вызовет в организме сразу здоровье, что таблетка сама переводит состояние болезни в состояние здоровья. Врач предполагает, что таблетка вызывает внутри организма такие целительные процессы, которые, собственно говоря, и приводят к выздоровлению. Известны эксперименты по плацебо-эффекту, когда пациенту дают совершенно нейтральное вещество, но рассказывают, что это совершенно замечательно лекарство – и это приводит часто к таким же физиологическим эффектам, как само это замечательное лекарство. В каждой теории мы можем предположить вот такое понятие продуктивного процесса, на который надеется, на который рассчитывает, который развивает тот или другой практик. В медицине – это процесс восстановления функций. А теперь поставим вопрос – на какой процесс надеются, какой процесс развивают, на какой уповают – представитель психоанализа, представитель бихевиоральной терапии и представитель гуманистической терапии? Какой процесс приводит от патологии к высшей цели?

- Обучение.

В бихевиоризме это научение. А вот чему учится пациент бихевиоральной терапии?

- Правильному поведению.

Адаптивному поведению. Совершенно верно. Как это ни плоско звучит, именно правильному поведению. И это достаточно эффективно – например, при терапии больных шизофренией. В исследовании И.В. Зябкиной сравнивались группы адаптированных и неадаптированных больных шизофренией. И выяснилось, что адаптированные больные шизофренией отличаются от неадаптированных главным образом по такому параметру: они оказались способны выучить именно поведенческие алгоритмы поведения – настолько, что даже находясь в состоянии бредового расстройства, они могли ходить на работу, переходить улицу и т.д., потому что они действовали по правилам. Они выучили формальные правила: когда загорается зеленый свет – может быть, у него в фантазиях это был какой-то зеленый дракон – но это был зеленый свет и он знал, что он должен действовать по стимул-реактивной схеме: зеленый – перехожу, красный – стою. В этом смысле продуктивный процесс – действительно, научение, иногда переучивание из неправильного в правильное. Потому что дезадаптивное поведение является главной бедой, основной патологией, которая описывается в бихевиоральной терапии. А что является главным целительным процессом в психоанализе?

- Выстраивание зрелых защит.

Это важный процесс, но сейчас мы рассуждаем немного в другой плоскости. Представьте себе ситуацию самого психоанализа: аналитик выслушивает свободные ассоциации или сновидения, и потом он совершает какие-то интерпретации. Но сама по себе интерпретация не приводит к тому, что человек продвигается к целостности – а что приводит, какой акт?

- Осознание.

Да, ключевой механизм – осознание. Пациент должен совершить акт осознания. С точки зрения понятия «границ», о котором мы говорили, в этот момент происходит процесс перевода содержания из бессознательной формы в сознательную, или на место «Оно» становится «Я».

А в гуманистической психотерапии что является главным целительным процессом?

- Саморазвитие.

Не совсем. Это скорее некоторый результат. Какой процесс культивируют в экзистенциально-гуманистической терапии, на какой надеются, на какой рассчитывают – тот, который произведет эффект?

- Переживание.

Да, именно процесс переживания.

При заполнении этой таблицы нужно смотреть за внутренней логикой. Если в колонке «целительный процесс» мы записали слово «переживание», то в колонке «онтология, антропология» записать слово «организм» будет невозможно. Хотя тут исторический парадокс: Роджерс пользовался этим понятием. Но мы все-таки рисуем некоторую метатеорию, и сказать, что организм переживает, не поворачивается язык.

Таблица 4-2.

## Сравнительная характеристика основных психотерапевтических подходов

Психотерапевтическая система	Высшая цель и ценность	Онтология и антропология	Проблемное состояние	Продуктивный процесс	Действия профессионала	Метод
Психоанализ	Целостность психического аппарата	Психический аппарат	Внутренний конфликт	Осознание	Анализ	Интерпретация
Бихевиоральная терапия	Адаптированность	Организм	Деадаптивное поведение	Научение	Обучение, переучивание	Подкрепление, моделирование
Гуманистическая терапия	Смысл, самоактуализация	Личность	Утрата смысла	Переживание	Сопереживание	Эмпатия, понимание
Для сравнения в следующей строке таблицы представлено описание по тем же параметрам медицины как одной из антропологических практик						
Медицина	Здоровье	Организм	Болезнь	Восстановление функций и компенсация	Лечение	Аллопатия, гомеопатия и т.д.

#### Тема 4. Теория переживания и психотерапия

*История психотерапевтических «упований». Осознание как психотерапевтическое «упование». Спонтанность как психотерапевтическое «упование». Научение как психотерапевтическое «упование». Переживание как психотерапевтическое «упование». Теория переживания и психотерапия: роль категории «смысл» для психотерапии. Теория переживания и психотерапия: роль категории «жизненный мир» для психотерапии. Теория переживания и психотерапия: роль категории «критическая ситуация» для психотерапии. Типология уровней (режимов) функционирования сознания.*

Я уже говорил, описывая траекторию нашего курса, что четвертая тема, которая называется «**Теория переживания и психотерапия**», особо выделена нами и несколько выпадает из ряда предыдущих тем. Если все предыдущие и последующие темы посвящены общей задаче, широкой, но неглубокой – ориентации во всем поле психотерапии и консультирования – то сегодняшняя тема – это та позиция, с которой мы производим этот обзор, та точка зрения, которую мы развиваем в научном и методическом плане на кафедре индивидуальной и групповой психотерапии. Это не единственная позиция вообще, и даже не единственная позиция на нашем факультете: интенсивно развивается когнитивно-бихевиоральное направление, когнитивная психотерапия силами Аллы Борисовны Холмогоровой и ее сотрудников на кафедре клинической психологии и психотерапии, развивается направление Лакановского психоанализа на кафедре мировой психотерапии и т.д. Поэтому эта позиция носит достаточно локальный характер. Но дело каждого преподавателя, как и каждого автора – отчитаться, на чем он стоит, чтобы можно было отнести к тому, что говорится.

Итак, теория переживания и психотерапия. Сначала я бы сфокусировался на общем смысле самого понятия «**переживание**», и какое значение имеет это понятие для психотерапии. Вам будет предложена для чтения статья «**История психотерапевтических**

**упований»**. Что это за термин «упование», предложенный в названии статьи? Каждый психотерапевт рассчитывает не на то, что его силы, его методы, его процедуры сразу приведут к душевному здоровью, осмысленности, целостности – приведут к психотерапевтическим целям. Он рассчитывает на то, что его действия, его совместная работа с пациентом создаст условия, в которых сработает что-то, какие-то механизмы, которые, вообще говоря, часто являются механизмами самолечения. Потому что большинство кризисов жизни люди переживают без психотерапевтов, люди справляются с жизнью без психотерапевтов. Это фигура важная в современной культуре, но как мы уже говорили, необязательная: люди выживут без нас. Значит, у них есть какие-то механизмы, с помощью которых они эту работу по преодолению кризиса совершают. И каждая психотерапевтическая школа формулирует явно или неявно представление о таком ключевом механизме, который можно назвать «упованием»: она уповает, надеется, что вот именно этот механизм приведет непосредственно к эффектам психотерапии.

Каково основное упование в классическом психоанализе?

- Осознание.

**Осознание.** Почему так? Ведь, казалось бы, психоанализ – это огромное здание с множеством методов, очень четкими правилами, очень развитым мышлением. И оказывается, что весь он, в каком-то смысле, стоит на одной этой точке, на одной этой надежде. Именно на нем стоит теория либидо, глубокая, очень интересная вещь, и теория бессознательного тоже – но это все не так важно, не так обязательно. Ключевой точкой является именно идея осознания как целебного механизма. И все те действия, которые психоаналитик предпринимает, все то исследование, которое психоаналитик совершает в этом детективном романе, который представляет собой психоанализ – все завершается именно этим – актом осознания. Вот таков смысл этого упования, этой надежды психоанализа. Но психоанализ только начинает историю современной психотерапии. Разумеется, до психоанализа была предыстория, богатая и интересная, но история начинается с психоанализа.

Но вот появляются на сцене, уже в 20-30-е годы, совсем другие подходы, другие направления, у которых оказывается совсем другая надежда. Одним из ярких контрапунктов психоанализу является психодрама Джекоба Морено. Психодрама уповает на **спонтанность**. Вот главный механизм психодраматического мышления и психодраматической практики. Именно спонтанность спасет человека. И можно сказать, что если осознание – это область свободы *сознания*, то спонтанность – это область свободы воли. В чем тут дело? До Фрейда психотерапия – это в основном суггестивная психотерапия – выстраивала так отношения между пациентом и терапевтом, что если воспользоваться перевернутой формулой Карла Роджерса, то можно было бы сказать так: терапевт знает лучше. То, как мыслил и чувствовал себя психотерапевт дофрейдовской поры, мы можем понять, глядя в поликлинике на современного терапевта, к которому вы пришли получать какую-то справку. Можно ли с ним вступить в диалог? Можно ли с ним обсуждать, что вам кажется, что у вас все-таки воспаление легких, а не насморк, и что вам нужна справка не на два дня, не на три, а на два месяца? Нет, терапевт знает лучше, он эксперт, а мы не участвуем в этом рассуждении. Мы просто отдаем свое брненное тело ему, а он уж делает с ним что хочет. «Он знает лучше» –

такая, может быть, карикатура на монологическую, непартнерскую медицину – но тем не менее, это так.

Что-то похожее по своему духу, по своей общей канве, было в дофрейдовской психотерапии. Если ты душевнобольной – то я, врач, позабочусь о тебе. Я знаю, что тебе думать, что тебе чувствовать, я пропишу тебе душ Шарко или обливание холодной водой, или оборачивание. Я позабочусь о тебе, не беспокойся. Только делай то, что я скажу, думай то, что я скажу, и чувствуй то, что я скажу – и тебе будет хорошо. Т.е. в каком-то смысле получалось, что психоанализ, который перевернул эту ситуацию, который стал надеяться не на внушение, не на то, что врач знает как лучше нам, пациентам, жить, а на то, что что-то произойдет там, на этой кушетке, внутри этого человека, когда он осознает, совершит какое-то открытие, сам расследует вместе со мною, психоаналитиком, глубины своей души, своих конфликтов, каких-то тайных помыслов – вот именно тогда-то и произойдет исцеление. А что такое в данном случае исцеление? Расширение сознания. На место «Оно» должно стать «Я». Что такое «Оно»? Это не «Я», не вольное, это что-то в третьем лице, это что-то во мне действующее, но мной не являющееся. Это что-то чуждое внутри меня самого. Когда мы говорим слово «Оно», не будем подставлять туда маленького гомункулуса, который сидит где-нибудь в животе и что-то там изнутри командует. «Оно» – это способ диалогического описания реальности, что во мне действует что-то чуждое. Я делаю то, что не хочу. Например, принимаю решение – все, с завтрашнего дня начинаю писать курсовую. А проходит завтра, и послезавтра, и я опять принимаю решение, и опять дни проходят. Это «Оно». Я-то решил ее писать! А «Оно» не хочет. Проблема в том, что курсовую придется сдавать «Я», а «Оно» потом в нужную минуту спрячется и скажет: «Я тут ни при чем».

Поэтому психоанализ – это манифест свободы. Не я, врач, за тебя решу, не я совершу какие-то действия, таинственные и целебные манипуляции, это ты – с моей помощью, конечно – но это ты осознаешь, ты откроешь, выведешь это «Оно» наружу, и ты дальше примешь решение, как тебе жить. Т.е. психоанализ стремится освободить нас от власти тех сил, которые не есть «Я», которые не мы сами, которые в нас действуют чуждо. И он дает эту свободу сознания, на нее рассчитывает. Он открыл свободу сознания для психотерапии.

Точно так же можно сказать, что как З. Фрейд – освободитель сознания, так в этом смысле Джекоб Морено и его психодрама – это освободитель *воли*. Он знает, что человеку мало знать, мало решить, мало осознавать. Ему еще нужно решиться, еще нужно совершить какое-то действие. Сколько в жизни каждого из нас было замечательных, благих намерений? Но много ли из них воплотилось? Как часто человек знает – да, вот уже нужно это делать. Но ему не хватает воли, решимости. Как часто не хватает человеку свободы в каких-то сложных ситуациях – свободы действия, творчества, креативности, искренности. Как часто человек не может себе позволить быть собой в полной мере. И психодрама Морено открывает этот великий – в общем, всеми нами прекрасно понимаемый, но почти иногда недоступный для многих источник – великую надежду, великое упование – спонтанность.

Что такое спонтанность? Если мы говорим о воле, то часто воля мыслится нами как что-то подневольное. Когда мы говорим «воля», то мы иногда делаем так: насупливаем брови, желваки играют, мускулы напрягаются, и нам кажется в этот момент, что воля – это некое насилие над собой, преодоление. Воля – это как Карл Маркс в свое время определял, и

все потом утверждали вслед за ним: воля – это осознанная необходимость. Да и до Маркса философы писали – правда, по поводу судьбы, что в принципе то же самое, поскольку необходимость и судьба – близкие категории: «Судьба послушного ведет, а непослушного тянет». Все равно она сделает свое дело, но только непослушного она насильственно заставит, а послушного, смиренного она приведет ровно в то же место. Никакой свободы как бы нет, получается, есть только признание необходимостей. Свобода – это признание объективных необходимостей.

Есть, разумеется, большая доля правды в этом. Но как-то скучно было бы жить в этом мире, если бы только такая свобода была, если бы свобода сводилась к подчинению – по сути дела, к осознанному подчинению. Но мы знаем и другую свободу – по опыту каждого из нас, а чаще по опыту тех редких людей, которые обладают каким-то таинственным даром свободы не потому, что они не слушаются, но и не потому, что они просто нон-конформистски себя ведут. Потому что нон-конформизм – это только имитация свободы. Когда человек, особенно подросток, делает что-то вычурное со своим телом, душой или в своем поведении – это не свобода, это проявление зависимости от социальных норм, но только со знаком минус. Он больше зависит от социальной нормы, чем чиновник, который приходит в галстуке ровно в 10 часов в свое министерство. Потому что он действует ровно наоборот. А уж подчинение социальной группе, группе подростков, еще более жесткое, чем у чиновника в министерстве. Это не свобода. Но мы знаем – и каждый может вспомнить, оглянувшись на свою жизнь – людей, которые какой-то другой свободой обладают. Не свободой необходимости, и не свободой каприза, и не свободой нон-конформизма – а первичной свободой, каким-то даром – тем, что Морено называл спонтанностью. Когда с таким человеком встречаешься, то чувствуешь, что просто легче дышать рядом. Все вокруг него поет. И не то чтобы он какой-то правильный, но он и не нарочито неправильный. Он просто живет в полную меру, он просто дышит полной грудью, и, находясь рядом с ним, вдруг думаешь – как жизнь прекрасна, смотришь широко, идешь легко, дышишь свободно и т.д. Есть и такая свобода – и Морено, будучи чувствительным именно к этому аспекту бытия, именно ее выдвинул, именно ее культивировал в психодраме. Театральная форма в психодраме – это только средство, только инструмент культивирования этой свободы, но не сама суть дела. А суть именно в спонтанности.

Мы говорим не об истории психотерапии в хронологическом порядке, историю психотерапии вы изучаете в специальном курсе. Мы говорим о логике истории, о реконструкции истории сквозь призму категории «упования». И вот в середине века приходит время еще одной категории – категории «переживания». Конечно, можно указать на какого-то одного автора – к примеру, Карла Роджерса – но одним им дело не исчерпывается. Фриц Перлз тоже категорию «переживания» выдвигает на первый план. Юджин Джендлин, да и практически все последователи или адепты экзистенциально-гуманистического подхода в том или другом виде, пользуясь иногда немного другими терминами, выдвигают категорию «переживания» на передний план.

В чем ее пафос? В психотерапии человек должен измениться. А вот часто ли человек может измениться – потому что он кое-что понял, кое-что осознал? В общем-то, жизненный опыт показывает, что нет. Для того, чтобы человек реально изменился, нужно чтобы что-то с

ним произошло, с ним некое потрясение должно произойти. Он должен встретиться с каким-то таким опытом, с таким сильным для себя впечатлением, сильным переживанием, которое поставит его перед другой его внутренней реальностью. Иногда это человек сам чувствует. Он думает внутри своего ленивого существования, которое ему самому надоело, он думает – пора бы, пора бы встать, пора бы проснуться, пора бы что-то делать. Но как себя разбудить? Он как бы ждет, что вот придет другой человек, грянет какая-нибудь любовь, или какая-нибудь катастрофа случится в его жизни – и тогда я восстану, тогда я поднимусь, вот тогда я начну действовать. Эта интуиция вполне нам доступна. Именно эта интуиция, я думаю, и была главной, противопоставившей психоаналитическому осознанию как чему-то слишком рациональному – категорию переживания. А уж дальше конкретные формы воплощения в психотерапии этого упования были самыми разными. Фриц Перлз действительно в каком-то смысле активировал переживание – проводил такие семинары, где люди обязательно рыдали и т.д. Но такие яркие экспрессивные формы вовсе не обязательны. Например, Юджин Джендлин и его последователи – метод фокусирования – работают так тонко, так незаметно, что переживание по сути дела наружу не выходит. Оно остается внутри. У Джендлина есть понятие «shift» – сдвига внутри человеческого тела, чувственного тела, как он пишет – когда происходит какой-то сдвиг переживания. Т.е. работа примерно таким образом идет в фокусировании – просто по контрасту с яркой экспрессивной работой Фрица Перлза в гештальт-терапии. Юджин Джендлин говорит: «Переживание – это то, что вы чувствуете сейчас в данный момент. Для того чтобы узнать, что такое переживание, не нужно открывать толстую энциклопедию. Переживание – это то, что вы чувствуете именно сейчас. И достаточно вам просто посмотреть в себя, просто прислушаться к себе, и вы вполне можете ощутить и свое тело, как оно сейчас сидит, как вы себя чувствуете, как чувствуете себя вот именно сейчас, в данный момент. И вы можете прислушаться – какие чувства сейчас во мне говорят, какие есть состояния, какие мысли приходят ко мне в голову». И если в таком состоянии терапевт и клиент обсуждают какую-то реальную проблему, и терапевт говорит: «Вы подумайте сейчас о том, что вас заботит, беспокоит – конфликт какой-то, сложность, например, в семье – подумайте об этом, но думая об этом, прислушивайтесь все время к своему телу, к своему внутреннему чувству. И когда вы услышите, что что-то чуть-чуть изменилось в этом ощущении, вы мне скажите». Происходит такое замыкание мыслей о проблеме с непосредственным, чувственным, почти телесным опытом переживания, когда оказывается вдруг, что наше тело – это не просто мышцы, сухожилия, связки и прочая анатомия, а наше тело – это живое, чувствующее, умное, думающее и символическое орудие, которое открывает для пациента и для терапевта много того, что рациональная мысль открыть не может. И только совершив эти маленькие сдвиги – совсем все тихо происходит, никаких размахиваний руками, слез – тихие сдвиги от одного процесса к другому, мы проходим через этот процесс переживания и достигаем терапевтических эффектов.

Именно категория переживания стала доминирующей во всей психотерапии второй половины XX века. Разумеется, говоря «доминирующая», я не говорю, что она монополизировала все. Потому что и старые упования действуют, и психодрама процветает, и психоанализ развивается, и осознание никто не выбросил за борт. Но если мы посмотрим на историю современного психоанализа, что мы увидим, что в него тоже входят новые

упования – упование на переживание. Современный психоанализ далек от классических форм психоанализа. В нем все меньше говорят об объектных отношениях, об отношениях с объектами, а все больше об отношениях личностей друг с другом, личность-личность. Все больше говорят об эмпатии, например – о том, что, казалось бы, было прерогативой экзистенциально-гуманистической психотерапии.

Мы пропустили на этом пути одно упование, которое является в психологической истории, истории психологии, более ранним, а в истории психотерапии более поздним – это упование на **научение** в бихевиоральной терапии. Именно научение – вот механизм, благодаря которому происходят терапевтические изменения – так мыслит бихевиоральная терапия, и она на этом основывается.

Глядя на все эти упования, мы видим, что все это не закреплено за какой-то одной школой, одним именем. Казалось бы, Альфред Адлер далек от бихевиоральной терапии, дальше представить себе трудно. Но он считал, что процесс психоанализа – это, прежде всего, в глубине своей процесс воспитания, перевоспитания, самовоспитания клиента. А это совсем недалеко от научения.

Итак, вот в какой компании, в каком ряду находится категория «переживания». Это гранды психотерапевтической мысли. Их немного, их и не может быть много. Это опоры, стержневые фигуры, на которых зиждется вся история психотерапии. Дальше может быть уже много микстов, комбинаций, вариаций и т.д. Но таких основных форм всего несколько.

Категория переживания заявлена в нашей теме не случайно, а именно потому, что она является фундаментальной категорией в истории психотерапии XX века. Именно на этой категории основывается та разработка Понимающей психотерапии, которую я уже упоминал и которая развивается на нашей кафедре – этот подход, это направление, этот метод, эта система.

Позвольте мне, произнеся это слово «система», предложить вам нарисовать некоторую схему этой системы и потом прокомментировать каждый ее полюс. А потом, опираясь на некоторые положения, которые я введу, мы займемся совершенно конкретной работой – работой по анализу механизмов психотерапии. Я приведу какие-то примеры, как можно проанализировать механизмы действия психотерапии, а потом может быть, у нас останется время на дискуссию, когда мы сможем с вами взять любой метод, который вы предложите, и поставить перед ним вопрос – благодаря каким психологическим механизмам он срабатывает. Это очень важный вопрос, потому что если мы действуем не фельдшерски, а именно теоретически опосредствованно, то мы должны не просто мыслить дело так, что вот я сделаю действие А – и получится результат В, а сделаю С – получу результат D. Мы должны знать механизмы, и тогда мы обретаем свободу терапевтического действия.

Итак, сейчас краткий обзор психотехнической системы Понимающей психотерапии, которая в одной из ее частей позволит нам анализировать некоторые методы и механизмы, о которых я сейчас говорил. В каждой такой психотехнической системе – я потом поясню, почему я ее называю именно системой, и именно психотехнической – можно выделить несколько блоков, измерений.

Ту самую таблицу, которую мы заполняли по отношению к разным школам, заполним сейчас от лица понимающей психотерапии (табл. 5).

Таблица 5.

## Ключевые характеристики теории Понимающей психотерапии

Психотерапевтическая система	Высшая цель и ценность	Онтология и антропология	Проблемное состояние	Продуктивный процесс	Принцип действия психотерапевта	Метод	Отношения
ППТ	Смысл	Жизненный мир	Критическая ситуация	Переживание	Сопереживание	Понимание	Личность – личность

Сначала я просто запишу номинативно ответы, а потом буду комментировать. Высшая цель – здесь мы пишем смысл. Онтология – жизненный мир. Патология, или проблемное состояние – критическая ситуация. Продуктивный процесс – переживание. Действия психотерапевта, основной принцип его действия – сопереживание. Метод – понимание. И отношения – личность – личность.

Позвольте, я отчитаюсь перед вами о том, в каком значении использованы все эти категории. И соответственно, это будет раскрытие того блока психотехнической системы, который называется «психотерапевтическая теория». Психотехническая система содержит в себе не только психотерапевтическую теорию, но теория психотерапии – это один из ключевых блоков.

Итак, категория «смысла». Можно сказать, что постановка категории «смысла» на место высшей цели психотерапии роднит Понимающую психотерапию с логотерапией Виктора Франкла. И в этом смысле можно наперед сказать, что если бы мы давали имя системе, опираясь на эту категорию, то нужно было бы назвать эту систему логотерапией, т.е. терапией, ведущей к смыслу. Но давайте теперь поставим вопрос – в каком все-таки значении используется здесь слово «смысл»? Для этого нам нужно совершить экскурс в нашу с вами теорию – теорию деятельности, потому что Понимающая психотерапия исходит из определенной методологической традиции, а именно традиции Выготский, Лурия, Леонтьев. И соответственно, в рамках этой традиции выстраивает свою теорию. Почему это важное упоминание? Не только из соображений благодарности нашим учителям, из каких-то чисто этических соображений. Нет, дело в том, что наука должна быть традиционной. Наука, которая покидает традицию, покидает какое-то русло серьезной традиции, сразу начинает выхолащиваться, превращаться из полноводной реки в болотце. Поэтому если у кого-то есть силы и гений для того, чтобы начинать новую традицию – пожалуйста, двери открыты в науке. Но большинство из нас должны, занимаясь наукой, встраиваться в какую-то традицию – там очень много творческих заделов, и их нужно развивать. Наука – это, в общем, не одинокое дело.

Итак, обращаемся к традиции теории деятельности А.Н. Леонтьева. В каком смысле – извините за тавтологию – употребляется понятие «смысл» в теории деятельности Леонтьева? Какие есть основные представления? Напомню вам, хотя вы еще не успели забыть общую психологию. Категория смысла существует, живет и в основном идентифицируется в теории деятельности Леонтьева через две системы противопоставлений. *Смысл – эмоция, и смысл – значение*. Попытаемся их реконструировать. Категория «смысла» относится к общему полю теории *сознания*. С.Л. Рубинштейн – и А.Н. Леонтьев здесь с ним солидарен в этом пункте – утверждают такую формулу, что сознание есть не только *знание*, но и *отношение*. Что это значит? Это значит, что наше сознание пристрастно, оно мотивировано. Сознание – не ЭВМ,

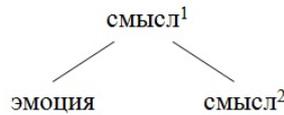
это сознание живого человека, заинтересованного, глядящего на мир со своими потребностями, со своим интересом, с представлениями о добре, истине и зле, красоте и т.д. Вот как человек смотрит на мир. Он не только что-то знает, что-то фиксирует, он всегда относится к чему-то. Это и на совсем простых, даже биологических формах понятно. Например, обоняние – как известно из теории ощущений, а кому-то и из личного опыта – всегда страстное. Вот картинки у нас могут быть нейтральными. А запахи у нас либо приятные, либо неприятные, нейтральных запахов практически не бывает. Итак, знание – отношение. Если мы дальше ставим вопрос – это ведь пока философия, а теперь делаем шаг к психологии. Каковы единицы психологического анализа сознания? И дальше ответ – единицей анализа сознания по этой линии, в аспекте знания, является *значение*. А единицей анализа сознания в этом аспекте, аспекте отношения, является *смысл*. Мы с вами реконструировали первую оппозицию Леонтьева, что значение противостоит смыслу. Почему? Потому что знание противостоит отношению. Отчасти противостоит, отчасти дополняет (рис. 4).



**Рис. 4. Первая оппозиция теории сознания А.Н. Леонтьева**

Дальше мы ставим такой вопрос: каковы реальные, конкретные формы представленности в сознании смысла, этого аспекта сознания? И мы должны ввести такое различие: есть непосредственные формы, есть опосредствованные. Непосредственной формой представленности, явленности смысла в сознании является *эмоция*. Я испытал какую-то эмоцию – отвращение, радость или симпатию – и это мое отношение. Но это мое отношение еще непосредственное, я еще не осознал, почему вдруг я испытал симпатию, радость или отвращение. Но я уже отнесся в эмоциональной форме, уже в эмоциональной форме смысл этого события, этого лица, этого человека, этого обстоятельства мне дан.

Но потом я спрашиваю себя – а почему я испытываю эту эмоцию? Вспомним знаменитый пример Леонтьева, когда он говорит о том, что человек идет домой после работы, и у него какой-то осадок эмоциональный на душе, какой-то неприятный шлейф тянется. Времени нет это осознать, и потом он дома думает: «Почему же это, почему у меня такое дурное настроение?» Вспоминает, перебирает события дня: «Ах, вот откуда!» Он вспоминает событие, где может быть, он не в лучшем виде выглядел или вел себя. Что он сделал? Он совершил работу по осознанию своей эмоции и восстановил смысл, или *личностный смысл* – смысл этого события. Это уже не просто эмоция, эмоция тут может исчезнуть или как-то измениться – а это уже эмоция с мыслью. Вот этот смысл<sup>2</sup> – это эмоция с мыслью, т.е. осознанная эмоция, выраженная, обдуманная, сформулированное отношение к тому или иному аспекту реальности (рис. 5). Вот краткое воспроизведение, схематизация понимания смысла в теории деятельности Леонтьева.



**Рис. 5. Формы представленности смысла в сознании в теории А.Н. Леонтьева**

Теперь зададим вопрос – вот этот смысл<sup>1</sup>, или этот более конкретный смысл<sup>2</sup> – мы можем объявить высшей целью психотерапии? Похоже, что нет. Представьте, что мы скажем – да-да, именно смысл<sup>2</sup>, т.е. точное описание и выражение реального смыслового отношения – и будет главной целью и главным итогом психотерапии. Что тогда получится? Мы будем работать с человеком, потерявшим близкого, с переживанием горя. Терапия горя – одна из распространенных, особенно в экстремальной психологии, форм и задач терапевтической работы. И что это будет означать, если мы поможем клиенту прийти вот к этому смыслу<sup>2</sup>? Что в конце концов, он из своего состояния – может быть, безразличия, может быть, какого-то недопонимания всей глубины трагедии, которое бывает на первой фазе горя, так называемой «фазе шока» – он в конечном итоге благодаря терапии придет к замечательной вещи. Она будет состоять в том, что он полностью осознает смысл утраты. Он поймет, что он теперь навсегда одинок, что мир для него навсегда пуст, все лишено смысла, и в общем, лучший способ – это покончить жизнь самоубийством. Но если что-то этому мешает, то нужно терпеть эту жизнь до конца. Вот будет ясное, трезвое понимание смысла, потому что для него тот, ушедший человек был всем в жизни, а теперь его нет, и жизнь лишена смысла. Он понимает это, и это и есть этот смысл<sup>2</sup>.

Ясно, что что-то в нас сопротивляется такой постановке вопроса о высшей цели и ценности психотерапии. Хочется, чтобы психотерапия приносила человеку что-то большее, чем просто понимание всех нюансов своей трагедии. Надо искать какое-то еще, третье понимание смысла. В теории деятельности Леонтьева есть – уже не в теории сознания, а в теории мотивации – различение *побуждающих* мотивов и *смыслообразующих* мотивов. Что такое смыслообразующий мотив, и в чем его отличие от побуждающего мотива?

- Побуждающий побуждает к деятельности, а смыслообразующий образует смысл.

Получается, что есть такие мотивы, которые побуждают, но не смыслообразуют, а есть такие, которые смыслообразуют, но не побуждают, так? А почему они тогда мотивы? Перевод слова «мотив» – это «двигатель», то, что движет. Любой мотив побуждает.

Что же Леонтьев имел в виду, когда вводил это различение мотивов? Какие тут ключевые слова? Смыслообразующий мотив придает деятельности *личностный смысл*. Некоторые деятельности совершаются просто потому, что они побуждены мотивами. Какая-то радость есть, но нельзя сказать, что произошло приращение смысла. Смыслообразующий мотив – он *образует смысл*. Он не только дает человеку что-то сделать, но он образует самого человека, дает ему вдохновение, развитие, рост. Это очень просто пояснить на примере выбора работы. Обычная альтернатива – выбор работы. Есть, например, работа, за которую можно получать большие деньги, но чаще всего она неинтересна: нужно что-то делать, перекладывать одни и те же бумажки, но в хорошей конторе и за хорошие деньги. Может человек на это согласиться, будет это побуждающим мотивом? Да, это вполне может быть побуждающим мотивом. Но само это дело не даст ему радости, вдохновения, развития,

не образует смысл. Может быть, с помощью заработанных денег он будет вовлекаться в какие-то другие дела, которые имеют для него настоящий смысл, приращивают этот смысл.

Итак, мы приходим через теорию мотивации Леонтьева к третьему пониманию смысла, и оно задается оппозицией: *бессмысленность* (смысловая обедненность, смыслоутрата) – *осмысленность* (смысловая обогащенность, наполненность). Именно смысл<sup>3</sup> – это и есть тот смысл, который является вершиной аксиологии, ценностной системы Понимающей психотерапии. Т.е. тот смысл, который человека направляет, вдохновляет, побуждает, дает ему силы. С этим смыслом можно жить. Более того, с этим смыслом можно умирать. Ради таких вещей люди иногда жертвуют жизнью. Конечно, это яркие, редкие случаи – но речь именно об этом, о том, ради чего человек может жить и ради чего он может умирать.

Давайте пропустим одну колонку и рассмотрим категорию «**критическая ситуация**». Что это за категория? Почему именно так мы характеризуем и описываем то плохое, что случается в жизненном мире человека и что является поводом для психотерапии? Самое общее определение критической ситуации таково: критическая ситуация – это ситуация *невозможности*. Т.е. невозможности реализовывать свои цели, удовлетворять свои потребности, осуществлять свои ценности, невозможности развиваться, невозможности совершать то, что мне нужно, что я хочу. И вот эта критическая ситуация и есть то положение, в котором мы застаем пациента психотерапии. Так она описывается, так характеризуется. Можно спросить – это объективная ситуация, он действительно не может, это объективная невозможность или это субъективно? И вот тут различие объективного и субъективного почти не имеет смысла. Потому что если сам человек считает, что он не может, что все безысходно, все потеряно, что у него нет сил, что он не может справиться, то тщетно мы ему будем говорить в этой ситуации: «Нет, это вам только кажется, что так, на самом деле вы можете, вы полны сил, ничего-ничего». Будем хлопать его по плечу, вдохновлять, говорить: «Ну как же так, другие люди могут, и вы сможете». Это все попытка преодолеть саму невозможность, не принять ее.

Такие формы утешения часто встречаются в жизни. Но если потребность так сильна, что она необходима, если это внутренняя необходимость – человек попадает в ситуацию безысходности. Владимир Набоков в романе «Даль» говорил, что несбыточность, невозможность, невозвратимость – вот тройная формула человеческого бытия. С этим могли бы солидаризоваться многие экзистенциальные философы, экзистенциальные психотерапевты. Когда они встречают человека в крайней, пограничной ситуации, наедине со смертью, наедине с одиночеством, наедине с непониманием; когда мы вглядываемся так, в экзистенциально разогретом градусе нашего сознания, вглядываемся в наше бытие, то мы видим, что жизнь стоит перед лицом смерти. Потому что когда человек думает о том, для чего ему совершать те или другие действия, предпринимать какие-то усилия, то в конце концов человек доходит – уже в подростковом возрасте это часто бывает – до такого переживания, что жизнь лишена смысла, потому что она конечна. Все идет, все тленно, любые усилия в конце концов безнадежны. В другой момент он сталкивается с тем, что та радость, которая у него была, то общение, любовь и т.д., которые уже прошли – уже невозможны. То ли умер человек, то ли расстались, то ли что-то произошло в жизни и

возврата нет. Прошлое необратимо. И вот столкнуться с этой необратимостью – это тоже один из аспектов невозможности.

Люди приходят к нам с вами не тогда, когда еще кое-что возможно. Представьте себе клиента, который приходит и говорит: «Вы знаете, доктор, у меня сложная семейная ситуация, у нас серьезный конфликт с женой, мы на грани развода. Вообще-то я знаю, что нужно сделать для того, чтобы все это восстановить». Что мы чувствуем? Мы недоумеваем: «А почему ты пришел? Знаешь – ну делай, вперед! В чем проблема?» Такая естественная реакция. А что она выявляет, эта естественная реакция? Нам в этой ситуации нет места. Вот если он скажет в конце этой фразы: «Я совсем не знаю, что мне делать», – тогда мы чувствуем, что мы тоже вроде не знаем, что ему делать. Но мы чувствуем, что он один не справляется, он не знает, у него нет ни средств, ни понимания этого – он нуждается в другом человеке. Без другого человека он не может пережить эту ситуацию – или справиться, или изменить не может. И тогда мы чувствуем, что здесь мы нужны – хотя еще не знаем, как, собственно, мы можем ему помочь, в чем мы именно нужны. Таково общее представление о критической ситуации.

В чем значение этого понятия для психотерапии? Мы можем думать так, что задача терапии – преодолеть, отменить критическую ситуацию, отменить невозможность, вернуть человеку осмысленность существования. Ну да, это так, но через нее нельзя перескочить. Нельзя перескочить, отменяя эту ситуацию, без длительного процесса, одним рывком. А так чаще всего делает непрофессиональный терапевт – и в этом наше отличие от непрофессиональных терапевтов – он утешает сразу. Он говорит: «Ты одинок, но ничего. Ты смотри, ты красивый молодой человек, у тебя еще все будет, все впереди». Что это значит? Действует ли это утешение? Ну да, может, немного действует. Но оно говорит – нет беды, нет невозможности, нет одиночества, нет необходимости – все нормально. Это значит, что утешающий в этой ситуации не готов встретиться в этом человеком на дне, в личном аду этого существования, с его личной бедой, с личной безысходностью. «Чужую беду руками разведу», – говорит пословица. Он готов быстро отменить эту ситуацию для того, чтобы не соучаствовать, не быть причастным к этому веянию безысходности и невозможности. А мы здесь берем на себя риски и решаемся пребывать с человеком – т.е. пребывать с человеком в той ситуации, когда он не знает, как ему жить – но это еще полбеды – и мы не знаем, как ему жить, и мы не знаем, чем ему помочь.

Это единственная профессия, которой просто нет. Все профессии гордятся тем, что они знают, что делать. И делают это, и достигают результата. Ужас нашей профессии состоит в том, что мы, честно говоря, не знаем, что делать. Мы должны разделить с ним невозможность, безысходность, безнадежность, отчаяние. У нас нет ничего, никаких инструментов. Все это мишура – вся наша техника, о которой мы будем говорить, все это ерунда, если мы не согласимся спускаться с ним в этот ад. Если мы будем сильными героями, с накачанными психотерапевтическими мускулами, будем говорить пациентам: «А, у вас там развод? Ну ничего, сейчас, пожалуйста – делай раз, делай два, глубокое дыхание, потом холотропная терапия, потом пройдете еще транзактный анализ – и все как рукой снимет», – ничего не получится. Нет, мы вынуждены соглашаться на то, чтобы пребывать вот здесь – в этой безысходности, в этой невозможности. В этом пафос этой профессии. Если

вы выберете для себя профессию психотерапевта, вы встретитесь не с красотой человеческой жизни, не с невысказанными возможностями, не с радостью человеческой жизни, а с бедой, уродством, тяжестью и трагедией человеческого существования; вы обрекаете себя на то, что вы прикоснетесь именно к этому. Я говорю всерьез – поработав семь лет в сельской психиатрической больнице. Это не городская больница, где лежат физики-теоретики, с которыми вполне есть о чем поговорить, а сельская психиатрическая больница, где 80% пациентов, которых приходится смотреть, больны олигофренией. И после этого, когда приезжаешь в город, особенно такой город, как Москва, едешь в метро и видишь такие прекрасные лица, и на каждом есть какой-то смысл, разумение, ты думаешь: «Боже мой, какое счастье! Нормальные люди, ясные глаза, они о чем-то думают, они умеют говорить, они держат осанку и т.д. Прекрасно, больше ничего не нужно». Так вот, в психотерапии мы встретимся не с красотой, а вот с этим уродством, с болью, со смертью, которые есть в жизни каждого человека, но которые обычно побеждены, прикрыты, а вот в психотерапии они открываются. Если вы не готовы на это решаться – не стоит заниматься этой профессией.

Мы будем разбирать в специальном курсе классификацию критических ситуаций, мы поговорим о том, что есть 4 основных типа критических ситуаций: стресс, фрустрация, конфликт и кризис. И будем изучать разные комбинации их между собой, способы диагностики и т.д. Это будет отдельная особая работа. Но сейчас важен именно общий смысл.

Обратите внимание на оппозицию, противоположность: то, что в плане бытия есть невозможность, то в плане сознания есть бессмысленность. И несчастье, я бы добавил, опираясь на Бенедикта Спинозу. Спиноза говорил: «Счастье есть увеличение способности тела к действию». Замечательная формула! Она говорит – счастье – это не способность тела к действию, а увеличение способности тела к действию. Почему такое счастье испытывает человек, который был болен и долго пролежал, может быть, неподвижно, не мог сам себя обслуживать, какие-то элементарные гигиенические делать действия – и вдруг он может выйти на улицу? Вот первый весенний день, машины едут, люди ходят, и он ходит такой же среди людей. Бесконечно счастье! Почему, а что такое случилось? Увеличилась возможность его тела к действию. И сразу он может новые планы строить, новые идеи, начинания. А что было, когда он заболел, когда он думал, что эта болезнь неизлечима? Ему говорят: «Ну что, куда летом поедешь?» А он думает: «Вот, они размышляют, куда им поехать летом. А я доживу ли до лета, будет ли у меня лето, смогу ли я поехать куда-нибудь летом?» Кто-то думает об учебе, развлечениях, каких-то веселых и интересных делах, но этот человек должен в себе хранить планы, надежды, мечты – потому что болезнь уменьшила способность его тела к действию, а то и ограничила полностью. И когда больной инсультом первый раз идет в туалет сам – величайшее счастье. Потому что он попадает в ситуацию, где его человеческое достоинство может быть удостоверено. А до этого он должен был терпеть стыд, неловкость, потому что ему такие простые гигиенические процедуры кто-то делал. Страшно неловко, он чувствовал себя абсолютно неполноценным. А тут сам пошел в туалет – счастье. Увеличилась способность тела к действию.

Так вот, здесь мы встречаемся с критической ситуацией невозможности – это уменьшение, иногда радикальное, уменьшение возможности человека к действию. И

соответственно там, где невозможность – там бессмысленность, несчастье. Наоборот, там, где увеличивается, вырастает бесконечно возможность человека, и главное, она растет – тут можно применить математическое мышление, мыслить в терминах производной. Почему? Потому что нам важно мыслить состояния не в статике, а в динамике. Не скорость, а ускорение – вот что нам важно. Не отсутствие или наличие возможностей, а рост, сдвиг возможностей. Поэтому я бы уточнил, что критическая ситуация – это не просто сам факт некоторой невозможности. Это ухудшение, снижение возможностей тела к действию, а смысл – так же динамически надо мыслить как их увеличение.

Онтология. В таблице написано – «**жизненный мир**». Категория «жизненного мира» есть заслуга феноменологической философии, в частности, Э. Гуссерля. Она очень широко используется во всех феноменологических подходах. Что означает понятие «жизненного мира»? Это такая реальность, которая, с одной стороны, является абсолютно *объективной*, и в то же время совершенно индивидуальной, *субъективной*, потому что это реальность жизни вот этого живого существа. Жизненный мир разных людей, которые проходят по улице Сретенка мимо храма Троицы в Листах, очень разный. Жизненный мир студента, который направляется в МГППУ на учебу, один. Он проходит по тому же маршруту, по тем же ступенькам, выходит из метро, проходит между Макдоналдсом и храмом и входит на территорию университета. Но по этим же ступенькам должен подняться нищий, которого вы, наверно, знаете. Он сидит там, у ворот, у него нет ног, и он тоже должен подняться по этим ступенькам. Это те же самые ступеньки? Нет, это совсем другие ступеньки. Объективно они те же самые, но в его жизненном мире это ступеньки совсем другие, связанные с помощью других людей и с его просьбами, может быть, с покупкой их услуг, с какими-то унижениями или наоборот властью над ними и т.д. Это ступеньки, которые, может быть, вызывают у него чувство злости на весь мир, потому что они ему доказывают, что он инвалид и ничего не стоит в этом мире. Любой мальчишка может взбежать за 3 секунды по этой лестнице, а он, взрослый мужчина, должен просить несколько человек, чтобы его подняли. Это совсем другой жизненный мир. Хотя объективно какие-то вещи в нем одни и те же.

Мы живем в разных жизненных мирах не только индивидуальных, но и в разных социальных жизненных мирах. В них другое пространство, другое время, другая атрибутика, другие мифы, другой язык. Например, какая-нибудь компания панков, в которую многие из вас попадали. Манеры поведения другие, лицо нужно другое иметь, слова другие употреблять, губы по-другому строить – все там по-другому. Это не соответствует каким-то другим жизненным мирам. Жизненный мир человека, который занимается горнолыжным спортом, социальный мир горнолыжного спорта совершенно другой. Одежда особая – нужно потратить немислимые деньги, и силы, и время, чтобы подобрать подходящую специфическую одежду, – другие планы, другое общение, другие знакомства. Другая пластика тела должна быть. Пластика тела тебя как панка другая, не такая, как пластика тела тебя как горнолыжника. Хотя это может быть один и тот же человек. И музыку он другую будет слушать, и мифология жизни у него будет другая – все будет другое. Почему на этом важно настаивать? Потому что, когда к нам приходит пациент, перед нами альтернатива: в рамках какой антропологии мы его должны видеть? Если бы мы были врачами, то мы видели бы его как организм – мы это уже выяснили – и мы бы думали о нем в терминах организма,

думали о том, как протекают его физиологические процессы. Если бы мы были учителями, мы думали бы о нем в терминах способностей: что он стоит как ученик, какая у него обучаемость, насколько он умен и т.д. Но вот к нам приходит пациент. И в каких терминах мы можем и должны о нем думать в рамках данного подхода? В терминах его жизненного мира. Он входит не один. Как улитка носит свою раковину, так человек, который садится напротив нас, вносит весь свой жизненный мир. Это не метафора, это психологическая реальность. Потому что когда он говорит нам о своих отношениях в семье, он говорит, например: «Мама требует, чтобы я приходила в 11 часов домой. Это глупо, мне уже 15 лет, я уже взрослый человек». И когда она говорит нам эти слова, она показывает нам маму. Мамы здесь нет, но это не галлюцинация, это ее жизненный мир. Она показывает в определенную сторону, она при этом делает какое-то рубящее движение рукой, и мы видим, что такое движение рукой делает ее мама. Она как бы проигрывает эту маму, показывая ее ритмически такими постукиваниями. С другой стороны там папа, бабушка и т.д. Перед нами раскрывается картина этой семьи, особым образом пространственно расположенная. Она действует как режиссер. И если у нее мама здесь, а бабушка здесь, и вы как психотерапевт будете на это откликаться и говорить наоборот: «Правильно ли я услышал, что вот мама вам говорит одно...» – и показывать в эту сторону, у клиента в голове будет путаница. Потому что у нее здесь бабушка, а мама, наоборот, с другой стороны.

Я часто вспоминаю в связи с этой темой пациента, который страдал заиканием, и которого я лечил. Один из методов работы в рамках Понимающей психотерапии называется «режиссура симптома», или ее версия – «педагогическая постановка симптома». Главный фокус состоит в том, что мы занимаем такое положение по отношению к пациенту, что он учит нас своему симптому. Он не просто рассказывает нам о том, как он это чувствует. Мы должны испытать как можно ближе к реальности – буквально чувственной реальности – то, что он испытывает. Это иногда довольно опасное, но интригующе интересное дело – изучить симптом изнутри. И оказывается, что многие пациенты великолепно знают, как устроены их симптомы, и могут этому научить. Вот этот пациент с заиканием, когда он стал меня по моей просьбе обучать, рассказал такую технологию. Он заикался на букву «п» в основном, это самая трудная для него была буква. Он говорит: «Нужно сначала представить себе – если ты хочешь хорошо, по-настоящему заикаться – какое-то общение. Предположим, что тебе нужно купить что-то в магазине. Ты должен представить такой узкий коридор, по которому ты идешь в воображении, и приготовить те слова, которые ты скажешь продавцу. Например, дайте мне, пожалуйста, 300 грамм папайи. Ты должен приготовить эту фразу. И хитрость в том, что ее нельзя менять. Ты должен ровно с теми же словами, как ты задумал, идти по этому коридору, и ровно так повторять. Ты должен донести именно такую формулировку: «дайте мне, пожалуйста, триста грамм папайи». И вот когда ты подойдешь, вот так сузишь свое сознание, то дальше реальная ситуация обязательно будет какой-то не такой, как ты предвидел. И тогда этот алгоритм собьется, и ты тут же замечательно позаикаешься». И он мне это показывает. Я чувствую, что что-то понимаю, но не все. Я изучаю и вижу, что он жест при этом особый делает. Я говорю: «А это принципиально или это случайно, что вы заикаетесь влево вниз? А можете ли вы заикаться вправо вверх?» Он отвечает: «Сейчас попробую». И на этих двух «п» в слове «попробую», он не заикнулся ни разу. Вот вправо

вверх он не может заикаться. Его внутренний жизненный мир, его внутреннее пространство устроено совсем не так как у нас, а по каким-то индивидуальным канонам.

Это была давняя история. А вот недавно у меня был еще такой момент в терапии: мой пациент обучал меня ощущению тупика. Он бросил Высшую школу экономики – бакалавриат закончил, потом начал в магистратуре учиться и ушел – и сейчас у него сложная проблема выбора профессии. У него много навязчивостей. Симптоматика такая: одна из главных жалоб – это потливость рук, потливость ног, сердцебиение – такой вегето-сосудистый, как говорят врачи, криз возникает. Причем потливость рук – это так мягко сказано. Когда первый раз он у меня был на сеансе, я услышал, что он говорит о потливости рук, но когда я увидел, что по столу просто течет в буквально смысле, такая лужица пота, я понял, что это не шуточки. Это действительно неудобно, когда у тебя руки холодные или потные, неудобно их протягивать, пожимать, но это все не катастрофично. Но когда они настолько мокрые, что ты не можешь их на стол положить, это действительно вызывает сложные социальные отношения.

И вот он меня учил своему страху. Его страх устроен так: нужно сначала думать так, что я выбираю между двумя альтернативами – либо я буду преподавать английский язык (он преподаватель английского языка, есть у него такая квалификация), либо я пойду в фирму. Потом нужно прибавлять аргументы. Ну если английский язык – то у меня не будет, я не получу высшего образования, магистратуры и т.д. А если я пойду в фирму работать, то я не буду совершенствоваться в английском языке. Потом нужно еще наращивать аргументы и т.д. И он говорил о том, как нужно выращивать эти альтернативы. Дальше ключевой момент. Я пытаюсь это все повторить, но никакого страха, никакого напряжения, о котором он говорит, чувства тупика не возникает. Я говорю: «А что еще в этом есть?» Он отвечает: «Напряжение». Я спрашиваю: «Где?» Он: «В спине». Я: «Как?» Он: «Ну вот так». Он мне примерно описывает, что нужно особым образом закрепить мышцы спины, и потом опять то же самое – эти выборы. И вот я замечаю один ключевой момент, который действительно почти полностью дает понять, как устроен его жизненный мир в этой психофизиологической части. Для того, чтобы его тупик испытать, нужно держать голову прямо, и вот так закрепить мышцами, как если бы вы пытались сдвинуть свой подбородок, и не дали себе это сделать. Очень напрячь мышцы затылка и шеи. А в это время, во внутреннем поле перед собой раскладывать очень много альтернатив так, чтобы глаза заставить двигаться. Когда вокруг много объектов, то глазами нужно двигать. Обычно мы глазами двигаем вместе с головой – и голова движется, и глаза. А у него такие противоположные импульсы: голова в неподвижном состоянии, а глаза движутся. Если попробовать – кто не боится головокружения, может попробовать так напрячь мышцы головы и быстро-быстро подвигать в разные стороны глазами – возникает специфическое ощущение, немного тошнотворное ощущение, и действительно, некоторое ощущение, как будто пот пробивает спину и руки, какое-то есть начало этого. И если это делать долго, возникает переживание на грани паники, паническое ощущение. Это понятно, потому что – что такое страх? Одна из его главных жалоб – страх. С этой точки зрения, страх – это невозможность посмотреть в глаза опасности. Если опасность сзади – а она всегда сзади, как известно, и обычно слева сзади – и если я нахожу в себе мужество повернуться и посмотреть на нее – ничего страшного. А если я знаю, что она

сзади, она с той или другой стороны, и я не знаю, с какой стороны и что на меня нападет – то возникает характерное движение глаз и опора на периферическое зрение, более чувствительное, как мы знаем из психологии восприятия, чем прямое поле зрения. И все это вызывает вот это характерное ощущение страха. И что такое еще этот страх, как он воспроизводится в этом случае, у этого пациента? Если мне страшно, то я должен вот так встать – так, что-то там сзади. Но я боюсь повернуть голову. Попробуйте, почувствуйте. Я боюсь. Что там происходит? А глазами я начинаю двигать. Вот это физиологическое противоречие между движением глаз и движением головы вызывает специфическое ощущение, которое у него собственно и возникает.

Но к чему я это все рассказываю, какие-то мелкие детали и подробности? К тому, что такой элемент как пространство, который является одним из главных компонентов любого жизненного мира, является абсолютно индивидуальным, абсолютно уникальным, выстроенным в каждом жизненном мире по-своему. И мы должны изучать не только некую общую типологию – что бывают истероиды, бывают циклоиды, бываю шизоиды и т.д. Мы должны изучать каждый раз язык, мир, миф, время, пространство этого клиента, его индивидуальный жизненный мир. Только тогда мы сможем понять именно его, как этот мир устроен.

Теперь **переживание**, продуктивный процесс. Мы сказали, что если ситуация, которая является поводом для обращения, есть ситуация невозможности, если сделать уже ничего нельзя, то что человеку остается делать, когда сделать уже ничего нельзя? Пережить. Он должен пережить эту ситуацию. Буквальное значение слова «пережить» – это оставаться в живых после. Лермонтов пережил Пушкина, он остался в живых – когда Пушкина уже убили на дуэли – он еще был жив. Но это первое, буквальное значение слова. А «пережить» в том смысле, который нам нужен – «переживание» – это некая *душевная работа*, это натужный труд, это некое страдание, работа души, направленная на преобразование ситуации невозможности в ситуацию возможности, ситуацию бессмысленности – в ситуацию осмысленности.

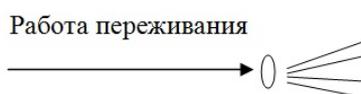
В самом деле, иногда человек попадает в положение, когда он испытывает ту безысходность, ту тройную формулу человеческого бытия по Набокову – безнадежность, безысходность, невозможность. И ему в эту минуту – как мы говорим – кажется, но он в это верит, что так оно и есть – он думает, что жизни уже никогда у него не будет. Но вот проходит год, и оказывается, что он снова способен улыбаться, он снова способен влюбляться, он снова способен смотреть вокруг себя и радоваться жизни, он снова способен строить планы. Что произошло? Время вылечило? Нет, само время не лечит. Вылечила вот эта работа переживания, этот труд, который совершила его душа. Это понятие «работы» по отношению к переживанию ввел впервые Зигмунд Фрейд. Он писал о «работе печали». Обращаю внимание не на слово «печаль», а на слово «работа». Работа печали. Этот экономический термин здесь оказывается очень уместным. Действительно, душа обязана трудиться, как сказал поэт. И душа нашего пациента трудится, и вот что она совершает – работу переживания.

В чем тогда может быть наша помощь? Если мы верим в то, если наши упования состоят в том, что только сама работа души человека, только само переживание способно

вывести его из кризиса, то мы можем только вот что делать – **сопереживать**. Наше дело, смысл нашего дела в рамках этого подхода, о котором мы говорим, Понимающей терапии, состоит в том, чтобы совершать свой труд, на своем полюсе, который направлен в целом на сопереживание. Что значит сопереживание? Это не означает просто сочувствовать, хотя это тоже важный момент, или соболезновать. Нет, это означает делать все, что угодно, для того чтобы помочь совершиться этой работе. Ведь и само переживание – это не только какие-то эмоциональные процессы. Можно ли совершить работу переживания с помощью путешествия? Да. А путешествие – это не внутренний психологический процесс, это целое предприятие, целое приключение, с опасностями, это внешнее действие. Так вот, работа переживания совершается не только эмоциями, не только умом. Это целостная работа человека, *целостная* деятельность, которая имеет и внешние компоненты, и внутренние и т.д. Точно так же и работа сопереживания, она может помогать всей целостной работе и должна быть целостной. А вот **понимание** – это метод этой работы.

И тут может возникнуть некоторое недоразумение, которое мы сейчас попытаемся разрешить. Вы можете спросить меня – ну хорошо, предположим, мы готовы на несколько минут в это поверить и сказать: «Хорошо, давайте попробуем. Где пациент? Сейчас я посопереживаю ему». И вот придет пациент, и нужно будет сопереживать. И тогда вы скажете: «А что для этого нужно делать? Может быть, нужно как-то щеки раздувать, или хитро улыбаться, или еще что-то? Что-то делать нужно, это же профессиональная работа. Или просто чувствовать внутри себя, как я ему сочувствую. Что нужно делать?» И вот на этот главный профессиональный вопрос – «что делать?» – ответ такой: чтобы понять, что делать, нужно вникнуть, сделать шаг в понимании того, как устроен сам процесс переживания – если мы хотим его поддерживать. И чтобы проанализировать, как устроено переживание, какие в нем есть ключевые процессы, которые мы поддерживаем, придется сделать маленький теоретический экскурс.

Вот наша ситуация. Есть пациент, который совершает работу переживания. Вот такой стрелочкой обозначим работу переживания (рис. 6).



**Рис. 6. Исследование переживания**

Если мы хотим соучаствовать в этой работе, поддерживать ее каким-то образом, включаться в нее, осуществлять свой какой-то процесс, связанный с этим, нужно понимать, как устроена эта стрелочка, работа переживания. Один из возможных ходов состоит в том, чтобы разложить ее на составляющие элементы, как если бы мы сквозь линзу пропустили луч света, и получили как бы отдельные элементы этого спектра. Тогда возможно, если бы мы выяснили, что представляют собой отдельные лучики, мы могли бы в каждом из них дифференцированно участвовать. Что может служить такой линзой? Представления о сознании.

Приведем **типологию режимов, или уровней, функционирования сознания**.

Рассмотрим предмет типологического анализа сознания. Если мы феноменологически рассмотрим сознание как акт наблюдения в широком смысле слова, то мы можем выделить в

сознании две фигуры – фигуру *Наблюдателя* и фигуру *Наблюдаемого*. Далее мы полагаем, что Наблюдатель может находиться в субъектном, или *активном* состоянии, и в объектном, или *пассивном*. Равно как и Наблюдаемое – может находиться в субъектном, активном, или объектном, пассивном состоянии. И вот, как обычно при типологическом анализе, пересечение этих оппозиций приводит к формированию четырех типов режимов функционирования сознания или четырех уровней сознания. Рассмотрим их.

Таблица 6.

СОЗНАНИЕ		НАБЛЮДАЕМОЕ	
		Активно	Пассивно
НАБЛЮДАТЕЛЬ	Активен	Рефлексия (Р)	Сознание (С)
	Пассивен	Переживание (П)	Бессознательное (Б)

Режим функционирования сознания, при котором Наблюдатель активен, а Наблюдаемое пассивно – мы будем обозначать словом «*сознание*». За этим термином «сознание», за этим режимом функционирования сознания лежат самые обычные, вполне узнаваемые акты сознания. Вот я смотрю на машины, которые едут по Садовому кольцу. Я смотрю – я наблюдатель, я в активной позиции; машины – это объект наблюдения, они там едут, я смотрю, как они едут. Я в активной позиции, они в пассивной. Я вспоминаю вчерашний день. Вчерашний день – объект моего воспоминания, он ничего не делает, а я делаю, я вспоминаю, я в активной позиции. Я планирую поехать на конференцию. Это я планирую кое-то сделать, конференция здесь пассивный объект в этом акте. Это вполне обычные, повседневные, узнаваемые акты.

Возьмем противоположный случай – мы его обозначим словами «*непосредственное переживание*». Что это за «непосредственное переживание» как уровень функционирования сознания? Это акты, где Наблюдатель пассивен, а наоборот, Наблюдаемое активно. «Неожиданно мне в голову пришла интересная мысль», – прислушаемся к этим свидетельствам. Кто здесь активен? Мысль, я тут ни при чем. Это она сама, я даже не ждал, а она сама взяла и пришла. Я только зафиксировал как наблюдатель, но я оставался пассивен. Или: «Меня охватила страсть». Кто кого хватал? Это страсть меня охватила, я тоже совершенно ни при чем, я никого не трогал, это она взяла меня и схватила. «Меня удручил его вид», – это не я кого-то удручал, это его вид удручил меня. И так далее. Вот все эти акты сознания, в которых мы оказываемся как бы жертвами, в пассивной позиции, а активными оказываются какие-то внутренние фигуры наблюдения – и является непосредственным переживанием. Не случайно классическое понимание понятия переживания в психологии такое: переживание – это то, что дано нам само собою, непосредственно. Что значит – «дано само собою»? Это значит – дано, а не взято нашим усилием.

Например, кто сейчас чувствует усталость? Предписали ли вы себе, сказали ли вы себе: «Так, пора почувствовать усталость?» Нет, она пришла сама, она воцарилась в нашем теле, в нашем уме. Мы можем пытаться ей как-то сопротивляться – да, тогда мы активны, в какой-то волевой позиции, но она действует без спроса. И многие наши состояния приходят как бы сами собой. Например, состояние зевоты. Конечно, можно и произвольно попытаться

зевнуть, но никакой радости в этом нет. А вот власть можно зевнуть, когда само зевается – оно. Итак, это режим непосредственного переживания.

Когда Наблюдатель активен, и Наблюдаемое активно – этот режим называется режимом *«рефлексии»*. «Рефлексия» буквально означает поворот назад, обращение назад. Но тут, когда свою собственную активность, свою мысль, которая прямо сейчас совершается, мы как бы останавливаем на минутку, оглядываемся, и думаем: «А что я делаю, что я сказал, о чем я подумал, что я чувствую?» Такой горячий, активный, действующий сейчас процесс – вторым, другим активным процессом рефлексии мы вводим в поле ясного сознания – то, что старые психологи называли апперцепцией.

А четвертый тип – *«бессознательное»*. И наблюдатель пассивен, и Наблюдаемое пассивно. Никто ничего не заметил, все прошло под каким-то покровом, но что-то совершилось. Все были пассивны, никто ничего не заметил, но событие свершилось. Потом, задним числом, когда мы совершим акт интерпретации, станет понятно, что что-то произошло, причем произошло смысловое событие, явление – смысловой акт, как показал Фрейд – в «Толковании сновидений», например.

Теперь, если мы воспользуемся этой моделью уровней функционирования сознания и перенесем ее сюда, в это окошко (рис. 6), и вот здесь у нас появится рефлексия, сознавание, непосредственное переживание, бессознательное – то у нас есть шанс рассмотреть работу переживания как процесс, текущий по нескольким уровням. Точно так же как Бернштейн рассмотрел построение движения как работу, совершающуюся на разных уровнях. Вы наверняка помните гениальную работу Бернштейна «О построении движения». Это не просто книжка, которая добавляет информацию – она изменяет и выращивает наше мышление. Так вот, по аналогии с построением движения можно говорить о построении переживания. Переживание как бы строится на разных уровнях. И можно представить себе некую мелодию процесса переживания, которая протекает по этим четырем нотным линейкам. И это вполне узнаваемая вещь. У вас произошла ссора, а может быть, даже разрыв с человеком, который вам очень близок. Как это можно представить на рисунке (рис. 7)? Нас охватывает сначала злость, потом мы чувствуем обиду – все несправедливо, невыносимо – потом одиночество. Т.е. сначала какие-то бурные чувства, которые, может быть, сменяют друг друга. Потом, когда человек устал, может быть, от этих чувств, он говорит: «Так, стоп. Надо подумать». Что он делает? Он совершает акт рефлексии. Вот эти чувства он пытается обдумать с помощью этого акта рефлексии. Говорит: «Нет, надо обдумать, нужно принять решение, почему я так зависима от него?» И начинаются акты мыслей на уровне сознавания: «Почему я должна следовать чьим-то правилам и интересам, у меня своя жизнь, своя судьба». Человек как бы себя утешает, уговаривает, наставляет.

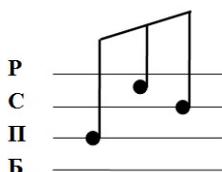


Рис. 7. Запись «мелодии» переживания на четырехуровневой модели

## Тема 5. Структура и процесс психотерапии

*Структура психотерапевтической ситуации: общая характеристика. Модель хронотона психотерапии. Характеристика понятия «клиент». «Проблема» как психотехническое понятие.*

Перейдем к следующей теме «**Структура психотерапевтической ситуации**».

Здесь, как уже не раз было в этом курсе, происходит изменение нашей позиции: мы входим как бы в эмпирию самой психотерапии, внутрь психотерапевтического поля, и начинаем рассматривать не теории психотерапии, не культурологическую ситуацию, не цеховое отношение к теме, а психотерапию саму по себе, как она выглядит в своем реальном эмпирическом существовании. Общая задача состоит в том, чтобы научиться думать о психотерапевтической ситуации, или точнее, видеть ее. Нам нужны некоторые карты, потому что психотерапия – это некоторое приключение. Приключение иногда опасное, особенно для клиента, но и для терапевта порой тоже; непредсказуемое, здесь мало что алгоритмизировано и выверено заранее по каким-то технологическим цепочкам. Поэтому очень важно владеть хотя бы какими-то общими картами – хотя конечно, придется все равно ориентироваться на местности.

Итак, наша задача сегодня – создать контурную карту психотерапии, психотерапевтической ситуации. Для того, чтобы описать процесс психотерапии и саму психотерапевтическую ситуацию, можно было бы спросить себя прежде всего – а в каких терминах она описывается? В каких терминах анализируется эта ситуация? Для этого достаточно открыть психотерапевтические учебники и посмотреть на оглавление. И мы из этого оглавления узнаем, как примерно различается, описывается это поле разными авторами.

Вот несколько примеров. В одном из довольно известных руководств по психотерапии Р. Джорджа и Т. Кристиани вводятся такие рубрики описания консультативной практики: консультант (личность консультанта, его ценности, речь и т.д.); консультативные процедуры и навыки (навыки проведения первичного интервью, структурирование сессии, эмпатия, идентификация, самораскрытие, определение целей терапии, завершение терапии и т.д.). В руководстве «Техники психотерапии», принадлежащем С.Л. Волбергу, автор вводит достаточно формальный принцип рубрикации. Он утверждает, что если мы хотим описать психотерапию, то нужно описать сначала начальную фазу терапии, потом среднюю фазу терапии и наконец, завершающую фазу терапии. Среди заголовков второго уровня есть глава с примечательным названием «Основные ингредиенты психотерапии». Автор ставит перед собой задачу перечислить все те процессы, которые присущи психотерапии. В этот список попали: процедуры интервьюирования (все элементы ведения терапевтической беседы – речевые навыки, понимание невербального поведения, техники поддержания значимой вербализации пациента, методы понимания, включая интерпретацию), установление рабочих терапевтических отношений, определение источников и динамики проблемы пациента (причины возникновения проблематики и как она развивается – либо в процессе жизни

пациента, либо уже в процессе терапии), использование инсайта и понимание направления изменений (мало человеку осознать вдруг – резко, неожиданно, как в гештальтпсихологии описано: у человека резко переструктурируется все поле и он понимает вдруг, почему у него такое, например навязчивое, поведение; важно еще воспользоваться этим инсайтом самому пациенту и соответственно, терапевту. Потому что возникновение здоровой идеи еще не означает, что человек доведет ее до конца), особенности пациентов (нужно понимать их клинические особенности, какой диагноз у человека, является ли он психически здоровым или нет – потому что работа будет зависеть от этого), установки терапевта (теоретические, личностные – проанализировать процесс терапии невозможно, если мы не знаем установок терапевта), его контрперенос (все реакции, эмоциональные прежде всего, терапевта на ситуацию терапии – на перенос клиента, на самого клиента и т.д.) Все это важно для описания психотерапии. Но обращает на себя внимание отсутствие структурной логики в совокупности перечисленных ингредиентов, что отражено и в названии (ингредиент – это не элемент структуры, а составная часть какой-то смеси).

Если мы попытаемся сделать Гальтоновскую фотографию всех этих учебников, то выделятся некоторые основные фигуры.

Как вы думаете, каковы основные необходимые и достаточные элементы структуры терапевтической ситуации? Если вы помните патопсихологическую методику «Существенные признаки», в которой предлагается на бланке пять слов – например, «рыбак, вода, берега, удочка, лодка», а слева – слово «река». Инструкция такая: подчеркните из 5 слов два таких, которые являются существенными признаками реки, без которых река не бывает. Правильный ответ – соответственно, «вода» и «берега», а рыбак или лодка могут иметь отношение к реке, но не являются существенными признаками.

И у нас сейчас примерно такая же инструкция. Написано слово «психотерапия», и нужно из всех возможных слов, которые я только что называл или которые могут быть в вашем сознании – назвать такие, без которых психотерапии точно не может быть.

- Без клиента, без терапевта...

Без клиента. Давайте проверим. Кто-нибудь может придумать такую психотерапию, в которой нет клиента? Нет. Тогда записываем это слово.

Возможна ли психотерапия без терапевта?

- Аутопсихотерапия.

Существует целое направление – аутопсихотерапия. Вот пример Милтона Эриксона. Пациентка Милтона Эриксона заплатила ему деньги за 2 сеанса вперед, потом приезжала на автомобиле к офису, где работал Эриксон, сидела в течение часа в автомобиле и уезжала. И так 2 раза. И в результате этой терапии был достигнут некоторый довольно серьезный результат.

Еще пример. Я работал в довольно серьезном психологическом центре, и мне звонит пациентка и говорит: «Можно ли мне еще раз записаться к вам на консультацию?» Я спрашиваю: «Простите, а вы уже один раз записывались?» Она отвечает: «Да». Я: «Ну и как?» Она говорит: «Очень помогло».

Что произошло? Пациент записался на консультацию, потом не пришел, а потом говорит, что ему очень помогло.

- Клиент сам проделал какую-то работу.

Вы предлагаете внести в список слово «работа клиента». Если работы клиента достаточно, то психотерапевт не обязателен. Давайте подумаем. Это действительно так. Без жизненных неурядиц не обходится жизнь ни одного человека. Но если человек осуществляет достаточную внутреннюю работу для того, чтобы перерабатывать, справляться со своими трудностями, он не обращается к психотерапевту. На свете еще есть много людей, которые прожили свою жизнь, никогда не обращаясь к психотерапевту – и ничего, все закончилось благополучно. Но таких, особенно в Европе и США, становится все меньше и меньше.

Был ли психотерапевт в случае Милтона Эриксона или в том случае, который я вам привел?

- А один человек может быть и терапевтом, и клиентом?

Да, во-первых, в аутопсихотерапии сам человек выступает в качестве терапевта по отношению к самому себе. Но мне кажется, было еще другое. Мне кажется, был внутренний диалог с возможным психотерапевтом. Вообразите сейчас себя на месте этой женщины, позвонившей психотерапевту. Может быть, у вас есть какие-то проблемы: в ваших отношениях с близкими, с родителями, с друзьями, с учебой, с деньгами – какие-то проблемы, с которыми потенциально в том или другом виде можно обратиться к психотерапевту. Но ведь это же поступок, на это нужно решиться: узнать, к кому пойти; прийти и говорить о личном, наболевшем, что сильно тебя волнует – с чужим незнакомым человеком. Неизвестно, поймет ли он тебя, не заставит ли делать какие-то странные манипуляции – вдруг он представитель телесно-ориентированной терапии и будет выкручивать тебе руки за спиной, считая, что это полезно.

Во всяком случае, сам факт записи на терапию сразу меняет ту внутреннюю работу, которая у человека происходит в душе. Потому что эта работа начинает размыкаться на другого человека. Одно дело – то, что я думаю про себя. Эти мысли обычно неоформленные, грамматика этих мыслей устроена как внутренняя речь по Выготскому. А вот грамматика мыслей о той же моей проблеме, но которую я потенциально готовлю для рассказа Другому, она совсем другая. Я должен более развернуто сформулировать то, что меня волнует. Я должен из всего своего жизненного целого выделить локальный предмет, о котором буду говорить. Я должен побеспокоиться о своем имидже, чтобы не выглядеть уж совсем неприглядно в глазах терапевта. Т.е. внутренняя работа над проблемой приобретает совсем другой статус, когда человек уже записался на консультацию. Поэтому и в этих случаях мы можем сказать, что терапевт – в каком-то условном, виртуальном виде – тем не менее присутствовал, и значит, терапия здесь состоялась благодаря терапевту.

Итак, терапевт необходим для психотерапии. Достаточно ли этого?

Кто-то из вас сказал: «Клиент проделал какую-то работу», – работа предлагалась как замещение терапевта в этих примерах. Представьте ситуацию, когда приходит клиент и говорит: «У меня ситуация семейного конфликта, развода. Вы психотерапевт? Пожалуйста, сделайте что-нибудь с этим». Мы сразу чувствуем себя в растерянности, потому что мы готовы помогать и участвовать в его работе, но делать что-то за него мы не готовы.

- Тогда между терапевтом и клиентом какая-то работа.

Хорошо. Что еще нужно, без чего еще психотерапия не может обойтись?

- Пространство психотерапии. Причем не обязательно физическое, они могут говорить и по телефону, но терапевтическое пространство все равно есть.

Пространство психотерапии должно быть.

- Проблема.
- Запрос.
- Жалоба.

Итак, возможные кандидаты – запрос, жалоба и проблемное состояние. Остановимся на запросе. Достаточно часто в США осуществляется принудительная психотерапия как альтернатива тюремному заключению. Преступнику предлагается либо какой-то срок тюремного заключения, либо прохождение курса принудительной психотерапии. Достаточно часто мы можем наблюдать такую картину: открывается дверь психотерапевтического кабинета, и родитель втягивает туда за руку упирающегося ребенка. Нам предлагается провести с ним психотерапию. Есть ли здесь запрос или нет?

- У родителя.

А родитель ушел, он оставил ребенка, заплатил деньги и ушел. Есть ли здесь запрос? Вот конкретный случай: ко мне в кабинет папа привел ребенка 10-12 лет – такой грозный, внушительный папа – посадил ребенка на стул, положил конверт с деньгами. Говорит: «Не хочет ходить в школу, сделайте что-нибудь». И выходит из кабинета. И вот мы сидим: психотерапевт, конверт и ребенок. Что делать? Ситуация действительно острая: если психотерапевт возьмет деньги, то он уже обслуживает папу.

Но мы обсуждаем теоретический вопрос: есть ли в данном случае, в такой терапии запрос?

- У одного клиента есть запрос, но его самого нет, он ушел. А у другого нет запроса.

Вот это замечательное различие: есть заказчик психотерапии, и у заказчика есть запрос. А у клиента – в данном случае ребенка – в описанном примере запроса нет. И тут проблема: либо мы работаем с заказчиком, но его нет, либо с клиентом – но у него нет запроса.

- А вы про ребенка ничего не сказали.

А у него нет проблемы, у него все хорошо. Он любит играть в футбол и не любит ходить в школу. Проблема у папы. Конечно, папа создает ему проблему, но это процесс, это так сразу не очевидно. Есть запрос у заказчика, и есть проблемная ситуация. Все равно что-то надо решать в этой ситуации. Не важно – это отношение ребенка к школе или это его отношения с отцом. Все равно есть то, что создает напряженность, и это надо решать.

Во всяком случае, мы выяснили очень важные вещи – что запроса может не быть, но тогда мы в терапии чувствуем явный дефицит. Это структурный дефицит: мы не можем разворачивать деятельность, если в ответ нам нет никакой потребности, никакого желания, никакого движения. Т.е. если нет запроса, то не будет никакой работы, а мы уже выяснили, что работа клиента важна, без нее мы ничего не можем сделать. Поэтому тогда возникает такая задача: если нет запроса, то запрос нужно создать. Это специальная фаза терапии, специальная терапевтическая работа, посвященная созданию запроса.

- Получается, что есть заказ, который предполагает наличие проблемной ситуации, а есть запрос клиента, и он зависит от того, как на него эта проблемная ситуация влияет, и влияет ли она на него вообще.

Конечно. Попутно мы ввели важное различие клиента и заказчика. большей частью, в «нормальных» случаях психотерапии, они объединены в одном лице. Человек приходит как заказчик терапии, и именно в качестве заказчика он платит гонорар, а в качестве клиента он может делать совсем другие вещи.

Что еще нужно, чтобы психотерапия состоялась? Без чего она не может обойтись?

- Методы.

Может ли кто-то оспорить, что для психотерапии нужно пользоваться какими-то методами? Ясно, что работа терапевта должна осуществляться какими-то способами, какими-то методами. Методы – это средства осуществления психотерапевтической работы.

- Контакт между терапевтом и клиентом.

Может ли быть терапия без контакта?

- Нет.

Еще что?

- Динамика или процесс. Должно быть начало, должен быть конец.

Динамика. Вы указываете на какую-то временную составляющую и изменение чего-то – все изменяется во времени. Т.е. должно быть время, и должно изменяться что-то, претерпевать какие-то изменения в терапии.

- Может быть, нормы и правила.

Так, нормы и правила. Мы еще не остановились на очень важном пункте. Мы говорили – жалоба и проблемное состояние, и мы пропустили важный момент – кто-то его называл – проблема. Для того чтобы психотерапия разворачивалась, нужно, чтобы у кого-то из участников была проблема – желательно у клиента. Но иногда этого не происходит: например, в ходе терапии последние три сеанса клиент ничего не говорит о своей проблеме. В этом случае у терапевта может развиваться профессиональная тревога: он видит, что их совместная деятельность теряет свой предмет, она начинает сводиться к установлению отношений. Отношения в терапии – очень важная вещь, но к этому все не сводится. Поэтому одним из необходимых элементов психотерапии является проблема, потому что проблемное состояние – это, скорее, состояние самого клиента. А проблема – это то, что в частности, является предметом их совместной деятельности. Это то, что клиент приносит, то, что заявляет, то, что его не устраивает в жизни.

- Еще безопасность, комфортность.

Понятно, что безопасность, конфиденциальность, уют, комфорт и т.д. – важные вещи для психотерапии. Но психотерапия без всего этого может быть. Если вы возьмете провокативную психотерапию Ф. Фарелли, где пациент ни на секунду не остается в безопасности, терапевт его все время задевает, поддевает, иронизирует – то там эти правила не выполняются, а между тем психотерапия может быть очень эффективной.

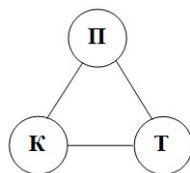
Есть ли еще предложения какие-то?

- Какой-то исход, результат. Если есть проблема, то мы же в динамике в ходе работы к чему-то приходим, к результату какому-то. И цель.

Результат и цель.

Давайте теперь эти основные существенные признаки **структуры психотерапевтической ситуации** зарисуем в виде некоторой упорядоченной структуры (рис. 8). У нас явно выделяются три основных полюса, и мне кажется, можно в основном

свести всю структуру терапевтической ситуации к трем полюсам: полюс *клиента*, полюс *терапевта* и полюс *проблемы*.



**Рис. 8. Основные элементы структуры психотерапевтической ситуации**  
К – клиент, Т – психотерапевт, П – проблема

Всякая структура состоит из элементов и связей или отношений между ними. Так вот, в структуре психотерапевтической ситуации есть, кроме этих обязательных элементов, еще связи и отношения между ними. Я бы обвел овалом клиента и проблему (рис. 9), и с помощью этого овала обозначил бы работу или *деятельность клиента по отношению к проблеме*. В самом деле, клиент, прежде чем он приходит к терапевту, прежде чем он звонит в терапевтический кабинет, уже кое-что делал со своей проблемой. В теории переживания, в Понимающей психотерапии, как мы говорили, эта деятельность называется деятельностью переживания. В других видах терапии она может как-то иначе называться. Важно, что он что-то должен делать: без его усилий, без его активности никакая терапия состояться не может. Кроме деятельности клиента, мы с вами упоминали еще работу терапевта, и соответственно, *деятельность терапевта* обозначим таким же овалом. И вот тут, поскольку это профессиональная деятельность, должны быть применены какие-то специальные методы.

Обсуждению понятий «*жалоба*» и «*запрос*» будет посвящена отдельная тема. На этой же схеме можно обозначить их таким образом: жалоба – это элемент проблемной структуры. Когда человек приходит и говорит: «Мне одиноко, у меня болит голова, у меня бессонница» – это жалоба. Но нам чего-то не хватает для того, чтобы сразу эту жалобу признать проблемой: мы чувствуем, что возможно, здесь есть предмет для работы, но нужно еще что-то прояснить. Поэтому я бы жалобу поместил на схеме внутрь кружочка под названием «проблема».

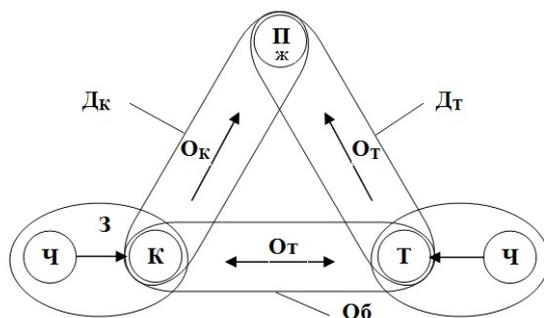
Мы упоминали такой элемент, как «*контакт*». Я бы предложил ввести два понятия. Обведем овалом терапевта и клиента, и будем обозначать этим овалом *общение* между клиентом и терапевтом, потому что у них сложная система коммуникации, сложная система диалога, отношений, взаимодействия и т.д. Но кроме собственно взаимодействия и общения между ними, давайте проведем такую черту, которая будет означать взаимные отношения, *взаимоотношения*. И собственно, понятие «*контакта*», упомянутое нами, относится к этому полю. Контакт устанавливается и в общении клиента и терапевта, и внутри отношений.

Следующее, что у нас было – заказчик. Рождаются ли люди клиентами или это потом с ними случается? Похоже, что потом. Мы можем нарисовать здесь, за пределами этой структуры, некоторый круг, который будет обозначать круг жизни самого клиента. Даже не клиента, а просто человека – потому что за пределами психотерапии он не клиент, он муж, дочь, брат, спортсмен и много еще кто. Но вовсе не клиент. Для того, чтобы быть клиентом, он должен попасть в ситуацию терапии, именно там становятся клиентами. И здесь я бы обозначил еще и сам этот переход из жизненного мира в мир терапии, который является значимым событием – как мы видим из истории Милтона Эриксона и истории той

пациентки, которой помог уже факт записи на прием к психотерапевту. Она должна была что-то в себе свершить, какое-то решение принять для того, чтобы попасть в терапию. Хотя это была еще не реальная терапия, а виртуальная, но тем не менее, в своем жизненном мире она произвела какие-то изменения, как бы включив в нее терапию. Почему нам важно это помнить? Человек, который сидит перед нами, он не только клиент, его бытие не сводится к бытию клиента, потому что в конце концов нас интересует не только то, что произойдет в терапии, а то, что произойдет у него в жизни – и на этапе диагностики, и на этапе самой терапии.

Но и терапевтами люди не рождаются. Это процесс, причем процесс действительно рождения, но рождения не натурального, а рождения профессионального. Терапевтом нельзя выучиться быть. Терапевтом нужно родиться, но родиться внутри этой практики. Это не игра слов. Те из вас, кто будет заниматься этим родом деятельности, рано или поздно почувствуют это именно как рождение. Это событие примерно такое же, как событие обучения езде на велосипеде. Вас могут долго учить, но когда человек сам каким-то чудом схватывает это чувство равновесия, он чувствует, что он родился как велосипедист. Но переживания, которые испытывает терапевт, который родился как психотерапевт, – более яркие, он чувствует некоторые происходящие изменения своей личности. Жизнь человека под названием «терапевт» является важнейшим элементом терапевтической ситуации. Мы не роботы, мы не функции, мы не просто некоторые интеллектуалы, которые усвоили два-три учебника. Внутри терапии мы люди. Мы входим в этот процесс со всеми нашими человеческими достоинствами, недостатками, индивидуальными особенностями. И мы работаем собой и только собой.

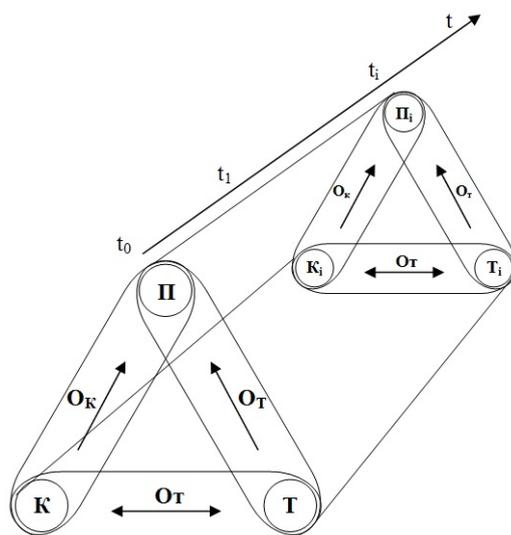
Вернемся к понятию «клиент». В литературе человека, который сидит по ту сторону терапевтического кабинета, называют либо *клиентом* либо *пациентом*. Какое избрать? Я думаю, что эта схема позволяет сделать такое различие: человек по отношению к своей проблеме есть пациент, потому что само слово пациент означает «терпящий» (*patiens*) – он терпит какую-то беду, конфликт, неудобство в своей жизни. А вот по отношению к чему он является клиентом? Все-таки от этого слова, хотя мы и привыкли к нему, пахнет парикмахерской. Называться пациентом, может быть, не очень хорошо, но клиентом еще хуже. Но кто такой клиент? Это человек, которого защищает общество потребителей. Клиент – это потребитель, это тот, кого обслуживают. Поэтому клиентом человек становится по отношению к терапевту как обслуживающему его специалисту. Я бы даже сказал: мы вводили с вами понятие «заказчик», и скорее «клиент» в точном смысле слова ближе к заказчику, клиент как заказчик платит деньги – потому что внутри терапии мы его не мыслим и он себя не называет клиентом. Он становится клиентом, когда идет в кассу и платит деньги или договаривается о сроках терапии, о времени, об условиях. Т.е. он как субъект социального договора – вот когда он становится клиентом. Но здесь нет никакой терминологической правильности, потому что в литературе эти понятия размыты.



**Рис. 9. Структура психотерапевтической ситуации**

**К** – клиент; **Т** – психотерапевт; **П** – проблема; **Д<sub>к</sub>** – деятельность клиента по отношению к проблеме; **О<sub>к</sub>** – отношение клиента к проблеме; **О<sub>т</sub>** – отношение терапевта к проблеме; **Д<sub>т</sub>** – деятельность психотерапевта по отношению к проблеме; **Об** – общение; **От** – система отношений между клиентом и психотерапевтом; **Ч** – жизненный мир соответственно клиента и терапевта; **З** – заказчик

Нам осталось ввести еще названные вами понятия «результата» и «цели». В самом деле, согласимся, что терапия не ограничивается ситуацией, которая возникает сейчас, в данную минуту, пусть там есть и клиент, и терапевт, и проблема, и все деятельности. Она развивающийся, разворачивающийся во времени процесс. Поэтому давайте введем фактор времени, и наша плоская фигура превратится в объемную, треугольную призму. Если мы введем такое измерение как ось времени, то в каждый данный момент – в момент  $t_0$ ,  $t_1$ , ...,  $t_i$  и т.д. – мы можем нарисовать ту же самую треугольную структуру и проследить динамику: клиент меняется в ходе терапии, проблема меняется в ходе терапии и в конце концов она превращается в тот или другой терапевтический результат (рис. 10).



**Рис. 10. Хронотоп психотерапии**

**К, П, Т** — состояния клиента, проблемы, психотерапевта в точке  $t_0$  начала терапии, **К<sub>i</sub>, П<sub>i</sub>, Т<sub>i</sub>** — состояния клиента, проблемы и терапевта в некое время  $t_i$ . Различные контуры этой схемы могут служить для обозначения разных понятий. Например, понятие терапевтического контракта будет выражаться контуром **КП+ТП+ПТ<sub>i</sub>**

Но еще до того, как проблема изменилась, клиент и терапевт должны сформулировать цель терапии, они не могут работать, если вовсе не назвали никаких целей терапии. Соответственно, из точки  $t_0$  состояние проблемы в точке  $t_1$  будет рассматриваться как цель, а

наоборот, когда терапия уже реально подошла к точке  $t_1$ , то клиент и терапевт могут сказать друг другу: «Давайте оценим, каких мы достигли результатов?» – и оценить в этой точке уже произошедшее. Но мало того, что меняются клиент и проблема, меняются все элементы этой структуры. Меняются отношения между ними. И отношения могут становиться не просто условием психотерапии, а самим полем, в котором размещается проблема.

Когда Фрейд описывает невроз перенесения, то смысл этой идеи такой: сначала у клиента есть проблема в жизни. Потом, во время терапии, она проецируется на терапевтические отношения и развивается то, что З. Фрейд называл неврозом перенесения, т.е. можно сказать, что отношения становятся больными. Но это болезнь, которую привнес с собой пациент, а терапевт оказался достаточно гибким, достаточно пластичным, достаточно открытым для того, чтобы позволить себе не заболеть в полной мере этим неврозом, но войти в такую систему отношений, которая является примером переносных отношений клиента. Та борьба с авторитетами, например, которая сначала была попыткой отстоять в семье свою независимость перед отцом, может выразиться в том, что в терапевтических отношениях у клиента развивается какой-то избыточный критицизм. И это означает не то, что клиент просто критикует и негативно относится к терапевту, а он на терапевте, как авторитетной для него фигуре, разворачивает ту же самую стратегию отношений, которая у него разворачивается внутри его семьи, – и тогда у терапевта появляется возможность анализировать не то, что где-то там-и-тогда происходит, а анализировать собственные отношения, потому что это тот материал, который у него есть. У него возникают напряженные эмоциональные отношения с пациентом, это живой материал, он есть сейчас, и судя по нему, он может догадываться о том, что у него там – в жизни, в семье. Если ему удастся исцелить эти отношения, т.е. клиент сможет выстраивать их здраво, трезво, цельно, то потом клиент сможет выучиться по сути дела этим отношениям и перенести их в свою жизнь.

Итак, мы совместными усилиями ввели общую структуру. Я обращаю внимание, что мы сделали даже большую работу, чем планировали. Мы хотели описать структуру терапевтической ситуации, а описали не только структуру терапевтической ситуации, но и *время* психотерапии. Т.е. мы с вами ввели понятие **хронотопа психотерапии**, т.е. пространства-времени. Это понятие, которое используется в физике, литературоведении, и в психотерапии ему тоже есть место. Анализировать любой элемент этой структуры можно и нужно с учетом терапевтического времени.

Вот пример. Мы пока еще не разместили на этой схеме понятие «запроса». Можно было бы обозначить это как некоторый контур. Что такое запрос? Представление о том, что мы хотим достичь. «У меня болит голова, и я хотел бы, чтобы она не болела», – это формулирование цели. «Проведите со мной, пожалуйста, сеанс гипноза», – говорит клиент – чтобы у меня полностью навсегда прошла голова». Что предполагается? Что есть проблема – некий минус, есть цель – некоторый плюс, есть деятельность терапевта по отношению к проблеме, и желательно – не всегда это в запросе звучит – деятельность клиента по отношению к проблеме. И вот это есть контур понятия «запроса». Т.е. в понятие «запрос» входит представление о том, что сейчас плохо, что должно быть хорошо, и кто что будет делать в этом взаимоотношении. По сути дела запрос – это есть зародыш терапевтического

контракта, когда терапевт и клиент договариваются о системе взаимоотношений, взаимных обязательств в рамках терапии. Такова в самых общих чертах структура психотерапевтической ситуации.

Теперь давайте начнем обсуждать отдельные элементы этой структуры. Мы будем брать отдельные полюса, отдельные отношения и их анализировать.

Рассмотрим сначала полюс **клиента**. Во-первых, сюда относится различие, о котором мы уже говорили – различие *клиента* и *пациента*, чисто терминологическое.

Для того, чтобы описать понятие «клиента», нужно посмотреть, как собственно говоря, клиент описывается в разных подходах, разных школах, разных терапиях – с помощью какого языка. Достаточно часто это язык психиатрический, или более общо – типологический. Клиент так или иначе *типологизируется*. Это могут быть *клинические*, психиатрические типологизации, когда клиент описывается как больной шизофренией, больной неврозом или какими-то другими нозологическими формами. Это могут быть и непсихиатрические типологии, а, скажем, *диалогические* типологии. Например, профессор нашего факультета Андрей Феликсович Копьев описал в одной из своих статей так называемых «закрытых» и «открытых» клиентов. Обращаю ваше внимание на этот пример описания. Одно дело, когда мы ставим диагноз – маниакально-депрессивный психоз. Это разговор «о нем», это натуралистическое, медицинское мышление о пациенте. Это «у него» то или иное заболевание, и мы в диалоге можем выяснить, конечно, какое это заболевание, но наш терапевтический диалог становится только инструментом этого выяснения. Например, в диагностике сложных сенильных старческих психозов, таких как болезнь Пика и болезнь Альцгеймера, опытным старым психиатрам известен такой факт, что больных Альцгеймером не жалко, а больных Пиком – жалко. Это не объективные критерии, не научные критерии, это опытные критерии, и я бы их назвал контрпереносными критериями. Т.е. то чувство, на котором застывает себя врач, является для него (это понятие объективного контрпереноса) информацией о том, что происходит с пациентом, какой у него диагноз. Хотя здесь отношения используются для диагностики или описания клиента, тем не менее, такого рода типологии остаются клиническими, натуралистическими – психиатрическими, в частности. Конечно, диагноз и типология – разные вещи. Если диагноз звучит так: «невроз навязчивых состояний у личности с выраженной шизоидной акцентуацией», то мы и характеризуем некоторую личность, что важно для терапевтических мероприятий, но и указываем на какой-то недуг.

*Диалогические* характеристики, которые описал Копьев – «закрытые» и «открытые» клиенты – описывают человека не как он дан сам по себе, а как он присутствует в диалоге. Если бы мы провели какую-то батарею психологических тестов и в результате выявили, что клиент относится к той или другой нозологической ли категории или типологической категории, это была бы объективная характеристика клиента. Когда терапевт говорит о том, что клиент может быть «открытый» или «закрытый», он характеризует его в рамках своих отношений с клиентом. Разумеется, эта характеристика становится не абсолютной, потому что «закрытый» по отношению к одному терапевту пациент может оказаться «открытым» по отношению к другому. Это не совсем объективная характеристика его личности, но, тем не менее, она выражает способность клиента откликнуться, пойти навстречу терапии, пойти

навстречу терапевтическому процессу. «Закрытыми» Копьев называет клиентов, которые не способны вступить в такие полноценные диалогические отношения, чтобы установился так называемый «рабочий альянс». Это еще одно понятие: «рабочий альянс» – это союз, взаимодействие между клиентом и терапевтом, которое продуктивно для решения его проблем. Копьев советует в случае таких закрытых клиентов отказываться от терапии, потому что она непродуктивна. Диагностируется здесь, подчеркиваю, не пациент, а *отношения*, способность к диалогу. Диагноз пациенту не выставляется. В случае закрытых клиентов Копьев советует завершить работу, сказав: «Да, вы все хорошо описали, так все красиво у вас получается, у вас получилось эстетично описать свою проблему», – и постараться выйти из этой психотерапии, не веря в то, что пациент может открыться и вступить в такой рискованный диалог (потому что психотерапия – это риск), рискованные отношения, где он претерпит некоторые изменения.

Копьев приводит пример некой дамы – психиатры бы сказали, что у нее доминирует истерический радикал – которая описывает свою ситуацию. По содержанию то, что она говорит – это довольно трагические, драматические описания жизненной ситуации. Но то, как она это говорит, выявляет то, что в этом случае скорее происходит любование своей трагедией, своей болью. Т.е. в каком-то смысле, описывая это, она больше интересуется тем, как она красива, эстетична, как она выглядит. И сами жизненные катастрофы – может быть, вполне объективные – выступают как некоторое преимущество, которое показывает, какая она глубокая, какая трагичная у нее судьба. Дело не идет об изменении запроса. Копьев вводит еще так называемый «принцип молчания», когда терапевт не вовлекается активно в энергичную работу, не хватается на приманки драматических ситуаций, а ожидает, чтобы клиент сам включился в эту работу. То, что мы назвали деятельностью, в данном случае по сути дела не разворачивается, клиент пользуется терапией как одной из арен, на которых он может предстать в том или другом красивом виде. Т.е. именно личные отношения не устанавливаются.

Психоаналитики описывают то, что Копьев называет «закрытыми клиентами», на другом языке: у таких клиентов не формируется перенос или не формируется позитивный перенос. Если клиент не способен установить в терапии отношения, т.е. если он, например, воспринимает терапевта как вещь, объективирует его, угашает его личность (такой термин тоже есть), то терапевт в ответ чувствует контрпереносное аверсивно-агрессивное чувство, как говорят в психоанализе: т.е. он ловит себя на чувстве отвращения либо на чувстве агрессии, либо на том и другом вместе по отношению к пациенту. Но это не потому, что сам психоаналитик злобный и плохо относится к людям. Это реакция на реальную попытку угашения его личности, или объективирования его личности со стороны пациента. И вот в этих случаях аналитики говорят, что не формируется перенос, и соответственно, психоанализ становится невозможным.

Кроме типологического подхода, понятие «клиент» часто характеризуется с помощью описания разных *инстанций*. Инстанции – это внутренние структуры личности пациента, которые выявляются внутри психотерапевтического мышления и становятся инструментами установления терапевтического диалога. Примеры инстанций: у Фрейда это «Я», «Оно» и «Сверх-Я» (инстанции психического аппарата); у Эрика Берна в транзактном анализе –

«Ребенок», «Взрослый», «Родитель»; у Юнга – понятия «Тень», «Анима», «Анимус» и т.д. В НЛП нет таких фиксированных инстанций, а говорят о частях личности. Но вопрос тут вот в чем: мы говорим о клиенте – значит, это тот или другой способ его описания. Вот перед нами сидит клиент, он что-то говорит, но мы же профессионалы, и нам нужно о нем думать в профессиональных терминах. Потому что если мы будем о нем думать на житейском языке, то чем мы отличаемся от простого обывателя? Мы и так это умеем, не нужно 5 лет учиться. Нам нужно о нем думать профессионально, и для этого нам нужны *орудия думания*. Понятия инстанций, как и понятия типологии личности – это один из инструментов думания. Но это не просто наше молчаливое думание: клиент как бы сам по себе, отдельно, а мы о нем думаем в понятиях инстанций. Мы используем эти понятия, это структурирование клиента для реальной работы.

Например, на мастерской прозвучала фраза, в которой клиент жалуется: «Мне не хочется работать, хочется погулять, но с другой стороны – долг, с другой стороны, мне интересно, интересны клиенты, любопытство такое есть, и я не знаю, что выбрать». Если мы вслушаемся в этот текст так, как это мог бы сделать Эрик Берн в транзактном анализе, мы наверняка здесь услышим голос Ребенка, которому хочется погулять: так и представляешь его с каким-то шариком, мячом, играющим в футбол. А тут какая-то работа, какой-то долг, который нависает и т.д. Но с другой стороны, этот его текст не сводится к тому, что он просто Ребенок – он говорит: «Любопытно, работа, клиенты, надо выбрать что-то». Здесь он предстает скорее как некий Взрослый. И мы в нашей ответной терапевтической акции можем вступить во взаимодействие – в зависимости от того, какую инстанцию мы там слышали – с той или иной субличностью (еще один термин для описания инстанций – его автор Р. Ассаджиоли). Можем сказать клиенту: «Подумаешь, какой выбор! Что значит выбор между работой и отдыхом? Конечно, отдыхать!» И клиент тогда попадет в ситуацию, в которой мы как бы даже нарочито поддержали Ребенка и дискредитировали саму проблему выбора. Но если эта проблема серьезная, клиент нам скажет: «Нет, подождите – как это погулять? А долг? А конфликт? А у меня с выполнением этого долга связаны мои интересы». Т.е. он сам начнет обострять конфликт и, может быть, перевешивать ситуацию в другую сторону. Примеров можно приводить множество, и мы с вами в работе мастерской по Понимающей психотерапии будем специально тренировать слух для того, чтобы уметь слышать разные инстанции и вступить с ними в диалог.

Когда Алексей Николаевич Леонтьев описывает свое представление о структуре личности, то вовсе не предполагается, что теоретик-психолог будет с этими мотивами, которые вступают в то или другое иерархическое отношение, вступать в какой-то контакт. Предполагается, что они есть у него, объективно в его мире есть какие-то мотивы, есть иерархизация. А когда мы говорим: «Ребенок» или «часть личности» по НЛП, то это значит, что мы прямо сейчас, в данную минуту в терапии – и только на время терапии, а не вообще навсегда – выделяем у них какую-то часть личности.

Кроме инстанций в разных школах, например, выделяется – об этом А. Сосланд очень интересно пишет – понятие «*границы*». Мышление в терминах «границ» – один из продуктивных способов обдумывания понятия «клиент». Вы знаете, что в гештальттерапии довольно интенсивно эксплуатируется категория границы, как и в психоанализе Фрейда. И

преодоление границы – как и в обычном географически-политическом смысле есть значимое событие, там таможенники, пограничники стоят, – так и в психоанализе преодоление каким-то содержанием границ между бессознательным и сознанием является значимым психологическим событием.

Следующее измерение понятия «клиент» – его *социально-демографические характеристики*. Что это такое? Пол, возраст, образование, социальное положение и т.д. Я думаю, части из сидящих здесь в аудитории студентов придется работать в консультативных центрах, в которых всегда как в больнице нужно вести документацию, и карточка пациента должна быть заполнена. И разумеется, в этой карточке, кроме фамилии, имени, отчества, нужно указывать пол, возраст, социальное положение и другие значимые для статистики характеристики. Почему они важны? Иногда не столько в терапии, сколько для организации психологической службы. Потому что, если оказывается статистически, что в основном этот центр посещают больные алкоголизмом, а в другой в основном обращаются пациенты, страдающие, например, игровой зависимостью, то соответственно нужно готовить других специалистов, по-другому организовывать рекламные компании и т.д.

А важны ли все-таки эти характеристики для терапии? Да, важны – это не просто формальные характеристики. Опыт показывает, что консультанты предпочитают работать с молодыми пациентами, образованными, интеллектуальными, социально успешными, богатыми и здоровыми – вот излюбленные пациенты для большинства психотерапевтов. Хотя, конечно, есть такие психотерапевты, которые любят работать с больными, стариками, инвалидами, бедными и т.д. Но они учатся на другом факультете – на факультете специальной психологии, клинической.

Если говорить всерьез, то дело обстоит так. В этический кодекс психотерапии входит положение, согласно которому все психотерапевты на Западе – и у нас это начинается тоже – обязательно должны выделять в своем режиме времени часы, дни для бедных пациентов. Для того чтобы каждый человек – даже финансово не обеспеченный, у которого нет страховки, скажем, в странах, где это оплачивается страховыми кассами – мог получить психотерапевтическую помощь; отсутствие денег не должно быть препятствием. Поэтому я вас заранее призываю тоже в эту западную традицию включиться. Когда вы будете опытным успешным психотерапевтом, выделите, пожалуйста, какую-то небольшую долю своих консультативных часов для приема бесплатных пациентов. Ими могут оказаться студенты факультета психологического консультирования, у которых стипендия очень маленькая, и вы поможете им в профессиональном совершенствовании.

Финансовое измерение. Важно или неважно, работает ли терапевт – поставьте себя в позицию терапевта – с богатым человеком или с бедным? Важно это для определения, скажем, гонораров? Влияет ли это на терапевтические отношения?

– Конечно.

– Стоимость терапии.

Вот видите, вы сразу уже накидали несколько идей, которые, конечно, значимы для пациента. Но для терапевта тоже это важно. Например, представьте, что к вам пришел сейчас бедный человек и попросил его консультировать. Он говорит: «У меня денег нет, но я готов платить, немного – примерно рубля два в час». Ситуация сложная. Либо совсем не брать,

тогда это будет благотворительность, либо согласиться на два рубля, но не будем ли мы чувствовать себя оскорбленными такой суммой? Но это еще полбеды – в этом диапазоне цен. Представьте более сложную ситуацию – что какой-то топ-менеджер выбрал вас и говорит: «Можно мне у вас пройти курс психотерапии?» Вы говорите: «Да, пожалуйста, я готов». Он говорит: «Только, вы знаете, такие обстоятельства, что я психологически не могу платить маленькую сумму, мне кажется это несерьезным. Позвольте, я вам буду платить 2 тысячи долларов в час?» Я специально дал для примера такую очень большую стоимость за час, но в общем обычно в терапии все-таки таких больших сумм не бывает. Но представьте себе пусть меньшую, но какую-то очень большую сумму. Что будет происходить с терапевтическими отношениями, если мы согласимся?

- Очень большие ожидания.
- Они будут очень натянутые.

Да, отношения будут напряженные, будут очень большие ожидания. Мы возьмем на себя какие-то обязательства, которые явно не сможем внутренне для себя выполнить. Он, может быть, ничего и не заметит, он ничего от нас не ожидает. Для него, может быть, это не бог весть какая сумма. И может быть, в процессе терапии мы будем думать в этот момент не о клиенте, а будем думать о том, как же я потрачу эти 2 тысячи – то есть это может повредить терапевтическим отношениям. И дело не в том, что плохо это или хорошо. Дело в том, что если гонорар и финансовое положение клиента может вредить терапевтическим отношениям, то мы должны что-то сделать – скажем, отказаться, как это ни прискорбно, от такого гонорара. Во всяком случае, финансовое измерение терапии должно быть очень оптимизированным, адекватным не только финансовому благосостоянию пациента, но и финансовому благосостоянию терапевта.

Что касается половых характеристик: важно ли для терапевта – перед ним мужчина или женщина? Да, важно. Переносные отношения, которые возникают у пациента-женщины с женщиной – одного рода, а у пациента-женщины с мужчиной – другого рода. И сама реакция контрпереноса может быть реакцией не только на перенос пациента, то есть на его отношение к нам, но и просто на внешний вид. Если приходит молодой красивый джентльмен к вам на консультацию, то вполне естественно, могут возникать какие-то человеческие чувства симпатии, влюбленности, которые не имеют, казалось бы, отношения к терапевтическим отношениям, но они неизбежно вовлекутся в терапевтические отношения. Поэтому, конечно, демографические характеристики очень важны.

Последняя из характеристик понятия «клиент». Владимир Викторович Столин ввел понятие – «*ориентация клиента*». Имеется в виду не сексуальная ориентация – имеется в виду ориентация по отношению к самой работе. Он выделил три типа ориентации. *Деловая ориентация* – и она может быть либо *адекватной*, либо *неадекватной*. Адекватная мотивация у клиента – это готовность вступить в сотрудничество, готовность выполнять правила, которые предложены терапевтом, и в этом активно участвовать. Деловая мотивация может быть неадекватной. Пациент может как бы такое послание дать: «Вот я вам все рассказал про себя – пожалуйста, теперь сделайте свою работу и избавьте меня от этой проблемы». Он настроен на деловой результат, но неадекватность в том, что он не готов участвовать в этой работе.

Вторая ориентация, которую выделяет Столин, – *рентная* ориентация. Рентная – от слова «рента», получение какой-то выгоды от своего имущества. Он описывает такие типы – «*обаятельный рантье*» или «*требовательный рантье*». «Обаятельный рантье» – это когда пациент говорит: «Видите, я принес вам свою проблему, я несчастен, я так нуждаюсь в вашей помощи. Пожалуйста, помогите мне с этим справиться». Иначе говоря, клиент не готов серьезно включаться во внутреннюю работу, но свои язвы, раны, страдания вам приносит. А «требовательный рантье» напоминает вам, что он заплатил гонорар, что это ваша обязанность – раз у него есть проблемы, и раз вы работаете на телефоне доверия или в каком-то центре, ваша обязанность – помогать пациентам. Он требует от вас терапевтического результата.

Наконец, *игровая* ориентация пациента – это ориентация скорее на то, чтобы превратить терапию не в игру в буквальном смысле слова, но превратить терапию в некоторые социальные отношения, когда сами отношения самого разного рода становятся доминирующей мотивацией. Скажем, пациент рассказывает какую-то трагическую историю, и, может быть, в его жизни действительно произошла эта трагедия. Но он даже не ставит перед собой внутренний вопрос о том, чтобы это превратить в проблему и разрешить эту проблему. Он красуется, может быть, трагизмом своего положения, потому что тяжелое горе может придавать ему величественную, например, окраску. Может быть, он ощущает какую-то пустоту в своей жизни, а тут случилась трагедия, горе, и он теперь носитель вот такого великого чувства.

Мы с вами, когда формировали вместе структуру терапевтической ситуации, различили *клиента* и *заказчика* как две фигуры. Это тоже важное различие при характеристике понятия «клиент». Потому что, конечно, чаще всего один человек является и клиентом, и заказчиком терапии. Но в очень большом числе случаев заказчик и клиент не совпадают. Родитель может быть заказчиком терапии, а клиентом может быть ребенок. Заказчиком может быть суд, а подсудимый или заключенный может быть клиентом. И вот это различие заказчика и клиента – очень важная характеристика при проведении супервизии трудного терапевтического случая, например, после чрезвычайных ситуаций.

Когда мы проводим супервизию, часто возникают такие ситуации. Терапевт рассказывает о случае – работа с последствиями террористического акта. И идет такая расстановка, значимые персонажи для обдумывания терапии он в виде куколок расставляет на доске. И вдруг неожиданно оказывается, что среди этих персонажей могут оказаться не только родственники пациента, а, например, и руководитель организации, в которой работает терапевт – скажем, руководитель клиники им. Сербского, причем даже не как главный врач, а как администратор, представитель власти. А буквально через два шага на доске среди фигурок может оказаться президент страны как реальный заказчик проведения терапии. То есть власть в лице президента просто символизирована на доске. Властные структуры говорят: «Психолог, сделайте так, как если бы этого не было. Утешьте и успокойте, чтобы все было в Беслане так, как будто бы люди переживали такое же спокойствие, какое было до теракта». Это неадекватный заказ, разумеется, но он есть. И терапевт не может игнорировать его наличие. Потому что вся организация помощи, скажем, детям Беслана выстроена скорее из этого заказа. Их сажают в шикарные автобусы, самолеты,

везут показывать Европу и т.д. И терапевт имеет дело не просто с «чистым» пациентом, а со всей системой оказания помощи. А эта система, по сути дела, ставит человека в такую ситуацию, в которой он извлекает выгоды из трагедий, произошедших с его одноклассниками. Невольно, он этого не хотел. Вполне возможно, и чиновниками движут добрые намерения – как-то утешить, отвлечь. По-своему понятно. И мы с вами оказываемся, если мы работаем – а мы работаем часто и в системе государственного заказа, а не только личного семейного заказа – мы оказываемся в терапии, где могут быть конфликтные отношения между реальными потребностями клиента и потребностями заказчика. Вот еще одно измерение нашего думания о клиенте и анализа этой ситуации.

– Получается, могут быть разные запросы у заказчика и клиента, если я вас правильно понимаю. Но если это вызывает, скажем, конфликт – вы приводили ситуацию с конкретным ребенком и с отцом, то это не препятствует ли терапии в итоге?

Во всех этих конфликтных случаях между заказчиком и клиентом у терапевта возникает проблема, связанная с тем, что требования у них разные. И задача терапевта как раз из клиента немотивированного создать мотивированного. Это наша задача. То есть до терапии или в начале терапии нам нужно создать мотивацию терапии. Не так уж часто бывают такие благоприятные случаи, когда у вас кабинет с кожаными креслами в центре Москвы, и туда приходят пациенты, которые три месяца стояли в очереди к вам – в смысле, они очень хотят справиться со своей проблемой с вашей помощью. Нет, чаще всего мы работаем с ситуацией недостаточной мотивации пациента, это наша задача – ее создать. И если мы игнорируем родителя, который неадекватно, может быть, понимает психологические задачи, президента или власть, которая тоже их неадекватно понимает, то мы можем остаться чистенькими, но мы в дело не включимся. Нужно исходить из предположения, что родитель всегда так или иначе все-таки позитивно мотивирован, нужно помочь ему переформулировать свои запросы, требования.

– Просто работа с заказчиком.

Да, это работа с заказчиком, как в любом бизнесе.

– Можно вопрос? Вы говорите, нужна мотивация пациента. А вот, допустим, ситуация такая, что мать, которая хочет создать из своего ребенка идеального человека, говорит, что у него есть какие-то проблемы, и ведет по сути здорового ребенка к врачу. И какая мотивация тут будет?

Во всех случаях семейной терапии, детско-родительских отношений, нужно думать всегда, чья проблема. Мы сейчас перейдем к понятию проблемы и вернемся к этому вопросу – принадлежность проблемы, кому она принадлежит. Вы знаете, что в семейной терапии есть понятие идентифицированного пациента. Идентифицированный пациент в системной семейной терапии – это тот пациент, которого семья как бы выдвинула. Хотя это может быть проблема всей семьи и конфликт между супругами, возможно. Но семья предлагает симптом ребенка и самого ребенка: лечите вот этого ребенка, это у него проблема. Системный семейный терапевт не отказывается от этого лечения, но он входит через ворота идентифицированного пациента во всю семейную систему и работает. Поэтому здесь, может быть, нужно работать с мамой. Допустим, мама привела – вот как в вашем примере – ребенка, который на ваш взгляд является здоровым. Вопрос: с кем работать? Вы говорите: надо работать с мамой. Если вы прямо заявите это маме, она скажет, что нужно работать с вами, вы неправильный терапевт. Значит, нужно всегда искать какие-то творческие

компромиссы для того, чтобы маму вовлечь в эту ситуацию, либо перед ребенком поставить проблемы, которые у него обязательно возникают в связи с мамой. Ведь они неразрывно связаны. В общем, здесь на этом стыке сейчас мы можем углубляться в какие-то конкретные случаи. Нам важно зафиксировать, что в мышлении о клиенте это различие является существенным и важным, и всегда здесь нужно искать какие-то творческие компромиссы между интересами заказчика и клиента.

Следующий вопрос: **проблема как психотехническое понятие**. В терапевтическом треугольнике, который мы с вами нарисовали, одним из элементов является «проблема», проблема пациента. Во-первых, давайте задумаемся в логико-терминологические свойства понятия «проблема». Каковы не психологические и не терапевтические, а логико-феноменологические свойства понятия «проблема»? *Проблему* прежде всего нужно отличать от *задачи*. И это отличие задается тем, что *условия* в задаче обычно даны во всей полноте. Как арифметическая задача в школе – там все условия сформулированы, они достаточны для того, чтобы решить эту задачу. А в проблемной ситуации условия обычно не даны или не определены. Во всяком случае, чаще всего оказывается не вполне понятно, как из этих условий можно извлечь некоторое решение. Во-вторых, задача всегда формулируется так, что *средства* потенциально доступны для ее решения. Если опять возьмем какую-нибудь арифметическую задачу или политическую, организационную задачу – руководитель, который дает задачу, должен подумать: а есть ли у подчиненных средства для ее решения? Если он формулирует задачу, а средств нет, то он виноват в том, что задача не будет решена. А вот что касается проблемной ситуации, то там обычно наблюдается либо принципиальный дефицит средств, либо их отсутствие. То есть непонятно, какими средствами эту ситуацию разрешить. И наконец, третье отличие: *цель*. Цель задачи обычно бывает точно сформулирована и вполне ясна. А вот что касается проблемной ситуации, то цель часто не определена. То есть мы не знаем в проблемной ситуации: а чего хотеть-то, к чему стремиться? И это делает ее особенно сложной.

Кроме того, если сравнить проблему и задачу по отношению к воле субъекта, то задача – это то, что находится в моей власти, *в моей воле*. Вот я взял эту задачу, я ее и решаю. То есть я свободно принимаю или свободно отклоняю задачу. Ученик в школе, он может сказать: «Нет, все – не делаю я это домашнее задание. Ну, двойка, так двойка». Не делает, и все, у него есть зазор свободы. Конечно, школьная ситуация давит и требует своего, но все-таки она не принуждает его механически, как и у нас. Хочешь пятерку получить – делай задание. Не хочешь – не делай. Свобода! Это ситуации задачи. А вот что касается проблемы, то проблема *возникает сама*. Она как бы застигает нас, и она неотменима. Она требует своего разрешения. Потому что проблема обычно актуализирует ситуацию цейтнота. Если ее не решить, то наступают какие-то угрожающие последствия, причем часто необратимые. А решить ее невозможно. Потому что цель непонятна, средства отсутствуют, и условия не определены. В целом все эти логические характеристики понятия проблемы не имеют прямого, специфического отношения к терапии, но, разумеется, они очень важны для терапевтического мышления.

– Вы иногда это называете проблемой, а иногда – проблемной ситуацией. Я запуталась.

В данном случае я отождествляю эти понятия – «проблема» и «проблемная ситуация». Точнее говорить о проблеме.

Теперь давайте подумаем уже не просто абстрактно о проблеме, а о проблеме именно как *элемента структуры* терапевтической ситуации. Поскольку это элемент структуры, то, как всякий элемент структуры, он не существует отдельно от других элементов, а вовлечен во взаимодействие с ними. И соответственно, сама проблема определяется с разных сторон. И с позиции терапевта, и с позиции клиента, и с позиции сочетания их деятельности – деятельности терапевта и деятельности клиента. Давайте посмотрим на проблему как элемент структуры терапевтической ситуации и сначала рассмотрим ее со стороны терапевта.

Во-первых, конечно, проблема, как она будет сформулирована в терапии, зависит от априорной *диагностической модели* терапевта. Терапевт может считать, что все проблемы – это проблемы внутреннего конфликта. Или, если это медицинская модель терапии, то он будет считать, что любая проблема – это болезнь, та или другая болезнь. Либо, если терапевт принадлежит какой-то школе, например, является бихевиоральным терапевтом, то он считает, что любая проблема должна быть описана как дезадаптация, та или другая дезадаптация человека.

Кроме того, проблема зависит не только от того, какая у терапевта есть *теория* проблемы. Но, как ни странно, она зависит от того, какие у него в этой деятельности есть *методы*. Реально проблема зависит от наличных методов. Это вообще-то странно, верно? Более чем странно, но это так. И в этом именно психотехническая характеристика понятия проблемы. Предположим, что у терапевта есть излюбленный метод – например, «психотехника выбора». У него есть такая методика – отточенная, излюбленная, он ею владеет. А никакими другими методиками не владеет совсем. Вот он слушает своих пациентов. Естественно, его тенденция – правильная тенденция – будет состоять в том, чтобы попытаться превратить любую их проблему в проблему выбора, а потом вместе с клиентом решить проблему выбора.

Есть и другая ситуация. Например, он владеет методами работы со стрессом – аутогенная тренировка или еще какие-нибудь телесно-ориентированные способы работы со стрессом. Естественно для него будет стремиться квалифицировать любую проблему как проблему стресса. Будет ли это объективная характеристика или нет? И да, и нет. Она может быть объективной, но она берет не всю проблему в ее полноте. А кто может взять проблему в полноте? Только если он какой-то абсолютный разум. Кто знает последнюю истину о человеке? Может быть, врач-психиатр? Медкомиссия? Кто знает эту правду о его проблеме? Вряд ли мы можем указать такую выделенную фигуру среди социальных фигур, которая вот эту последнюю правду может сказать. Значит, мы можем только предполагать чисто логически, что есть некоторый абсолютный разум, который знает эту истину – вот он знает объективную проблему. Поэтому это не значит, что объективная проблема не существует. Это значит, что силы нашего ума и наша собственная позиция, наши методы недостаточны для того, чтобы эту объективную проблему выявлять. Но, тем не менее, если мы выбираем частную проблему, все-таки она содержит в себе объективные характеристики...

– Правильно ли заключить из ваших слов, что для терапевта основной задачей является, извините за тавтологию, превращение проблемы в задачу, для которой он имеет методы решения, и что он это, в общем-то, и делает сознательно или бессознательно?

Вопрос прозвучал так: можно ли так понять, что терапевт превращает проблему в задачу, а потом уже решает эту задачу? Нет, все-таки не совсем так. Хотя, конечно, когда у нас есть какой-то метод, то степень проблемности уже уменьшается. Потому что, когда есть метод, то есть уже какие-то туманные представления о возможных целях, есть какие-то намеки на средства. Хотя всякий раз они уникальны. И всякий раз условия приходится формулировать заново. Скажем, на третьей и четвертой ступени по Понимающей терапии, где учатся уже опытные психотерапевты – они в учебной ситуации отработали технологию работы с выборами, с другими проблемами. И это проходит замечательно. Но вот возникает реальная ситуация, где условия всегда не определены. И наложить эту освоенную карту на реальную территорию – это особая сложность. Поэтому будет неточно сказать, что терапевт превращает проблему в задачу.

Кроме того, что методы влияют на ситуацию – влияет на определение проблемы *аксиология*, система ценностей терапевта. Скажем, в странах, где легализован гомосексуальный брак, если терапевт встречается с пациентом, жалующимся на такого рода гомосексуальный импульс как на свою проблему, – то терапевт, чувствуя себя таким свободомыслящим и приверженцем всяких сексуальных свобод, в том числе и этой, – он не идентифицирует в своем сознании это как проблему. Его ценности будут говорить: «Ну и что? Подумаешь – импульсы, даже хорошо». И ему, соответственно, будет трудно соучаствовать в этом. Скорее, может быть, он будет стимулировать пациента расширить свое сознание, стать более свободно мыслящим человеком, нежели помогать ему справляться с этим как с некоторой проблемой. Так или иначе, ценности, представление о человеке, философия, которая есть у каждого терапевта – осознает он это или нет – разумеется, влияет на квалификацию проблемы.

– А вот если приходит к психотерапевту человек с другими ценностями, чем у психотерапевта?

Вы говорите: если приходит к терапевту человек с другими ценностями – как будто бы бывают другие ситуации, когда приходят пациенты с такими же ценностями, как у тебя. Это как раз постоянная ситуация, когда приходят с другими ценностями. И думаю, что главная, конечно, установка терапевта – это установка на свободу личности, свободу совести пациента. Терапевту может совершенно не нравиться то, как думает пациент, каких он придерживается убеждений, его установки. Но если в его систему ценностей входят не тоталитарные убеждения, что он должен изменить всех по своему образцу, а представление о свободе (а терапия все-таки оправдывается именно тем, что в центре практически любой терапии все-таки стоит идея личности, а идея личности неотторжима от идеи свободы), то он должен как бы смиренно признать, что – да, такое может быть, – и работать, не отказываясь от своих ценностей, но и не принуждая пациента принимать эти ценности. И в этом смысле здесь возникают сложнейшие проблемы конгруэнтности: как терапевту оставаться самим собою в ситуации резкого конфликта, ценностного противостояния с пациентом.

Теперь рассмотрим функциональное место проблемы. Проблема в этой структуре занимает, как вы видите, некоторое центральное положение – по крайней мере, по рисунку. И поэтому она выполняет соответствующие *функции*. Первая функция: проблема является

*представителем* в пространстве терапии той *жизненной ситуации* пациента, которая послужила поводом для обращения. Вот мы на рисунке рисовали собственно жизнь самого клиента, и это же там возникли какие-то трудные ситуации. Но можно ли сказать, что зависть, ревность, боль, которые есть у него в жизни, являются проблемами терапии? Нет. Терапевт не работает ни с какими жизненными проблемами. Вот что я имею в виду, когда так заостряю эту формулировку: давайте подумаем сейчас о людях, которые идут по Садовому Кольцу – есть ли у них проблемы, наши психотерапевтические проблемы?

- Конечно, есть. У всех есть психотерапевтические проблемы.
- Возможно. Но мы не знаем об этом.
- Пока они к нам не пришли.
- Если они к нам придут, то будут.

Давайте проведем коротенький мысленный эксперимент. Он будет тайный, никому ничего вслух говорить не надо будет, не беспокойтесь. Подумайте сейчас – те, у кого есть хоть какие-нибудь завалящие проблемки в жизни или серьезные сложности, конфликты, боль, неудовлетворенность – все то, что по-настоящему мешает вам быть счастливыми. Те, у кого что-то такое есть, если удалось к этому как-то прикоснуться, – представьте, что вы думаете: «Так, все-таки третий курс, пора обретать клиентский опыт, не просто в группу походить, а заняться серьезной терапией». И пойдете с этой своей реальной проблемой к терапевту. В течение десяти секунд представьте, что вы будете говорить терапевту? Первые слова – ведь нужно же с чего-то начать. Он скажет: «Здравствуйте, я вас слушаю, что вас привело?» Представьте, что вы скажете?

Не знаю, насколько вам удалось внутри себя его наблюдать, но происходит довольно непростой процесс. То, что я сам знаю в себе, когда вдруг передо мною встает задача сказать об этом другому, чужому, незнакомому человеку (вообще, может быть, еще неизвестно – мы можем по телефону только с ним поговорим) – возникает особая работа по отбору, переводу того, что у меня есть для Другого. Я пытаюсь найти слова – про себя я и без слов иногда знаю, что у меня болит – а другому человеку нужно назвать. Я начинаю думать: «Поймет ли он сразу? Скорее всего, я не смогу так выразить, чтобы он это понял». Возникает целая особая задача – задача *диалогического разворачивания* своего переживания. Из монолога, из внутреннего состояния вы должны перевести в диалогический режим существование этой проблемы – в диалогический, социальный, выраженный. И когда эта работа будет произведена – например, в результате из уст клиента прозвучит такая фраза: «Я очень хочу выйти замуж, и ничего не получается». Какая здесь проблема? Проблема одиночества? Там что-то такое есть: своя печаль, боль или свое желание и т.д. И она заявлена терапевту и вроде бы предложена для того, чтобы быть проблемой терапии. Но может ли терапевт тут же согласиться и сказать: «А, да, это важно. У нас есть три надежных способа по выдаче пациентов замуж». Нет, скорее всего, что-нибудь другое будет происходить. Он будет спрашивать, что именно волнует, что беспокоит, почему вдруг так нужно замуж, сделает ли это человека счастливым и т.д. и т.п. Он будет не решать эту проблему – он будет искать некоторую другую проблему, которая, как ему кажется, прозвучала в такой не очень адекватной для терапии форме. Значит, получается, что то, о чем они в конце концов договорятся, вот та проблема, которая на схеме (рис. 9) буквой «П» обозначена, это будет не совсем та проблема, которая была в жизни у пациента. Но значит ли это, что это будет

вообще совсем другая проблема? Нет. Она будет представителем той проблемы, *символом*. Государство отличается от посольства. У нас в Соединенных Штатах есть посольство. Это частичка территории Российской Федерации. И она представляет интересы России в Соединенных Штатах. Но это не сама Россия. Так вот примерно так же проблема является посольством, представителем той жизненной проблемы или трагедии, которая есть у пациента.

Второе. Проблема есть *предмет работы*, переживания пациента, если это феноменологический подход. Пациент не может просто положить перед нами проблему и сказать: «Вот, пожалуйста, сделайте что-нибудь с этим». Мы обязательно будем работать с его деятельностью по отношению к проблеме. То есть мы должны не воспринимать проблему как отдельную такую косточку, которую нам подбросили и мы должны будем как терапевты грызть эту косточку без пациента. Нет, пусть он ее грызет. А мы будем помогать, участвовать. Это, естественно, как видно по схеме, предмет профессиональной деятельности терапевта. Но самое важное – может быть, одно из самых важных – другое. Это предмет их совместной деятельности. По общей психологии есть понятие «совместная деятельность». И проблема – *предмет совместной деятельности* терапевта и клиента.

Но кроме того, это *предмет психотерапевтического контракта*. Терапевт и клиент должны заключить контракт о проведении терапии. И проблема – это предмет контракта. И наконец, последнее. Проблема – это *стержневая тема общения* клиента и терапевта. Это то, о чем они общаются.

Следующий пункт этого понятия: *диалогические аспекты* существования проблемы. Диалогические – от слова «диалог». Мы, кажется, сейчас с вами избавились от такого натуралистического представления – думать, что проблема терапии является какой-то вещью, которую клиент просто приносит. Это предмет диалогических отношений. И поэтому нужно представить, в каких диалогах, в каких дискурсах существует проблема. Их несколько. И каждый раз одна и та же проблема с одним и тем же случаем или случаями может звучать совершенно по-разному и описываться разными языками. Какие это контексты?

Первое – диалог психотерапевта *с коллегой*: консилиум, сложный случай, например, и терапевт обсуждает с другими коллегами этот случай. Характерной чертой существования проблемы в этом диалогическом контексте является то, что можно было бы назвать натурализацией проблемы. Вот здесь коллега спрашивает: «У тебя сложности? А что за проблема у твоего пациента?». Терапевт говорит: «У него проблема алкогольной зависимости». Или: «У нее проблема сепарации от мамы». Что здесь происходит? Терапевт этими словами описывает проблему, как присущую самому клиенту, он как бы приклеивает эту проблему к самому пациенту, как будто это некое натуральное свойство этого пациента. При этом в этом диалоге последнее слово за самим терапевтом. Это он является фигурой, которая объективно квалифицирует эту проблему.

Во-вторых, проблема существует в диалоге *со смежными специалистами*. Довольно часто сейчас, во многих центрах ведется командная работа с пациентами: социальные работники, психотерапевты, психиатры вовлекаются, иногда врач просто терапевт, не психотерапевт. Есть специальный менеджмент терапевтического случая. И естественно,

специалисты должны обсуждать, обдумывать проблему. И тогда проблема начинает проецироваться на разные плоскости и рассматриваться как препятствие к социальной адаптации – в разговоре с социальным работником; в разговоре с психиатром проблему можно рассматривать как симптом, подлежащий фармакологическому устранению; в разговоре с медико-педагогической комиссией, с педагогами та же самая проблема может прозвучать как фактор, препятствующий учебной деятельности ученика. И реально в комплексных ситуациях чаще всего приходится терапевту овладеть полифоническим мышлением и думать в этих разных плоскостях, с разных позиций, разных точек зрения.

Некоторое время назад к нам в университет приезжали представители одного большого московского монастыря, которые создают огромный центр для детей-сирот. Они вовремя стали думать – за два года до открытия центра – какие им нужны специалисты, и обратились к нам с тем, чтобы мы помогли им сформулировать концепцию. Понятно, что в этой ситуации будут дети с довольно тяжелыми диагнозами – в том числе, возможно, и психиатрическими и соматическими; дети будут педагогически запущенные, а может быть, больные олигофренией; у них будут отсутствовать социальные навыки и т.д. Работа с такими детьми не будет делом одного специалиста. Здесь и педагоги, и психологи, и священники – поскольку это церковное будет заведение – и социальные работники, и социальные педагоги. И вот во всех этих разговорах нужно будет особым образом описывать проблему ребенка.

Следующий диалог, в котором та же проблема должна звучать – диалог терапевта с *родственниками клиента*. Это самый сложный жанр психотерапевтической коммуникации. Например, коллеге на вопрос: «А что с твоим пациентом?» – мы можем сказать: «шизофрения». Но родственнику мы не всегда так можем сказать. Даже не потому, что мы скрываем диагноз. Иногда в некоторых случаях диагноз не нужно скрывать, он не скрывается. А потому, что сказать так – это ничего не сказать. Он не прошел курса клинической психологии, психиатрии, и собственно говоря, для него это просто страшное клеймо, ужас некоторый, социальные ограничения и ничего более. Поэтому, обсуждая проблему с родственниками, нужно находить, нужно учитывать безопасность клиента, способность самих родственников конструктивно включиться в ситуацию. Нужно вспоминать, что родственники пациента вряд ли являются такими рациональными существами, которые способны быть субпрофессионалами, рационально включающимися в вашу программу помощи. Наша задача в таких разговорах – не только дать информацию и не столько дать информацию, сколько подумать в терминах системы деятельности, как родственники будут взаимодействовать с этим пациентом. И поэтому лучший язык для этого описания – это феноменологический язык. Мы можем, имея в виду диагноз шизофрении, говорить родственникам так: «Ну вот, вы чувствуете, что иногда не понимаете своего племянника? Вы чувствуете, что у него своеобразное, оригинальное мышление? Иногда трудно бывает его понять, он творческий человек, но трудно понять. Вы это чувствуете?» – «Да, чувствую». – «Чувствуете, что иногда возникают с ним трудности эмоционального контакта, как будто бы он не вступает с вами в полноценные отношения?» – «Да». Вы начинаете описывать ту конкретную симптоматику, которая есть у этого пациента, но на языке понятном и узнаваемом. Соответственно, если возникнет контакт с родственниками, то возможно будет давать и какие-то рекомендации. Главный принцип, мне кажется, здесь

такой: во время разговора с родственниками внутри себя переключайте режим своего мышления с индивидуальной терапии на групповую – так, как если бы сам пациент был здесь, и он был бы не в третьем лице, а здесь присутствовал во время этого разговора. Если мы будем стараться говорить родственникам в той и в такой форме, в какой мы могли бы потом очно в глаза повторить самому пациенту – это предохранит нас от серьезных ошибок.

Еще где, в каких контекстах существует проблема? Это диалог психотерапевта с *супервизором*. Казалось бы, это почти то же самое, что с коллегой. Но нет, не то же самое. Потому что если в разговоре с коллегами действует предположение, что мы говорим последнее слово в диагностике проблемы, то вы как терапевт – если вы разговариваете с супервизором – сами поставлены под вопрос. Когда мы даем ту или другую диагностическую характеристику проблемы, то супервизор может усомниться в нашей способности точной диагностики, правильном отборе фактов и т.д. Поэтому этот разговор может быть совсем другим. Супервизор может проинтерпретировать нашу склонность ставить диагноз шизофрении как гипердиагностику или, например, диагностировать у нас страх работы с острым горем, потому что у нас у самих как у терапевтов было какое-то тяжелое переживание и т.д.

Каждый раз, проводя все эти диалоги, мы видим, что проблема не есть просто такая вещь сама по себе натуральная, объективная. Поэтому этот вопрос и назван «психотехническая характеристика проблемы». Еще один диалог – диалог с *публикой*. К примеру, вы открыли психотерапевтический центр. С чего начинается работа? Вы садитесь и пишете рекламу, и вам нужно описать в рекламе проблемы, с которыми вы хотели бы, чтобы к вам обращались. Попробуйте сейчас мысленно подумать пять секунд над тем, чтобы первую фразу в этом рекламном сообщении написать: какие проблемы и как вы опишете? Когда начинаешь только думать – оказывается, это тоже не совсем простая вещь. Можно описать чисто по-медицински. Можно, наоборот, пытаться описать в бытовом, узнаваемом стиле: «Если вам трудно, если вам одиноко и т.д. – приходите к нам, мы вам поможем», – с вкрадчивыми такими интонациями.

И, наконец, есть самый важный диалог – их, конечно, может быть представлено много, – собственно главный диалог: конечно, диалог психотерапевта с *самим клиентом*. Нужно иметь в виду, что все перечисленные диалоги не существуют где-то отдельно, вне терапии, они все включены в терапию. Если к вам приходит пациент и говорит: «Вот я прочитал, что вы помогаете с проблемами одиночества – мне одиноко, помогите мне», – то это значит, что в его разговор, в его понимание своей проблемы и в вашу реальную терапию будет включено вот то рекламное сообщение, которое вы вывесили на сайте. Но и все другие перечисленные дискурсы – они включены в диалог с терапевтом. Поэтому само мышление о проблеме является *полифоническим* мышлением – не по одной линии, не монологическим, не только я так думаю, а целый хор голосов включается в это мышление.

– А диалог терапевта с собой?

Диалог терапевта с собой, разумеется, тоже важное измерение, потому что здесь мы вступаем в область переносных отношений. В диалоге терапевта с собой может возникать такая мысль: «Господи, какая ерунда! Ходят же люди с такой чушью на терапию. Не жалко им тратить время?». Терапевт должен задуматься, он должен стать супервизором по

отношению к себе и должен задуматься. Это действительно некоторая, более-менее объективная, насколько это возможно, характеристика – или попытка обесценить клиента? И с чем связано это обесценивание? Может быть, со своим негативным контрпереносом? Может быть, со своей болью? Потому что у меня-то вон какая трагедия, а у него – вот такая ерунда. Может, с завистью к нему: он богатый, и может роскошествовать, ходить на психотерапию, а я бедный, я пойду только если совсем припечет. Во всяком случае, это предмет внутренней работы терапевта над собой.

Еще одна серия характеристик, относящихся непосредственно к терапевтическому разговору. Назовем их «коммуникативные разновидности и характеристики проблем». Я случайно захватил с собой несколько протоколов и вам наугад прочитаю несколько цитат, а вы проследите, пожалуйста, какими словами описывает, какие формальные характеристики придает своей проблеме клиент. Когда я говорю «формальные», я имею в виду не описание содержания, в чем проблема клиента, – а на деле актуальная она или неактуальная, глубокая или неглубокая, острая, неострая – вот такие характеристики. «Не знаю, как начать. Я ехала, наверное, с какой-то мысленно определенной проблемой. Но когда я попыталась проанализировать сама с собой, пока так получилось, что она несколько широка и размыта. То есть вообще она называется, это имя проблемы – отношения с родителями. Вот в последнее время почему-то, ну может быть весной, у меня довольно сложные отношения с родителями». Или вот еще: «Проблема стала наиболее... Не то, чтобы этого раньше не было (человек о чем-то раньше говорил), но вот именно в последнее время эта проблема встала наиболее остро».

### Тема 5 (продолжение). Структура и процесс психотерапии

*Личность терапевта. Ролевые позиции терапевта и клиента. Терапевтические отношения. Перенос и контрперенос.*

Тема сегодняшней лекции связана со структурой психотерапевтической ситуации, которую ввел Ф.Е. Василюк, и посвящена нижней грани этого «треугольника» – отношениям, общению между клиентом и терапевтом, характеристике личности клиента и психотерапевта.

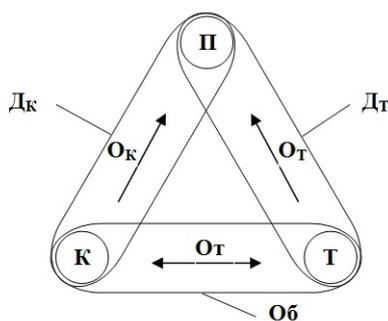


Рис. 11. Структура психотерапевтической ситуации

К – клиент; Т – психотерапевт; П – проблема; Д<sub>к</sub> – деятельность клиента по отношению к проблеме; О<sub>к</sub> – отношение клиента к проблеме; О<sub>т</sub> – отношение терапевта к проблеме; Д<sub>т</sub> – деятельность психотерапевта по отношению к проблеме; Об – общение; О<sub>г</sub> – система отношений между клиентом и психотерапевтом

Вы, слушая курсы истории психотерапии, наверное, уже успели уяснить для себя, что существует очень много направлений психотерапии и психологического консультирования, очень много направлений и методов психокоррекции, реабилитации и так далее. В различных энциклопедиях по психотерапии описано около 400 направлений психотерапии для взрослых, около 200 направлений психотерапии и психологического консультирования для детей, около 300 психологических синдромов и констелляций симптомов, для которых показана психотерапия.

Возникает вопрос: как не потеряться в этом огромном море психотерапии? Как не потеряться во множестве этих направлений консультирования, методов коррекции, реабилитации?

Сейчас, когда вы учитесь на 3 курсе, ваше будущее кажется вам определенным и светлым, вам кажется, что вам еще очень далеко до выбора – еще есть время определиться, будет 4, 5 курс, потом диплом, потом начнете работать – и как-то все утрясется.

Я хочу вас обрадовать, что после окончания ВУЗа все только начинается.

Вообще психологическое консультирование, психотерапия – это профессии «второй половины жизни». И основной упор в развитии практикующего психотерапевта приходится на постдипломное образование. Специфика этой профессии в том, что она предполагает постоянное повышение квалификации, непрерывное обучение на протяжении всей жизни. Так сложилась мировая традиция, так устроена психотерапевтическая культура.

Когда вы выходите с красным или синим дипломом из родной альма-матер и думаете – куда же направить свои стопы, что делать – вам навстречу попадает огромное количество курсов (платных, конечно) всех психотерапевтических направлений, к которым вы можете присоединиться: гештальттерапия, психоанализ (традиционный, ортодоксальный, лакановский, юнгианский). Большой спектр возможностей, и вы задаете себе вопросы: «А какое же направление подходит именно мне? Что полезно – что бесполезно? Что мне подходит, что не подходит? Что лучше работает, что лучше помогает клиенту?» Возникает некоторая растерянность.

Тут возникает закономерная мысль: наука наверняка уже провела исследования, выяснила, что лучше, эффективнее работает? Действительно, такие исследования проводятся: психотерапия дело довольно дорогое, и психотерапия частенько оплачивается из кассы страховых обществ. Следовательно, чиновники говорят (и вполне закономерно): покажите, что эффективно работает – и за это мы будем платить. Все остальное – это просто порождения вашего ума.

Первый раз такой вызов психотерапии был брошен в 1952 году, когда Г. Айзенк опубликовал статью. В своем исследовании он показал совершенно возмутительный факт: 2/3 клиентов излечиваются безо всякой психотерапии! Возникает вопрос: зачем же тогда нужна психотерапия вообще? Неужели это просто еще один честный способ отъема денег у населения? Остап Бендер предлагал 400 сравнительно честных способов отъема денег у населения. В XX веке изобрели еще один способ – психотерапию?

После исследования Айзенка начались различные научные исследования психотерапии, ее эффективности.

Первым такие исследования проводил К. Роджерс – он первым начал записывать свои сеансы на магнитофон и расшифровывать, анализировать их, пытаясь определить, что же именно работает, что помогает клиенту, а что не помогает.

Я не буду подробно говорить об этом – в любом курсе психологии личности или в истории психотерапии вам об этом расскажут. И тем не менее, во многих журналах есть такая фраза: «Американские ученые – психологи доказали, что...» Звучит очень помпезно и основательно. Тем не менее, позволю себе привести один научный факт. В 1986 году, после многолетнего, трудоемкого и очень дорогостоящего исследования американскими учеными был сформулирован так называемый «парадокс эквивалентности». Авторы исследования показали, что каждое направление психотерапии обладает примерно одинаковой эффективностью – такой обескураживающий вывод.

Вы, наверное, знаете, что когда встречаются «отцы-основатели», видные представители разных направлений психотерапии, начинаются дебаты, яростные споры – чтобы доказать, какое направление лучше работает, эффективнее – происходит борьба за клиента, за клиентские деньги, да и просто за истину. И основные споры всегда проходили по следующим направлениям:

- Какой подход лучше описывает заболевание, тип патологии клиента?

- Какой подход лучше описывает клиента и лучше описывает устройство его личности, ближе к истине?

- Какой метод лучше, эффективнее?

И только в последние 20-30 лет стали обращать внимание на этот скромный кружочек в правом нижнем углу треугольника (рис. 11) – и пришли к интересному выводу, что на самом деле работает не сам метод терапии, а очень многое зависит от **личности психотерапевта**.

Вы наверняка много раз слышали такую пафосную помпезную реплику: терапевт работает своей личностью. Что стоит за этой фразой, кроме торжественного заявления? Что это значит – работает своей личностью? И что в личности терапевта работает? И в какие отношения он вступает – исходя из того, как он понимает свою личность?

До этого личность терапевта понималась как некое инженерное приложение к дорогостоящему и очень трудоемкому методу психотерапии. И только в последние 30 лет стали обращать внимание не только на преподавание метода, но и на личностные особенности. И тут мы попадаем в очень сложное поле размышления об этом.

Цель моей лекции – не столько транслировать какую-либо истину (которой я тем более не обладаю), а скорее поставить какие-то вопросы и дать некоторые инструменты размышления об этом, обозначить некоторые схемы мышления, которые уже есть сейчас в литературе. И вы можете выбрать для себя удобный метод размышления или сформулировать свой собственный.

Итак, как можно размышлять о нижней стороне треугольника, задаваясь вопросом: какая терапия лучше, эффективнее, и что вообще происходит во время психотерапии? Думать об этом можно по-разному, при помощи разных категорий. Рассмотрим эти категории.

Во-первых: *этический* кодекс психолога-консультанта, психотерапевта. Именно он регулирует отношения и общение между клиентом и терапевтом.

Вторая категория – *нормативные требования* к личности терапевта.

Также: *ролевые позиции* клиента и терапевта. Каждая школа налагает свой определенный рисунок роли, которую исполняет клиент и терапевт. Соответственно, от ролей зависит форма и жанр коммуникации клиента и терапевта.

Также часто используются категории:

- Рабочий альянс.
- Перенос-контрперенос.
- Реалистические отношения.
- Триада Роджерса: (три обязательных условия – эмпатия, безоценочное принятие, конгруэнтность).

Используются категории из экзистенциальной философии и психотерапии:

- Встреча.
- Присутствие.

И еще категория:

- Установки психотерапевта.

Итак, давайте пойдём «вдоль» всех этих категорий. Попробуем разобрать хотя бы их часть.

Мы с вами сформулировали постулат, который вы наверняка уже не раз слышали: терапевт работает своей личностью. И еще один постулат: исцеляют отношения, а не метод. Вот важные слова о нижней стороне психотерапевтического треугольника.

Теперь думаем дальше: а что стоит за этой личностью? Что в личности важно? Как она устроена? И как устроены отношения, что распознается как отношения?

И тут нам надо провести некое разделение, чтобы понимать, что личность терапевта – это не некий монолит, с которым мы имеем дело. Терапевт, когда готовится к какой-то консультации, идет из метро к своему кабинету, к месту, где он работает – он что-то делает с собой. Личность терапевта не тождественна личности этого же человека в его жизни. Есть некий жизненный контекст, где личностные характеристики не совпадают.

В литературе иногда встречаются такие определения: «*Я-профессиональное*» и «*Я-экзистенциальное*». Как они соотносятся? Какие между ними отношения? Должны ли совпадать «*Я-профессиональное*» и «*Я-экзистенциальное*»? Что может себе позволить терапевт, как он проявляется, как он существует во время консультации? Есть ли здесь раздвоенность и разрозненность? Например, в жизни терапевт может себе позволить быть гневным, сухим, скучным, а на терапии он оптимистичный, жизнерадостный, творческий.

Может ли быть здесь раздвоенность? И как с этим обходиться, если мы с вами такое в себе наблюдаем?

Можно исходить из логики. Если «*Я-профессиональное*» и «*Я-экзистенциальное*» совпадают – какие тут могут быть коллизии, что может быть полезным или вредным?

Одна из «вредностей» – если «*Я-профессиональное*» и «*Я-экзистенциальное*» *полностью совпадают*. В этом случае дома начинается психотерапия. Это традиционная профессиональная деформация личности, когда человек всех начинает «лечить» – друзей,

знакомых, родственников, давать советы и становится крайне назойливым и невыносимым. Подобное происходит и с учителями и врачами. Учителя дома чаще всего невыносимы. Врач-стоматолог, конечно, вне кабинета не смотрит всем в зубы, он снимает халат, что-то делает с собой и вступает в другие отношения.

Можете себе представить психолога, который и дома продолжает заниматься психотерапией? Это для родных практически невыносимо, отношения очень сильно портятся. Поэтому во многих этических кодексах есть запрет на психотерапию родных и знакомых. Вот одно из искажений – здесь есть определенная опасность, «Я-профессиональное» и «Я-экзистенциальное» не должны быть отождествлены.

Другая крайность – если «Я-профессиональное» и «Я-экзистенциальное» *совпадают*, но как бы *в высоту*. Здесь, «на вершине», мы с вами обнаруживаем великие личности отцов-основателей, которые породили новые направления, новые школы психотерапии, достав ее по сути из себя, работая с собой как терапевт с клиентом. Пример – Зигмунд Фрейд. Первым пациентом самому себе был именно он, когда он провел собственный самопсихоанализ – и родилась новая школа, подход к человеку, понимание человека.

Другим измерением здесь является личность отца-основателя. Он жертвует своей жизнью, кладет ее на алтарь создания своего подхода, новой практики, обосновывает это своей жизнью. И если это обоснование становится культурно значимым – рождаются новые школы, новые подходы, новые методы.

В своей статье Ф.Е. Василюк пишет, что проблемы, страдания, с которыми приходит человек, всегда культурно специфичны: они зависят от контекста времени, в котором он существует, от культуры, от того языка, который принят, от состояния массового сознания, в котором существует человек. Проблемы зависят от времени, от культурного и философского, антропологического контекста. Проблемы, которые волновали людей до первой мировой войны, отличаются от проблем, с которыми люди приходят сейчас к терапевту.

Эрик Эриксон в биографии Мартина Лютера написал, что великому человеку – основателю любой школы в науке, в том числе и в психотерапии – посчастливилось заболеть специфической коллизией своего времени, и эта болезнь является болезнью этого времени. Им посчастливилось излечиться и сделать свое излечение значимым для общества. Вот отсюда и рождаются новые школы, новые подходы, новые авторские методы.

Может, кому-то из вас повезет – кто-то из вас, излечивая себя, создаст новую школу, обоснует новый метод.

Вторая крайность – *полный разрыв*, разделенность между «Я-профессиональное» и «Я-экзистенциальное». На работе я один, дома я другой, и это непересекающиеся сферы жизни.

В одной из работ А.Ф. Бондаренко, рассуждая о взаимоотношениях между «Я-профессиональное» и «Я-экзистенциальное», говорит, что если между ними очень большой разрыв – т.е. ваше мировоззрение не совпадает с тем мировоззрением, которого от вас требует подход, ваша личность далека от той, какой от вас требуется быть в том подходе, которым вы занимаетесь – то это рождает очень большую авторитарность, директивность, ригидность, это разрывает человека.

Хочу обратить ваше внимание на одно исследование. Это остроумная статья португальских коллег «Психотерапевт, познай самого себя». Что происходит с психологом, когда возникает очень большой разрыв между «Я-профессиональное» и «Я-экзистенциальное»? Они обнаружили такую закономерность: некоторые психотерапевты и консультанты выбирают путь «укрепления теоретических позиций», отказываются от своего переживания, своего «Я», своей идентичности, своей аутентичности, и отдают себя на заклятие теории, которую исследуют, подстраивают себя под мерки школы. Повышают степень влияния теории на себя и на свою практику. Это возврат к тем нормам и обязательствам, которые есть в том или ином подходе. И всякое свое авторское, инаковое проявление они *подавляют*. То есть они уходят в теорию, как в спасение, когда возникают какие-то конфликты и диссонансы внутри личности.

К такому способу реагирования склонны терапевты психоаналитического и психодинамического направления.

Второй исход тоже предсказуемый – *эклeктика*, как способ решения профессионального кризиса, когда «Я-профессиональное» и «Я-экзистенциальное» не совпадают. То есть взгляд такой: «У меня кризиса нет. Я просто буду использовать разные направления, разные подходы, глядишь, что-нибудь образуется». Очень лукавый способ. К этому склонны терапевты когнитивного и бихевиорального направления. Для них личность терапевта, его переживания – не главное. Главное – правильные научно обоснованные методы и строгое следование тем нормам, которые есть в этой школе.

Третий способ поведения при несовпадении «Я-экзистенциального» и «Я-профессионального» – отказ от профессиональной деятельности, просто *уход из профессии*. Это довольно трагический исход. По сути, человек не справляется, он просто уходит из этой ситуации. Есть статистика, что 5 лет – это какой-то критический период в психотерапии, одна из первых критических точек, после чего принимается решение: оставаться или уходить из профессии. К такому отказу от профессиональной деятельности, бегству из ситуации диссонанса склонны системные семейные терапевты и терапевты психоаналитической ориентации.

Четвертый исход – это всеохватывающий *кризис*, который захватывает все стороны личности человека и касается всех сторон жизни терапевта: его семейных отношений, отношений с друзьями, родными – наступают разрушительные последствия этого расщепления.

Вывод, который делают наши португальские коллеги: когда выбираете то или иное направление психотерапии, нужно очень внимательно всматриваться и исследовать, какая – философия и антропология лежит в основе выбранного направления? Насколько это совпадает с вашей философией, антропологией, с вашей системой ценностей? Они предполагают, что более грамотный, осведомленный, информированный выбор может предотвратить такой кризис.

Еще один выход – наиболее достойный – создание своей собственной авторской школы, или по крайней мере, метода, где можно разместить свои ценности, свое представление о мире, о человеке. Создание собственной системы – *творческий* выход из кризиса.

Еще один способ мышления о тезисе, что терапевт работает своей личностью – размышления о том, что – может, тогда не стоит так вкладываться в доскональное изучение метода, изучение теорий, литературы, а нужно работать над своей личностью, становиться все лучше и лучше? Была такая поговорка: «стань проще и люди к себе потянутся». И здесь по аналогии: стань лучше и клиенты к тебе потянутся.

Конечно, *работа над личностью* терапевта происходит в процессе обучения. Образование терапевта не сводится к простому усвоению знаний и навыков. Происходит непрерывная работа над своим личным опытом, своими способностями, своими свойствами, «приручение себя».

Традиционные блоки психологического, психотерапевтического образования:

- теория;
- профессиональный тренинг;
- мастер-классы;
- супервизия;
- клиентский опыт (обязательно);
- самопознание.

У человека, который посещает долгосрочные или краткосрочные курсы обучения психотерапии, есть возможность прикоснуться к особенностям своей личности, к своей вовлеченности в этот процесс, особенно на блоках супервизии, клиентского опыта, самопознания. Во время обучения тем или иным умениям и навыкам, на мастер-классах, когда происходит работа над собой или соседом, также всегда есть обращение к личному опыту.

Кстати, как-то на программе второго высшего образования у нас было задумано теоретическое исследование: что происходит с человеком, который читает психотерапевтические тексты, как они на него влияют, как он их пропускает через себя? Ведь человек не может читать эти тексты как математику, не может быть равнодушным – они всегда как-то воздействуют на читающего, степень личностной вовлеченности возрастает.

Супервизия – это диалогическая консультативная практика, где терапевт, начинающий или уже опытный, может обсудить трудности своей работы с более опытным коллегой или коллегой, который занимает более отстраненную позицию и может извне помочь исследовать эти затруднения и этот опыт. Это такой консультативный диалог, сопровождающий развитие психотерапевта.

В статье В.Н. Цапкина «Единство и многообразие психотерапевтического опыта» вы, наверное, встречали ссылку на такой пример: в 80-е годы в одной из обучающих американских структур поняли, что терапевты, которым они дают сертификаты и деятельность которых они лицензируют, очень неэффективны. Они стали изучать, почему – в программе было тщательно построенное теоретическое обучение, тщательно разработанные клинические практикумы. В чем же дело? Выяснилось, что они игнорировали личностное развитие.

Но тут надо не заиграться, потому что подменять психотерапевтическое образование развитием собственной личности, заботой о ней тоже недостаточно. Тем более что такое

нормативное размышление я хотела как раз проблематизировать. Такой способ размышлять о личности терапевта – в терминах идеала или нормативных требований – является довольно непростым. Потому что – что происходит тогда?

Если я вас сейчас спрошу: каким должен быть терапевт? Вы ответите: умным, добрым, честным, хорошим, порядочным. Но это человек – а терапевт? Терапевт должен быть профессиональным. Но что это значит? Довольно много проводилось исследований, когда у клиентов спрашивают: каким, по их мнению, должен быть идеальный, хороший терапевт? И все время в этих исследованиях получают такой немного родительский образ: добрый, понимающий, умный, внимательный и т.д. Как с этим быть, как относиться к тому, если вы вдруг обнаруживаете, что не соответствуете, не обнаруживаете в себе каких-то из этих черт? В должностных инструкциях различных служб, сотрудников психологических консультаций и телефонов доверия часто достаточно четко предписано, каким он должен быть, какие черты личности должны быть у психотерапевта. И иногда с грустью приходится констатировать, что я и здесь недотягиваю, и здесь...

В чем мое несогласие с такой логикой, хотя она встречается и в документах и статьях?

В этой логике нет принятия самого терапевта, самой личности терапевта, она отвергается, в ней что-то объявляется неправильным, недостойным. С одной стороны, это правильная постановка вопроса: всегда есть место для развития, личностного роста. Но с другой стороны, что-то отвергается, отменяется, и принимаются какие-то отдельные черты, которые признаются идеальными, соответствующими этой профессии. И есть опасность, что если терапевт в процессе своего обучения пройдет через такую, можно сказать, «мясорубку», когда что-то будет делаться с его личностью, что-то отрезаться, а что-то пришиваться – мы ему предписываем, что он должен хорошо принимать клиента, быть уважительным к нему – есть опасность в таком мышлении, что потом он подспудно будет делать то же самое с клиентом – не все в нем принимать, «подтягивать» его к какому-то идеалу.

Такой способ мышления возможен, но он «скользящий» в каких-то моментах. Такого рода списки черт можно найти в каком-нибудь переводном американском учебнике – там целые разделы посвящены требованиям к личности терапевта.

Знаменитый американский психолог Ролло Мэй в своей статье «Раненый целитель», опубликованной в МПЖ в 1997 году, тоже размышляет о требованиях к личности психотерапевта. Он описывает, как сидя на приемных испытаниях студентов на долгосрочные обучающие программы по психотерапии, думает: кого мы должны отобрать? Кого я буду принимать на эту программу? Каких-то очень успешных, адаптированных к социуму, здоровых людей? И пришел к выводу, что здоровый, адаптированный человек, с хорошими, зрелыми личностными чертами, наверно, будет «пугать» клиента своим совершенством.

Основной тезис Ролло Мэя: страдания, через которые прошел человек – это не только путь в собственные глубины, но и путь к пониманию другого человека. Не сами страдания самоценны, а то, как через них человек проходит и какой опыт выносит – справляется он с ними или не справляется. Как он изменяется после страданий и испытаний? Как это потом существует в его памяти? Какое эхо после них осталось?

Ролло Мэй приводит в пример своих коллег, которых он расценивает как очень интересных, творческих, глубоких терапевтов: Гарри Салливана и Фриду Фромм-Райхман. В обычной жизни это были очень одинокие и несчастные люди, с трудом переживающие свое одиночество, но как-то справляющиеся с ним, у которых было много болезненных проявлений, которые пугали их знакомых. Но тем не менее, как терапевты это были очень глубокие и понимающие люди, которые могли опереться в своей работе на свой опыт страдания, переживания одиночества, трагедий, которые случились в их жизни. Тут очень важны такие слова: это должно быть творческое переживание страдания.

Я хотела бы различить три слова, которые помогут нам думать об этом:

- проработанность,
- гиперкомпенсация,
- творческое переживание страдания.

Эти слова выделены по принципу отношения к какому-то тяжелому переживанию, страданию, кризису, трудной ситуации.

«Проработанность» – метафора, за которой непонятно, что стоит, непонятно, что оно предполагает. Если представить себе образ «достаточно проработанного» терапевта, то получается несколько стерилизованный, выхолощенный, очищенный от зашумляющих и вредоносных воздействий образ человека, который все прошел, все в себе проработал, ото всего освободился, и с благожелательной нейтральностью взирает на «грязного», непроработанного клиента.

Я, конечно, несколько утрирую, но вы и сами можете провести такое психолингвистическое исследование среди коллег – какой смысл они в это слово вкладывают? Какой образ человека за этим стоит? Что вкладывается в это слово, какие требования? Что значит «человек сам себя прорабатывает»? И какая из этого слова вытекает модель отношения человека к самому себе и к другому человеку? Как он к себе относится – как к объекту воздействия? Тогда есть опасность, что таким же объектом воздействия для него будет и клиент. Из этого слова вытекает некоторая этика отношения к себе и к другому человеку. Надо быть очень осторожным, когда мы употребляем это слово. Я не хочу вас пугать, но призываю к некоей трезвости в употреблении этого слова.

*Гиперкомпенсация* – это термин из концепции индивидуальной психологии А. Адлера – некое многомасштабное, преувеличенное переживание какого-то дефекта, изъяна в своей жизни. Особая компенсация, при реализации которой не просто происходит избавление от чувства неполноценности, но достигается какой-то результат, позволяющий занять доминирующую позицию по отношению к другим. Карикатурный пример тому – человек с маленьким ростом или каким-то еще дефектом пытается занять властную позицию в социуме, как-то продвинуться.

Призываю вас подумать о том, нет ли в выборе профессии психолога-консультанта таких гиперкомпенсаторных мотиваций? Это вообще интересная область размышления для самопознания или совместного исследования с супервизором: что являлось реальной мотивацией выбора того или иного направления психотерапии или вообще этой помогающей профессии.

Есть интересная книга «Власть в помогающих профессиях». Автор этой книги А. Гуггенбюль-Крейг работает в психоаналитической ориентации. Книга научно-популярного характера, где он размышляет о некоторых мотивациях выбора помогающих профессий. Одна из мыслей – эту профессию часто выбирают по типу гиперкомпенсации. Т.е. у человека есть собственный дефект, некоторый изъян, с которым он не работает, с которым не справляется, – и помогая другим, пытается не работать с собой.

Альтернатива, о которой говорит Ролло Мэй – *творческое* переживание своего страдания. Это не избегание страдания, а путь в собственную глубину и путь к пониманию другого человека, способ встретиться с чем-то бесконечным в себе и в другом человеке.

Еще одним способом мышления об отношениях клиента и терапевта и о том, кто вступает в эти отношения, является категория **«ролевые позиции клиента и терапевта»**.

Из каждого направления, из каждого подхода в психотерапии вытекает та или иная позиция. Давайте возьмем *медицинскую психотерапию*. Медицинский психотерапевт имеет врачебную идентичность, и отсюда вытекают все отношения – они не равновесны. Ролевая позиция терапевта здесь – позиция *эксперта*. А кто ему противостоит? Какой образ другого человека? Пациент, больной. Позиция клиента – *больной*. Отношения, вытекающие из этого – *«сверху»*.

Теперь давайте возьмем традиционное *психоаналитическое направление*. Ролевая позиция психоаналитика – *воспитатель*. Он занимается некими искажениями характера, которые возникли в возрасте от 3 до 5 лет в силу неправильного воспитания. Тогда кто его клиент, если психоаналитик – воспитатель? Позиция клиента – *подопечный*, несовершеннолетний, еще не развившийся, неправильный. Отношения, вытекающие из этого – *нейтральные*.

Возьмем *когнитивно-бихевиоральную терапию*. Ролевая позиция терапевта – *«тренер»*, человек, который помогает сформировать те или иные навыки, которые не сформированы. Тогда кто ему предстоит? Позиция клиента – *«спортсмен»*, тренируемый. Тренер выводит спортсмена в чемпионы. Какие между ними отношения? Отношения, вытекающие из этого – *директивность*, учение (это скорее метод), наставничество.

*Экзистенциальная психотерапия*. Ролевая позиция терапевта – практикующий *философ* (по мнению В.Н. Цапкина). Тогда кто ему комплементарен? Позиция клиента – *ищущий философ*. Отношения, вытекающие из этого – *диалог*. Не обязательно, чтобы они были равными, тут нет демократических иллюзий. Это могут быть иерархические отношения.

*Юнгианский психоанализ*. Ролевая позиция терапевта (по В.Н. Цапкину) – *«сталкер»*, проводник в символическом путешествии. Кто его комплементарно дополняет, с кем он встречается? Позиция клиента – *путешественник*. Отношения, вытекающие из этих ролевых позиций – *сопровождение*.

*Провокативная психотерапия* в стиле Ф. Фарелли. Ролевая позиция терапевта – *«трикстер»*, шутник, провокативная позиция. Тогда с кем он встречается? Позиция клиента – *обыватель*. Отношения, вытекающие из этого – *игра*.

Таким образом, об отношениях терапевта и клиента можно думать при помощи языка ролей, за каждой ролью тянется целый культурный шлейф – культурных знаков и сценарного поведения, которые помогают этой роли состояться.

В одной из ранних статей З. Фрейд сравнивал психоаналитика – думаю, можно распространить это и на психотерапевта – с *хирургом*. Казалось бы, пугающая метафора – что между ними может быть похожего? Таким образом Фрейд пытался подчеркнуть некую профессиональную холодность. Хирург не может себе позволить ужасаться, плакать и падать в обморок, когда он видит кровь, гной или что-то еще, что происходит с пациентом. Так же и психоаналитик, по мнению Фрейда, не должен ужасаться и падать в обморок от тех ужасов, от историй, которые рассказывает пациент. Он должен сохранять «холодную профессиональную голову» – вот что означает метафора хирурга. Он оставляет в стороне все чувства и внимательно слушает своего пациента.

Вторая, более поздняя метафора Фрейда – он сравнивал психоаналитика с *телефонной мембраной*. Психоаналитик, психотерапевт чутко настроен на бессознательные коммуникации, процесс бессознательного переживания, которые есть у пациента. Соответственно, здесь нет идеологии очищения или освобождения от горячих чувств. Здесь скорее речь идет о повышении чувствительности, настроенности мембраны на то, что происходит между клиентом и психотерапевтом.

Третья метафора Фрейда (я бы назвала ее «*зеркало*») – психоаналитик не должен приносить ничего своего, а только бесстрастно отражать клиента, и давать ему видеть себя неискаженным. Это не кривое зеркало, не комната смеха – это зеркало, где клиент встречается с собой.

Когда вы начнете работать, практиковать, когда встретите первые радости и профессиональные огорчения, я думаю, вы найдете собственные метафоры, которые помогут вам разместиться в этих отношениях, присутствовать в них наиболее конгруэнтно для вас.

Существуют по крайней мере два глобальных направления в психотерапии – а именно, психодинамические подходы и экзистенциально-гуманистические – которые озабочены **отношениями терапевта и клиента**. Основной тезис, который их объединяет – что исцеляют отношения. Но отношения в этих подходах рассматриваются по-разному.

Рассмотрим следующие понятия: «*рабочий альянс*», «*перенос*» – «*контрперенос*» и «*реалистические отношения*». С их помощью принято описывать отношения между клиентом и психотерапевтом в психоаналитическом подходе.

По сути, все эти три стороны отношений должны присутствовать, просто на разных этапах работы они занимают разный удельный вес. Не может быть так, это неправильно, когда представлено что-то одно: это означает, что отношения между психоаналитиком и пациентом искажены.

«*Реалистические отношения*» – это отношения между двумя взрослыми людьми, один из которых заказывает некую услугу и за нее платит, а другой эту услугу принимает и ее выполняет. Такие договорные, контрактные, зрелые, взрослые отношения. Эти отношения основаны на реалистическом взаимодействии. Услуга, деньги, договоренность, исполнение обязательств – все взрослые, реальные слова.

«*Терапевтический*» или «*рабочий альянс*» – это отношения симпатии, доверия, уважения друг к другу, особенно со стороны клиента по отношению к терапевту, готовность клиента выполнять предписания и требования терапевта. И обратный процесс – со стороны терапевта навстречу клиенту – понимание, ради чего пришел пациент, что бы он о себе ни

рассказывал, готовность участвовать в совместной деятельности, настроенность на понимание и на совместность. Терапевтический или рабочий альянс является позитивной частью «переноса».

Вы наверняка уже встречали эти понятия: «перенос» – «контрперенос». *Перенос* – это некоторый паттерн поведения, эмоциональных реакций, мыслей, чувств и фантазий клиента по отношению к своему аналитику. Одно из определений «переноса», очень туманное, но это классика: «Это что-то из прошлого, неуместное в настоящем». Довольно поэтическое определение.

Хорошей иллюстрацией развития терапевтических отношений является знаменитая реплика французского психоаналитика Жака Лакана: «Психоанализ начинается тогда, когда клиент говорит *о себе*, но обращается *не к вам*, или обращается *к вам*, но говорит *не о себе*, а заканчивается, когда клиент говорит *о себе* и обращается *к вам*».

Одна из иллюстраций переносных отношений, когда клиент говорит о себе, но обращается не к вам: он обращается к вам, как будто вы напоминаете ему какого-то значимого для него человека. Вы чувствуете себя очень странно, не в своей тарелке. Вы видите, что человек смотрит на вас, что-то вам рассказывает о своей жизни, но те фантазии, которые за этим стоят, те отношения, в которые клиент пытается вступить с вами – вы их не узнаете, они неуместны, вам кажется, что это что-то не относящееся к тому, как вы относитесь к клиенту.

Яркие *признаки* переноса – во-первых, некоторая *несоразмерность* испытываемых клиентом чувств по отношению к психоаналитику. Я буду говорить «психоаналитик», но поскольку этот феномен был замечен и в других терапевтических отношениях, я думаю, что мы можем слово «психоаналитик» понимать широко, как «психотерапевт». Итак, *несоразмерность* – слишком сильная любовь клиента к своему аналитику, неадекватная. Не просто связанная с уважением и симпатией к специалисту, который помогает тебе. Во-вторых, *неадекватность*. Например, история ваших отношений слишком короткая, чтобы вспыхнула такая бурная любовь или такая бурная ненависть – это явно неадекватно. И третий признак – явное *сходство* тех чувств, которые испытывает клиент по отношению к своему терапевту, с чувствами из прошлого, явно фрустрированными в прошлом.

Поначалу, когда Фрейд обнаружил феномен переноса, он думал, что это что-то неправильное, что это артефакт – от него надо избавляться и делать что-то, чтобы этого не было. Но затем, по мере развития практики, он понял, что перенос – это именно то, что необходимо, создается невроз перенесения и тогда возникают все условия для того, чтобы возник психоаналитический инсайт. Иначе это будут просто разглагольствования о жизни, о своем прошлом. Немного вульгарное понимание психоанализа – это рассказ о своем детстве.

Нарисуем *треугольник психоаналитического инсайта* (рис. 12). Чем полезны переносные отношения и как они влияют на успешность психотерапии?

Итак, в процессе психоанализа происходит не просто воспоминание о том, что произошло и было забыто когда-то в детстве: должны установиться *смысловые* и *системные* связи между тремя содержаниями сознания:

- 1) прошлое, детский опыт;
- 2) опыт внутерапевтической ситуации;

### 3) переносные отношения внутри психоаналитической ситуации.



**Рис. 12. Треугольник психоаналитического инсайта**

Для того, чтобы произошел психотерапевтический инсайт, должны установиться ясные связи между опытом болезненных детских отношений (например, болезненным опытом с отцом), исследован болезненный опыт взаимоотношений в настоящее время (например, с начальником на работе) и прослежены некоторые соответствия между ним и детским опытом – и исследован перенос, например, с мужчиной-психоаналитиком (такие же болезненные конкурирующие отношения с психоаналитиком). Когда эти связи выстроены, происходит психоаналитический инсайт. Не просто воспоминание, осознание чего-то болезненного из прошлого. А должна сложиться структура, должна сложиться *целостность*. Как с обезьяной Келера – вот банан, вот палка, каждый элемент отдельно не помогает разрешить ситуацию, но когда она видит эту ситуацию в целостности, когда складывается эта целостность – происходит инсайт и обезьяна совершает это действие, палкой подтягивает банан. Так и здесь, должна возникнуть целостность, тогда произойдет психоаналитический инсайт.

Существует простая классификация, но тем не менее, она отражает реальность: выделяют *позитивный, эротизированный* перенос – пациент буквально влюбляется в своего терапевта – такой романтической, возвышенной и очень горячей любовью. Это сродни отношениям студенток к некоторым лекторам-мужчинам, можно увидеть здесь сходство. А также выделяют *негативный* перенос, связанный с преобладанием агрессивных чувств и деструктивных влечений по отношению к своему терапевту. Наверно, подобное можно проследить в отношении некоторых студентов – молодых мужчин – по отношению к лектору-мужчине: конкуренция, задавание ироничных, обесценивающих вопросов и т.д. И третий тип переноса – *амбивалентный*, когда встречаются и позитивные чувства – любовь, и негативные – ненависть.

Приведу еще одно поэтическое определение – оно тоже передает некоторую суть: в переносе пациент показывает терапевту драматургию своей неудачной любви, фрустрированной любви, идущей, как правило, из детства, и эта любовь располагается здесь-и-теперь между аналитиком и пациентом. И в этом заключается суть *психоаналитического* понимания *здесь-и-теперь*. Обратите внимание: как правило, такое схватывание времени и пространства специфично для экзистенциальных подходов, гештальттерапии. В психоанализе тоже есть свое здесь-и-теперь, но оно устроено иначе. Мы видим, что здесь-и-теперь между аналитиком и пациентом устроено таким образом, что прошлый опыт

привносится, располагается здесь, становится очень горячим, актуализированным. Не психоаналитик с клиентом путешествуют в прошлое, а травматическое прошлое перетягивается сюда и располагается здесь. И важно, что в этом здесь-и-теперь встречаются пациент и тот, кого он видит на месте психоаналитика. Он видит некоторую иллюзию, свою проекцию, свою фантазию. До тех пор, пока эти отношения не изживутся, психоанализ будет длиться. Как только эти отношения сойдут на нет, как иссякает маленький ручеек горячим летом – это значит, психоанализ завершен. Мы говорили, что есть еще реалистические отношения – они расширяют свое удельное место и занимают все пространство.

Хочу предложить вам еще одну классификацию переносов. Я приведу ее только как иллюстрацию и не буду в нее углубляться. Есть книга Елены Теодоровны Соколовой, профессора кафедры медицинской психологии МГУ «Основы современной психотерапии». В ней есть интересные разделы про психоанализ, объектные отношения и лечение в рамках этих подходов. И есть классификация переносов-контрпереносов.

Анна Фрейд предлагает классификацию переносов, связанную со *стадиями либидинозного развития*. Например, *оральный* перенос в отношениях терапевта и пациента будет выражаться в том, что пациент будет внимателен к каждому слову своего аналитика, каждому взгляду, жесту, он будет ловить каждый его вздох, он будет хотеть впитать в себя все слова, которые говорит его аналитик, терапевт, он будет освещаем им. Видите, тут метафорика поглощения, оральная метафорика поглощения своего аналитика и его слов. При этом сюда будут вклиниваться амбивалентные чувства – страх быть брошенным, страх отделения от аналитика, ревность к другим – сиблинговая ревность к другим пациентам. Т.е. одновременно встречаются чувства любви и ненависти, доверия и недоверия. Психоаналитики отмечают, что если перенос проявляется таким образом, т.е. оральным аспектом, очень трудно работать, потому что внимание пациента приковано к музыке речи своего аналитика, он ловит каждое слово и слушает его интонации и думает: «Сегодня он был холоден со мной, его речь была такой холодной, слова такие жесткие, он не был теплым». Он прислушивается к голосу аналитика как будто к голосу матери, которая напевает ему колыбельную песню или ругает его. Для него важны интонации, паравербальные, экспрессивные характеристики речи. И развитие анализа будет хорошим, если пациент перейдет от такого слушания и гипнотизации себя голосом психоаналитика к слушанию слов и пониманию смысла. Поначалу он смысл не схватывает, ему важно слушать музыку речи, музыку голоса, ему важно слушать голос как музыкальный инструмент.

Я не буду продолжать эту классификацию – там есть описание *анального* переноса и т.д.

Важно при работе с переносом развивать в себе навык *контейнирования*. Это понятие ввел психоаналитик У.Р. Бийон – способность не разрушаться, встречаясь с различными содержаниями пациента – как тяжелыми, разрушительными, так и положительным, эротизированным переносом. Т.е. способность впустить это в себя, не разрушиться, – и вернуть это пациенту очищенным, преобразованным. Не пойматься в любовную ловушку, не ответить на это, фрустрировать эти потребности, сохраняя нейтральность, но при этом и не начиная проявлять агрессию в ответ на агрессивные переносные чувства, не разрушиться и сохранить свою профессиональную позицию.

*Контрперенос* – это специфическая реакция терапевта, или психоаналитика, на любое поведение клиента, на любые его реакции, на его отношения, его чувства. Есть разные определения этого понятия. З. Фрейд, заметив феноменологию контрпереноса, считал, что это что-то ужасно неправильное, искажающее суть лечения, от чего надо избавиться. Такое же примерно у него было отношение к переносу, но потом он сменил гнев на милость и сам развивал теорию невроза перенесения. Но с контрпереносом он так и не примирился. В 1950-м году, на психоаналитическом конгрессе, контрперенос был реабилитирован. Одна из немецких психоаналитиков П. Хайман выступила с докладом, где описала ценность контрпереноса в работе психоаналитика.

Выделяют разные классификации контрпереноса. Одна из самых простых: *объективный* и *субъективный* контрперенос.

Например, работая с пациентом, вы периодически замечаете появление у вас раздражения или злобы в ответ на его рассказы о себе, воспоминания. З. Фрейд наверняка бы сказал, что это чувство злобы недостойно хорошего врача, оно невозможно, его надо изгонять из себя. Но современный психоанализ говорит, что надо проводить специальное супервизорское исследование, с чем это чувство может быть связано. Оно может быть связано с непроработанными слепыми пятнами личной истории терапевта, его биографии, а материал клиента это просто каким-то образом актуализирует и является индикатором того, что это что-то болезненное про терапевта. Такой контрперенос называется *субъективным*, т.е. он свидетельствует о чем-то, диагностирует что-то болезненное в терапевте. Но контрперенос к этому не сводится. Чувство злобы может свидетельствовать и о чем-то важном, происходящим с клиентом – это *объективный* контрперенос. Именно поэтому супервизорский анализ контрпереноса является очень важным. Объективный контрперенос тоже выделяется двух типов: *комплементарный* и *конкордантный*. *Комплементарный* (т.е. «дополняющий») означает, что чувство злобы, которое вас посещает при работе с этим пациентом, является на самом деле не вашим, и даже не пациентским. Это чувство злобы той комплементарной фигуры, значимого Другого пациента, которая есть у этого пациента – например, его мамы. Т.е. то чувство злобы и раздражения, которое испытывает терапевт, традиционно испытывала его мама по отношению к нему, когда он с ней пытался вступать в общение. *Конкордантный* контрперенос – это способ нелегальной эмпатии по отношению к клиенту. Это значит, что он испытывает это чувство злобы и раздражения в связи с терапевтом или в связи с чем-то другим, с какой-то обсуждаемой темой. Но это чувство не проходит в его сознание, он его не видит, не осознает, а вот таким нелегальным образом транслирует терапевту, и терапевт думает: «Это я на него злюсь, или это про него?» Клиент злится на какой-то свой материал, а проявляется это у терапевта. Современная психоаналитическая супервизия чаще всего посвящена тому, чтобы различить, где чье чувство, где граница, про кого сейчас речь идет. Таким образом, контрперенос – это важный способ психодиагностики клиента и его неосознаваемых паттернов, конфликтов и т.д. Поэтому контрперенос был реабилитирован как очень важное средство психоаналитической работы.

Источники контрпереноса могут быть различными. Рассмотрим классификацию типов контрпереноса по основанию *источника*.

Первый тип контрпереноса – *реалистический* контрперенос. Он связан с некоторыми реалистическими особенностями клиента. Например, к вам на прием пришла симпатичная, умная, интеллигентная, доброжелательная женщина, и вы испытываете симпатию и тепло по отношению к ней и ответную доброжелательность. Это нормальная реакция, ничего страшного переносного-контрпереносного нет.

Второй тип контрпереноса по происхождению – контрперенос терапевта как *реакция на перенос клиента*. Например, пациент, в силу особенностей своих детско-родительских отношений, привык быть угодливым и льстивым, и вступает в такие же отношения к вам: старается быть угодливым, льстивым, говорит какие-то приятные вещи, комплименты. Вы приосаниваетесь, становитесь значительным, напыщенным, чувствуете свое психоаналитическое великолепие. И таким образом, вы ловитесь на эту ловушку, которую расставляет клиент: на самом деле эта лесть адресована не вам, а фигуре переноса, но вы попадаетесь. Или клиент в силу своих отношений склонен вступать в конкуренцию и обесценивать все значимые авторитетные фигуры, и так же себя ведет на терапии. Вы чувствуете угрозу, вам становится не по себе, вас все время обесценивают, манипулируют вами. Выходя после сеанса, вы чувствуете себе обесчещенным, опустошенным, изнасилованным. Хотя его реакция обращена не к вам, а к фигуре переноса, вы думаете: «Я никуда не гоюсь, мне надо срочно идти к супервизору, мне надо срочно бросать свою профессию, я не могу быть аналитиком, вот опять у меня ничего не получилось». Значит, его намерение – обесценить вас как профессионала – достигло своей цели: вы думаете о себе, хотя на самом деле это адресовано не вам. Это помогает опередить тип нашего клиента. У меня был клиент, после которого я год не принимала никого. Он был настолько виртуозным в своих реакциях, так меня обесценил, что я хотела уйти из профессии.

Третий тип контрпереноса – то, что в этой классификации называется *субъективным* – клиент предоставляет такой материал, который на самом деле является проблемой для терапевта. Источник этого контрпереноса – *проблемный материал терапевта*. Приведу пример: после реальной практики терапевт – это была женщина, у нее были нелады в семье и она собиралась разводиться со своим мужем – докладывает свой случай супервизору. К ней пришла клиентка с каким-то симптомом и попутно начала взахлеб рассказывать о своем счастливом браке. И женщина-психоаналитик заметила, что в ней стало зарождаться глухое раздражение, ее голос приобрел иронические интонации, обесценивающие идею брака и т.д. Это ее собственный материал фонил, а клиентка была ни при чем.

Четвертый тип классификации контрпереносов по источнику – некоторые *характерные реакции, независимые от личных проблем терапевта*. Какие-то контрпереносные реакции мы носим с собой постоянно, некоторые стилевые привычки, которые являются нашей неотъемлемой частью. Необязательно это наши проблемы – просто характерные привычки. Например, авторы исследования приводят пример: любовь терапевтов-мужчин к конкуренции со всеми мужчинами, которые появляются в их жизни. Поэтому если в кабинет входит клиент-мужчина, то отношения конкуренции он испытывает независимо от того материала, который дальше будет, это просто некий характерный стиль поведения.

Этот пример хорошо иллюстрирует данную ситуацию. Что будет, если проигнорировать этот контрперенос? Если проигнорировать этот контрперенос, то это нас делает *нечувствительными к рассказу клиента*. Мы начинаем фокусироваться на тех проблемах, которые важны для нас, для терапевтов, нежели на том, что волнует клиента. Итак, мы становимся нечувствительными к рассказам клиентов и видим в них свои проблемы. Часто на супервизиях терапевт, представляющий случай, говорит: «Когда клиент стал говорить, какая у него проблема, то я подумал – это же моя проблема, и у меня так же». И дальше мы видим, что терапевт не слушал рассказ клиента, а проецировал на этот рассказ свою собственную проблематику, встречался со своей проблемой, а не с рассказом клиента.

Второе следствие игнорирования контрпереноса – *использование клиента для косвенного самоудовлетворения*. Отчасти мы об этом говорили, когда я упоминала книгу немецкого психолога Гугенбюль-Крейга «Власть помогающих профессий», когда мы говорили о мотивации выбора помогающих профессий, о тех людях, которые ищут компенсаторного опыта и начинают работать с проблемным контингентом, с людьми, которые заведомо имеют низкий статус в обществе – больными, немощными, инвалидами – и рядом с ними он себя чувствует суперчеловеком.

И еще одно следствие игнорирования контрпереноса заключается в том, что мы можем косвенным образом *влиять на пациента*. Мы уже говорили, что пациент очень чувствителен к нашему покачиванию головой, нашей доброжелательной позе, к мимолетному нахмуриванию, которое может промелькнуть у нас на лице, к перемене интонации. Если клиент рассказывает о чем-то, что мы расцениваем как негативное, мы начинаем хмуриться и отстраняться, а в ответ на то, что в нашей жизни является приемлемым, ценным, начинаем согласно покачивать головой, тем самым оперантно обуславливая, подкрепляя это в его поведении. Он понимает, что это для нас важно, и в следующий раз начинает выстраивать свою речь так, чтобы нам понравиться. Игнорирование контрпереносных реакций приводит к тому, что мы начинаем корректировать поведение клиента незаметно для себя.

В этой теме я бы еще рекомендовала обратиться не к психоаналитическому мышлению, а к категории «диалог» и «встреча» М. Бубера. Еще одна важная категория, имеющая отношение к этой теме – категория «присутствия» (по Дж. Бьюдженталю) и двум ее аспектам – *доступности* и *экспрессивности*. А также характеристика *пяти уровней общения* по Бьюдженталю из книги «Искусство психотерапевта». Обратите внимание: книга построена так, что вначале он говорит об общении между людьми, а во второй половине – говорит об общении между терапевтом и клиентом. Он использует один и тот же язык для описания этих двух уровней – просто в той части, где говорится об общении терапевта и клиента, это дано чуть глубже.

## Литература

### *Основная литература*

1. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – М.: Издательство Института психотерапии, 2000. – С. 16-32, 170-197.
2. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности: Учебно-методическое пособие для студентов факультетов психологии государственных университетов. – М.: изд-во МГУ, 1988. – С. 6-11.
3. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 4.
4. Василюк Ф.Е. Историко-методологический анализ психотерапевтических упований // Методологический анализ в психологии. – М.: Смысл; МГППУ, 2003. – С. 21- 46.
5. Василюк, Ф.Е. Культурно-антропологические условия возможности психотерапевтического опыта // Культурно-историческая психология. – 2007. – № 1. – С. 80-92.
6. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Психологическое консультирование и психотерапия: хрестоматия. Т. 1. – М., 1998. – С. 5-21.
7. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – № 1. – С. 15-32.
8. Василюк Ф.Е. Уровни построения переживания и методы психологической помощи // Вопросы психологии. – 1988. – № 5. – С. 27-37.
9. Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4е изд. – СПб.: Питер, 2002. – С. 22-53, 54-80, 155-184, 155-184, Приложения А, Б.
10. Гулина М.А. Основы индивидуального психологического консультирования.– СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2000 – С. 24-42.
11. Дианкова И. Некоторые этические проблемы в современной американской психотерапии и психологическом консультировании // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 114-149.
12. Роджерс К. Проблема взаимоотношений психотерапевта и клиента в психотерапии // Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Прогресс, 1994. – С. 92-99.
13. Романов И.Ю. Психоанализ: культурная практика и терапевтический смысл. – М.: Интерпракс, 1994. – С. 12-43, 171-195.
14. Сандлер Дж и др. Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. – М.: Смысл, 1995. – С. 3-145.
15. Семенова Н.Д. Этические основы психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1997. – № 2. – С. 44-52.
16. Слуцкий А.С., Цапкин В.Н. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – Т.: Медицина, 1985.

### *Дополнительная литература*

1. Алешина Ю. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М.: НФ «Класс», 2004. – С. 8-26, 27-74.
2. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000 (глава 1).
3. Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – С. 22-28, 54-80, 155-184.
4. Гулина М.А. Основы индивидуального психологического консультирования. СПб: 2000. – С. 24-42.
5. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом. Новые взаимоотношения. – М.: Б.С.К., 1997.
6. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. – М.: Смысл, 1999. – (Ч.1, Гл.1).
7. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М.: Смысл, 2002.
8. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: НФ «Класс», 1999. С. 10-121.
9. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб: Питер, 2000. – С. 12-29.
10. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.

11. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. – М.: Эксмо-Пресс, 2000.
12. Романов И. Психоанализ: культурная практика и терапевтический смысл. – М.: ИНТЕРПРАКС, 1994г. – С.12-21.
13. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 2006. (Гл. 3, 9, 11, 12).
14. Цапкин В.Н. Групповая психотерапия. // Единство и многообразие психотерапевтического опыта. – М.: МГППУ, 2004.