

Denis Brown Jonatan Pedder

INTRODUCTION
TO PSYCHOTHERAPY
An Outline of Psychodynamic

TAVISTOCKROUTLEDGE
London and New York

Дэннис Браун Джонатан Педдер

**ВВЕДЕНИЕ
В ПСИХОТЕРАПИЮ**

**Принципы и практика
психодинамики**

Перевод с английского Ю.М. Яновской

**Москва
Независимая фирма Класс
1998**

УДК 615.851

ББК 53.57

Б 87

Браун Д., Педдер Дж.
Б 87 **Введение в психотерапию: Принципы и практика психодинамики**/Пер. с англ. Ю.М. Яновской. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 224 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

ISBN 5-86375-094-4 (РФ)

Два известных британских психоаналитика написали этот учебник, попытавшись ответить на вопрос, что такое психотерапия, и дать представление о динамической психотерапии. В книге прослеживается общность и различия индивидуальной, групповой, семейной и социальной терапии, а также некоторых “новых” видов психотерапии. В ней изложены основные принципы и основанные на них методы, проиллюстрированные множеством реальных примеров.

Благодаря компактности, ясности и живости изложения ее постоянно включают в списки рекомендованной литературы, используют на разных стадиях профессионального обучения, а также советуют почитать потенциальным пациентам.

Публикуется на русском языке с разрешения издательства Tavistock/Routledge и его представителя Геллы Якобсон.

ISBN 0-415-06443-0 (Брит.)

ISBN 5-86375-067-7 (РФ)

© Dennis Brown, Jonatan Pedder
1979, 1991

© Tavistock/Routledge, 1991

© Независимая фирма “Класс”,
издание, оформление, 1998

© Ю.М. Яновская, перевод
на русский язык, 1998

© Л.М. Кроль, предисловие, 1998

© А.А. Кулаков, обложка, 1998

Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству “Независимая фирма “Класс”. Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.

Отдельные экземпляры книг серии можно приобрести,
обратившись по адресу:

103064, Москва, а/я 373, “Психология”.

О ПСИХОТЕРАПИИ ХОРОШЕГО ТОНА

В одной притче говорится о человеке, который, раздеваясь вечером, решил все хорошенько запомнить, назвать по имени и тем самым помочь себе утреннему. Сняв сюртук, он оставил записку: “Сюртук”. То же самое проделал и с брюками, и с остальными предметами одежды. Проснувшись, он стал одеваться согласно своим записям: “сюртук” и т.д. “А где же я?” — был его последний вопрос.

“Где же я?” — этот вопрос по-разному решает разная психотерапия “высокой пробы”: то коротко, то долго, то прямо, то в обход, то предсказуемо, то совсем неожиданно. И отвечая на этот вопрос — не поставленный обратившимся за помощью — попутно избавляет как от проблем высказанных, так и подспудных.

О том, как это делается в разных психотерапевтических подходах (преимущественно психодинамических), и написана книга, которую Вы открыли, — доброжелательная, сдержанная, умная, демонстрирующая широкий профессиональный кругозор. Ее авторы получили традиционное и хорошее образование — медицинское, психиатрическое, психоаналитическое, психотерапевтическое. И все было бы слишком традиционно, если бы не их многолетняя специализация в групп-анализе. Не просто квалификация в любимом предмете, а участие в его создании почти от самых истоков.

Дальним предвестником этой книги стала моя первая поездка за рубеж — в Голландию, на конгресс по групповой психотерапии. Для меня, не говорившего тогда по-английски, примерно две тысячи делегатов разделились по внешнему виду на три части, словно персонажи комикса: одетые строго и невыразительно-дорого, застегнутые на все пуговицы — психоаналитики (чем-то очень напоминавшие отечественных специалистов в штатском); пестрая компания психодраматистов, обнимавшихся и хлопавших друг друга при встрече по всем частям тела; и сдержанные люди с неизменной улыбкой — группаналитики.

В некотором смысле Дэннис Браун и Джонатан Педдер “усаживают в круг” разные психотерапевтические подходы и, хотя и не продолжают их диалог, все-таки допускают его. Эта книга, на мой взгляд, могла бы стать хорошим учебником по психотерапии для тех, кто не обязательно будет ею заниматься, но кое-что о ней знать хочет и должен. В ее сдержанности, внятности и доброжелательности к подходам, которые авторы не разделяют, содержится хороший урок английского стиля и такта.

На меня особенное впечатление произвела точность определений весьма непростых понятий и ясные, короткие примеры из практики — действительно примеры из *реальной* практики, а не размалеванные иллюстрации, как случается.

Несколько лет назад в Лондоне я спросил знакомого групп-аналитика про другого профессионала, хороший ли он психотерапевт. Ответ был: “Он тренирован”. Эту книгу обязательно будут читать люди, про которых скажут: “Он тренирован”, — и это будет правда.

Леонид Кроль

ПРЕДИСЛОВИЕ

К нам часто обращаются с просьбой порекомендовать что-либо для чтения по основам психотерапии. Эти просьбы приводят в некоторое замешательство: статьи Фрейда 1911—1915 годов по методу или “Групповые методы” Биона (1961) являются восхитительным и совершенно необходимым чтением для тех, кто занимается индивидуальной или групповой психотерапией. Но нам неизвестно ни одной книги — по крайней мере, из написанных нашими соотечественниками-психотерапевтами — дающей ответ на вопрос: “Что такое психотерапия?” Настоящая книга появилась на свет как следствие попытки ответить на этот вопрос и дать представление о динамической психотерапии студентам-медикам и всем тем, кто переключился на изучение психиатрии с какой-либо иной дисциплины. Мы стремились к предельному упрощению изложения основных принципов психотерапии в первой части. Во второй — попытались представить методы, основанные на изложенных принципах, и не уделяли большого внимания психотерапевтической практике — то есть тому, “как это сделать”, убежденные, что для этого необходимо глубокое исследование под постоянным наблюдением.

Оба мы являемся психоаналитиками, работающими на полставки консультантами-психотерапевтами в базовой университетской психиатрической клинике, где представлены все современные подходы и методы лечения. По нашему мнению, работы Фрейда и психоанализ — это исток всех расцветших впоследствии форм динамической психотерапии: индивидуальной и групповой, семейной и супружеской. С развитием новых форм психотерапии (как в сфере психиатрии, так и за ее пределами) удастся выявить некоторые простые постулаты основных принципов, которые помогают ориентироваться и нам самим и, надеемся, могут оказаться полезными другим.

Психоаналитические воззрения по своей сути являются развивающимися. Они рассматривают человека и в эволюционном

развитии, обращаясь к его “дочеловеческому” образу (вплоть до стадии приматов), и также в историческом и социальном аспектах, не говоря уже о рассмотрении каждого индивидуума в его собственном уникальном культурном и эволюционном контексте, являющемся полем особого внимания психотерапии. Настоящее может быть понято только в связи с прошлым. Прошлое присутствует всегда.

Дэннис Браун
Джонатан Педдер
Больница св. Анны, Лондон
1979

ПРОЛОГ

Что такое психотерапия? По существу, это беседа с теми, кто попал в беду, предоставляющая возможность высказать свои проблемы и помогающая понять, в чем же суть этой беды, и найти выход.

Некая миссис А. пришла к своему семейному доктору* с жалобами на преследующие ее страхи и острые приступы беспокойства. Она считала себя счастливой в своей семейной жизни и не могла понять причин этих болезненных симптомов. Доктор рассмотрел их как проявление еще не развившейся болезни, дающей биохимические изменения организма. Он прописал ей антидепрессанты, но их применение не принесло заметного результата. Хуже того — миссис А. возомнила, что с ней происходит нечто кошмарное, недоступное пониманию окружающих, она начала опасаться, не сходит ли с ума.

Существуют ли иные способы понять происходящее?

Используя альтернативный подход, удалось обнаружить некоторые подробности прошлой жизни пациентки, в которых и заключается ключ к проблеме. Тревожащие симптомы начали проявляться, когда ее единственной дочери было шесть лет. Именно тогда миссис А. обсуждала с мужем необходимость отдать дочь учиться в школу-интернат, поскольку они жили в довольно удаленном месте. Похоже, мать была огорчена предполагаемой разлукой гораздо сильнее, чем осознавала это. Более того, когда самой женщине было шесть лет, ее родители развелись и отослали дочь к тетке. Перспектива разлуки с дочерью пробудила в ней воспоминания о тех переживаниях, которые вызвала в ней, тогда шестилетней девочке, разлука с собственными родителями. Когда миссис А. увидела эту связь, ее слезы и беспокойство стали ей понятны, что и позволило разрешить проблему. Она перестала считать себя пораженной неведомым страшным недугом, бесконтрольно овладевающим ее организмом, а поняла, что причина

*Речь идет не о семейной терапии, а о традиционном обращении к врачу широкого профиля, пользующего всех членов семьи. — *Прим. научного редактора.*

нездоровья состоит в том, что нынешние переживания чрезмерно преувеличены наложением детских воспоминаний.

Симптомы, по поводу которых пациенты обращаются к врачу, часто являются неосознанным отражением пережитых в прошлом страданий. Одна из основных целей настоящей книги состоит в описании подхода к выявлению подобных проблем и их дальнейшего психотерапевтического излечения.

Часть 1.

ПРИНЦИПЫ ПСИХОДИНАМИКИ

Введение в принципы психодинамики

Принято считать, что около трети пациентов, обращающихся к семейному доктору, страдают в первую очередь от проблем эмоционального характера. У половины из них эти проблемы носят явные признаки психических заболеваний, но лишь один из двадцати обращается к психиатру (Shepherd et al., 1966). Еще меньше людей обращаются за официальной психотерапевтической помощью в государственные учреждения здравоохранения. Однако психотерапия в той или иной степени была бы полезна большинству этих пациентов. Целесообразная степень применения различных форм психотерапии более подробно будет рассмотрена во второй части книги. Термин “психотерапия” используется как в более узком, так и в более широком смысле: он относится к формам лечения эмоциональных и психических расстройств, формам, основанным на беседе и личностном контакте с терапевтом, в противовес физическим методам (медикаментозному лечению и электромагнитному воздействию).

Основная часть психотерапевтической помощи в широком смысле осуществляется в виде душевных бесед с близкими людьми, которым можно “излить душу”. “Каждый, кто старается поддержать впавшего в уныние друга или успокаивает перепуганного ребенка, осуществляет психотерапевтическое воздействие” (Alexander, 1957:148). Затасканное изречение “разделенное горе вдвое меньше” понятно каждому. Такого рода помощь ищут в первую очередь в наиболее доступных источниках утешения (у друзей, семейных врачей, духовников, социальных работников), куда обращаются значительно чаще, чем к психотерапевтам и психиатрам. В медицине искусство сочувственно выслушать пациента всегда являлось основой результативности лечения. Появилась опасность, что это искусство отойдет на второй план под натиском колоссаль-

ного развития физических методов лечения, сосредоточивающих внимание на больном органе, пренебрегая при этом общим состоянием человека, которому нездоровится. В последнее время произошёл возврат интереса к индивидууму как средоточию семейных и общественных проблем, а принципы психодинамики позволили ясно выделить этот интерес. В то время как многие острые и наиболее выраженные формы психических расстройств чаще всего излечиваются физическими методами, менее острые формы невротических проблем и проблем межличностного общения лучше поддаются психотерапевтическому воздействию. Мы еще вернемся к этому вопросу во второй части нашей книги при рассмотрении уровней психотерапии и отбора.

Существуют два основных подхода к психотерапии в узком смысле этого термина, на основе которых создано множество вариантов их сочетания. Это психодинамическая психотерапия (чья исторические корни лежат в трудах Фрейда и в созданном им психоанализе) и поведенческая (бихевиористская) психотерапия, опирающаяся на учение Павлова об условном рефлексе. В данной книге больше внимания будет уделено первому направлению. Бихевиористский подход принципиально отличается от других тем, что психолог или физиолог изучают пациента извне. Все внимание сосредоточено на внешних наблюдениях, измеряемых предпочтительно шкалой поведения и манипуляциями (с помощью соответствующих поощрений и наказаний) с отклонениями и неадаптивными формами поведения с целью приведения их к норме. Бихевиористской (а в последнее время и когнитивной) психотерапией занимаются в основном психологи немедицинского направления, специализирующиеся в области экспериментальной психологии.

Суть динамической психотерапии состоит в эмоциональном контакте, как бы идущем изнутри, чтобы помочь пациенту понять, что происходит в его внутреннем мире, то есть последовать совету дельфийского оракула познать самого себя. Динамическая психотерапия в значительной степени обеспечивает душевное здоровье и привлекает врачей, социальных работников и психологов, занимающихся разбором сложных взаимоотношений с пациентами или клиентами, а также самих пациентов, желающих не просто избавиться от неприятных симптомов, а разобраться по-настоящему в своих проблемах и причинах их возникновения. Сатерленд (1968:509) писал: “Под психотерапией я понимаю личные отношения с профессиона-

лом, которые позволяют упавшему духом человеку поделиться своими трудностями и разобраться в истинных причинах, благодаря чему возможно изменить ситуацию, обнаружив в себе ранее неведомые силы”. (Подробнее о роли психиатра, психолога и психотерапевта можно прочитать в Приложении 1).

Мы исходим из предпосылки, что корни динамической психотерапии можно найти в трудах Фрейда по психоанализу, от которых произошло множество ответвлений. Так, перед первой мировой войной в психоанализе образовались самостоятельные направления — аналитическая и индивидуальная психология, созданные Юнгом и Адлером. Между первой и второй мировыми войнами Мелани Кляйн и Анна Фрейд развили отдельную ветвь психоанализа — детский психоанализ. Во время второй мировой войны появилась групповая психотерапия. Потом стали развиваться новые направления: семейная терапия, терапия супружеских пар, социальная терапия. Роджерс обратился к проблемам биоэнергетики и другим формам гуманистической и интегративной терапии, порожденным стремлением найти новые пути поощрения прямых межличностных контактов, чтобы помочь людям избавиться от чувства изоляции и отчужденности. (Связи между этими школами отражены на рис. 10, где изображено “родовое древо”).

Несмотря на имеющиеся различия, все направления динамической психотерапии имеют общие основополагающие принципы. Они будут кратко перечислены здесь и более подробно рассмотрены в последующих главах.

Людей волнует возникновение тревожных симптомов, они обращаются за помощью, в то время как проблема состоит в появлении конфликта по поводу неких неприемлемых собственных качеств или отношений. Это противоречит традиционной медицинской модели, рассматривающей сами симптомы как проявление нарушений анатомического или физиологического характера.

Причиняющие нам беспокойство и психические страдания наши собственные черты могут быть отринуты нашим сознанием и оказаться в области бессознательного. Тогда срабатывают защитные механизмы, отрицающие, подавляющие и отвергающие все неприемлемое для нашего сознания. Иногда это приносит пользу, а иногда — вред.

Неприемлемые желания, чувства и воспоминания могут возникнуть в связи с основными мотивационными устремлениями. Различные школы психодинамики расходятся в градации этих побуж-

дений и их значения, споря о том, какое из них — самое важное: пища, привязанность, сексуальное или агрессивное поведение. Но основным остается конфликт между устремлением и его производными.

Хотя фазы развития и трактуются по-разному, принято считать: то, как мы справляемся с нашими побуждениями, определено еще в младенчестве реакцией на наши основные потребности матери и других эмоционально значимых людей — отца, братьев-сестер, учителей и т.д.

Основные споры разгорелись вокруг моделей сознания и теоретизирования по поводу структуры психики. Фрейд не раз пересматривал свои взгляды. Сначала он рассматривал психику в терминах сознательного и бессознательного уровней. Затем он ввел понятия “Я”, “Сверх-Я” и “Оно”. Берн (1961) использовал более антропоморфистские термины: “Родитель”, “Взрослый” и “Ребенок”, которые составляют части психики каждого из нас. Идея различных уровней психики и возможности конфликта между ними пронизывает всю динамическую психотерапию.

Аспекты терапевтических отношений являются последним из общих теоретических принципов, непосредственно подводящим к практике. Мы будем различать терапевтический (или рабочий) альянс, перенос и контрперенос.

Исторические корни динамической психотерапии

Прежде чем рассматривать эти концепции подробнее, давайте кратко проследим исторические корни, воздавая должное Уайту (1962) и Элленбергеру (1970). Хотя по большому счету происхождение всех форм динамической психотерапии можно отнести к трудам Фрейда и его коллег, работавших в начале века, нельзя утверждать, что Фрейд “изобрел” психотерапию.

Идея словесного исцеления путем очищения чувств восходит к католической исповеди, и образное выражение “лучше перед кем-нибудь словами облегчить мне грудь” подтверждает широко распространенную веру в ценность такого пути. Аристотелева концепция очищения (катарсиса) бурно обсуждалась в Вене в 80-е годы и могла оказать влияние на Брейера и Фрейда.

Ничего революционного нет и в том представлении, что мы часто оказываемся в конфликте со своими собственными чувства-

ми, желаниями и воспоминаниями. В 1872 году, за год до поступления Фрейда в университет, Самюэль Батлер писал в своем романе “Едгин” (перевернутое задом наперед “нигде”): “Лишь немногие из нас лишены защиты от жесточайших страданий неспособностью понять, что же мы совершили на самом деле, от чего страдаем и чем являемся по своей сути. Возблагодарим же зеркала за то, что они обнаруживают лишь наш внешний облик”.

В более ранние времена писатели, пытавшиеся проникнуть в сложности внутренних мотивировок, знали это интуитивно. Шекспир в “Короле Генрихе IV”, распознавал бессознательный конфликт противоречивых желаний:

Принц: Не думал я вас больше увидеть.

Король: Ты выдал тайное свое желанье*.

Паскаль (1623—1662) в своих “Размышлениях” говорил о том, что “у сердца свои резоны, неведомые разуму”. Руссо (1712—1778) писал: “Нет такого автоматического движения, совершенного нами, причину которого нельзя было бы отыскать в нашем сердце, если только умело взяться за эти поиски”. В строках, начертанных Ницше в 1880-х годах, как бы угадывается идея Фрейда: “Память говорит мне: “Я это сделал”, а гордость утверждает: “Я не мог сделать этого” — и остается непреклонной. В итоге память сдается”.

Заслуга Фрейда заключается в том, что он, сочетая в себе одаренность великого писателя и ученого, сумел перевести эти идеи в контекст медицины так, что они с тех пор привлекают неизменное и даже все возрастающее внимание. Тем не менее, еще раз подчеркнем, что Фрейду нельзя приписывать изобретение психотерапии, как нельзя приписывать Дарвину изобретение эволюции. И у Дарвина были свои предшественники, однако именно собранные им обширные доказательства для объяснения естественного отбора придали дополнительную весомость уже существовавшим эволюционным представлениям.

Элленбергер (1970) проследил происхождение динамической психиатрии от истоков (экзорцизм) и ее дальнейшую эволюцию через магнетизм и гипнотизм. В древние времена всякую болезнь (как психическую, так и физическую) объясняли кознями злых духов. Целительство должно было следовать экзорцизму, и, ра-

*Перевод Б.Л. Пастернака.

зумеется, такое лечение осуществляли шаманы, колдуны или знахари.

С другой стороны, считалось, что болезнь возникает как наказание за нарушения табу. В этом случае излечение могло последовать за исповедью и покаянием. Исцеление через экзорцизм и исповедь вошло и в христианскую традицию. Однако с подъемом протестантизма католическая монополия на исповедь ослабла. Возрос интерес врачей и к идее “патогенного секрета”, который раньше открывали лишь духовнику на исповеди. Примерно в 1775 году, когда в Европе проходила очередная “охота на ведьм”, экзорцизм, который практиковали священники вроде Гасснера (1727—1779), породил новые методы (которые мы бы сейчас назвали гипнотизмом) — методы, рожденные из трудов терапевта Месмера (1734—1815). Сейчас теории Месмера и его сторонников о магнетических потоках, которыми они объясняли магнетический сон, кажутся забавными, но зато к этим явлениям было привлечено внимание. Сходство между магнетическим сном и естественным сомнамбулизмом (или хождением во сне) привело к тому, что его назвали искусственным сомнамбулизмом, а позднее — гипнотизмом.

К концу XIX века произошел новый всплеск интереса к психическим явлениям, в особенности к гипнотизму, спиритизму, медиумистическому трансу, раздвоению личности и т.п. Возникло представление о том, что для понимания подсознательных процессов необходимо проникнуть в них, погрузив при этом пациента в гипнотическое состояние. В 1882 году в Лондоне было основано Общество психических исследований. В том же году Шарко произнес знаменательную речь в Парижской академии наук, которая вновь вызвала почтительный интерес к гипнозу, развеяв в значительной степени скептицизм психиатров.

В течение всего девятнадцатого столетия возрастающий интерес к подобным явлениям нашел свое отражение в большой литературе. Особенно привлекала проблема раздвоения личности. Одним из ярчайших проявлений такого интереса стал роман Стивенсона “Странное происшествие с доктором Джекилом и мистером Хайдом”, появившийся в 1886 году. В 1880-е годы возникает интерес и к проблеме подавления эмоций и инстинктов в поведении людей. Например, Шопенгауэр (1788—1860) уже предчувствовал появление идеи психоанализа. По словам Фрейда, “он не только утверждал доминантность эмоций и высшую важность

сексуальности, но и осознал механизм подавления”. Бенедикт (1835—1920), венский врач, знакомый Фрейд и Брейеру, одним из первых объяснил причину неврозов (в особенности истерии) болезненными патогенными секретами, относящимися к сексуальной жизни. Ницше (1844—1900) подчеркивал значение инстинктов и их сублимации, самообмана, чувства вины, возникающего оттого, что импульсы, которые невозможно выразить открыто, загоняют внутрь. Достоевский и Ибсен исследовали тему страстей, скрывающихся в глубине и определяющих поступки людей, которые пытаются обмануть себя верой в разумность собственных действий. Элленбергер (1970) называет это явление “тенденцией срывания масок”, преобладавшей в 1880-е годы. Отец Ибсена был шахтером, и на его надгробии изображен отбойный молоток: сын хотел подчеркнуть, что продолжает шахтерскую традицию извлечения спрятанного в недрах, подобно той археологической метафоре, которую так любил приводить Фрейд.

Зигмунд Фрейд (1856—1939) родился в Моравии. Когда ему было четыре года, семья переехала в Вену. Начал было учиться на юриста, но, как он писал в своей автобиографии, “идеи Дарвина, представлявшие в то время огромный интерес, сильно привлекли меня тем, что давали надежду на мощное продвижение в познании мира” (Freud, 1925:8). Ему самому довелось, вслед за Коперником и Дарвином, нанести новый сильнейший удар по самооценке человека и его представлениям о своей центральной роли во Вселенной. На его решение изучать медицину повлияло услышанное в старших классах эссе Гете о природе.

Фрейд поступил в медицинскую школу в Вене в 1873 году и закончил ее только в 1881 году, поскольку несколько лет проработал в лаборатории физиолога Брюке. Это было время надежды, что все язвы человечества исчезнут с развитием естественных наук. Брюке был уверен, что “в организме нет других сил, кроме физических и химических” (Jones, 1953:45). Фрейд в юности разделял этот взгляд и в некотором смысле так и не отказался от него, что проявилось, в частности, в его предсказаниях расширенного применения лекарственных препаратов в психиатрии.

Имя Фрейда так тесно связано с психоанализом, что часто забывают: у него была блестящая репутация в нескольких других областях, прежде чем он (уже ближе к 40-м годам) совершил свои психоаналитические открытия. Еще будучи студентом, Фрейд проделал оригинальную работу по нейрогистологии, в области

неврологии — внес значительный вклад в изучение афазии и детского церебрального паралича, а в офтальмологии имя Фрейда известно в связи с использованием кокаина как средства местной анестезии.

Пытаясь занять университетскую кафедру, Фрейд столкнулся с проявлениями антисемитизма. Он был помолвлен уже в течение нескольких лет и собирался жениться и вести в Вене частную практику невропатолога, но непосредственно перед этим, в 1885 году, получил грант на поездку к Шарко в Париж.

Шарко в это время выступал с театрализованной демонстрацией невропатологических расстройств, демонстрируя пациентов-истериков с параличом, анестезией и нарушением движений. Фрейд отметил, что Шарко мог вызывать под гипнозом состояния, идентичные спонтанно возникающим у больных истерией и что вид нервного расстройства отвечал в большей степени представлениям самого пациента, чем анатомическим образцам. Он пришел к выводу, что если истерические расстройства могут появляться под гипнозом, то, возможно, они и возникают в результате спонтанного самовнушения в ответ на бессознательно появляющиеся в мозгу пациента представления.

В 1886 году Фрейд вернулся в Вену и женился. В его частной практике было немало пациентов, страдающих истерическими расстройствами. Сначала Фрейд использовал гипноз для их лечения, пытаясь обнаружить симптомы внушения. Вместе с Брейером он написал работу “Исследования истерии” (Breuer and Freud, 1895), где описано, как, вводя пациентов в состояние легкого гипнотического транса, можно услышать от них воспоминания и идеи, подавляемые и вытесняемые в область бессознательного в силу их невосприимчивости к сознательным установкам. Так появился метод, названный одним из пациентов Брейера “целительными беседами” — *talking cure*. Вскоре Фрейд отказался от гипноза как прямого вмешательства и чуть позже — даже как от средства облегчения контакта, полностью полагаясь на свободные ассоциации. Далее последовал отказ от роли активно лечащего врача, она сменилась ролью держащегося в тени спутника в путешествии пациента к самопознанию. К тому времени Фрейд избавил пациентов от публичных демонстраций в духе Шарко и создал интимное пространство аналитических приемных-консультаций, где можно было увидеть необъяснимые и неосознанные аспекты своего собственного внутреннего мира. Симптомы, которые рань-

ше считались бессмысленными побочными явлениями и еще неизученными соматическими процессами, теперь стало возможно рассматривать по-новому — как осмысленное сообщение о внутренних состояниях конфликта.

Понятие конфликта

В психодинамике центральной является идея конфликта, вызванного неприятием тех или иных сторон собственной личности. Само выражение “динамика” заимствовано Фрейдом из физики XIX века для передачи представления о конфликте двух сил, результирующей которых является третья сила, направленная в другую сторону.

Поскольку студенты-медики изучают лишь анатомию и физиологию (или их отдельные части — гистологию и биохимию), немудрено, что врач пытается понять жалобы пациента как симптомы анатомических или физиологических нарушений и, соответственно, найти медикаментозный путь лечения. Общепризнанно, что около трети больных страдают прежде всего от проблем эмоционального характера, которые таким путем излечить невозможно. Именно в этом и кроется причина отчаяния, в которое приходят от бесплодных попыток такого лечения и врачи, и пациенты. Чересчур романтичным можно назвать представление о том, что именно наше время породило новые явления в этой области: в 1723 году лондонский врач Чейн писал, что примерно треть его пациентов не страдает органическими заболеваниями.

Если принять во внимание, что (как в случае с миссис А.) жалобы пациента могут не являться симптомами конкретного заболевания, вызванного внешними причинами, а указывать на внутренний конфликт, то появится возможность во всеоружии разобраться в странных жалобах некоторых пациентов. Открытие в прошлом веке микроорганизмов позволило сильно продвинуться вперед в понимании природы заболеваний, но в то же время привело к концентрации внимания на внешних причинах. Это вполне отвечает потребности человека находить виноватых вовне (в своем роде обновленная теория о дьявольских кознях как причина болезней).

Значение внутреннего конфликта в человеческих несчастьях имеет важное значение не только для психиатрии, но и для всей

медицины. Если ребенок жалуется на боли в животе, это означает или какую-то реальную болезнь, например, аппендицит, или нежелание по какой-то причине идти в школу, не называемое из-за боязни вызвать отрицательную реакцию у взрослых. Женщина, жалующаяся на болезненность интимной близости, страдает от каких-то соматических расстройств (например, от эрозии шейки матки) или просто не хочет этой интимной близости, но по каким-то причинам не считает возможным сказать об этом прямо. Проблема может быть сокрыта не в состоянии организма, а во взаимоотношениях. Уровень, на котором возникает конфликт, может оказаться сравнительно осознанным или глубоко бессознательным.

Молодая одинокая женщина пожаловалась своему семейному врачу на острое отвращение, которое вызывает у нее собственный нос. Врач принял все это за чистую монету и отправил пациентку к хирургу на пластическую операцию. Хирург, не видя никаких особых отклонений в форме носа, посоветовал женщине сначала проконсультроваться с психиатром. Однако та настаивала на своем: ей просто не нравится нос (лежащий в основе конфликт был глубоко бессознательным). Постепенно женщина стала осознавать, что отвращение у нее вызывает не нос, а она сама (конфликт достигает сознания) и в особенности ее гомосексуальные чувства. Можно пойти дальше и добавить, что ее отвращение вызвано неудовлетворенностью собственным полом и, соответственно, выданными природой гениталиями. Но подобная неудовлетворенность в замещенной форме выразилась в претензиях к носу.

Представление о конфликте не является чем-то выдуманном людьми. Этологи признают пользу этих представлений для объяснения поведения животных. Птица, охраняя границы своих владений, может очень агрессивно налететь на другую, находясь на самом краю своей территории, но потом испугаться, отступить, снова изобразить нападение, что явится ярким примером внутреннего конфликта. Другая форма реакции птицы — отлететь на некоторое расстояние и начать яростно долбить клювом землю, давая выход своей ярости. Такое поведение, называемое этологами перенаправлением, психоаналитики обозначают термином “смещение”.

Какие аспекты собственной личности вызывают конфликты? Подробнее мы разберем это дальше, когда будем говорить о мотивации. Наиболее распространенное искажение взглядов Фрейда сводит конфликты к сфере секса, из чего охотно делается вывод, что психоанализ не имеет универсального характера, он лишь отражает специфику буржуазной Вены 1880-х годов. Фрейд действительно обнаружил, что истинная причина истерии у многих пациентов кроется в конфликте сексуального характера. Поучительно процитировать его подлинные слова по этому поводу (1894:52): “Во всех проанализированных мною случаях подавляемый конфликт был вызван проблемами сексуальных отношений... Теоретически нельзя считать невозможным его проявление в какой-то другой области. Я могу только констатировать, что пока не встречал случаев, вызванных иными проблемами”. С тех пор выяснилось огромное значение конфликтов, возникающих “в других областях”, например, агрессивные чувства могут быть направлены против самого себя (состояние депрессии и попытки совершения самоубийства) или замещены психосоматическими симптомами (такими, как мигрень или гипертония).

Депрессия, скорбь, вызванная тяжелой утратой, и другие потери, существенные для самооценки личности, могут не осознаваться человеком и находить выход в физических симптомах. Часто это проявляется в обострении жалоб именно в годовщину понесенной утраты (причем подобная связь может и не осознаваться самим пациентом).

Не следует думать, что все формы психических расстройств можно объяснить результатом внутреннего конфликта. Существует генетическая предрасположенность к функциональным психозам, таким как шизофрения или маниакально-депрессивный психоз. Существуют также довольно редкие формы органических психозов, вызванных дисфункцией мозга, например, опухолью мозга или дефицитом витаминов. В условиях проявления пограничных психозов и глубинных личностных расстройств речь идет о “вреде, нанесенном личности окружающими внешними условиями и укоренившимися капризами и причудами, т.е. о том, что неподконтрольно самому человеку” (Anna Freud, 1976). Все это подрывает силы личности и ее способность сдерживать примитивные реакции и импульсы и управлять ими. Сегодня известны многие виды травм, в том числе и раннее отлучение от груди, утраты

(Bowlby, 1973, 1980), насилие над детьми (Bentovim et al., 1988). Травмы, полученные в раннем возрасте, влияют, как было показано при изучении чудом выживших жертв Холокоста и подобных ему катастроф, на все дальнейшее развитие и на появление новых травм впоследствии (Pines, 1986; Kestenberg and Brenner, 1986; Menzies Lyth 1989; Garland 1991).

Понятие конфликта еще более важно в описании невротических расстройств, когда речь идет о внутреннем саморазрушении личности путем подавления и прочих форм защиты. Невротические конфликты в основном возникают в области личностных взаимоотношений в период формирования личности, когда конфликт загоняется внутрь, а позднее он определяет характер отношений с окружающими. Однако результат конфликта здесь сильно зависит от того, что происходит в настоящее время в сфере отношений с ближайшим окружением, как будет подробно показано в главах о семейной терапии и терапии супружеских пар.

Бессознательные процессы

Те аспекты нашего “Я”, которые противоречат нашим осознанным ценностям, могут отрицаться, подавляться, отчуждаться — вытесняться в область бессознательного. Предпочтительно говорить о различных уровнях осознанности и использовать термин “бессознательное” как прилагательное, а не как существительное. Тогда станет возможным не подразумевать существование таинственного царства “Бессознательное”, изолированного от остальной деятельности мозга.

Нечто может быть неосознанным просто потому, что мы не имеем представления об этом в определенный момент (например, цвет входной двери в момент чтения данных строк) или потому, что легче жить, подавляя неприятные ощущения и болезненные воспоминания, хотя нам легко можно напомнить о них. Эти уровни Фрейд называл предсознательными. С другой стороны, какие-то представления могут быть бессознательными, потому что их активно подавляют, так как думать о них непереносимо. Это воспоминания, фантазии, мысли и чувства, противоречащие нашим представлениям о себе и о том, что допустимо. Мысли, которые могут вызвать слишком сильное беспокойство, ощущение вины и боли,

если отдавать себе в них отчет. Этот уровень Фрейд назвал динамическим бессознательным. Подавление может иногда ослабеть, в результате чего неосознанное выходит наружу, хотя, как правило, и в измененном виде благодаря защитным механизмам. Например, во сне в виде сновидения, во время стресса в виде симптомов или под влиянием наркотиков или алкоголя в виде проявления кажущихся чуждыми импульсов.

Представление о различных психических уровнях создано параллельно с неврологическими уровнями, когда центры более высокого уровня управляют более примитивными центрами, проявляющими себя в условиях ослабления контроля. Фрейд, будучи по образованию невропатологом, всегда находился под влиянием высказывания невропатолога Хьюлингса Джексона (1835—1911): “Узнайте все о снах — и вы узнаете все о безумии”. Во сне и в состоянии безумия наиболее непосредственно раскрываются глубинные слои психики. Крылатое выражение “Мне это и не снилось” подразумевает несколько смысловых пластов: во-первых, существует то, о чем видишь сны, но не сделаешь этого наяву, во-вторых (на более глубоком уровне), есть нечто, что мы не позволим себе видеть даже во сне.

Некоторые философы оспаривают представления Фрейда о бессознательном на том основании, что только сознательные явления можно рассматривать как события умственной жизни. Однако представление о бессознательном все шире обсуждалось на протяжении XIX века. Психологи, такие как Хербарт (1776—1841), подчеркивали конфликт сознательного и бессознательного, а философ Шопенгауэр (1788—1860), предвосхищая Фрейда, писал: “Сопротивление воли проникновению в сознание того, что неприемлемо для человека, является тем местом, через которое дух может быть поражен безумием” (Ellenberger, 1970:209).

По мере того, как в средневековой Европе падал авторитет идеи Бога, происходил соответствующий рост стремления людей к самопознанию, ставший особенно интенсивным на рубеже XVII века. Слово “сознательное” появилось в европейских языках в XVII веке. Дуализм Декарта (1596—1650), отделяющий разум от тела и мысль от чувства, свидетельствовал о тесной связи этого движения со следующим утверждением: умственные процессы ограничены сферой осознанного. Упор на рациональное мышление был одной из сил, приведших к эпохе Просвещения в XVIII веке и ко

многим достижениям в области распространения образования и политических свобод. Но эта сила обесценила воображение и эмоциональную жизнь, естественным протестом против этого стало движение романтизма, зародившееся в начале XIX века, типичными представителями которого были такие поэты, как Вордсворт, Китс и Шелли. Идея “бессознательных” умственных процессов, “скрываемая на рубеже XVIII века, приобрела важнейшее значение на рубеже XIX века и стала эффективна на рубеже XX века” (Whyte, 1962:63). К 1870 году “Европа была готова отказаться от картезианского воззрения на разум как осознание” (там же: 165). Учение Фрейда о бессознательном лишь временно потеряло популярность из-за того, что изначально было сосредоточено только на сексуальности.

Возможно, эта идея внедрилась в наше мышление настолько, что не осталось и места для спора. Доказательства истинности понятия о бессознательной психической деятельности можно почерпнуть из следующих источников.

Сновидения

Фрейд всегда считал сны “столбовой дорогой к бессознательному”. О своем величайшем труде “Толкование сновидений” (1900) Фрейд писал: “Такого рода глубинное прозрение выпадает на долю человека лишь раз в жизни” (Freud, 1900: xxxii). Он провел разграничение между зачастую кажущимся абсурдным внешним содержанием сна и латентным содержанием, упрятанным цензурой под внешнюю оболочку, однако эту цензуру можно обойти путем применения свободных ассоциаций. Сны являются “переодетыми формами реализации подавляемых желаний”. Эта функция реализации желаний во сне является банальной очевидностью. Детям снятся праздники, взрослым — запретные удовольствия или те люди и места, с которыми связаны влекущие воспоминания, к чему хотелось бы вернуться вновь. Сны могут быть попыткой справиться с неприятными ситуациями или решить какие-то проблемы. Райкрофт (1979) подчеркивал творческий и связанный с воображением аспект снов, противопоставляя их простому отражению конфликтов и невротическим реакциям и рассматривая сновидения как неструктивную форму коммуникации недоминантного полушария мозга.

Художественное и научное творчество

Многие писатели, художники и композиторы, описывая процесс творчества, говорят о том, что их охватывает некая внутренняя сила, не вполне подвластная осознанному контролю. Часто творческий процесс происходит во сне. Кекуле, исследуя проблему структуры бензола, увидел во сне змею, пожирающую свой хвост, что тут же натолкнуло его на мысль о кольцевой структуре молекулы бензола (Findley, 1948). Кольридж, как говорят, сочинил поэму “Кубла-Хан”, находясь под воздействием опиума (Koester, 1964). Драматург Юджин О’Нил утверждал, что во сне ему приснились несколько законченных сцен и даже две пьесы целиком. Ложась спать, он настраивал себя, повторяя: “Маленькое мое подсознание, принеси-ка мне лакомый кусочек” (Hamilton, 1976). Моцарт в письме описывал живое проявление своего творческого гения, когда идеи стремительно обрушиваются на него: “Я не ведаю, когда и как они приходят, и не могу никак вызвать их появление... В воображении я слышу части, не следующими одна за другой, а все разом... Все это придумывание, создание происходит в приятном живом сне” (Vernon, 1970:55).

В отличие от вспышек вдохновения, озарявших Моцарта, Бертран Рассел ощущал медленный процесс “подсознательного вынашивания”, прежде чем наступало окончательное прозрение:

“Оказалось, что после появления предварительного замысла книги по какому-то вопросу и серьезного подготовительного этапа мне нужен период бессознательно-го вынашивания, которое невозможно ускорить и которое протекает так, будто что-то препятствует намеренным размышлениям... Вынося путем интенсивной концентрации проблему на бессознательном уровне, я жду, что она вызреет в глубине и неожиданно явится в виде ослепительно четкого решения, так что останется только записать то, что явилось в момент прозрения” (Storr, 1976:65).

Кроме описания творческого процесса, проходящего во сне, многие драматурги и писатели сообщали о том, что их персонажи живут своими собственными жизнями как бы наяву. Пиранделло в пьесе “Шесть персонажей в поисках автора” показал этот процесс. В своем дневнике он писал: “Некто живет моей жизнью. И мне ничего о нем неизвестно” (предисловие к Pirandello, 1954).

Истерические симптомы

Мы уже видели, как после поездки в Париж Фрейд развил теорию, согласно которой истерические состояния — паралич, анестезия, атаксия — могут быть вызваны представлением пациента, в котором он не отдает себе отчета. Подобное состояние может возникнуть в результате воздействия извне (гипноз) или изнутри (самовнушение). Эти истерические симптомы, по предположению Фрейда, строятся, как и сны, в виде компромисса между требованиями подавленных импульсов и сопротивлением цензуры, осуществляемой собственным “Я” (Freud, 1925:45).

Одна молодая женщина обратилась в больницу с жалобами на левую руку. Оказалось, что она только что прошла курс психотерапии в группе, где ее очень раздражал мужчина-психотерапевт, сидевший слева от нее, но она не решилась сказать об этом прямо. Жалобы на руку возникли как компромисс между желанием ударить его и страхом, удерживающим от этого поступка, хотя она и нашла в себе мужество рассказать обо всем врачу. Для того чтобы полностью понять, что произошло с пациенткой, необходимо знать ее историю. Женщина рассердилась на терапевта за его намерение бросить группу. В детстве она сама была брошена, и ее взяли на воспитание пожилые супруги, не допускавшие “плохого поведения” и грозившие отказать от девочки, если она не будет хорошо себя вести.

Постгипнотические явления

Человека можно загипнотизировать и дать ему установку полностью забыть то, что внушит ему гипнотизер, но после некоторого временного промежутка по щелчку пальцами, который произведет гипнотизер, пересечь комнату и открыть окно. Выведенный из гипноза человек по сигналу открывает окно. Если его спросить, зачем он это сделал, тот слегка смутится и ответит, что в комнате слишком жарко.

Этот пример показывает, как неосознанное представление (внушенное под гипнозом) порождает сложную последовательность действий и, более того, рациональные объяснения этих действий в ответ на вопрос о причинах.

Ошибочные действия

Если мы допускаем оговорку или забываем о чем-либо, это можно рассматривать как небольшой сбой деятельности мозга, но чаще всего (и это первым предположил Фрейд в “Психопатологии обыденной жизни” (1901)) оказывается, что существует эмоциональная мотивация происшедшего. Например, мы забываем о назначенной встрече или имя того, кто вызывает наше раздражение, но это происходит ненамеренно, помимо нашего сознания.

Некая молодая женщина не явилась на собрание. Позднее она встретила председателя и стала извиняться перед ним: “Доктор Х. заставил меня отдалиться, вернее, отдалить время иному занятию”. Была ли это просто оговорка, или выражение скрытого желания, или (что скорее всего) выражение внутреннего протеста против того, что ее силком заставляют делать что-либо?

За “психопатологией обыденной жизни” часто можно разглядеть одновременное сосуществование многих уровней сознания. Водители часто ловят себя на том, что унеслись мыслями “далеко-далеко”, но в то же время продолжают адекватно реагировать на дорожную ситуацию. Часто люди замечают, что к ним как бы беспричинно привязалась популярная мелодия, хотя путем ассоциаций всегда можно найти связь с каким-то мелькнувшим настроением, словом или полусознательным представлением.

Подпороговое восприятие, выборочное внимание и перцептивная защита

Звуковые и световые раздражители, возникающие ниже определенного порога, вызывают психофизиологические реакции, не отмечаемые сознанием. Около 30 лет назад в США поднялась ужасная шумиха по поводу использования подпороговой рекламы: сообщение “Ешьте кукурузные хлопья” мелькало на киноэкране лишь доли секунды, такой экспозиции было недостаточно, чтобы зрители могли осознанно воспринять это сообщение, но хватало для резкого роста продажи кукурузных хлопьев. Масса экспериментальных результатов (Dixon, 1971) свидетельствует о том, что порог

восприятия зависит от мотивации (например, мы видим то, что хотим увидеть, но слепы к тому, чего не желаем). Кажется, что существует некий механизм фильтрации, функционирующий на подпороговом, неосознанном уровне, что очень напоминает предположения Фрейда о механизме цензуры сна.

Иногда новички, начинающие усваивать образ психодинамического мышления, задаются вопросом, как эти отдаленные события остаются неосознанными и подолгу пребывают в спячке, пока (к добру или ко злу) не вызовут какие-нибудь реакции, подобно подземным потокам, внезапно прорвавшимся на поверхность. Писателям это представляется более естественным. Томас Гарди писал: “Я могу похоронить какое-то чувство в своем сердце и мыслях и через 40 лет эксгумировать его, причем оно ничуть не теряет свежести и остроты” (Gittings, 1975:5).

Тревога и психические страдания

Некоторые черты собственной личности или какие-то факты из пережитого нами неприемлемы для нашего сознания потому, что вызывают беспокойство и психические страдания. Понятие психических страданий может показаться на первый взгляд странным тем, кто привык считать страдания физическими. Они считают, что боль может быть реальной (физической) или выдуманной (психологической). Однако всякая боль и страдание — явления, в высшей степени относящиеся к психическому опыту, будь это боль соматическая или психологическая. Более того, физическая боль зависит от настроения и состояния на данный момент — в пылу битвы жестокие раны могут остаться незамеченными. Старинное английское выражение “sore” объединяет оба царства — психики и сомы, поскольку мы говорим “feeling sore” в обоих смыслах. Мы говорим о том, что травмы наносятся как телесные, так и душевные. Недаром говорят “головная боль” о мучащей проблеме, “плешь проел” — о человеке. Все эти выражения подчеркивают, как физическая боль отражает отношения между психической и соматической болью.

Короткое время человек способен выносить значительное беспокойство, например, в экстремальных обстоятельствах, или значительные психические страдания и депрессию (понеся тяжкую утрату). Но с этим эмоциональным дискомфортом можно бороться-

ся, используя ряд защитных механизмов. Если стресс слишком сильный, защитный механизм с ним может не справиться. Тогда наступает состояние декомпенсации и начинается психическая или соматическая болезнь.

Состояние тревоги, разумеется, далеко не всегда неестественно для человека. Тревога связана с возбуждением, являющимся нормальной реакцией на угрожающую ситуацию, и готовит человека к схватке или бегству. В древние времена это чувство имело первоначальную ценность с точки зрения выживания. И сейчас мы испытываем тревогу в ситуациях, связанных с конкуренцией и соревнованиями, что способствует подъему творческих сил индивидуума и вдохновлению его на оптимальную деятельность. Если тревога избыточна или непропорциональна, ее можно считать неадаптивной и неестественной. Беспокойство, возникающее при необходимости выступить публично, может быть раздражающим из-за невозможности разрядить это волнение.

Проблема тревоги и ее преодоления является центральной в большинстве описаний природы неврозов. Фрейд по-разному формулировал природу тревоги в ранних и поздних работах. Первоначально он считал, что тревога порождается защитными механизмами, позднее утверждал, что защитные механизмы возбуждаются в результате возникновения тревоги.

В ранней модели (1894) существовал более физиологический подход: предполагалось, что тревога является выражением неразряженной сексуальной энергии, или либидо. Классическим примером такого утверждения является прерывание полового акта, порождающее симптомы тревоги из-за недостижения разрядки. Хотя сейчас от этой модели практически отказались, существуют ситуации, в которых она применима. Например, в опасной ситуации человек не испытывает тревоги до тех пор, пока он полностью поглощен спасением от нависшей опасности. Ощущение беспокойства возникает, когда все уже позади. Фрейд (1926) пересмотрел свои представления о тревоге как неразряженном либидо и стал трактовать ее как ответ личности на угрозу внутренних сексуальных или агрессивных побуждений. Тем не менее, хотя от ранней модели тревоги в отношении сексуальных побуждений в основном отказались, идея “актуальных неврозов” как результата неразряженных агрессивных побуждений остается полезной для объяснения психосоматических расстройств (McDougall, 1974).

Боулби предложил весьма любопытные замечания по поводу связи между беспокойством, унынием и защитой. Маленький ребенок, привязанный к матери, при разлуке с ней выражает свое отчаяние в трех различных фазах: протест, отчаяние и отторжение. Боулби (Bowlby, 1973:27) пишет: “Фаза протеста является отражением проблемы тревоги по поводу разлуки, фаза отчаяния отражает горе и уныние, а фаза отторжения — защиту”. Суть замечания состоит в том, что три типа реакции являются фазами одного процесса, и только рассматривая их таким образом, можно понять их истинное значение. Фрейд рассматривал эти три стадии реакции на разлуку в обратном порядке. Прежде всего он осознал значение защиты (Freud, 1894) несколько позже — уныния (Freud, 1917) и, наконец, подошел к пересмотру своих представлений о значении тревоги (Freud, 1926).

Первоначально Фрейд занимался проблемой тревоги и механизмов защиты от нее, наблюдая невротические состояния: истерию, навязчивые состояния и фобии. Только позднее он переключил свое внимание на депрессию, клиника которых представляется значительно большей проблемой: в психиатрии более половины пациентов страдают депрессией. Самым простым способом определить связь между тревогой и депрессией является утверждение, что в той же мере, в какой беспокойство представляет собой реакцию на угрозу потери, депрессия является следствием действительной потери.

Фрейд в работе “Печаль и меланхолия” (1917) видит сходство между утратой и депрессией в проявлениях печали, отчаяния, потери интереса к внешнему миру, торможении деятельности.

“Печаль обычно является реакцией на утрату любимого человека или на какую-то абстрактную потерю, значимую для личности: утрату родины, свободы, идеалов и т.п.... При меланхолии болезненное состояние вызвано в большинстве случаев ситуациями, не связанными со смертью, и распространяется на ощущения неуважения, пренебрежения и разочарования, которые включают в себя противоположные чувства любви и ненависти”.

Другими словами, при меланхолии или депрессии утрата не обязательно является внешней, а, скорее, внутренней по своей природе, связанной с самооценкой личности. Депрессия, напри-

мер, может возникнуть в результате неудачной попытки достичь некоторой желанной цели, жизненно важной для самооценки (Pedder, 1982).

Иначе эту мысль можно выразить следующим образом: болезненные противоречия возникают между субъективным идеальным представлением о себе (я такой, каким хотел бы быть) и реальным “Я” (я такой, какой есть на самом деле). Эти противоречия могут стать причиной физических страданий (Joffe and Sandler, 1965), вызывающих следующие реакции. Нормальная реакция — протест, когда драку предпочитают бегству, направляя свою агрессию против источника боли. Человек может попытаться справиться с болью путем адаптации, а зрелая сильная личность — стойко переносить боль и перебарывать разочарование и ущерб, нанесенный самооценке. Существует еще несколько (правда, менее здоровых) способов реакции на непереносимые психические страдания. При невозможности восстановить желаемое состояние часто возникает состояние беспомощности, которое, по мнению Иоффе и Сандлера (1965:395), “представляет собой фундаментальную психобиологическую реакцию, относящуюся к самым основным реакциям, таким, как тревога. Ее корни — в первичном психофизиологическом состоянии, проявляющемся в беспомощности перед лицом любых физических и психических страданий”.

Одной из реакций на состояние беспомощности является полная капитуляция и переход в физическую болезнь, описанные Энгелем (1967) как “комплекс поражения”, часто предшествующий физической болезни. Другая реакция состоит в превращении психической боли в психогенные телесные страдания (Merskey and Spear, 1967). Третья представляет собой впадение в депрессию.

С другой стороны, механизм защиты, состоящий, например, в отрицании потери, может оказаться достаточным для того, чтобы справиться с болью, по крайней мере, на время. Приведем пример.

У женщины средних лет была выраженная депрессия. Она знала, что ее отец погиб, когда ей было всего десять лет. Девочке сказали, что он пропал без вести, скорее всего, погиб во время войны. Но надежда на возвращение отца не оставляла ее все эти 30 лет, заставляя в ожидании вздрагивать при любом стуке в дверь. Во время психотерапевтического лечения женщина с ужасом вос-

становила в памяти эпизод, когда ей, десятилетней девочке, вошедший в комнату брат рассказал о человеке в гараже, залитом кровью. В тот момент она мгновенно поняла, что отец покончил с собой, но тут же отринула от себя эту догадку. Только через болезненный процесс признания факта смерти отца и ужасных обстоятельств его гибели она смогла начать борьбу за преодоление своего уныния и депрессии.

В следующих разделах будут подробнее рассмотрены механизмы защиты.

Механизмы защиты

Включение различных механизмов защиты является одним из способов подхода к тем аспектам собственной личности, которые, будучи осознанными, могут вызвать непереносимую тревогу и психические страдания.

Каждый из нас применяет защиту в определенных ситуациях. Вопрос в том, в какой мере и когда. Порой чересчур увлекшиеся психиатры высказываются в том смысле, что никогда и никакой защитой пользоваться не следует, обличая ее как некую современную форму греха. Противоположностью подобной точке зрения является неспровоцированная атака чьей-то защиты, что так же не оправдано, как и любая форма агрессии. Еще одной параллелью с религией стала в представлениях невротика вера в то, что грешить в мыслях так же дурно, как и на деле, поэтому нет выбора: либо полностью подавляй сексуальные влечения и влечение к убийству, либо повинуйся им и действуй в соответствии с этими побуждениями. Особенность зрелой личности заключается в способности признавать и терпимо относиться к подобным влечениям, не допуская их проявления вне приемлемых ситуаций.

Фрейд (1894) первым употребил термин “защита”, занимаясь изучением поведения больных истерией. Позднее именно эту форму защиты он назвал вытеснением и описал еще некоторые другие формы. В 1936 году его дочь Анна перечисляла девять форм защитных механизмов (регрессия, вытеснение, реактивное формирование, отчуждение, бездействие, проекция, интроекция, обращение против себя, обращение в противоположное). Она доба-

вила еще и десятый нормальный механизм — сублимацию, а также два дополнительных (идеализацию и идентификацию с агрессором). Мелани Кляйн подчеркивала, что защита, проходящая в форме расщепления и проективной идентификации (Segal, 1964) бывает и при нормальном, и при болезненном развитии. Ниже приведен и рассмотрен список механизмов, хотя и не исчерпывающий все возможные, но включающий наиболее распространенные формы.

Вытеснение

Как было уже показано в начале предыдущего раздела, мы все в определенные моменты подавляем свои неприятные или неудобные внутренние побуждения, а то и полностью вытесняем нечто, не приемлемое нашим сознанием. Это совершенно естественно, если только не доводится до крайностей. До появления эффективной анестезии хирург с чувствительной душой должен был подавлять в себе реакцию на крики пациента, чтобы оказать ему необходимую помощь. В крайних случаях, когда, например, люди утверждают, что им неведом гнев или сексуальное возбуждение, они просто вытесняют в себе эти чувства самым беспощадным образом.

Отрицание

Мы можем отрицать или выбрасывать из памяти неприятные события внешней жизни, например, неудачную сделку или провал на экзамене. Существуют свидетельства, что до 40% овдовевших людей сохраняют иллюзию присутствия умершего супруга и 14% действительно верят, что видят и слышат умершего (Parkes, 1972). Это является формой отрицания болезненной утраты, вполне нормальной в исключительных обстоятельствах. Ощущения фантомных болей в ампутированных конечностях также можно понимать как некоторую форму отрицания утраты. Интересно, что фантомные боли чаще возникают при неожиданных ампутациях (например, в результате несчастного случая), чем при ампутациях, которым предшествовала длительная болезнь, т.е. соответствующая психическая подготовка. Более резкой формой отрицания

являются истерическое бегство или амнезия. Во время войны солдаты в истерическом состоянии прибегали с передовой, где у них на глазах снарядом накрыло всех их товарищей, и вынуждены были как-то отринуть от себя это нестерпимое воспоминание. В мирное время иногда объявляются пациенты, не помнящие своего имени, места, где они живут, и забывшие какие бы то ни было подробности прошлой жизни. Как правило, подобные явления — следствие совершения каких-то совершенно непереносимых для сознания поступков (например, нечаянное убийство жены во время бурной ссоры).

Проекция

Часто мы отчуждаем от себя неприемлемые чувства и даже приписываем их другим. “Горшок обзывает чайник закопченным”. Об этом говорил Иисус Христос: “Что же вы замечаете соринку в глазу у ближнего, а бревна в своем не видите?” Обвинение в собственных недостатках ближних, соседей, жителей другой местности, иноплеменников, иностранцев старо, как мир. Это естественная, хотя и трагическая, опасная человеческая черта. В крайних проявлениях она доходит до паранойи, когда собственные враждебные и сексуальные проявления объявляются чужими и даже направленными против самого индивидуума.

Иногда люди ведут себя таким образом, будто не только их чувства, но и важные аспекты их личности перенесены на других (например, мать, бессознательно перенося на своего ребенка ощущение собственной обездоленности в детском возрасте, портит его и мешает его независимому развитию, но такое поведение помогает самой матери справиться с болью не реализованного ею в детстве стремления к близости и зависимости. Потребности самого ребенка не учитываются, мать видит в нем часть собственного “Я”, заставляя его играть эту навязанную роль). На профессиональном языке психоаналитиков школы Кляйн подобное явление называется проективной идентификацией (Segal, 1964; Ogden, 1982).

В этом же аспекте можно рассматривать и расщепление, состоящее в полном разделении хорошего и плохого в себе и в других, что отражается в постоянном интересе детей к героям и злодеям, добрым феям и злобным ведьмам (Bettelheim, 1975). Клинически явление расщепления можно наблюдать в разделении добрых и злых

чувств, идеализации и презрении как по отношению к себе, так и по отношению к другим.

Реактивное образование

При сокрытии неприемлемых чувств можно впасть в противоположную крайность. Например, такова чрезмерная скованность, наблюдаемая при попытке скрыть искушение вести себя непринужденно. Чрезмерная чистоплотность может быть полезна. Но она может принимать нездоровые формы при неврозах, когда ежедневно соблюдается многочасовой ритуал омовения. Психодинамическое объяснение подобных невротических состояний представляет собой попытку скрыть враждебные чувства. Человек, тщательно проверяющий по три или по семь раз (магические числа!), закрыл ли он газ, мог бы прийти в ужас, поняв, что подавляет в себе неосознанное желание причинить вред окружающим. Вместо этого он объясняет свое поведение тем, что стремится экономить газ — пример рационального обоснования бессознательных процессов.

Рационализация

Еще одним примером рационального обоснования бессознательного служит уже описанный выше случай постгипнотического поведения. Выражение “виноград-то зелен” — прекрасная иллюстрация этого явления: лисица, отчаявшись дотянуться до винограда, утешает себя тем, что виноград еще не созрел.

Конверсия и психосоматические реакции

Неприемлемые чувства часто превращаются в физические симптомы. Таковы, например, истерические конверсии и психосоматические расстройства. Не получившая выхода ярость может, например, привести к мигрени или к повышению давления.

Очень опытная и привыкшая сдерживать себя сестра-сиделка не позволяла себе проявлять раздражение, закипавшее в ней при виде дурацких ошибок, допускаемых

молоденькими коллегами, считая, что это принесет им вред. Каждый раз она сдерживала в себе ярость, что в тот же вечер приводило к жестоким приступам мигрени. Пройдя курс психотерапии, женщина научилась лучше справляться со своим раздражением и выражать его в адекватной форме. Однажды она с удивлением и радостью сообщила, что сумела в корректной форме указать на ошибку и вечером ей действительно удалось избежать приступа мигрени.

При истерических состояниях симптомы могут носить элементы символики, отражающей лежащую в их основе фантазию пациента, как в описанном ранее примере с якобы плохо действующей рукой, что было вызвано защитной реакцией на желание ударить своего психотерапевта. Сейчас реже трактуют психосоматические расстройства в таком символическом ключе, но подобные ситуации случаются, особенно если речь идет о людях с ограниченной фантазией, чьи чувства выражаются физически, чья речь конкретна и кто не привык говорить сверх необходимости. Для характеристики людей, не выражающих своих чувств словами, используется специальный термин — “алекситимичный” (Nemiah and Sifneos, 1970). Это случается с пациентами, находящимися в посттравматическом состоянии, и с лицами, страдающими сексуальными извращениями, а также с пациентами с психосоматическими расстройствами (Taylor, 1987).

Фобическое избегание

Все мы в большей или меньшей степени стремимся избегать ситуаций, вызывающих неприятные ощущения, — зрелищ несчастного случая, необходимости выступать публично и т.п. Некоторые фобии — боязнь пауков или грозы, — часто восходящие к раннему детству, легко объяснимы теми травмирующими случаями, которые некогда произошли с маленьким ребенком. Так называемая “агорафобия” (боязнь открытых пространств) тоже легко объяснима. Она обычно возникает в отрочестве и свидетельствует не столько о боязни открытого пространства, сколько о боязни столкновения с людьми в перенасыщенных народом местах. Это социальная фобия.

Некая молодая женщина, исповедующая высокие идеалы брачной и добрачной чистоты, вышла замуж за человека, имевшего несколько добрачных связей. Через несколько лет работа мужа потребовала его отсутствия вечерами, и у жены появилось свободное время, чтобы посещать вечерние занятия. Но у нее развилась агорафобия до такой степени, что женщина вообще оказалась неспособной выйти куда-либо без сопровождения мужа. Во время сеансов психотерапии удалось выявить, что в основе агорафобии лежал ужас перед тем, что могут прорваться подавляемые ею побуждения флиртовать с мужчинами и таким способом попытаться “сравнять счет” со своим мужем, о добрачных связях которого она знала. Однажды женщина угощала ужином их женатого приятеля, который, уходя, поцеловал ее в благодарность за ужин, что было вполне допустимо с точки зрения социальных норм. Но, дав ему пощечину, она обругала его “грязной скотиной”, проецируя на него собственные неосознанные нечистые помыслы.

Замещение

Если мы не осмеливаемся выразить свои чувства непосредственно перед тем, кто их вызвал, то обычно переносим их на кого-либо. Классический фельетонный сюжет: начальник изливает свой гнев на заместителя, тот — на следующего в иерархии, и так до самого низа, когда посыльный пинает в сердцах кошку. Подобное явление наблюдается и среди животных. Его называют перенаправлением. Частой формой замещения является направление нераспущенного гнева на себя, что ведет к саморазрушительному поведению и даже к мазохизму. Особенно это бывает заметно при состояниях депрессии и суицидных настроениях.

Регрессия

Абсолютно нормально и даже весьма желательно в выходной день отбросить свои обычные обязанности взрослого человека и вернуться (совершить регрессию) в детство, чтобы поплавать, поиграть и

т.п. Перед лицом несчастий, с которыми мы не в силах справиться — тяжелая болезнь, несчастный случай, — мы часто ведем себя по-детски, отказываясь от принятия самостоятельных решений.

Сон может оказаться нормальной ежедневной регрессией, куда мы пытаемся ускользнуть от проблем, стоящих перед нами наяву. У ребенка, уже научившегося проситься и не мочащегося в постель, появление новорожденного братца или сестренки часто вызывает регресс, проявляющийся в том, что постель опять будет мокрой. У девочек-подростков, страдающих нервной анорексией на почве соблюдения нелепой диеты, это заболевание может оказаться проявлением регрессии, вызванной ужасом перед подавляемыми проявлениями подростковой сексуальности (Crisp, 1967).

Деперсонализация и спутанность сознания

Оба эти термина хорошо известны из общего курса психиатрии. Деперсонализацией называется состояние, при котором пациент считает себя неким нереальным существом, отделенным от своих собственных чувств и от всех окружающих как бы стеклянной стеной. Спутанность — это состояние потери ориентации во времени и пространстве, как правило, являющееся следствием соматической дисфункции мозга.

Однако жалобы на спутанное состояние сознания не всегда порождены органическими причинами. Иногда смятение становится защитной пеленой, под которой пытается спрятаться человек, раздираемый непереносимым конфликтом между непримиримыми противоречиями чувств, например, любви и ненависти. Тот же механизм защиты может проявляться и при деперсонализации (Lader, 1975).

Сублимация

Анна Фрейд (1936) определила состояние сублимации как “замещение инстинктивной цели в соответствии с более высокими социальными ценностями”. Это наиболее развитый и зрелый механизм защиты, позволяющий частично выразить бессознательные побуждения в модифицированном, социально приемлемом и даже желательном виде. Например, жажда убийства может найти час-

тичный выход в работе на скотобойне или в занятиях жесткими видами спорта. Побуждения отрываются от своих примитивных и очевидных корней и перенаправляются в иное русло, проявляясь как явления более высокого порядка.

Один весьма умный юноша 18 лет, происходивший из семьи, где не поощрялось проявление чувств, рос очень скрытным и неуверенным. Он был сильно закомплексован, избегал девушек, и даже в 16 лет чтение о биологических аспектах размножения шокировало его. С раннего детства юноша увлекался игрой в оловянных солдатиков и собрал огромную коллекцию. Эта коллекция и давала в сублимированной форме выход его потребности в соперничестве, в стремлении показать себя и т.п.

Кроме известных невротических проявлений, сублимация способствует обогащению как личности, так и общества. Фрейд рассматривал культуру как сублимацию глубоко запрятанных и темных потребностей и в то же время воплощение самых высоких порывов. Франц Кафка (1920) высказал нечто подобное в форме следующего афоризма: “Все добродетели — индивидуальны, все пороки — социальные, то, что сходит за общественные добродетели (любовь, отсутствие корысти, справедливость, самопожертвование), является всего лишь удивительно ослабевшими общественными пороками”.

Жизненно важные части личности могут быть выражены лишь в мечтах и фантазиях. Культура дает возможность косвенно выразить то, что иначе выразить просто невозможно. Одним из ярких примеров является карнавал. Культура дает выход жизни общества на всех уровнях — от примитивных инстинктов до самых высоких этических идеалов. Бессознательные стремления требуют своего выражения.

Мотивация

Всякая попытка понять истоки как здорового, так и болезненного человеческого поведения во всей их сложности рано или поздно непременно подходит к проблеме мотивации. Драматурги, романисты и поэты, исследуя область человеческих страстей —

любви и ненависти, героизма и саморазрушения — задолго до ученых-специалистов пришли к решению этой проблемы.

Разумеется, существует несколько типов врожденного поведения — от примитивных рефлексов до сложных, сильно зависящих от обучения, например, поведение матери, ухаживающей за ребенком. Существуют физиологические потребности в воздухе, пище и воде, которые, будучи неудовлетворенными, порождают мощную мотивацию поведения. Но в современном западном обществе, как правило, не существует препятствий в удовлетворении этих основных потребностей. Большого внимания требуют области, порождающие конфликты.

Инстинкты определяются как “врожденные биологически определенные побуждения к действию” (Ruscroft, 1972). Этот термин употребляется с XVI века и происходит от латинского обозначения импульса. В XIX веке понятие инстинкта получило особую окраску в свете развития физических наук и стало упрощенно выражать следующую идею: инстинктивное поведение животных так же примитивно, как и реактивное движение жидкости. Сегодня биологи предпочитают говорить о врожденных образцах возможного поведения, признавая их значительно бóльшую сложность. Такие образцы или “мотивационные системы” (Rosenblatt and Thickstun, 1977) требуют существования определенного внешнего запускающего механизма для того, чтобы активизироваться. Однако временами мы субъективно ощущаем, что собственные побуждения как бы возникают внутри нас помимо нашей воли. Мы предпочитаем использовать термин “мотивационное побуждение”, чтобы передать как психические, так и телесно-биологические аспекты.

Во введении уже говорилось о том, что различные школы психодинамики по-разному определяют мотивационные побуждения и по-разному выделяют наиболее важные из них. Однако все они придают основное значение конфликту мотивационных побуждений, причем значительная часть школ уделяет наибольшее внимание сексуальным и агрессивным побуждениям. Другие важные побуждения связаны с пищей, привязанностями, родительским и социальным поведением. Лучше всего показать это на примере краткого исторического экскурса.

Как уже было показано, Фрейд на ранней стадии своих исследований сталкивался с поразительно частыми конфликтами на сексуальной почве, особенно у женщин, страдающих истерией. Юнг (1875—1961), выступая против избыточного упора на сексу-

альность, предложил термин “либидо”, под которым понимал существование более широких общих жизненных сил. Адлер (1870—1937) еще большее значение придавал агрессивности и стремлению к власти. Первоначально Фрейд, принимая на веру рассказы своих пациентов о сексуальных совращениях, которые те испытали в детстве со стороны взрослых, видел причину невротических конфликтов в подавлении этих травмирующих воспоминаний. Позднее, занявшись самоанализом, а также почувствовав, что совращения детей не могут происходить столь часто, как предполагала построенная им теория, Фрейд понял, что ошибался. Он решил, что рассказы его пациентов были преимущественно основаны не на действительных фактах, а на детских фантазиях, посвященных их собственным желаниям. Он пришел к выводу, что очень часто психическая реальность намного важнее физической. Однако в последнее время вновь заговорили о признании реальности и распространенности проблемы сексуального совращения в детском возрасте (Bentovim et. al., 1988).

Открытие Фрейдом большого значения инфантильной сексуальности отражено в его книге “Три эссе по теории сексуальности” (1905). До этой публикации с общепринятой точки зрения развитие нормальной гетеросексуальной ориентации считалось возникающим заново в период полового созревания (миф, который иллюстрирует картина Боттичелли о рождении Венеры, поднимающейся из волн полностью сформировавшейся женщиной). Фрейд отметил, что подобный взгляд игнорирует явления гомосексуальности, сексуальных извращений, детской мастурбации и сексуального любопытства. Он пришел к рассмотрению сексуальных побуждений как явлений, появляющихся с рождения и проходящих различные стадии по мере развития (оральную, анальную, фаллическую и т.д.), в зависимости от того, какие эрогенные зоны доставляют удовольствие на той или иной стадии. Наиболее известны эдипова фаза (около 3—5 лет), названная так по имени героя мифа Эдипа, по неведению убившего отца и женившегося на собственной матери, а затем ослепившего себя (символическая кастрация), узнав о своем страшном преступлении.

В последние годы, возможно, под влиянием Адлера и деструктивности первой мировой войны, Фрейд больше внимания стал уделять проявлениям человеческой агрессивности.

Дискуссия о том, является ли агрессивность врожденным или приобретенным свойством в ответ на фрустрацию и обделенность, далека от завершения. Оба взгляда правомерны.

Тему агрессии между представителями одного и того же биологического вида разрабатывали зоологи (Лоренц, 1966). Одним из примеров подобной агрессии является дележ территории. Другой пример — борьба самцов, способствующая отбору лучших особей для продолжения рода. Это явление особенно распространено среди животных, ведущих стадно-кочевой образ жизни (антилоп, бизонов и проч.), для которых особенно важно наличие сильных самцов, способных защитить стадо. У высших приматов агрессия проявляется при установлении статуса в иерархии. Социальной стабильности способствует такое положение, при котором каждый член группы “знает свое место”. Что касается значения строгой иерархии в человеческом обществе, то оно весьма неоднозначно. Являясь безусловно полезным явлением в армии, ведущей военные действия, или в оперирующей бригаде хирургов, иерархия может сковывать рост и инициативу личности там, где она не обусловлена очевидной необходимостью.

Принятый на этапе становления психоанализа взгляд на сексуальность как на стремление к получению удовольствия, присутствующее с самого рождения, оказался очень полезным для объяснения мотивации, хотя некоторые ученые и порицали его за чрезмерную концентрацию на индивидууме и его удовлетворенности. Теоретики “объектных отношений” (Fairbairn, 1952; Guntrip, 1961; Winnicott, 1965; Balint, 1968; Greenberg and Mitchell, 1983) провозгласили основной потребностью человека жажду установления отношений (в широком смысле) с другими людьми. В отличие от теории поиска удовлетворения, для каждого возраста, представленного разными этапами, они считали, что разные этапы в разных возрастах выражают другую потребность — различные способы установления взаимоотношений с людьми (начиная с матери). Этот способ соответствует разным стадиям развития растущего организма и начинается с кормления. Вместо младенца, ищущего удовлетворения в оральном импульсе, данная теория видит объяснение в паре — мать и ребенок,— находящей удовлетворение в установлении отношений, связанных с кормлением.

В известной работе Харлоу (1958), посвященной малюткам-шимпанзе, есть полные драматизма примеры таких объектных привязанностей. Отобранные у своих настоящих матерей, маленькие обезьянки привязывались к куклам и муляжам, демонстрируя пример объектной привязанности над голодом (кормили их из бутылочек — отдельно).

Боулби (1969), продолжая развивать проблему отлучения от матери, которую он начал исследовать еще в 1952 году, пришел к выводу, что привязанность является важным первоначальным устремлением и у человека в том числе. Он утверждал, что “поведение привязанности представляет собой форму поведения, отличную от поведения, связанного с получением пищи, и от сексуального поведения, хотя ничуть не менее значимую в жизни человека” (Bowlby, 1975). Поведение привязанности достигает своего пика в возрастном периоде между девятью месяцами и тремя годами. Возможно, корни этого поведения связаны с “адаптацией к окружающей среде в ходе эволюции” для защиты беспомощного младенца от хищников.

Однако подобные биологические побуждения и поведение по установлению отношений не исчерпывают человеческой деятельностью. Человеческим детенышам свойственны любопытство и жажда познания, о которых пишет Пиаже (1953). Следует ли рассматривать их просто как производную от сексуального любопытства, позднее “сублимируемого” в форму научных и творческих исследований? Или же они представляют собой самостоятельное побуждение, ведущее к одному из самых уникальных творческих достижений человека? Сторр (1976) доказывает, что сохранение у взрослых детской способности играть составляет основу творческих способностей человека.

Исследовательское поведение и поведение привязанности образуют обратную зависимость по отношению друг к другу. Ребенок на пляже, увлекшись обследованием окрестности, все дальше удаляется от матери, а потом, испугавшись, бежит обратно. Он возвращается к ней, чтобы успокоиться, обрести уверенность, как бы “подзарядить батарейки”, а потом снова пускается в свои исследования.

Такая база требуется нам на протяжении всей жизни: человек — животное социальное. О другом социальном животном, пчеле, Метерлинк (1901:31) писал: “Стоит ее изолировать и, как бы хороша ни была пища и комфортна среда, она погибнет через несколько дней от одиночества. Скученность, общее поселение дают ей незримое лекарство, не менее необходимое ей, чем мед”. Несомненно, что и человек испытывает естественную потребность в общении с себе подобными, когда он может найти и реализует себя. Остается спорным, относится ли подобное поведение к первичным социальным инстинктам. В более развитых обществах

социальное поведение перерастает биологические потребности, отвечая удовлетворению психологических потребностей. Социальные связи создают структуру, в которой индивидуум борется за обретение собственной значимости через отношения с другими людьми. Первой социальной связью является структура “мать-дитя”, потом — семья, потом — школа, работа, сексуальные партнеры, новая семья и более широкие общественные связи. Самоощущение человека и осознание им собственной ценности зависит от присутствия и его взаимодействия с другими людьми на протяжении всей жизни.

Неофрейдистами назвали школу американских психологов, заявивших о себе в 30-е годы — Фромма, Хорни, Салливана и Эриксона. Представители новой школы придавали особенно большое значение межличностному аспекту в противовес внутриспихическому. Конфликты и срывы, наблюдающиеся в этих отношениях поддержки и самоопределения, приводят к отчаянию и болезням. Мы приходим ко все более ясному осознанию необходимости преодоления одиночества и поисков замены разрушающимся семейным и групповым связям, иными словами, к поддержке и правильному направлению потребности индивидуумов и сообществ в кооперации и тесных связях.

На каком бы определении мотивации ни пришлось остановиться, основным понятием психодинамики остается конфликт примитивных импульсов. Фрейд несколько раз пересматривал собственные теории инстинктов, но двойственные противоречивые идеи присутствовали в его трудах всегда. Сначала он видел конфликт в противоречии инстинкта самосохранения и инстинкта продолжения рода, позднее — между любовью к себе (нарциссизмом) и любовью к другим; наконец, Фрейд поэтично сформулировал конфликт между инстинктом жизни и инстинктом смерти, переключаясь с Шиллером, говорившим, что пока в мире не начнет править дух, власть будет поделена меж “голодом и любовью”.

Наука и литература продолжают разбираться в сложностях человеческой мотивации. Возможно, нынешняя стадия развития знания еще не является достаточно зрелой для более четкой классификации мотивации, во всяком случае, эта задача лежит за пределами данной книги. Психотерапия больше занята импульсами, насущными потребностями и фантазиями, ведущими к отчаянию и конфликтам. За ними стоят силы, выходящие из глубин личности и удачно названные Сандлером (1974) “бессознательными не-

пререкаемыми потребностями”. Если не удастся поладить с такой жизненно важной частью нашей природы, то это приводит к явным психическим заболеваниям или, по меньшей мере, к невротическим страданиям и запретам.

Фазы развития

Так было, когда жизнь лишь зародилась,
Так — и сейчас, когда уже я вырос,
Так будет до конца — пошли ж скорей, Господь, конец!
Ребенок — взрослому отец.

Вордсворт

Наше умение справляться с основными влечениями, определяется еще в младенчестве реакцией матери или лица, ее заменяющего, а затем — вообще “значимого другого” (отца, прочих родственников, учителей). Фазы развития концептуализируются по-разному, но существует общепринятое представление об их последовательности: каждая должна начинаться и завершаться в соответствующее время и обеспечивать таким образом успешный переход к следующей. Задолго до первых научных попыток классификации стадий развития Шекспир выделил семь возрастов человека.

Классическая теория психосексуального развития Фрейда (1905) является одним из примеров подобной теории стадий. Он рассматривал сексуальность взрослого как результат развивающихся с самого рождения стадий реализации удовлетворения инстинкта получения удовольствия. Первой стадией Фрейд называет оральную (0—1): младенец сосет грудь матери, соску или собственный палец. Вторая стадия — анальная (1—3): ребенок получает удовольствие от обретения контроля над испусканием фекалий. Третья — фаллическо-эдипова (3—5): ребенок изучает собственные гениталии и начинает испытывать беспокойство от того, что его собственные гениталии отличаются от гениталий представителей противоположного пола. В это время может развиться страстная привязанность к родителю противоположного пола и родиться соперничество по отношению к родителю своего пола.

Затем наступает латентный период сравнительного затухания сексуальных интересов и даже излишней добродетели, когда интересы человека направлены во внешний мир, на развитие интеллекта в процессе школьного обучения. Латентный период заканчива-

ется в период полового созревания, когда гормональная перестройка организма вновь разжигает сексуальные устремления и начинается генитальная фаза. С позиций сегодняшних воззрений можно добавить, что хотя физически человек и способен к воспроизводству по достижении половой зрелости, проходит еще период отрочества, прежде чем человек окончательно определит свою сексуальную идентификацию. Так что достижение сексуальной зрелости можно отнести к двадцати годам (Laufeg, 1975). Эриксон говорил о “психосоциальном моратории” зрелости, следующим за “психосексуальным мораторием” латентного периода, длящемся до тех пор, пока у человека не родится чувство ответственности взрослого.

Другая значительная теория стадий развития была предложена психологом Пиаже (1953). Она сфокусирована на познавательной и интеллектуальной стороне развития. Развитие начинается с ранней сенсомоторной стадии (0—2) до развития речи, затем следует предоперационная стадия (2—7), затем — стадия конкретного мышления (7—11), пока в возрасте примерно одиннадцати лет не появится способность к формальному абстрактному мышлению.

Предложенные Эриксоном (1965) восемь стадий психосоциального развития напоминают семь возрастов человека у Шекспира. Они представлены в сводной табл.1. Можно заметить, что каждая стадия может быть обращена как к добру, так и ко злу (например, первая стадия определяет укоренение доверия или обмана).

Можно отметить, что первые пять стадий по Эриксону совпадают со стадиями классической теории Фрейда. Последние три стадии по Эриксону больше соответствуют классификации Юнга, который особенно интересовался поздними стадиями развития, индивидуальностью зрелого и пожилого возраста со всеми сопутствующими проблемами достижения и свершения или, напротив, разочарования и “выхода в тираж”.

Можно ли отыскать общность этих теорий развития — классической теории Фрейда с ее, возможно, чрезмерным упором на индивидуума и его удовлетворенность, более социально ориентированной теории Эриксона — с другими теориями (например, с уже упоминавшейся теорией объектных отношений)? Рассмотрим новорожденного младенца и проследим развитие его отношений в раннем детстве. Вообще говоря, можно выделить три стадии: 1) фаза полной зависимости от матери (0—1); 2) фаза возрастающего отделения и индивидуации (1—3); 3) фаза возрастающей дифференциации и соперничества (3—5).

Таблица 1. Фазы развития

Возраст	Семь возрастов человека по Шекспиру	Классическая теория влечений по Фрейд	Восемь стадий психосоциального развития по Эриксону. Движущее противоречие	В данной книге
0—1	Сначала ребенок гулит и пукает на руках у няньки	Оральный период	Доверие / недоверие	Зависимость (два человека)
1—3		Анальный период	Автономия / стыд и сомнение	Отделение (сепарация) — индивидуация
3—5		Фаллическо-эдипов период	Инициатива / вина	Соперничество (три человека)
6 — половое созревание	Скулящего школьника волокут учиться против его воли	Латентный период	Усердие / неполноценность	Психосексуальный мораторий
Отрочество	Воздыхающий любовник, пышущий жаром	Половое созревание	Цельность / размытая идентичность	Психосоциальный мораторий
Юность	Солдат, связанный присягой	Генитальный период и более поздние стадии индивидуации, выделенные Юнгом	Интимность / изоляция	Женитьба
Зрелость	Судья, полный мудрых мыслей		Производительность / погруженность в себя	Родительство
Старость	Постный шут в шлепанцах		Цельность / отчаяние	Инволюция
	Без всего			

1. На первом году жизни младенец начинает все лучше осознавать окружающий мир и самого себя как нечто отличное от всех остальных, в контексте отношений, возникающих в процессе кормления и ухода за ним. Сначала он криком выражает, что голоден, замерз, промок или испытывает какие-либо другие неудобства, и, при условии, что материнский уход за ним достаточно хорош, все его желания исполняются, как по волшебству. Малыш

может даже поверить во всемогущество собственных желаний. Начиная осознавать, что материнская грудь, улыбка, добрые руки, запах и тепло принадлежат не ему самому, а другому, малыш испытывает беспокойство — как бы мама не ушла. Особенно если ребенок понимает, что слишком жаден и требователен — укусил мать своими прорезавшимися зубками, причинил ей боль, и это может вызвать ее уход. Реакция матери на основные потребности ребенка определяет его отношение к ним впоследствии. Эта первая фаза в классическом психоанализе называется оральной. Разумеется, младенец, начиная изучать окружающий мир, пытается все подряд тянуть в рот, но приписывать все происходящее только “оральному”, значит чересчур сужать проблему. На этой стадии, как отмечал Эриксон, начинается формирование доверия к людям, уверенность в том, что другие будут и дальше обеспечивать ему поддержку и комфорт. Серьезные сбои (возникающие со стороны окружающего мира) приводят впоследствии на этой ранней стадии к самым тяжелым формам психических расстройств. Существует даже особое название таких психозов — “заболевание, вызванное дефицитностью окружающей среды” (Winnicott, 1965:256).

2. К концу первого года жизни младенец начинает яснее осознавать себя как нечто отдельное от матери и прочих лиц, ухаживающих за ним. Маргарет Малер назвала этот этап развития фазой отделения (сепарации) / индивидуации (Mahler et al., 1975). Стерн (1985) доказывает, что процесс дифференциации начинается практически сразу же после рождения ребенка. Развивается самоощущение, границы “я” устанавливаются между собой и окружающими, между “я” и “не-я”. Классический психоанализ называет эту стадию анальной фазой, но ограничение концентрацией на удовольствии только от сдерживания или испускания фекалий можно считать слишком жестким. Разумеется, колья скоро на этой фазе устанавливаются независимость от матери, может развернуться борьба из-за соблюдения правил, связанных с отпращиванием естественных потребностей, но борьба может происходить и по поводу еды, и по поводу одевания, и по поводу всякой иной деятельности, поскольку ребенок пытается проявить собственную волю, часто вплоть до проявления негативизма и упрямства ради желания перечить. История изгнания из Эдемского сада может быть интерпретирована как потеря благословенного состояния (материнской груди), когда человек впервые говорит “нет” Господу (отцу) и

открывает для себя сексуальность. Сведение всего происходящего в этом возрасте к концепции анального представляет собой чрезмерное сужение проблем. При нормальном развитии происходит множество важных вещей: развитие речи и способности познавать мир, локомоторное развитие, все большее овладение разными навыками и умениями.

По Эриксону, эта стадия является стадией установления автономии. Ребенок начинает отделяться от матери, но еще сильно от нее зависит, нуждаясь в ней прежде всего как в защите от опасностей. Возраст от девяти месяцев до трех лет — это время максимальной привязанности (Bowlby, 1969). Согласно концепции Боулби, такой тип поведения связан прежде всего с защитой от хищников. Всякое преждевременное или насильственное прерывание этой привязанности, например, длительная госпитализация матери или ребенка, может привести впоследствии к развитию чувства тревоги по поводу ненадежности привязанностей и недоверия к людям, как в личном, так и в профессиональном общении.

3. К трехлетнему возрасту ребенок вполне осознает себя отдельной персоной, своих родителей воспринимает как отдельных и различных людей, а братьев/сестер (если они есть) — как соперников. Он знает о различии полов в общем и начинает более конкретно интересоваться различным устройством гениталий. О развитии психосексуальности и роли пола написано очень много. Кратким выводом, сделанным на основе этих работ, можно считать идею об уменьшении влияния биологических факторов, например, гормонов, и возрастание психологических факторов по мере отдаления человека от животного царства. В трудах Харлоу (1962) показано, что обезьяны, отделенные при рождении от родителей и находившиеся в изоляции (что не позволило им наблюдать образцы сексуального поведения), став взрослыми, оказываются некомпетентными в сексуальном отношении.

Имеются труды, посвященные изучению воздействия переназначения пола ребенка, если тот при рождении был ошибочно причислен к среднему полу (Money et al., 1957; Hampsons, 1961). Нормальные люди бывают двух полов — женского или мужского, что определяется набором хромосом и подчеркивается внешними половыми признаками. При рождении пол определяется видом внешних половых органов, но в случаях рождения гермафродитов и псевдогермафродитов внешние половые признаки не соответствуют хромосомам. Моне и Хампсонс показали, что сравнительно

легко правильно переназначить пол ребенка до года, но почти невозможно сделать это после достижения им пяти лет. Они предположили, что в возрасте от года до пяти происходит установление половой роли в соответствии с культурными ожиданиями, каким бы ни оказался пол на самом деле, и этот процесс как бы постоянно “отпечатывается в сознании”. И хотя все сходится в едином мнении о важности такого приписывания в определении самоидентификации пола, все же имеются свидетельства того, что в некоторых случаях генетические и гормональные факторы могут победить навязанное представление в возрасте значительно старше пяти лет (Hoeng, 1985). Такая способность к внутреннему изменению пола соответствует представлениям Платона и Фрейда о врожденной бисексуальности человека или взглядам Юнга о противоположностях, лишь одна из которых оказывается на виду (осознана).

Сила сексуального влечения может быть определена как биологическими, так и психологическими факторами. Роль пола, как и самоидентификация в этом вопросе, и ориентация сексуальных предпочтений определяются комбинацией психологических и культурных факторов, действующих на биологической основе.

Эта фаза возрастающей сексуальной (3—5) дифференциации была названа Фрейдом эдиповой. Миф об Эдипе повествует о том, как Эдип по неведению убил отца и женился на собственной матери. “Эдипов комплекс”, к сожалению, стал одним из тех замороженных клише психоанализа, которые легко высмеять, если понимать их слишком буквально и конкретно, утверждая, что каждый ребенок хочет прикончить своего родителя одного с ним пола, чтобы вступить в половую связь с другим родителем. У детей, в отличие от взрослых, нет такого представления ни о смерти, ни о половой близости, но, безусловно, ребенок может хотеть убрать с пути соперника (родителя или брата/сестру), чтобы стать ближе к матери или отцу. Этот период детства, бесспорно, является временем бурных страстей — любви и ненависти, соперничества и ревности, — исход которых может решающим образом повлиять на формирование характера. Было бы чистой утопией надеяться уберечь детей от конфликтов на этой (или на более ранней) стадии. Если все обходится нормально, то конфликт бесследно выветривается, но если соперник (родитель или брат/сестра), от чьего присутствия хотелось бы избавиться, заболевает, умирает или отсутствует, оказавшись в больнице, из-за развода, призыва на военную службу, то у ребенка может возникнуть страх, что его враж-

дебные чувства волшебным образом осуществились. Он может вырасти в страхе перед силой собственной ревности. Невротик, как ребенок, тоже не в состоянии отличить фантазии от реальности, мысли от поступков, желания от их реализации. Эта фаза соответствует третьей фазе по классификации Эриксона, где ключевой проблемой является соотношение инициативы и вины.

Преимущество деления детского развития на три фазы (хотя они, конечно, и переплетаются между собой) состоит в том, что они примерно соответствуют различным типам клинической проблемы. Невротические расстройства, такие как состояния истерии и фобии, принято считать проистекающими из эдиповой фазы развития (3—5). Некоторые тяжелые психические расстройства, такие как пограничные психозы и серьезные отклонения в характере, принято считать результатом неполадок на самом раннем этапе (0—1) развития отношений между матерью и младенцем. Трудности, возникающие в возрасте от года до трех лет приводят к возникновению проблем с самоидентификацией или проблем, связанных с разлуками и утратами, перерастающими в беспокойство и депрессию. Чем раньше возникает нерешенная проблема в период детского развития, тем труднее психотерапевту докопаться до нее, особенно если проблема возникла до того, как ребенок начал говорить.

Во времени латентной стадии ребенок находит собственный путь переживания внешних и внутренних конфликтов. Он начинает использовать характерный набор форм защиты. Развитие на этом не останавливается. Но результат разрешения ранних кризисов — к добру или ко злу, удалось ли утвердиться в достаточной степени доверия, автономии и инициативы — и определит отношение и форму реакции индивидуума на те трудности, с которыми он будет сталкиваться в дальнейшем. Обучение в школе, подразумевающее разлуку с матерью, изучение новых предметов, соперничество в среде коллег опираются на решения, выбранные в раннем возрасте. Подросток заново проходит этап психологической самоидентификации. Задача отделения себя от семьи и установление своей собственной индивидуальной идентичности повторяет процесс отделения от матери на ранней стадии сепарации/индивидуации. Проблемы более раннего возраста, связанные с зависимостью, автономностью, соперничеством и сексуальной дифференциацией, возникают вновь, обостряя кризис, что может в свою очередь привести к рождению эмоциональных проблем и к откло-

нениям в поведении. Однако отрочество, как обнаружила Анна Фрейд (1958), дает еще один шанс решить эти проблемы.

Таблица фаз развития показывает, что каждый учится на собственном опыте, каждая фаза жизни предполагает новые возможности и несет свои трудности. Женитьба и родительство покажутся желанными и возможными, их можно осуществить сравнительно легко, если нам удалось разрешить кризисы раннего детства. Отношение к ним будет сформировано под влиянием наших воспоминаний о соответствующих ролях собственных родителей. Успех на более поздних стадиях помогает скорректировать ранний дисбаланс. Например, удачный брак, научив доверию к себе и к другому в интимных отношениях, может изменить воздействие “обмана”, испытанного на самой ранней стадии полной зависимости. Иными словами, прошлое формирует настоящее, но настоящее может переформировать влияние прошлого. В этом состоит основа развития и перемен в жизни и в психотерапии.

Многие люди в той или иной степени переживают “кризис середины жизни” (Jaques, 1965), когда постепенно энтузиазм и оптимизм затухают и до человека доходит несоответствие целей и реальных свершений. Кто-то меняет профессиональную карьеру или спутника жизни, пытаясь восстановить ощущение молодости и осмысленности, что иногда удается, по крайней мере на время. Обращение к еще не выраженным аспектам собственной личности, возврат к той части самого себя, с которой утрачена связь из-за карьеры, родительства и т.п., может привести к обогащению личности и достижению ее завершенности, как подчеркивал Юнг (1933).

Но практически каждому из нас предстоит пережить смерть родителей, инволюцию и угасание физических и умственных сил, момент, когда тебя оставляют дети, ты уходишь на пенсию, означающий конец карьеры, смерть друзей и, наконец, встретить собственную смерть. На этой финальной стадии на весах оказываются, с одной стороны, отчаяние, а с другой — чувство завершенности, родившееся от осознания вписанности в схему, где рождение и смерть выступают частями единого цикла обновления. А куда склонится чаша весов, зависит не только от того, как мы живем в данный момент, но и от нашего общего подхода к жизни, от того, как мы разрешали кризисные ситуации на всех стадиях развития.

Модели сознания

Нам нужно запастись неким подобием работающей модели сознания, в рамках которой мы могли бы организовывать свои представления, как мы, собираясь путешествовать по незнакомым местам, запасаемся картой. Возможно, именно в этом вопросе из области структуры психики или метапсихологии сильнее всего расходятся представители различных школ и направлений психодинамики. Следует помнить, что речь идет о теориях моделирования процесса. Поэтому естественно ожидать, что эти теории будут постоянно пересматриваться по мере развития нашего понимания человека, как пересматриваются представления естественных наук о структуре материи или природе гравитации по мере нашего проникновения в тайны мироздания.

Фрейд несколько раз пересматривал свои теории, но для его представлений (как и для многих других школ психодинамики) фундаментальной оставалась идея существования различных психических уровней. В этом сказалось и его образование невропатолога, и заметное влияние идей невропатолога Хьюлигза Джексона. Сначала (в 1890-х годах) Фрейд описывал психику в терминах *Сознательного* и *Бессознательного*. Затем (в работе “Толкование сновидений”, 1900) родилась топографическая теория о царствах *Сознательного*, *Предсознательного* и *Бессознательного*. Сознательному соответствует все, что мы мгновенно осознаем в любой момент. Предсознательное включает в себя воспоминания и чувственные впечатления, не осознаваемые мгновенно, но совсем просто поддающиеся полному осознанию. Бессознательное включает подавленные воспоминания и чувства, которые не так легко обнаружить, а также и более примитивные импульсы и фантазии.

В 1923 году в работе “Я и Оно” Фрейд изложил свою структурную теорию с теперь уже общеизвестными концепциями “Сверх-Я”, “Я” и “Оно” (“Я” и “Оно” примерно соответствуют Сознательному и Бессознательному, а “Сверх-Я” — Совести). Эта теория значительно сложнее предыдущей. Ярлыки Сознательного, Предсознательного и Бессознательного в топографической теории служат для описания различных уровней или областей нашего опыта. Структурная теория представляет собой гибрид, пытающийся объединить биологические, экспериментальные и межличностные измерения. Например, под “Оно” подразумевается основной биологический аспект психики, наследственные инстинктивные и

конституциональные аспекты, в значительной степени общие для человека и прочих высших приматов. Эти рассуждения напоминают заключительные фразы в труде Дарвина “Происхождение человека” (1871): “Человек со всеми его благородными качествами... все же несет в своей телесной оболочке неизгладимую печать своего низкого происхождения”.

“Я” (примерно соответствующее Сознанию) занято рациональным мышлением, внешними восприятиями и осознанными моторными функциями (движением). Можно отметить, что существует определенное соответствие между такими функциями “Я” и корковыми функциями (в нейрофизиологических терминах). Эти функции “Я” состоят преимущественно из функций состояния бодрствования и направлены на восприятие окружающего мира и взаимодействие с ним. Во время сна они практически полностью подавлены. Другие функции, например механизмы защиты, действуют на менее осознанном уровне, но тоже не работают во время сна, переутомления или под воздействием наркотиков и алкоголя. “Я” находится в центре объектных отношений: и тех, что присутствуют в нашем внутреннем мире, и тех, с которыми мы сталкиваемся во внешнем мире. “Я” — посредник между потребностями внутреннего мира и реалиями и возможностями внешнего мира. Осуществляя такую функцию, “Я” остерегается “Сверх-Я”, примерно соответствующего совести как в ее сознательных, так и в бессознательных аспектах.

“Сверх-Я” строится на основе внутренних представлений и норм, привитых сначала родителями, затем школой и другими значимыми людьми. Следует различать более примитивный, связанный со страхом наказания уровень “Сверх-Я” (“Ты не должен смеяться...”) и более позитивный уровень идеального “Я”, к которому мы и пытаемся приблизиться. Примитивный уровень и идеальное “Я” соотносятся между собой примерно так же, как образ Господа в Ветхом и Новом Заветах. Следует помнить, что не все действия “Сверх-Я” осознанны. Взрослея, мы вырабатываем свои убеждения по отношению к актуальным нравственным проблемам (аборты или эвтаназии), но чаще во множестве случаев, причем самых тривиальных, например, при стоянии в очереди, мы руководствуемся менее осознанными повелениями совести. Общество не могло бы существовать без этого. Проблемы возникают, когда бессознательное “Сверх-Я” подавляет чувства и побуждения. Это может перейти в форму симптомов, как в описанном выше случае

с парализованной левой рукой молодой женщины, у которой возникло желание ударить психотерапевта.

Мы уже сказали, что структурная теория — это гибрид. “Оно” относится, скорее, к биологической концепции, описывающей инстинктивные процессы внутри самого человека. “Сверх-Я” относится к совершенно иной концепции, рассматривающей уже не психологию отдельной личности, а семейную и социальную психологию. Такая концепция предусматривает межличностное взаимодействие, при котором Другие из внешнего мира становятся частью внутреннего мира, принимая форму внутренних представлений и образов. Эти внутренние образы наполняют наши сны, но могут и выходить наружу, в реальную действительность в силу нашей готовности к восприятию таким образом мифов, сказок, пьес. Подобные образы не являются точным представлением реальных людей из вашего прошлого — они расцвечены чувствами, которые вы испытывали по отношению к ним, и представляются нам преувеличенно хорошими или дурными. Этот процесс являлся объектом пристального изучения со стороны последователей Мелани Кляйн (Segal, 1964). Такие идеализированные или, напротив, приниженные образы становятся героями и демонами наших снов и мифологии.

С 20-х годов началось перемещение фокуса построения теории с моделирования физических представлений о психической энергии на моделирование межличностного взаимодействия. Теоретики объектных отношений (Balint, Fairbairn, Guntrip, Winnicott), о которых уже шла речь в нашей книге, являются примером подобного направления.

Эрик Берн в книге “Игры, в которые играют люди” (1966) представил популярный очерк серьезной школы психодинамики в США, известной под названием Школы транзактного анализа (см. также Берн, 1961). Он использует представления о “Состояниях “Я”, отображающих те части личности каждого из нас, которые соответствуют Взрослому, Родителю и Ребенку. Такое графическое изображение весьма полезно для рассмотрения явления переноса в процессе общения. Рассматривая различные уровни психики (рис. 1) с точек зрения психоаналитической теории и теории транзактного анализа, можно увидеть грубую аналогию между примитивной детской частью нашей личности и “Оно”, более тесную связь между Взрослым и “Я”, а также наиболее точное соответствие между “Сверх-Я” и Родителем. Одно из преимуществ данной тер-



Рис. 1.

минологии состоит в том, что она понятна практически каждому. Говорить о конфликте между “Сверх-Я” и “Оно” означает порождать научные дискуссии в кругу профессионалов, но при этом остаться непонятыми большинством пациентов. Говорить о конфликте между Родителем и Ребенком, живущими в каждом из нас, — значит говорить на общепонятном языке.

Мы многократно подчеркивали понятие различных психических уровней и, в частности, дуализм, присутствующий не только во всех работах Фрейда, но и во многих других направлениях психодинамики (табл. 2). Например, Фрейд противопоставлял Сознательное и Бессознательное, “Я” и “Оно”. Вторичный процесс

Таблица 2. Парные психические структуры

сознательное	бессознательное
“Я”	“Оно”
защита	импульс
вторичный процесс мышления	первичный процесс мышления
принцип реальности	принцип удовольствия
внешний мир	внутренний мир
внешняя реальность	психическая реальность
настоящее	прошлое
культура	инстинкт
ложное “Я”	истинное “Я”
личина	теневая сторона
взрослый	ребенок

мышления (рациональный и логичный), характеризующий Сознание, — Первичному (алогичному и иррациональному), характеризующему Бессознательное; Принцип реальности, определяющий деятельность “Я”, — Принципу удовольствия, определяющему функционирование “Оно”. Могут существовать конфликты между Настоящим и Прошлым, Культурой и Инстинктом, Внешним миром или Внешней реальностью и нашим Внутренним миром или Психической Реальностью. Юнг писал о контрасте, существующем между Личиной или Персоной, которую мы показываем миру, и теневой или более темной стороной нашей натуры, которую мы хотели бы скрыть. Винникотт (1960) и Лэйнг (1960) в аналогичном случае писали о Ложном “Я”, скрывающем и внутреннее Истинное “Я”. В терминах Берна это будет звучать так: Взрослый затеняет Ребенка.

Мы специально подчеркнули, насколько такой способ понимания в терминах различных психических слоев или уровней является общим для всех психодинамических школ. Мы признаем себе в некоторых вещах, но скрываем их от окружающих, а некоторые — и от самих себя. Вот общечеловеческое свойство, которое вынуждены признавать все теории. Табл. 3 показывает, как такие парные уровни внутреннего осознания соотносятся с парными уровнями повседневных отношений между людьми.

Таблица 3. Парные уровни внутреннего осознания и отношений

	известно самому	неизвестно самому
известно другим	А общественное “Я”	В слепое “Я”
неизвестно другим	С потайное “Я”	Д бессознательное “Я”

Как будет рассмотрено во второй части, психотерапия включает информацию, передаваемую из С в А (самораскрытие), из В в А (поступления от других) и из Д в А (при более интенсивном лечении).

Пока мы старались говорить о динамике личности как о замкнутом в себе явлении, “Я”, стремящемся собрать различные влияния со стороны “Оно”, “Сверх-Я”, внешние впечатления, воспринятые органами чувств. Эта модель рисует индивидуума,

одинокого по существу, для которого внешний мир представлен образами и воспоминаниями, основанными на представлении о собственном опыте. Хотя эта модель чрезвычайно полезна для объяснения внутриспсихических явлений, она слишком ограничена при переходе к более сложным межличностным явлениям. Это неудивительно. Ученые давно убедились, что события невозможно полностью постичь, не приняв во внимание среду, в которой они совершаются. Точно так же, как болезнь одного органа может явиться частью разрушения всего организма, отклонения в поведении человека часто свидетельствуют о неполадках во всей его семье, а неполадки в семье могут стать отражением болезни общества. Проблема существует на всех трех уровнях. Например, у ребенка возникают болезненные расстройства, из-за которых он не посещает школу, чтобы оставаться подле матери и поддерживать ее, поскольку она пребывает в состоянии депрессии и поговаривает о самоубийстве, а все из-за того, что ее муж не может найти работу.

Модель психики индивидуума можно представить как систему, находящуюся внутри более обширной системы — семьи, которая, в свою очередь, располагается внутри еще большей системы — общества. Эти системы не имеют жестких границ между собой и влияют друг на друга. Использование понятия психической “энергии” очень полезно для представления отдельной личности и ее импульсов. Для рассмотрения ранней стадии отношений в процессе взаимодействия двух человек полезнее оказывается теория объектных отношений, делающая упор на роли внутренних образов или на представлениях о людях во внешнем мире. Для рассмотрения более сложных межличностных и общественных явлений более подходящими оказываются понятия коммуникации и информации (Watzlawick, Beavin, and Jackson, 1968). Нужно помнить, что человеческая деятельность осуществляется на всех трех уровнях одновременно, изолированный индивидуум — абстракция.

Общая теория систем (фон Бергаланфи, 1968) была создана в последние десятилетия для изучения и объяснения взаимодействия в широком круге областей: от кибернетики до социологии, а совсем недавно — и в психиатрии. Система представляет собой набор взаимодействующих элементов в гипотетических границах, оставляющих большую или меньшую открытость для взаимного влияния с окружающей средой. В социологии и психологии это

влияние в основном информационное. Теория систем позволяет яснее понять общеизвестный факт: окружение определяет происходящее внутри, и отдельные части не могут быть поняты без осознания целого. Как сказано у Джона Донна: “Ни один человек не является островом, предоставленным себе самому, каждый — часть континента, часть открытого океана”. Эта теория помогает понять саморегулируемые процессы, зависящие от управления и обратной связи, а также взаимодействие причин и следствий.

Естественные науки и вслед за ними медицина традиционно рассматривали результат как следствие причин и не считали правомерным предположение, что результат может сам являться причиной. Причину симптома следует искать в физических нарушениях, приведших к проявлению симптома, например, это могут быть боли в животе, вызванные аппендицитом. Однако при отсутствии физических нарушений симптом может сам являться причиной. Уже доказано (Bowlby, 1969), что применение такого подхода правомерно во многих сложных областях науки. Траектория снаряда, выпущенного из пушки, полностью предопределена начальными условиями. Такова вселенная “бильярдных шаров” ньютоновской механики. Но в более сложных системах, например, когда мы имеем дело с самонаводящейся ракетой, траектория все время корректируется. Аналогично обстоит дело и со сложным поведением живых организмов, где тоже происходит корректировка, ориентированная на достижение цели. Например, боли в животе, из-за которых нельзя идти в школу, могут быть вызваны именно нежеланием идти в школу.

Люди существуют в целой серии систем. С самого начала они являются частью системы *мать-дитя*, которая входит в еще большую систему — *семья*, а та, в свою очередь, входит в пересекающиеся концентрические системы — *родня, школа, соседи, общество*. Это называется открытыми системами, в том смысле, что их границы открыты для влияния более мелких подсистем, входящих в них, и более крупных систем, частью которых они являются. Можно составить иерархию систем, где более мелкие следуют правилам более крупных, например, отдельный человек — правилам своей семьи, семья — правилам общества. Более того, каждая система содержит *решающую подсистему* с функциями управления, коммуникации и координации. Например, центральная нервная система или “Я” в человеке, родители — в семье, пра-

вительство — в обществе. Чтобы понять явление какого-то уровня, нужно определить, на чем сосредоточить внимание. Можно ли понять причину головной боли или повышенного давления в терминах изолированной физической системы или же нужно рассматривать всего человека целиком (тело + разум)? Можно ли адекватно объяснить причину тревоги или ярости, если не принять во внимание семейные отношения или обстановку на работе? Наконец, можно ли понять полностью состояние человека, не приняв во внимание социальные факторы, например, трудности с жильем или отсутствие работы, из-за которых могут испортиться отношения в семье, что и приводит к эмоциональному расстройству?

“Следи за столкновением Галактики с Галактикой
И как планеты кружатся вокруг солнц — такая практика”.

Александр Поуп, “Эссе о Человеке”, 1733

Теория систем позволяет создать концепцию организации таких взаимодействующих уровней и прояснить, на чем следует сосредоточить терапевтическое воздействие. Например, мы можем не принять мнение семьи о том, кто именно болен. Ребенку, страдающему ночным недержанием мочи или отказывающемуся идти в школу, иногда можно лучше всего помочь, разобравшись в обстановке в семье. Появление новорожденного, депрессия матери, нелады между родителями могут оказаться причиной возникшей проблемы. Не рассмотрев более широкую систему, нельзя понять все значения и послышки, все формы коммуникационного обмена, в которых участвует пациент. Не разобравшись в проблемах семьи, мы не сможем объяснить, почему один ее член, следуя назначенному лечению, идет на поправку, что приводит к значительному ухудшению состояния другого. Например, муж впадает в депрессию, когда его привязанная к дому из-за агорафобии жена идет на поправку и перестает быть беспомощной.

Аналогичным образом невозможно понять все происходящее между врачом и пациентом, пока не удастся выяснить, что пациент воспринимает врача как некую личность, связанную с его прошлым, с отношениями в семье, сложившимися в раннем детстве. Об этом подробнее будет сказано при рассмотрении явления переноса.

Отношения в процессе терапии

Рассматривая общие отношения “врач-больной” или “терапевт-клиент”, полезно выделить три элемента: *терапевтический* или *рабочий альянс*, *перенос* и *контрперенос*.

Терапевтический или *рабочий альянс* относится к тем обычным хорошим отношениям, которые необходимы двум людям для выполнения общей задачи. В медицине это явление часто называют установлением контакта с пациентом. Такая повседневная форма общения бывает усилена дружелюбием, любезностью, надежностью. Подобную форму общения, бессознательно демонстрируемую профессионалами в области торговли и в других сферах обслуживания, Гринсон (1967: 46) определил как “в достаточной степени неневротические и рациональные отношения между пациентом и психоаналитиком, позволяющие пациенту целенаправленно продвигаться в правильном направлении в процессе психотерапии”.

Понятие *переноса*, как и самой психотерапии, имеет более общее и более конкретное значения, хотя некоторые употребляют его лишь в узком смысле. В широком смысле мы отвечаем на любое новое отношение в соответствии с образцами прошлого поведения. Мы передаем чувства и отношения, возникшие в прежних аналогичных ситуациях, особенно если не существует очевидных подсказок, как следует реагировать в данном случае, то есть того, что психологи называют “установкой”. Например, на новой работе мы можем необъяснимо сильно реагировать на своего начальника, и это останется необъяснимым до тех пор, пока не удастся осознать, что он напоминает нам нашего чрезмерно авторитарного отца.

Подобное явление усиливается при нездоровом состоянии, волнении, неприятностях. Все матери знают, что больной или напуганный ребенок ведет себя как совсем маленький, и ему необходимы особая ласка и внимание. Взрослые, серьезно заболев, эмоционально возвращаются к состоянию беспомощного ребенка и ищут у врачей и сиделок помощи, как ребенок у родителей. Как правило, когда острая опасность минует, это состояние полностью исчезает.

В отношениях с психотерапевтом у пациента часто возникает чувство, подобное тому, которое тот испытывал к какому-то значимому для него человеку в прошлом. Перенос тогда становится способом исследования забытого и подавленного прошлого. Гринсон (1967:155) так определил перенос:

“Состояние, когда по отношению к человеку в настоящем времени проявляются чувства, влечения, отношения, фантазии и механизмы защиты, не соответствующие данному человеку, а являющиеся повторением реакций, возникших в раннем детстве по отношению к значимому взрослому и бессознательно перенесенные на данное лицо в настоящем. Две основные характеристики переноса — повторение и несоответствие”.

Вернемся к терминам, используемым Берном, и к терминологии транзактного анализа (рис. 2) и рассмотрим различные ситуации, когда любой из ищущих помощи (слева) может обратиться за помощью к любому (справа).

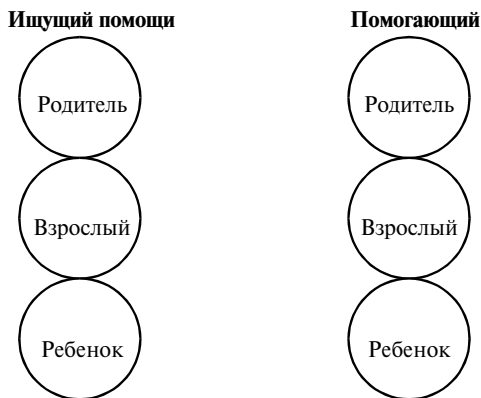


Рис. 2.

Если, например, мы отдали автомобиль в ремонт, этот поступок эмоционально нейтрален. Речь идет об отношениях “Взрослый ↔ Взрослый” или о *рабочем альянсе* (рис. 3). Но когда мы обращаемся к управляющему банком, где хранятся наши сбережения, за разрешением на превышение кредитного лимита, считая, что у нас с ним прекрасные отношения, и вступаем в отношения “Взрослый → Взрослый”, нас берет оторопь, если вдруг управляющий начинает общаться с нами тоном сурового родителя, читающего нотацию клянчащему ребенку (“Ребенок ↔ Родитель”, рис. 4а). А

может быть и иначе: мы приходим к управляющему, ощущая себя провинившимся ребенком, просящим дополнительные деньги на карманные расходы и ожидающим жесткого отказа от родителя (Ребенок→Родитель), нас приятно изумит обращение с нами на равных (“Взрослый←Взрослый”) со стороны управляющего (рис. 4б).

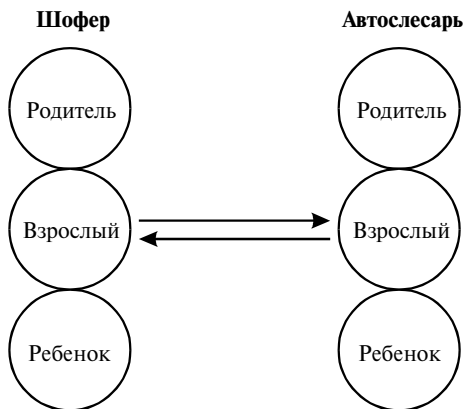


Рис. 3.

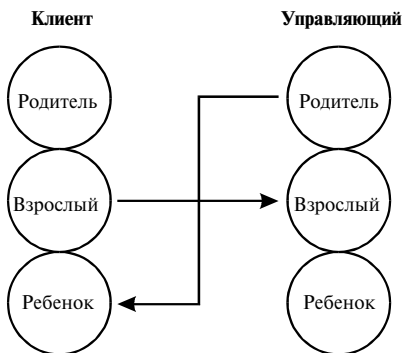


Рис. 4а.

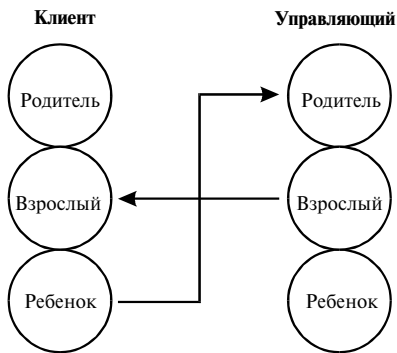


Рис. 4б.

Если мы обращаемся к врачу по поводу совершенно пустяковой и эмоционально нейтральной проблемы (например, вросшего ногтя на ноге), то наши отношения имеют вид “Взрослый-Взрослый” (рис. 5а). Но если проблема волнует нас сильнее или если мы действительно больны, то возвращаемся к детскому поведению и наделяем врачей и медсестер теми качествами, которые еще в детстве наблюдали у своих родителей (рис. 5б). Как уже было сказано, когда опасность минует, такое состояние сразу же исчезает.

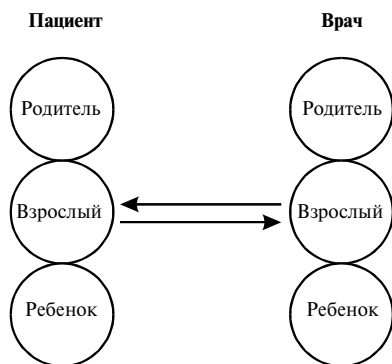


Рис. 5а.

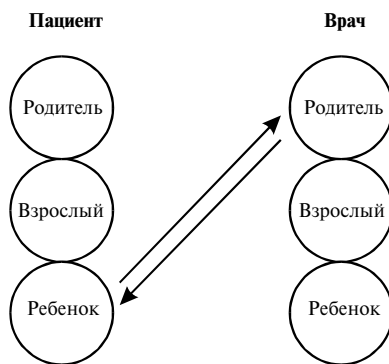


Рис. 5б.

Однако, когда речь идет о менее острых формах, подобное регрессивное поведение не так легко обратимо и создает проблемы. Например, раньше практиковалось помещение пациентов в отдаленные психиатрические лечебницы для длительного лечения. На все это время у них были отняты все обязанности взрослого (заботы о пропитании, одежде, необходимость содержать себя). Это способствовало развитию инфантилизма и усугубляло те психические болезни, которые у них уже были, тем самым они были обречены на невозможность покинуть стационар.

Перейдем к рассмотрению процесса переноса в психотерапии. Одним из наиболее знаменитых случаев из практики Брейера, описанным в “Изучении истерии” (Breuer and Freud, 1895), был случай Анны О., у которой наблюдались всевозможные истерические симптомы — вплоть до паралича и расстройства зрения и слуха. Брейер считал полезным для лечения пациентки погрузить ее в гипнотическое состояние и дать выговорить все те чувства, которые

накопились в ней при уходе за умирающим отцом. К концу курса лечения, пребывая в состоянии гипнотического транса, пациентка выразила эротические устремления, направленные на своего врача, что немало перепугало его, поскольку тот принял их за отношение типа “Взрослый-Взрослый”. Говорят, что врач даже отправился со своей женой во второе свадебное путешествие, чтобы убедиться в неизменности взаимной привязанности, а затем и вовсе прекратил исследования в этой области (Jones, 1953).

Фрейда такая реакция тоже озадачила, особенно в ситуации, когда пациентка обняла его за шею (Jones, 1953). Если пациенты проявляли по отношению к нему привязанность или враждебность, которые Фрейд ничем не вызвал на уровне отношений “Взрослый-Взрослый”, он считал, что это “Ребенок” в пациенте видит в нем “Родителя”. Сначала ему казалось, что подобные чувства мешают процессу лечения и потоку свободных ассоциаций. Вскоре Фрейд пришел к выводу, что обрел новый бесценный инструмент для исследования забытого и подавленного прошлого. Внутреннее представление лиц, с которыми пациент общался в прошлом, переносилось на врача, чувства, выплескиваемые на него, принадлежали прошлому. Сознательно выброшенное из памяти прошлое оживало в этом переносе. Такое явление названо “личным театром” переноса (Pontalis, 1974).

В аналитической психотерапии (рис. 6) врач устанавливает рабочий альянс (Greenson, 1965) между “Взрослым” в пациенте и “Взрослым” в себе (А—А), чтобы исследовать, как эти отношения будут искажаться в результате привнесения чувств, которые “Ребенок” в пациенте перенесет на врача с каких-то значимых для него в прошлом лиц (“Ребенок-Родитель”). Иногда *рабочий альянс* сам по себе является позитивным переносом, но это довольно запутанный вопрос (Sandler, Dare and Holder).

Аналитическая психотерапия может осуществляться удовлетворительно, если в пациенте достаточно развит “Взрослый”, или сильное “Я”, для того чтобы признать, проявить терпимость и поддерживать парадокс, состоящий в следующем: хотя у него и может существовать сильное чувство по отношению к терапевту “как если бы” тот был “Родителем”, но на самом деле пациент осознает, что это не так. Способность оценить такой парадокс подобна способности, которой должен обладать зритель театрального представления (Pedder, 1977), — так называемому “сознательному принятию условности” (Milner, 1977), без которой невозмож-

но наслаждаться каким бы то ни было видом искусства. У недостаточно зрелых лиц или у тех людей, чей уровень интеллекта явно низок, может не хватать для этого силы “Я”. Способность воспринимать “как будто” может быть утеряна при психотических состояниях.

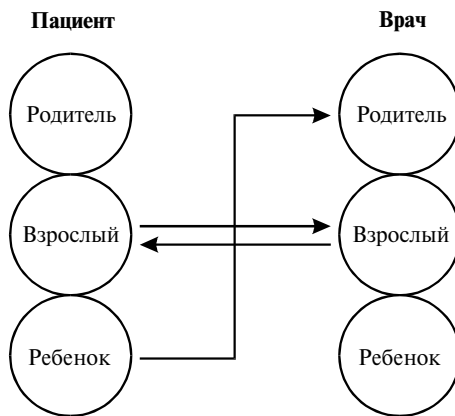


Рис. 6.

В процессе индивидуальной психотерапии самым ярким проявлением переноса является отношение пациента к терапевту как к отцу или матери (даже независимо от пола терапевта). Переносу могут подлежать и другие образы и чувства из прошлого, когда, например, проявляется чувство ревности к другим пациентам своего психотерапевта (так часто случается по отношению к другим детям в семье). Чувство ревности, перенесенное из прошлого, где оно было направлено на братьев/сестер, еще чаще проявляется при проведении групповой терапии.

Некая молодая женщина пришла в группу из-за того, что страдала хронической депрессией. Она была старшей из двух детей в семье, где согласно традициям очень хотели иметь первенца-сына. Долгожданным сыном стал второй ребенок, появившийся тремя годами позже. Поэтому с ее стороны было вполне естественно испытывать жгучую ревность, вплоть до мыслей об убийстве. Возможно, в определенной мере ей удалось преодолеть эти чув-

ства и даже оценить брата как компаньона. Но когда ему исполнилось 20 лет, он погиб в автокатастрофе. С тех пор женщина страдала хронической депрессией. Психодинамическое объяснение в данном случае состояло бы в том, что смерть брата пробудила в ней чувство вины за свою враждебность, испытываемую в детстве, заставив ощутить вину: будто бы каким-то магическим образом она накликала на него это несчастье. Но при первых же намеках на эту ситуацию она с негодованием отвергла их. Через несколько месяцев к группе присоединился молодой человек, немного моложе ее. Женщина напала на него и безжалостно критиковала, что, по мнению всех остальных членов группы, было совершенно непропорционально реальным промахам несчастного новичка. Затем она поняла, что отнеслась к появлению новичка в группе с такой же враждебностью, как когда-то отнеслась к появлению нового ребенка в семье. Но только заново пережив давно подавленные чувства, пациентка смогла осознать их.

Явление переноса направлено на терапевта и на других участников терапевтического процесса, например, на членов группы. Так было в только что приведенном примере, где перенос создал восприятие группы как собственной семьи, а приход новичка был воспринят как рождение нежеланного младшего брата в прошлом. Вся окружающая обстановка — проводящий терапию специалист, помещение, длительность занятий, группа в целом, клиника — может оказаться насыщенной мощным зарядом чувств и фантазий, необходимым для того, чтобы по-новому взглянуть на собственные действия, которые ранее невозможно было истолковать без этой встряски. У многих пациентов образ клиники (или другого места, где проводится терапия) сливается с образом самого терапевта в том смысле, что они (и терапевт, и клиника) вызывают одинаковые чувства (Main, 1989, ch.9). Иногда, напротив, эти чувства резко различаются, особенно у высокотревожных, “пограничных” пациентов, которые делят персонал в соответствии с хорошими и дурными аспектами своей собственной личности и своими “внутренними объектами” (Main, 1989, ch.2). Если это проявляется по отношению к членам группы, то вызывает их сопротивление и

протест, поскольку для исцеления необходимо ощущать признание окружающих.

Позитивный перенос затрудняет пациентам расставание с терапевтом и местом проведения занятий, особенно если они страдают хронической зависимостью. Но этот факт свидетельствует, что они получили достаточную поддержку. Расширенное и обобщенное явление переноса позволяет пациентам почувствовать защищенность благодаря тому, что они обрели место, куда всегда при необходимости могут обратиться за помощью.

До сих пор, рассуждая о переносе, мы говорили только о чувствах пациента к терапевту. А что терапевт чувствует по отношению к своему пациенту (на языке психотерапии это называется *контрпереносом*)? Иногда врач или сиделка даже испытывают вину, если пациент вызывает у них какие-то личные чувства. Но тем молодым людям, кто глух к чужим страданиям и бедам, противопоказана работа в сфере оказания помощи. Разумеется, бывают ситуации, например, катастрофы и стихийные бедствия, когда необходимо оказывать срочную помощь пострадавшим, и профессионал должен призвать на помощь всю свою выдержку и умение держать себя в руках, чтобы не грохнуться в обморок и не убежать прочь. Но стыдиться своих чувств совершенно не надо, в менее острых ситуациях они могут помочь нам узнать очень многое.

Например, студент-медик, долго беседовавший с глухо замкнутым в себе шизоидным больным, с огорчением признал, что не сумел ничего вытянуть из него. Это могло произойти из-за того, что студент не владел искусством вести собеседование (как ему и показалось), а могло оказаться и вполне естественным ощущением, которое возникло бы у любого при общении с таким некоммуникабельным типом. Способность ведущего беседу с больным понять его чувства и мысли издавна считалась в психиатрической практике одним из ключевых моментов при диагностировании шизофрении (Mayer-Gross et al., 1977). Если мы уверены, что у нас достаточно чувства юмора, что мы не слишком погружены в собственные проблемы и на нас не давит плохая организация работы, то чувства, возникающие у нас по отношению к пациенту, могут быть в высшей степени поучительными. Хилл (1956), например, говорил, что если пациент вызывает раздражение у врача, можно с высокой вероятностью предположить, что пациент страдает истерией. Очевидно, что подобная концепция не может претендовать на универсальность, поскольку реакции людей раз-

личны в зависимости от множества причин: если врач встал с постели не с той ноги, все пациенты, которых он примет в этот день, могут быть на основании такой концепции зачислены в истерики. Но отслеживать собственные чувства, размышлять над причиной их появления и при этом не позволять себе немедленно действовать, выставляя пациента вон из кабинета, очень полезно.

В специальных областях психотерапии понятие контрпереноса имеет многообразные значения, мы остановимся на двух достаточно широких различиях. Как и в случае переноса, контрперенос сначала был воспринят как помеха. Любое выраженное чувство по отношению к пациенту рассматривалось как отражение его собственных неразрешенных конфликтов и проблем в прошлом и настоящем, переносимых на пациента. Поэтому считалось желательным, чтобы врач, прежде чем вести психотерапию, сначала сам прошел курс психотерапевтического лечения.

В том случае, когда терапевт, работая с пациентом, свободен от погруженности в личные проблемы и способен проявлять “свободный поток внимания”, “слушать третьим ухом”, чтобы уловить то, что стоит за поверхностным слоем общения, его собственные чувства, бессознательно “подстраивающиеся” под пациента, могут дать ключ к пониманию проблемы. На этот аспект контрпереноса, превращающий его в весьма ценный инструмент психотерапии, одной из первых обратила внимание Хейманн (Heimann, 1950, предположившая, что бессознательное в аналитике понимает бессознательное в пациенте и задача аналитика — вытащить это ощущение с глубинного уровня и использовать его как источник проникновения в проблемы пациента.

Примерно в то же время Литл (1951) высказывала похожие идеи, работая с серьезно психически травмированными пациентами, которые часто оказывались чрезвычайно чувствительными к контрпереносу и воспринимали его как предвзятое отношение. Такие ситуации требовали от аналитика умения разобраться с возникающей напряженностью в их отношениях (Little, 1957). Винникотт (1947) описывал способность пациентов возбуждать к себе ненависть со стороны тех, кто оказывает им помощь. Он ввел полезное различие такого “объективного” контрпереноса и “субъективных” аспектов, возникающих, скорее, из ситуации и даже из внутренних проблем самого терапевта. Эти работы о контрпереносе были первыми, а затем было написано еще множество исследований (Sandler, 1976; Brown, 1977; Epstein and Feiner, 1979; Searles, 1979).

По удачному выражению Майкла и Энид Балингов (1961), ощущения, которые врач испытывает по отношению к пациенту, являются частью болезни пациента. Другими словами, то, что испытывает терапевт, может оказаться частью коммуникации пациента (как осознанной, так и бессознательной). Пациент может испытывать страх перед собственными чувствами, от которых он пытается отгородиться, а у терапевта таких ограничений не существует, и он может воспринять этот неосознанный пациентом посыл. Пытаясь проникнуться сопереживанием и ощутить себя в чужой шкуре, терапевт в то же время позволяет себе испытать те чувства, в которых пациент не осмеливается или не желает признаться самому себе. Терапевт испытывает чувства, которые бы мог испытывать человек, каким представляет его пациент, переносящий на него свои былые чувства и отношения, например, защищающий или отвергающий родитель. Иными словами, чувства, связанные у терапевта с контрпереносом, представляют собой отражение чувств и поступков пациента по отношению к терапевту.

В процессе лечения одной молодой женщины, пытавшейся освободиться от деструктивно критикующей и давящей матери, терапевт, будучи сама женщиной, обнаружила, что испытывает по отношению к пациентке настрой на критику и желание диктовать. Осознав это, врач сумела объяснить пациентке, что та сама провоцирует окружающих, в том числе и мать, на возникновение такого отношения к себе.

Это пример явления, которое Рэкер (1968) называет “*комплементарным* контрпереносом”; реакции терапевта находятся в соответствии с ожиданиями пациента (в данном случае он оказывается на месте матери, втянутый в бессознательную провокацию со стороны пациента). Сам пациент чувствует себя обиженным и страдающим ребенком. Задача терапевта разобраться и не позволить себе поддаться на провокацию, настроить себя на ощущения, которые испытывает обиженный ребенок (Рэкер называл это “*согласующимся* контрпереносом”). Все это позволило врачу и пациенту “проиграть” жизненную патогенную ситуацию отношений, сложившихся у пациентки с матерью еще в раннем возрасте.

Рассматривая явление переноса, мы старались связать его с другими проявлениями жизненного опыта, чтобы показать, что он

не является чем-то специфическим лишь для психотерапии. Относится ли это замечание к контрпереносу? Порой может показаться мистическим предположение, что терапевт обнаруживает чувства, в которых пациент не отдает себе отчета. Но, как доказывал Дарвин (1872) в работе “Выражение эмоций у человека и животных”, у млекопитающих одной из основных является способность воспринимать невербальные послылы об эмоциональном состоянии других живых существ: чтобы понять, враг это или друг. А повседневным прототипом деятельности терапевта в процессе анализа чувств пациента, безусловно, является общение матери с младенцем, еще не умеющим говорить.

Сначала младенец полностью зависим от матери, которая должна обладать способностью понимать, что тревожит ребенка, и вовремя принять меры. Чуть позже мать начинает называть ребенку испытываемые им ощущения, чтобы тот мог про себя определять их. Все младенцы проходят через довербальную стадию алекситимии — стадию неспособности выразить чувства словами. Подобное явление очень резко выражено у пациентов с психосоматическими расстройствами. Как мать помогает младенцу познакомиться с его собственными чувствами и постепенно научиться выражать их жестами и словами, так и психотерапевт помогает пациенту добиться того же, используя для этого контрперенос.

Умение различать рабочий альянс, перенос и контрперенос поможет яснее разобраться в различных терапевтических методах, описанных во второй части.

Часть 2. ПРАКТИКА ПСИХОДИНАМИКИ

Введение в практику психодинамики

В первой части мы доказывали, что люди могут болеть, и потенциальным помощникам, например, врачам, будет нелегко справиться с их болезнями, если причина коренится в конфликте из-за неприемлемых и часто бессознательных аспектов собственной личности, очень часто являющихся результатом травмирующих событий и обстоятельств в раннем детстве. Основой динамической психотерапии является создание установки, благодаря которой человек осознает аспекты собственной личности и корни создавшейся проблемы. По сути, главным в этом процессе являются *отношения с терапевтом*, без чего никакой психотерапии просто быть не может.

Со времен Гиппократов считалось, что отношения врача и пациента должны быть основаны на доверии и конфиденциальности, иначе врач не может эффективно исцелять своих пациентов. В нашем веке, следуя Фрейдю, психоаналитики и психотерапевты создали потенциал доверия и конфиденциальности своих консультаций, причем отношения построены не на основе активной работы врача с инертным пациентом, а в форме *общего пространства*, где и врач, и пациент вместе заняты изучением и разрешением патогенного конфликта и ликвидацией последствий травм и неудач раннего возраста.

Хотя такой специальный тип отношений формализован именно в психоанализе и психотерапии, любой хороший врач всегда должен уметь внимательно слушать больного. В 1850 году американский романист Натаниэль Готторн живо описывал подобное явление:

“Если же последний (врач) обладает прирожденной мудростью и еще чем-то, чему трудно найти точное название — назовем это интуицией; если он не впадает в

самовлюбленные поучения и не важничает чересчур, если у него есть способность, которая может быть только врожденным даром, — способность настраивать свой мозг на волну пациента настолько, что тот невольно проговаривается о том, что живет у него только в глубоко спрятанных мыслях; если такие откровения будут приняты с изумительной тонкостью и сочувственным пониманием, которое проявляется без слов, тональностью молчания, легкого как дыхание, осторожно вставленным словом, подтверждающим, что все понято; если к такой высокой квалификации исповедника присоединяется еще и искусство врача-терапевта, тогда неизбежно наступит момент, когда душа страдальца сумеет излиться с облегчением потоком темных и в то же время прозрачных рассказов, проливающих свет на все тайны и секреты”.

(“Алая буква”, 1850).

Способность к сопереживанию, умение почувствовать себя на месте другого, эмоционально идентифицировать себя с ним, ощутить его затруднения, совершенно очевидно, присущи не одним психотерапевтам, врачам и подобным специалистам. Можно усомниться, что эта способность целиком и полностью врожденная, как полагал Готорн, и не зависит от опыта ранних лет или профессионального обучения. Более того, существенно, чтобы эта интуитивная способность была сбалансирована умением объективно наблюдать и самого страждущего, и нашу реакцию. С такими уточнениями отрывок из романа Готорна можно считать прекрасным описанием *роли психотерапевта как фасилитатора*. Присутствие того, кто пытается понять, а не судить или управлять, создает ощущение защищенности и рождает атмосферу, в которой можно быть самим собой. Тогда человек, попавший в беду, чувствует, что может безопасно поделиться своими проблемами и исследовать то, о чем раньше не осмеливался думать и говорить.

Психотерапевтическое выслушивание не является пассивным, “а предполагает живое и сочувственное участие в том, что беспокоит пациента” (Bruch, 1974). В этом смысле психотерапия — это беседа, но ни в коем случае не поверхностная болтовня — она не ставит своей задачей достижение быстрого, кратковременного облегчения благодаря поддакиванию и утешениям. Она предполагает честный разговор, все более доверительный и задушевный,

который ведут люди, равно заинтересованные в том, чтобы понять страждущего, его проблемы и найти их решение.

Далее будут поочередно рассмотрены основные терапевтические *элементы психотерапии*, различные *уровни психотерапии* и различные типы динамической психотерапии, представленные сегодня в многообразии психотерапевтической практики. В нашем веке появилось несколько четко различимых форм лечения. Мы отчасти проследили их эволюцию (см. “родовое древо” на рис. 10). *Психоанализ*, родившийся на заре века в практике сначала немногочисленных частных консультантов, остается основной формой интенсивной терапии, но по-прежнему доступен весьма ограниченному кругу лиц. В 20—30-е годы появился детский психоанализ, первоначально возникший в детских клиниках и включавший в себя игровые элементы, будящие воображение ребенка и способствующие развитию коммуникации. Социальные последствия первой мировой войны выразились и в том, что широкий круг людей стал нуждаться в помощи, которую невозможно было в таких масштабах организовать по привычной схеме работы психоаналитика — один на один с пациентом. Однако игнорировать потребность в помощи тоже было нельзя. Появились специальные нестационарные отделения при обычных больницах общего типа, куда приходили такие пациенты. Эти отделения получили название отделений психологической медицины, чтобы пациенты не опасались клейма психически больных. Человек, нуждавшийся в подобной помощи для решения своих эмоциональных проблем, мог теперь не опасаться, что его будут лечить наравне с сумасшедшими. В 40—50-е годы, частично в результате еще более широкомасштабных последствий второй мировой войны, получило развитие новое направление — *групповая психотерапия*, которая занималась проблемами невротического и личностного характера. Этот метод сумел раскрыть новый терапевтический потенциал и оказать помощь значительно более широкому кругу нуждающихся. Позднее выделились еще два отдельных направления: *семейная терапия* и *терапия супружеских пар*, а также *социальная терапия*. В настоящее время развиваются и новые методы, например, *группы встреч*, призванные освободить “нормальных” людей от ощущения социальной отчужденности, имеются формы консультаций и самопомощи для решения и предупреждения различных проблем. Теперь лицам, нуждающимся в помощи такого рода, не грозит клеймо психического больного. Обзор психотерапевтической практики

будет закончен рассмотрением проблемы *выбора* наиболее подходящего для конкретного пациента подхода.

Из этого очерка можно будет почерпнуть представления об исторической последовательности развития основных форм психотерапии в Великобритании. Подробнее такое представление дают публикации в специальных журналах: в “Международном журнале по психоанализу”, который был основан Эрнстом Джонсом в 1919 г. одновременно с образованием Британского психоаналитического общества; в “Британском журнале медицинской психологии”, основанном в 1920 г. при медицинской секции Британского психологического общества; в журнале “Человеческие отношения”, издаваемом Тэвистокским институтом человеческих отношений с 1947 г.; “Журнале детской психотерапии”, выпускаемом Ассоциацией детских психотерапевтов с 1963 г.; в журнале “Групп-анализ”, издаваемом лондонским Обществом групп-анализа с 1969 г.; в “Журнале семейной терапии”, органе Ассоциации специалистов по семейной терапии, издаваемом с 1979 г.; в “Международном журнале терапевтических сообществ”, появившемся в 1980 г. Позднее, в середине 80-х, почти одновременно появились еще три журнала — “Психоаналитическая психотерапия”, “Британский психотерапевтический журнал” и “Свободные ассоциации”.

Элементы психотерапии

У личности, как и у тела, имеется природное стремление к исцелению и развитию. Фундаментальная задача психотерапии, как и других областей медицины, состоит в том, чтобы облегчить этот процесс. Отторжение и подавление каких-либо аспектов собственной личности происходит потому, что они кажутся пугающими и причиняют боль. Процесс психотерапии состоит в обнаружении подобных чувств, в помощи пациенту при осознании этих чувств и в преобразовании их таким образом, чтобы они перестали играть деструктивную роль.

На рис. 7 показано, как установки, заданные в процессе психотерапии, взаимодействуют с динамическими процессами, происходящими в пациенте. *Словесное общение* помогает установить *отношения доверия*, способствует *осознанию* и *интеграции* аспектов собственной личности и отношений с другими людьми — отношений, в которых пациент прежде не отдавал себе отчета.

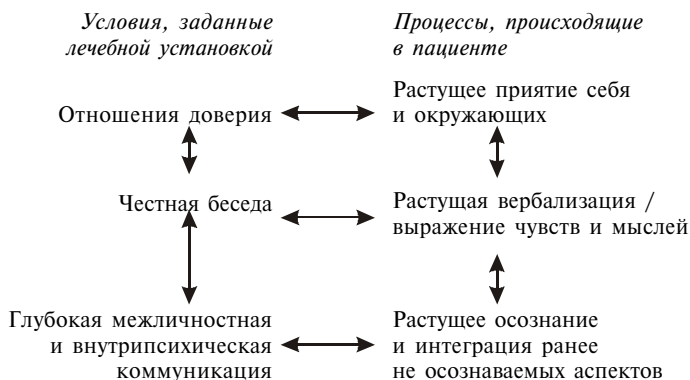


Рис. 7.

Отношения доверия

Необходимость обращаться за помощью к чужому человеку вызывает неприятное напряжение и чревато новыми конфликтами, помимо тех, которые уже мешают данному человеку. Что это за человек, к которому я попал? Поймет ли он меня? Сумеет ли помочь? Захочет ли мне помочь? Не сочтет ли, что даром тратит на меня время? Не осудит ли меня слишком сурово, посчитав слишком дурным или слишком безумным и потому не заслуживающим помощи? Желание пациента защитить себя от этих и тому подобных опасений может помешать ему быть честным и откровенным. Соппротивление и недоверие, возникающее во время беседы, существуют помимо неизбежно проявляющихся бессознательных механизмов защиты. От того, как терапевт встретит пациента и чем ответит на его невольные опасения, зависит, насколько искренним будет пациент.

Для того чтобы установить доверительные отношения, терапевт должен вести себя уважительно и воздерживаться от вынесения каких бы то ни было оценок. Давая пациенту ощутить, что понимает его тревоги и проблемы, терапевт помогает пациенту расслабиться и говорить откровеннее. Сознвая, что пациент может излагать свои тревоги каким-то косвенным способом, терапевту следует расширить поле беседы, спросив: “Как дела дома?” или “Не тревожат ли вас еще какие-нибудь проблемы?” Только когда пациент убедит-

ся, что врачу можно доверять, что врач на его стороне, будет заложена основа *рабочего альянса*. Это не всегда получается легко и просто. Для пациента может быть удобнее дистанцироваться от реальных проблем, например, считать их относящимися к физическим причинам, а не к проблемам человеческого общения. Иногда только установив контакт и убедившись, что границы доверия возможно расширить, врач осторожно переходит к исследованию реальных проблем. Иногда требуются месяцы, а то и годы, чтобы почувствовать достаточное доверие и позволить себе избавиться от груза гнетущих проблем.

Некая женщина тридцати с небольшим лет, живущая с мужчиной и родившая от него двоих детей и вновь беременная, постоянно посещала психотерапевта и уже в течение двух лет жаловалась на головные боли, которым не находилось никаких органических причин. Внезапно она призналась, что этот мужчина бьет ее и она фактически чувствует себя узницей в его доме. Проработав данную проблему и дав выход своему подавляемому гневу, она испытала облегчение и увидела возможность изменить ситуацию в семье.

Кстати, это была семья индейцев, но нельзя утверждать, что столь долгое откладывание признания явилось проявлением национального характера. Вообще недоверие, тормозящее откровенность, необходимую для излечения, очень распространено среди любых возрастных, национальных и социальных групп. Предубеждения настолько глубоко въелись в сознание людей (Ashurst and Hall, 1989; Littlewood and Lipsedge, 1989), что пришлось изобретать новые подходы в психотерапии, предназначенные специально для женщин и для представителей этнических меньшинств. В Лондоне существует Центр женской терапии и Межкультурный психотерапевтический центр, куда могут обратиться желающие получить помощь именно от представителей своего пола или своей этнической группы.

Для терапевта встреча с незнакомым пациентом также вызывает тревогу и волнение, особенно у новичка, которому важно убедиться самому и доказать пациенту, что он способен оказать эффективную помощь. Терапевту важно четко осознавать все эти моменты, чтобы суметь наладить отношения с пациентом. Кроме того, развитие терапевтической легкости и искусности включает в

себя умение доверять своим реакциям и интуиции, поэтому в специальном обучении динамической терапии такое значение придается этой стороне подготовки психотерапевта и ее обязательному дальнейшему развитию.

Если препятствия на пути установления доверия преодолены, можно начинать терапию. Стоит вспомнить, что, по Эриксону, индивидуальное развитие требует установления основополагающего доверия на самой ранней стадии отношений “мать-дитя”. Конечно, не всем повезло в детстве, и недоверие может присутствовать в любых отношениях с потенциальным помощником. Отвержение помощи — крайняя форма защиты от мира, к которому относятся как к миру, полному предательства. Но доказательство того, что на терапевта можно положиться, будет важным опытом, несущим изменение установки на ожидание предательства.

Стоит отметить, что первоначальное значение, английского слова “сознательный”, восходящее к XVII веку, — “знающий вместе с другими”. Трудно открыть какое-то новое знание о себе, если в этом процессе не участвует кто-то другой. Самоанализ Фрейда — героическое предприятие, он блуждал во тьме один, без спутника, способного оказать поддержку. Тем не менее, вызывает сомнение мысль, удалось ли бы ему справиться, не имея он отличных друзей и не веди он переписки (Jones, 1953). Понять и принять аспекты собственной личности, остававшиеся неосознанными, куда легче, если их поймет и примет кто-то еще. Терапевтические отношения создают надежное пространство, где можно доверять и доверяться. Вместе с другим человеком удается постичь что-то глубоко личное и неизвестное. Появляется возможность исследовать и оценить это новое с точки зрения объективного и субъективного опыта. Терапевт становится зеркалом, с помощью которого пациент видит себя по-новому и может понять, как видит других. Опыт совместной рефлексии в процессе терапевтических отношений усиливает способность пациента к рефлексивному мышлению.

Словесная коммуникация

Излагая словами ту или иную проблему, мы вносим ясность, делаем вещи понятными. Для этого нам необходима готовность к общению, но пациент может и не быть склонным проявить такую готовность, пока не убедится в том, что врач отзывчив к его проблемам,

особенно к тем, которые он ощущает крайне болезненно. Терапевту следует овладеть искусством “чтения между строк”, чтобы верно определить момент, когда пора намекнуть пациенту: нам есть что обсудить. Тактичный вопрос может помочь начать разговор на трудную тему, подсказав нужные в данном случае слова.

Однако первоначальное общение между врачом и пациентом, определяющее, удастся ли установить доверительные отношения, может быть невербальным — манера обращения, выражение лица, жест, поза (Argyle, 1972; Fraser, 1976).

Интерес, уважение, надежность выражаются не только словами. Но обретение общего языка в психотерапии производит столь же разительные перемены, как и то, что вносит речь в развитие ребенка. Речь делает общение неизмеримо богаче, тоньше и точнее. Слова развиваются как символы идей, оттенков чувств, моральной оценки. Тот факт, что слова могут служить и сокрытию правды, лишь подтверждает их силу. Чем меньше разрыв между тем, что говорится, и тем, как говорится, тем искреннее общение, а именно к этому и стремятся обе стороны при установлении отношений “пациент-терапевт”.

Психотерапия — это путешествие в поисках открытий. Пациент пытается облечь свои впечатления в слова и поделиться ими со своим спутником, терапевтом. Одна пациентка называла своего терапевта Санчо Панса, она не отважилась бы пуститься в это пугающее путешествие по внутреннему миру без его успокоительного сопровождения. Сказка братьев Grimm о Румпельштильцкине показывает, какое облегчение может принести называние угрозы по имени (Rowley, 1951).

Процесс перехода от неосознанного, примитивного процесса мышления, свойственного уровню “Оно”, к словесному выражению представлений о себе и отношениях с окружающими, свойственному уровню “Я”, можно проиллюстрировать уже упоминавшейся ситуацией, когда молодая женщина испытывала отвращение к собственному носу. Только проникшись доверием к своему врачу, она поделилась своими опасениями по поводу склонности к лесбиянству и сумела осознать связь между этими своими страхами и беспричинным отвращением к ни в чем не повинному носу. Как правило, столь доверительные отношения устанавливаются не сразу. Переход к ясному словесному выражению от недомолвок и метафор может быть очень медленным.

Молодую женщину настолько преследовал страх перед растущей независимостью и сексуальностью, что в течение нескольких лет она морила себя голодом. После клинического лечения женщина продолжала ежедневно чистить себя, принимая большие дозы слабительного. Лишь после года занятий в группе она постепенно сумела преодолеть свое недоверие к психотерапевту и опасение, что он ее недолюбливает. Тогда ей удалось понять связь между своими страхами и проявлениями болезни, до которой она сама себя и довела. Пациентке удалось даже раскопать корни этих страхов и комплекса вины, связанное со сложными чувствами, которые она испытывала к своей матери, особенно после рождения младшего брата. Женщина поверила в групповую интерпретацию своей проблемы, связавшую ее комплекс вины с тягой к слабительному. Разобравшись, она с удивлением обнаружила, что не нуждается в очищении организма — ни в прямом, ни в переносном смысле.

Беседа — не самоцель. Если она превращается в самоцель, значит, ее используют как защиту от настоящего общения, как это порой случается в парламенте (Langs, 1979a). При творческом подходе беседа служит тем каналом, по которому пациент направляет свои открытия, чтобы терапевт оценил их вместе с ним.

Этот упор на беседу берет свое начало в психоанализе, когда требуется отыскать значение того, что неизвестно или непонятно. Фрейд открыл, что глубинные страхи являются причиной избегания определенных мыслей и желаний, их следует осознать и преодолеть. В последнее время многие направления психотерапии (например, группы встреч, психодрама, гештальт, биоэнергетика) пытались избежать необходимости беседы, заменяя ее прямым контактом, столкновениями, физическим выражением чувств и отношений. Эти методы, основанные на действии катарсиса, прикосновения, изображения движениями, часто дают весьма сильные ощущения и требуют значительно более активной направляющей роли терапевта. Иногда они могут оказаться особенно эффективными для людей, которым нелегко дается словесное общение или которые умышленно используют слова, чтобы спрятаться за ними. Такие методы противопоставляют поступки словам, чтобы избежать словесной защитной завесы, но создают риск по-

явления защитных поступков и ощущений. Как чувства, так и слова необходимы для полноты выражения. Шекспир в “Макбете” словами Малькольма, обращенными к Макдуффу, узнавшему о гибели жены и детей, советует: “Излей словами горе. Ведь печаль безмолвная овладевает сердцем и разбивает вдребезги его”.

Молодая тридцатилетняя женщина подвергалась в группе постоянным нападкам, но вместо того, чтобы разразиться гневом, замкнулась в молчании. Подобное поведение могло быть объяснено тем, что в возрасте всего полутора лет родители потащили ее к детскому психиатру, не сумев понять ярости при появлении младшей сестренки. Психиатру она не захотела сказать и тех нескольких слов, которые уже умела говорить, надолго оставив попытки разговаривать в своей семье. Однажды члены группы, заметив, что она опять спряталась в свою скорлупу, попытались все же спровоцировать в ней гнев. Терапевт вручил женщине подушку, которую она, преодолев сильное внутреннее сопротивление, отважилась поколотить. Только испытав облегчение от того, что дала выход своим чувствам, с помощью доброжелательного окружения она сумела словами выразить свои деструктивные проблемы, преодолев конфликт, оставшийся от травмы, полученной в собственной семье в раннем детстве. Постепенно женщине удалось осознать и преодолеть свои страхи и научиться преобразовывать собственные переживания в приемлемые для себя формы.

Понимание и принятие

Как правило, осознание проблемы является первым шагом к ее решению. Но истинную природу проблемы пациент может умышленно прятать из-за страха, стыда или вины, а может и сам не сознавать ее. Порой человек хочет быть *пассивно* “понятым” кем-то, не желая понимать сам. В таком случае “понимание”, которого ожидают от врача, правильнее было бы назвать доброжелательным сочувствием. Динамические формы терапии стремятся вовлечь пациента в *активное* понимание собственных проблем. Они подразумевают исследование причин возникновения и значения

симптомов, выявления стоящих за ними проблем. Было высказано предположение (Horne, 1966; Rucroft, 1968), что такое исследование требует скорее семантического, чем механистического подхода к поведению, то есть стремления обнаружить смысл явления, а не причинно-следственные связи, являющиеся предметом естественных наук. Итак, необходимо понять свои действия и отношения. Что же делать с этим знанием дальше? Для того чтобы осуществился терапевтический процесс, параллельно пониманию должно идти принятие и изменение.

Например, женщине, которая прочищала себя слабительным, нужно было понять значение этих симптомов, отражавших конфликт отношений с семьей, и в общении с терапевтом и другими членами группы заново свой опыт пережить. И терапевт, и члены группы в этом случае выступали в ролях родителя и братьев/сестер. Только тогда женщина смогла постичь проблему глубоко и в то же время эмоционально, то есть получить глубокое эмоциональное и интеллектуальное представление о своей проблеме. Затем, трезво оценив суть проблемы и возможности изменения, она сумела простить себя, освободиться от враждебных чувств, вызывающих ее к матери до зависимости и использовать положительные импульсы продуктивно. Пациентка осознала то, что раньше находилось в области бессознательного.

Как в научном и художественном творчестве, в психодинамике осознание происходит различными путями: иногда как мгновенное озарение, иногда постепенно и медленно с нелегко дающимся преодолением внутреннего сопротивления. Взаимодействие с терапевтом содействует этому процессу в форме как вербального, так и невербального общения. Выделяют три специальных типа вербального общения: конфронтацию, прояснение и интерпретацию (Greenson, 1967). *Конфронтация* состоит в привлечении внимания пациента к его поступкам, часто повторяющимся и, видимо, не осознаваемым им самим, например, к опозданиям на сеансы терапии, проявлениям враждебности к определенному сорту людей, склонности к самобичеванию. *Прояснение* помогает пациенту разобраться в происходящем путем задавания вопросов и перефразирования, а *интерпретация* предлагает новые объяснения бессознательных мотиваций.

Интерпретация связывает сознательное и бессознательное, расширяя представления пациента о себе самом и его отношениях с окружающим миром, что включает и саму терапевтическую уста-

новку. Интерпретация играет важную роль в психоанализе и динамической психотерапии, иногда даже говорят об *интерпретативной или ориентированной на инсайт* психотерапии. Райкрофт (1966, 18) описал это явление так: психоаналитиком может считаться тот, “кто знает кое-что о том, как подавленные желания, мысли, чувства и воспоминания транслируются в симптомы, жесты и сны, и владеет грамматикой и синтаксисом такой трансляции, благодаря чему может осуществлять интерпретацию подобных явлений на общедоступном языке сознания”. Интерпретация не является догматическим утверждением в тональности поучения “сверху вниз”, а, скорее, предположением, гипотезой в духе вопроса: “А не может ли быть, что...?” или “У меня возникает ощущение, что...”. Эти вопросы принято называть “обрамляющими рассуждениями как приглашением к совместному изучению” (Meares and Hobson, 1977). По мере того, как лечение прогрессирует, пациент обретает все большую способность понимать и интерпретировать собственные опыт и поведение.

Динамическая концепция инсайта предполагает осознание взаимодействия реалей внешнего и внутреннего мира, относящихся к субъективному и объективному опыту. Здоровое состояние включает осознание и того, и другого. Равновесие между ними может быть нарушено как при одной крайности — замыкании в себе, интроверсии, вплоть до психоза, — отрезающей человека от внешнего мира, — так и при другой — избыточной экстраверсии и ограниченной личностной ориентации, что отрезает человека от реалей внутреннего мира и субъективных чувств. Коррекция таких нарушений равновесия играет важную роль в аналитической психологии Юнга (1946). Все направления психодинамики сходятся на том, что частичная неспособность к инсайту возникает под воздействием механизмов защиты, например, при отрицании внешних событий, таких как болезненная утрата, или при возникновении нежелательных внутренних побуждений.

Как достижение понимания между людьми приводит к примирению, так и самопознание и инсайт могут привести к примирению с ранее отторгаемыми частями собственной личности. Иными словами, у понимания есть интегрирующая функция. Фрейд в 1933 году изрек: “Где было “Оно”, будет “Я”. Подобное утверждение предполагает интегрирование внешней и внутренней реальности. Менее зрелые формы защиты бывают отброшены или преодолены путем сублимации. Подавленные и отколотые части могут

быть восстановлены в новом состоянии личности, отмеченном духом эксперимента и роста, если терапевтическое лечение обеспечивает необходимую безопасность и гибкость. Человек оказывается в состоянии открыть истинные размеры своего внутреннего мира и, может быть, даже впервые открывает для себя свой внутренний мир. Изучение состояния сна показало, что даже тот, кто не помнит своих сновидений или уверенно утверждает, что никогда не видит снов, проводит не менее пятой части общего времени сна в активной фазе, то есть в фазе, во время которой у спящего двигаются глаза и он, будучи разбуженным, в состоянии описать сновидение (Berger, 1969). Как правило, те немногие, кому это не удается, страдают алекситимией (Kalucy et al., 1976). Просто поразительно, как много людей во время терапии впервые начинают припоминать свои сны!

Спорным можно считать вопрос о том, насколько необходим инсайт для процесса лечения, по крайней мере, для ограниченного движения вперед. Пациент может выздороветь, не став ни капельки мудрее. Просто с помощью лекарств, прописанных психиатром. Но даже если это так, большое значение имеет возникновение потребности в получении помощи от надежного человека, вызывающего у нас чувство доверия, какое некогда мы питали к родителям, а также удовлетворение данной потребности. Это часть неспецифического эффекта плацебо, используемого почти во всех областях медицины, в том числе и в психиатрии и психотерапии. Когда инсайты или более тесный контакт с терапевтом становятся пугающими, некоторые пациенты быстренько выздоравливают — происходит своего рода защитное “бегство в здоровье”. Но такое улучшение может оказаться недолговечным.

Многие пациенты предпочитают считать свое эмоциональное расстройство “болезнью”, не имеющей ничего общего с их личностью и отношениями. Они охотно принимают лекарства, чтобы как можно быстрее ощутить облегчение. Это вполне понятно и свойственно многим людям, особенно находящимся в состоянии психоза. Встречается подобное явление и в случаях менее серьезных расстройств, когда человек не хочет или не способен к углубленному самопостижению и вербализации. В этих случаях полезными могут оказаться психодрама, арт-терапия и музыкальная терапия, йога, аутотренинг и гипнотерапия, а также некоторые другие подобные методы.

Но при наличии желания понять свой внутренний мир и способности перенести те открытия, которые предстоят на этом пути, следует достичь понимания и принятия, даже если придется преодолевать сопротивление. Оно может оказаться весьма сильным, поскольку включаются механизмы защиты от беспокойства и психических страданий. Поэтому часто попытки обойти сопротивление путем гипноза и использования лекарственных препаратов бывают практически бесполезны: внутреннее сопротивление остается несомненным, и люди просто не в состоянии принять результаты собственных открытий.

Молодую женщину поместили на обследование в психиатрическую лечебницу. Причиной послужило ночное недержание кала. Иногда по утрам ее постель бывала измазана калом, иногда — кровью и слизистыми выделениями. До этого она проходила обследование в гастроэнтерологическом отделении, где подозревали даже злокачественные новообразования. Наличие личных проблем как причину своих болезней она отрицала категорически. У нее была прекрасная семья, она хорошо училась, была помолвлена. Женщина собиралась уладить досадные проблемы со здоровьем, выйти замуж и жить счастливо долгие годы. По крайней мере, на этом она настаивала.

Поскольку ее твердое убеждение в отсутствии личных проблем делало применение психодинамических методов излишним, ее лечили способом коррекции поведения по схеме со звонком, часто применяемой при лечении энуреза. В задний проход пациентке на ночь ввели специальную резиновую грушу, которая при давлении вызывала звонок, что должно было будить больную.

Однако врача беспокоило явное несоответствие между поведением больной днем и ее ночными проблемами. Чтобы дать ей свободно выговориться, врач ввел внутривенно лекарство и был потрясен ее откровениями. У женщины поздно начались менструации. Поскольку мать ничего ей не объясняла, она самостоятельно стала изучать эту проблему в читальном зале, а дома — строение своего тела, случайно обнаружив, что введение пальцев в вагину и в задний проход доставляет ей очевидное удовольствие. Это шокировало ее наяву, но во сне пациентка

продолжала заниматься тем же. Рассказывая свою историю, больная радовалась не меньше врача. Она сумела на той же неделе выписаться и пребывала несколько дней в состоянии полной эйфории, поскольку симптомы не возобновлялись. Женщина была благодарна врачам и уже собиралась назначить дату венчания.

Через три дня появились прежние симптомы. Пациентку спросили, помнит ли она о беседе, состоявшейся перед выпиской, и она ответила, что ничего не помнит — ей просто сделали внутривенный укол, который ее вылечил. Что было делать врачу? Мог ли он открыть своей пациентке столь неприглядную правду? Решили еще раз побеседовать с ней под воздействием лекарства, но постараться при этом все же как-то зацепить беседу в сознании больной, чтобы можно было обсудить эту проблему и в обычном состоянии. Пробудившись от наркотического сна, женщина была в бешенстве, заявив, что если дело в ней самой, она разделается с этой проблемой самостоятельно и будет спать с натянутыми на руки носками. Пациентка ушла от врача в гневе и отказалась от дальнейших контактов.

В данном случае психотерапия и не начиналась. Этот пример как нельзя лучше и показывает, что психотерапия — нечто большее, чем хитроумная работа детектива, выуживание из подсознания сенсационных разоблачений. Неотъемлемой частью психотерапии является установление рабочего альянса, который предполагает возникновение доверия. Беседы и понимание помогают принять то, что кажется неприемлемым. Пациент нуждается в обретении полностью сознательного и готового к сотрудничеству “Я”, а не в обмане его сторожевых систем наркотиками и гипнозом. В частности, по тем же причинам положительное воздействие некоторых активных методов (например, группы встреч) может оказаться преходящим из-за отсутствия интегрирующего начала и последовательного закрепления полученного опыта. Необходимо вместе с пациентом разобраться в причинах возникновения его проблем. Все должно быть осознано и *проработано*, то есть пережито заново и разрешено. Только после этого пациент способен отказаться от *первоначального достижения* — мгновенного освобождения от эмоционального дискомфорта.

При продолжительном болезненном состоянии, как и при любой болезнью, пациент приспосабливается и начинает выжимать максимум из своих невротических симптомов и защит. Они приобретают социальную функцию, играя определенные роли и заменяя отношения, приносящие некоторые преимущества. Например, сочувственное внимание окружающих, к которому, возможно, примешивается чувство отщепенства за отсутствие прежде подобного внимания. В некоторых семьях домочадцев не балуют вниманием, и тогда болезнь становится едва ли не единственным способом привлечь внимание к своим проблемам. Дети, выросшие в очень больших семьях, особенно склонны жаловаться на постоянные физические недомогания (Gonda, 1962), но даже реагируя на стресс появлением экземы, они не желают признавать существование своих эмоциональных проблем (Brown, 1967). Однажды добившись сочувствия, люди стремятся сохранить достигнутое теми же методами. Примером такой *вторичной выгоды* является так называемый компенсационный невроз, проявляющийся после получения производственной травмы, когда пенсия может зависеть от поддержания жизни, исполненной страданий. Вторичные выгоды, как и первичные, необходимо понять и вычленивать до того, как начнутся изменения, вызванные терапией. Наконец, изменения в одном человеке могут зависеть от того, произойдут ли изменения в членах его семьи, способных оказывать сопротивление, если им по каким-то собственным ролевым функциям выгодно, чтобы пациент был “болен”. Чтобы дать больному выздороветь, членам семьи иногда нужно и самим принять участие в семейной терапии или терапии супружеских пар. Они могут выбрать и другие формы индивидуальной и групповой терапии.

Консультация, на которую пришли вместе муж и жена, показала, что депрессия жены незаметно провоцируется мужем, которому нужна именно слабая и беспомощная жена, что обеспечивало ему роль сильного, не ведающего сомнений защитника. Без этого его самого захлестывали депрессия и неуверенность в себе, связанные с тем, что он рано остался без матери. Муж допустил, чтобы его жена изменилась и стала менее зависимой от него, только решив собственные проблемы путем индивидуальной терапии.

Конечно, бывают ситуации, когда необходимы быстрые действия и немедленные решения, например, хирургическое вмешательство по жизненным показаниям, когда впору кричать: “Не стойте же, делайте что-нибудь!” Но в психотерапии чаще требуется совсем противоположное: “Ничего не делайте, только присутствуйте — и все”. Иными словами, требуется “*негативная способность*” (Китс, 1817), то есть способность человека находиться в состоянии неопределенности, тайны, в сомнениях без раздражающей погони за фактами и причинами”. Даже хирурги, воздерживаясь от операции, говорят порой о “величии бездействия”. В психотерапии иногда самым главным, что требуется от терапевта, бывает сам факт присутствия, проявления терпимости к тревоге и неопределенности, надежности безразличного к пациенту человека, мудро переживающего вспышки враждебности и нетерпения со стороны пациента до тех пор, пока не наступит момент, когда все действительно прояснится и станет понятным. Порой присутствие и сопереживание терапевта являются ключевыми для корректирующего процесса. Так, самым важным для подростка бывает присутствие родителей. “Лучшее, что можно сделать в некоторых ситуациях, — быть рядом, переживать вместе посылаемое судьбой, ни во что не вмешиваясь резко и не пытаясь навязывать какие-либо важные принципы” (Winnicott, 1971: 145).

Многие люди не хотят знать правду о самих себе, поскольку боятся этой правды, однако некоторые пациенты, обращающиеся за помощью к психиатру, испытывают настоятельную потребность понять, что с ними происходит. Исследование (Michaels and Servett, 1978) показало, что каждый третий пациент, обращающийся к психиатру, рассчитывает получить ясное представление о своих проблемах, прямо формулируя свою цель: “Я хочу, чтобы психиатр помог мне понять то, в чем я сам не могу разобраться”, “Я хочу понять, откуда берутся эти мои ощущения, чтобы суметь изменить их”. Поскольку динамическая психотерапия стремится понять личность в развитии (собирая воедино то, чем она была, то, что она собой представляет в настоящее время, и то, во что она превращается), полученное представление усиливает ощущение цельности и преемственности. Это позволяет ощущать воздействие психотерапии и после завершения курса: пациент обретает собственные пути понимания и решения своих проблем.

Единство предполагает цельность. Человек начинает жить в ладу с самим собой, собирая воедино и объединяя прежде разъединен-

ные части своей личности, обретая гармонию приобщения к миру. Присоединение тех аспектов собственной личности, которые были дотоле неведомы, требует определенной перестройки сознания, что, впрочем, относится к любым открытиям: будь то осознание шарообразности Земли или открытие атомной энергии. Пациентам нужно ввести в свой обиход прежде невыраженные импульсы. Приходится включить в свое представление о себе и других новые факты: например, открытие того, что враги и родители — тоже люди, а потому хотя бы отчасти заслуживают прощения, равно как и мы сами. Какими бы скромными ни были эти изменения сознания, они вносят свой вклад в реорганизацию личности.

Некая замужняя женщина в течение десяти лет мучилась приступами панического ужаса перед грозой. Ей казалось, что каждый прогноз погоды и каждый погромыхавающий при приближении грузовик предвещает грозу. На первом сеансе терапии она рассказала, что была старшей дочерью в многодетной семье и поторопилась выскочить замуж, чтобы избавиться от гнета властной матери. В детстве женщина не умела постоять за себя. Фобия (страх грозы) появилась вскоре после замужества, когда нежеланная беременность положила конец ее столь краткой свободе. Она не отрицала, что беременность огорчила ее и вызвала внутренний протест, но мысли об уничтожении плода не допускала.

Можно утверждать, что появление этого ребенка, а потом и следующих детей вызвало у пациентки возникновение резко негативного чувства, ощущение того, что ее свободу ограничили, обманули, как когда-то при появлении новых братьев и сестер. Поскольку в детстве женщина не смела проявлять своих отрицательных эмоций при появлении в семье новых детей из страха перед матерью, то и потом эти чувства подавлялись сознанием и оформились в фобию. Сила тревожности пациентки и ее внутреннее сопротивление инсайту были явными противопоказаниями проведению динамической психотерапии. Поэтому психотерапевт в течение 35 сеансов проводила поведенческую терапию. Пациентка представляла себе грозу, сохраняя при этом расслабленное состояние, что помогло ей избавиться от фобии. Она стала полнос-

тью доверять своему психотерапевту и испытывать к нему теплую привязанность. Через несколько месяцев при подготовке детского праздника по случаю дня рождения кого-то из детей у нее вновь случился приступ ужаса, причем не связанный ни с какими внешними обстоятельствами. Пребывая в состоянии сильного огорчения, пациентка вновь обратилась к своему психотерапевту. На этот раз отношения между ними уже созрели для того, чтобы можно было рискнуть испытать психодинамический метод. Женщине удалось понять и себя, и мотивы своего страха, удалось лучше разобраться в отношениях с близкими. Особенно важным оказалось то, что она уже была способна многое пересмотреть и внести соответствующие коррективы. Пациентка сумела изменить свою роль сопротивляющейся жертвы, стать более свободной, уделяя при этом больше времени себе и своим интересам, более справедливо распределив обязанности в семье. Последующие пятнадцать лет показали, что ее действия оказались решением проблемы и пошли всем на благо.

Этот пример демонстрирует три явления. Во-первых, прежде чем пациентке удалось изменить себя и перестроиться настолько, чтобы избавиться от симптомов болезни, ей пришлось осознать свои ощущения, которые раньше вытеснялись невротическим конфликтом, коренившимся в ее ранних детских впечатлениях.

Во-вторых, этот пример демонстрирует, что психотерапия, как и многие другие виды обучения, требует оптимального соотношения взволнованности и напряженности. Это напоминает закон Йеркса-Додсона из области экспериментальной психологии, первоначально выведенный из наблюдения результатов воздействия электрошока в процессе обучения мышей (Yerkes and Dodson, 1908). Умеренный уровень волнения способствует обучению, что известно каждому, кто готовился к сдаче экзамена. Перебор — и результат сильно ухудшается, недобор — и никак не удастся собраться. То же самое и в психотерапии. Недостаток волнения снижает мотивацию к серьезной работе, но и избыток мешает ей, что наблюдалось на начальной стадии терапии данной пациентки.

Наконец, этот пример показывает зависимость уровня психотерапии от глубины и широты самопознания, к которому стремится пациент и которому способствует терапевт, а также от одновремен-

но происходящих внутренних и внешних изменений, необходимых для того, чтобы приспособиться к новому состоянию. Проблема выбора уровня психотерапии и будет рассмотрена в следующем разделе.

Уровни психотерапии

В широком смысле психотерапия представляет собой использование личных отношений между людьми для помощи попавшим в беду. Это может проявляться на многих уровнях: намеренное *формальное* использование отношений происходит внутри более широкой *неформальной* психотерапии, осуществляемой в процессе общения с друзьями и поверенными ваших тайн. Эти отношения лишены и преимуществ, и недостатков формальности, они сравнительно далеки от профессиональных отношений.

Ценность “вентилирования” проблем, выражения чувств и обретения сочувствия, поддержки и совета общеизвестна, о чем свидетельствуют выражения типа “все ж легче перед кем-нибудь словами облегчить мне грудь”. Друзья, у которых ищет помощи попавший в стрессовую ситуацию, интуитивно ощущают, насколько полезны принципы, речь о которых шла в предыдущей главе: они пользуются доверием, готовы выслушать и пытаются понять.

Неформальные объединения также общепризнанны в качестве профилактического и терапевтического воздействия, основанного на взаимной поддержке и ощущении единства. Общность интересов объединяет людей, например, в труде и спорте, религии и политике, в группах самопомощи (например, группах анонимных алкоголиков, одиноких родителей, вдов и вдовцов).

Облегчение и поддержка, черпаемые из этих неформальных отношений, представляют собой большую ценность сами по себе и приемлемы зачастую для тех, кто и мысли не допустил бы о поисках профессиональной помощи. Хотя сочувственная поддержка очень полезна сама по себе, но еще сильнее может помочь разговор начистоту. Такой разговор показывает человеку его собственный вклад в создание и сохранение возникших у него трудностей и вдохновляет на решение существующих проблем. Известно, что люди бывают склонны доверить всю историю своей жизни, все свои проблемы случайному попутчику, именно потому, что дистанция

между ними достаточно велика, а анонимность гарантирует отсутствие вероятных личных контактов в будущем.

Что касается профессиональной помощи, то Каули (Cawley, 1977) предложил полезную классификацию типов психотерапии:

Психотерапия первого типа включает в себя все, что использует в своей деятельности каждый хороший врач и любой другой профессионал и синонимом чего служит искусство врачевания — хорошее знание больного и его проблем, умение общаться с людьми и сопереживать. Врач, который считает нужным направить своего пациента к психиатру или психотерапевту, понимает, какого рода беспокойство может вызвать подобный шаг, и помогает развеять часто бытующие предубеждения и предрассудки по этому поводу.

Психотерапия второго типа использует методы и приемы, которые применяет хороший психиатр, социальный работник, психолог. Сюда входит и психотерапия первого типа, и особенности понимания и общения в тех случаях, когда у пациента наблюдаются психические расстройства той или иной формы и степени тяжести. Этот тип психотерапии часто включает элементы следующего, третьего. Такая терапия придает значение раннему опыту, признает явления переноса, но напрямую с ними не работает.

Психотерапия третьего типа — это как раз то, что большинство людей и понимает под психотерапией, особенно в формальном и узком смысле, который мы в нашей книге обозначаем термином динамическая психотерапия. Этот тип включает особенности двух предыдущих в плане складывающихся отношений с пациентом — уважение, понимание, принятие. Но главное состоит в том, чтобы помочь пациенту увидеть истинное положение дел и принять на себя ответственность за самих себя и за свои отношения с окружающими. Именно этот тип был и будет основным предметом данной книги.

Психотерапия четвертого типа — бихевиористская (поведенческая) психотерапия. Этот тип использует методы изменения поведения, основывающиеся на теории обучения, разработанные в основном психологами-клиницистами. Но их применение включено и в курс обучения психиатров и персонала психиатрических лечебниц, поскольку от них требуется знание теории, позволяющее оценить меру и надежность. Однако данный тип психотерапии в силу указанных особенностей больше сосредоточен на внешней стороне поведения, чем на внутреннем опыте. Он не учитывает мо-

тивацию на менее осознаваемых уровнях. Бихевиористская терапия направлена на коррекцию открытых форм отклонений в поведении, считая их дурными привычками, подлежащими искоренению. Она особенно эффективна при лечении монофобий (боязнь пауков, грозы и т.п. до такой степени, которая не поддается рациональному объяснению). Хотя на примере, уже описанном в нашей книге, видно, что проблему не всегда можно решить устранением внешних проявлений: фобия (страх перед громом) была устранена, но пациентке пришлось пройти дополнительное лечение, чтобы утрясти свои отношения в семье и найти настоящее решение. Многие фобии (например, агорафобия, страх перед толпой или открытым пространством) труднее поддаются лечению, когда за ними, как за внешней оболочкой, скрыты более глубокие и обширные расстройства.

В этой книге мы не делаем попыток оценивать сильные и слабые стороны поведенческой психотерапии, а интересующемуся читателю рекомендуем книги специально по этой теме (Hersen and Bellack, 1985; Marks, 1981). Терапевты-бихевиористы играют более активную и направляющую роль, чем представители динамической психотерапии, что привлекает некоторых пациентов и некоторых врачей. Они стремятся установить дружеские взаимоотношения как основу для терапевтического альянса, но в отличие от представителей динамической психотерапии избегают сложности переноса, не используя его для исследования проблем пациента. Поэтому проявления переноса способны их оттолкнуть.

Один терапевт-бихевиорист, успешно лечивший скванную и склонную к самоистязанию девушку, стараясь утвердить в ней уверенность, недооценил интенсивность и двойственность чувств, которые она к нему испытывала. В детстве она тяжело переживала несколько случаев, когда ей приходилось разлучаться с близкими и ощущать себя брошенной, но терапевт не предвидел сам и не подготовил пациентку к тому взрыву горя и ярости, который был спровоцирован его отъездом в отпуск. Вернувшись, он с изумлением обнаружил, что в его отсутствие она ворвалась в его кабинет и все там сокрушила.

На рис. 8 видно, что типы 1—3 по классификации Каули можно рассматривать как уровни углубления динамической психотера-

пии, а элементы динамической и поведенческой психотерапии пересекаются в области семейной терапии и терапии супружеских пар. Эти схематические связи более подробно будут рассмотрены на рис. 11, когда речь пойдет о ранжировании психотерапевтических методов.



Рис. 8.

Психотерапия может быть направлена на любой из уровней коммуникации, который встречается в процессе общения терапевта с пациентом (табл. 4).

***Внешние уровни:
облегчение, поддержка и консультирование***

Разгрузка от давящих проблем, вентиляция чувств, обсуждение текущих проблем с сочувствующим и объективным помощником — все это может присутствовать на любом уровне психотерапии. В

психотерапии первого и второго уровня эти понятия составляют основное ядро и также являются основой менее формальных методов, а также терапии поддержки и консультирования. Психотерапевтическая цель на этом внешнем уровне может быть сведена к облегчению и вентиляции проблем, а также к более ясному взгляду, который возникает у человека, непосредственно не участвующего в ситуации, требующей разрешения.

Поддерживающая психотерапия — термин, применяемый в медицинской и общей психиатрической практике и описывающий наиболее распространенный вид психотерапии. Как было показано (Bloch, 1977), ее основной целью является восстановление или поддержание status quo у двух групп пациентов: к первой относятся понесшие тяжелую утрату, пережившие развод, потерю работы или неудачи в учебе, когда не удается справиться привычными способами с отчаянием и напряжением. Проводя в течение нескольких недель по одному или два сеанса, терапевт оказывает поддержку пациенту, помогая ему восстановить способность справляться с трудностями.

Таблица 4. Уровни психотерапии

Уровни по Каули		
1	{	внешний (поддержка и консультирование)
		1. Снятие груза проблем в беседе с сочувствующим слушателем
		2. Вентиляция чувств в процессе общения-поддержки
2	{	средний
		3. Обсуждение текущих проблем с неосуждающим помощником
		4. Осознание проблем, их природы и происхождения в процессе углубления отношений
3	{	глубокий (исследование и анализ)
		5. Противодействие защите
		6. Интерпретация бессознательных мотивов и явления переноса
		7. Повторение, припоминание и реконструкция прошлого
		8. Регрессия к менее зрелым и менее рациональным формам поведения
		9. Разрешение конфликтов путем повторного переживания прошлого и переработки его в процессе терапевтического общения

Ко второй группе относятся серьезно больные люди: страдающие шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, тяжелыми личностными расстройствами. Даже если терапевт и не видит перспективы кардинального улучшения, он старается поддержать пациента, оказать ему психологическую помощь в адаптации. В этих случаях врач осуществляет терапию ежемесячно или, если потребуется, ежеквартально из года в год, при этом он играет активную направляющую роль, стараясь подбодрить пациента и помочь ему собраться с силами. Справедливо отмечено, что велика опасность возникновения у больного зависимости от длительной терапии (Bloch, 1977). Эта проблема появляется, например, в тех случаях, когда терапевт меняет работу. Чаще всего такие сеансы проводят молодые врачи, как правило, не очень долго занимающие эти начальные должности. Поэтому очень важно при проведении поддерживающей психотерапии работать командой, — пациент должен знать, что может обратиться за помощью к целой группе людей, например, ко всем врачам отделения.

Такая поддерживающая терапия полезна и для сравнительно здоровых людей в кризисный период, и для тех, чьи защитные механизмы оказались недостаточно мощными или не сработали. В обеих группах глубокое проникновение не является необходимым, а часто даже и нежелательно. В первой группе его обычно можно избежать, во второй — избежать необходимо. Больные острыми психическими расстройствами всегда переполнены примитивными чувствами и неосознанными фантазиями — им необходимо помочь усилить защитные механизмы, не копаясь в причинах возникновения этих фантазий.

Данный уровень психотерапии может быть эффективно использован в курсе общей психиатрической помощи.

Молодому иностранцу, тяжело переживавшему отказ в продвижении по службе в ВВС родной страны, пришлось сделать срочную операцию. После операции молодой человек пожаловался на боль в груди. Лечащий врач, считая, что пациент не знает языка, пошутил, обращаясь к коллеге, что у больного сердечный приступ. Услышав такой “диагноз”, пациент сильно взволновался и впал в ипохондрию. Его не удавалось вывести из этого состояния, несмотря на то, что крупные специа-

листы осмотрели молодого человека и не нашли оснований для беспокойства.

Психиатр, осмотревший пациента, констатировал депрессию и предложил ему пройти курс лечения в стационаре. Ежедневно посещая больного, врач внимательно и сочувственно выслушивал его, вникая во все проблемы, о которых ему рассказывал пациент. Психиатр прописал своему пациенту антидепрессант и (что еще важнее) помог ему сохранить лицо, посоветовав уволиться из ВВС по состоянию здоровья. Это отвечало желаниям больного, решившего начать новую жизнь.

Психиатр в данном случае действовал по модели “доброе и внимательное папаша”, каким, кстати, не являлся (по мнению больного) его настоящий отец. Пациент нуждался не просто в заверениях, что он здоров — этих заверений он и так наслушался предостаточно; ему необходимо было сочувственное и внимательное проникновение в его проблемы и внутренние конфликты, вызванные жизненной ситуацией.

В рассмотренном выше случае не было никакой необходимости искать более глубокие корни проблем, например, объяснять их неразрешенным конфликтом на почве Эдипова комплекса.

Консультирование — форма терапии, проводимая на том же внешнем уровне, бурно развивающаяся как метод работы профессионалов немедицинской сферы (социальных работников, психологов, учителей и т.п.) с отдельными группами людей. Часто консультирование применяется для решения специфических проблем. Так, брачные консультации предназначены для тех, у кого возникли проблемы по поводу вступления в брак или в семейных отношениях; студенческие консультации помогают учащимся решать их эмоциональные и учебные проблемы; существуют специальные консультации для людей с суицидальными настроениями. Консультационные услуги существуют для лиц с гомосексуальной ориентацией, больных СПИДом, для тех, кто имеет проблемы с абортами и нежелательными беременностями. Разумеется, требования к специалистам в этих достаточно широко разбросанных областях различны, как и формы их обучения, отбора и оценки, но все это координируется и изучается Британской ассоциацией консультантов, созданной в 1976 году. Основной психотерапевтический элемент находится на внешнем уровне и состоит в обсужде-

нии волнующих клиента проблем, для того чтобы помочь ему принять правильное решение. Консультант в данном случае не играет направляющую роль: он предоставляет самому клиенту принимать решения, воздерживаясь от прямых советов и подсказок, не допуская возникновения зависимости, чтобы не осложнить процесса расставания с консультантом (Newsome, Thorne, and Wyld, 1973).

Огромное влияние на методы недирективного консультирования оказала центрированная на клиенте психотерапия Карла Роджерса (1961), позднее ставшего одним из пионеров направления “терапии встреч”. Получив первоначально теологическое образование, Роджерс придерживался оптимистичного по сути воззрения на способность индивидуума к росту и самореализации в процессе общения, *способствующего* этим целям. Он и его коллеги на собственном опыте доказали, что эффективность работы терапевта достигается благодаря трем факторам: *эмпатии* (которую можно передать пациенту), *безоговорочно теплomu отношению* (принимающему пациента таким, каков он есть) и *искренности* (способности оставаться самим собой в процессе терапевтических отношений). Деятельность терапевта в данном случае состоит преимущественно в “отзеркаливании” того, что говорит пациент, в повторении его слов и мыслей в несколько перефразированной форме. Роджерс и Даймонд (1954) показали, что применение такого метода способствует возрастанию самопрятия, выражающемуся в уменьшении разрыва между представлением пациента о том, каким он себя видит и каким хотел бы видеть себя.

Методы Роджерса и формы консультирования, основанные на этих методах, носят безусловно психотерапевтический характер, поскольку они базируются на отношениях доверия, словесной коммуникации и роста понимания. Однако терапевты, принадлежащие данной школе, не противодействуют защитным механизмам и не интерпретируют бессознательные процессы, такие, например, как явление переноса. Иными словами, они не проникают так глубоко, как психоаналитики.

Прежде чем рассматривать более глубокие уровни, следует подчеркнуть, что поддержка является существенной частью терапии, проводимой на всех уровнях. На более глубоких она не менее важна, чем на внешних. Поэтому, возможно, более правильно было бы говорить не о поддерживающей терапии, а о терапии, не углубляющейся в аналитические исследования. Часто на определенной стадии требуется именно такая, не углубляющаяся в дебри анали-

за терапия, а уже на более поздних этапах, когда острое состояние пройдено, уместно провести более глубокое и тщательное исследование его причин.

Промежуточные уровни

Многие социальные работники, психиатры, медики широкого профиля работают на этом уровне, проясняя проблемы в процессе углубления отношений и при необходимости преодолевая защитные механизмы и раскрывая мотивацию бессознательного уровня. В то время как на более глубоких уровнях терапии основной упор делается на изучении и анализе переноса и других бессознательных процессов, на промежуточном уровне они используются как подспорье в психодинамическом понимании пациента и его отношения к терапевту. Если терапевт старается вызвать к себе мягкое позитивное чувство, пытаясь напомнить своим поведением хорошего, надежного родителя, но в то же время стремится не вызвать интенсивного переноса, ему помогает знание действия механизмов защиты и сложностей переноса и контрпереноса. Это позволяет ему более глубоко и эффективно работать со своим пациентом. Следующий пример продемонстрирует удачный опыт использования в общемедицинской практике последовательно всех трех уровней.

Одинокая женщина средних лет обратилась к врачу с жалобами на то, что постоянно сильно устает и мерзнет. Врач обследовал пациентку, чтобы исключить физические причины недомогания (например, анемию). Поскольку таковые причины не обнаружались, а жалобы остались, врач провел с ней вторую, более длительную беседу, расспрашивая женщину о жизни. Из беседы терапевт узнал, что у пациентки была очень властная мама и что появление симптомов, которые вызывали ее беспокойство, совпали с переменами на работе. Пациентка согласилась с тем, что отмеченные врачом моменты существенны, но от более глубокого проникновения в свои проблемы отказалась. Врач прописал антидепрессанты и пригласил прийти на повторный прием через две недели. К этому времени ее депрессия лишь усугубилась. Врач виновато предложил сделать новую попытку. Па-

пациентка разрыдалась. Врач с ужасом поймал себя на мысли, как смешно выглядят ее рыдания из-за жуткой шляпки, которую она на себя напялила, и тут же понял, что таким образом женщина настраивает против себя и других людей. Их беседа приняла очень глубокий характер. В процессе общения врач и пациентка совместными усилиями пришли к новому пониманию того, что ее жажда человеческого тепла отталкивает людей из-за не соответствующего этой цели поведения. Но чтобы выйти на этот уровень необходимого взаимного доверия, оба участника беседы как бы перешагнули через барьер: врач — признав свою неудачу, пациентка — разрыдавшись. Благодаря этому беседа получилась более теплой и установила новый уровень отношений, полезных и самих по себе, и а качестве помощи в изменении ее взаимоотношений с другими людьми (Gill, 1973: 35).

Значительную роль в распространении психотерапии на этих уровнях сыграли лондонские семинары в Тэвистокской клинике, сейчас получившие международное признание (Balint, 1957; Balint et al., 1972; Hopkins, 1972; Sanders, 1986). На этих семинарах уточнялись представления о роли и долге врача, о его, по выражению Балинта (1957), “апостольской функции”, требующей от врача создания определенной культуры, включающей в себя и выслушивание жалоб, и диагностику, и лечение. Особое внимание уделялось ориентации на пациента в противовес ориентации на заболевание.

Более глубокие уровни — исследование и изменение

На всех уровнях терапии большое значение имеет обстановка, в которой проходит лечение. Но на более глубоких, более динамических уровнях упор делается на сам терапевтический процесс, сконцентрированный на изучении явлений переноса и контрпереноса, на неосознанных мотивах, тревогах и защитах, особенно в их проявлении “здесь и теперь”. Короче говоря, как показано в табл. 4, динамическая психотерапия позволяет пациенту заново пережить события прошлого, выраженные в форме переноса и прочих формах, что позволяет понять происхождение этих событий (Freud, 1912). Если поняты причины возникновения проблем,

становится возможным устранение или видоизменение ненужных защитных механизмов. Это делает индивидуума более гибким и свободным.

Цель лечения на более глубоких уровнях не сводится к симптоматическому облегчению состояния пациента, а ведет к реинтеграции и изменению личности как на внутреннем уровне собственной психики, так и на уровне межличностного общения, тем самым способствуя большей цельности, зрелости и реализованности личности.

Табл. 5 выделяет черты сходства и различия основных уровней психотерапии. В следующих главах будут рассмотрены характерные признаки каждой из основных форм динамической психотерапии: за кратким историческим введением последует рассмотрение (1) терапевтической установки, (2) роли пациента, (3) роли терапевта, (4) главных особенностей процесса данной формы терапии. Эти деления, введенные для наглядности, несколько искусственны. Их не следует понимать чересчур буквально; суть терапевтического процесса заключается во взаимодействии пациента и терапевта.

Таблица 5. Черты различия и сходства поддерживающей и исследующей психотерапии

<i>Черты сходства</i>	Снятие груза проблем “вентиляция” чувств обсуждение проблем поддержка в рамках “рабочего альянса” надежность времени и места	
<i>Черты различия</i>	<i>Поддержка (уровень 1)</i>	<i>Исследования (уровень 3)</i>
защита	поддерживается и усиливается	через привлечение к ней внимания (конфронта- цию) происходит измене- ние
тревога	сводится к минимуму	ищется оптимальный уро- вень
перенос	минимизируется и принимается	отслеживается, раскрыва- ется и анализируется
регрессия	не поощряется	допускается во время сеан- сов
рассказы о снах	не поощряются	приветствуются
советы	даются при необходимости	от них воздерживаются
лекарственные препараты	даются при необходимости	не поощряются

Психоанализ и аналитическая психотерапия

Современная динамическая психотерапия началась с Фрейда и психоанализа, краткий очерк которого уже был приведен в начале нашей книги. Во избежание путаницы, полезно различать по крайней мере три разных значения и употребления понятия “психоанализ” (Main, 1968). Во-первых, этим термином обозначают метод исследования бессознательного уровня психики, когда лежащему на кушетке пациенту предлагают говорить все, что придет в голову. Во-вторых, им называют теоретическое построение, основанное на этом методе. В-третьих, обозначают интенсивный метод психотерапевтического лечения. Хотя все эти три значения (метод, теория и приложение) тесно взаимосвязаны, необходимо ввести логическое различие. Теория может давать полезное объяснение, а лечение при этом оказывается неэффективным по совершенно не зависящим от теории причинам. Путаницы можно избежать, если термин “психоанализ” зарезервировать для теории психоаналитической психологии, из которой выводятся различные методы психоаналитической психотерапии. В области лечебной практики в этом случае говорят об интенсивной аналитической психотерапии, а не о психоанализе.

Полный психоанализ (или аналитическая психотерапия, проводимая пять раз в неделю) является подходящей и возможной формой лечения лишь для меньшинства пациентов, хотя интенсивная аналитическая практика остается основной формой обучения будущих психоаналитиков и специалистов в области динамической психотерапии.

Эволюция психоаналитической теории представляет собой необъятное поле для изучения. Ее развитие в первой половине века было рассмотрено в многочисленных исследованиях (E. Jones, 1953, 1955, 1957; A.C. Brown, 1961; Ellenberger, 1970; Sandler et al., 1972; and Gay, 1988). На ранней стадии психоанализ основывался на модели катарсиса. Среди пациентов Фрейда преобладали молодые женщины с явлениями истерического характера, которые, как правило, можно было рассматривать как результат подавления проявлений сексуальности. Терапия, первоначально проводившаяся под гипнозом, направлялась на выявление подавленных воспоминаний и на высвобождение чувств, вытесняемых из-за их неприемлемости для осознанного представления. Фрейд писал о “переведении бессознательного на сознательный уровень”.

Вот что замечал переводивший его труды Джеймс Страчи во введении к “Изучению истерии” (Breuer and Freud, 1895):

“...Фрейд все дальше отходил от механизма произвольных высказываний и все больше полагался на поток “свободных ассоциаций”. Отсюда уже шел прямой путь к анализу сновидений. Анализ сновидений позволил ему, в первую очередь, заглянуть внутрь механизма “первичных процессов” сознания и способов их влияния на мысли, появляющиеся под их воздействием на более доступном уровне, что позволило Фрейду овладеть новым приемом — “интерпретацией”. Во-вторых, анализ сновидений позволил ему провести самоанализ и, в конечном счете, привел к открытиям младенческой сексуальности и Эдипова комплекса”.

Открытие Фрейдом особого значения Эдипова комплекса могло возникнуть и из анализа ситуации, сложившейся в его собственной семье (Pedder, 1987). Он был любимым старшим ребенком среди восьми детей, родившихся от второй жены отца, у него было еще два сводных брата, по возрасту годившихся ему в отцы.

Многие плохо информированные критики Фрейда ошибочно считают, что он остановился на преувеличенном внимании к сексуальности, что в 1913 году привело его к разрыву с Адлером и Юнгом.

Карл Густав Юнг (1875—1961) создал собственную школу *аналитической психологии*, которая перешла от биологических корней человека к изучению проявлений психологической природы в мифах, снах, культуре, являющихся продуктами *коллективного бессознательного* и его *архетипов*. В самых разных культурах можно найти прототипы одних и тех же фигур (Jung, 1964). Анима и Анимус — персонификации женских и мужских тенденций в бессознательном, Тень — скрытая от сознания “теневая” часть личности, Великая Мать, Мудрый Старец и Герой. Юнг рассматривал лечение как процесс индивидуации, внутреннего объединения индивидуума через раскрытие скрытых или неразвитых аспектов личности. Юнг родился в Швейцарии в семье сельского священника и в детстве был очень одинок, поскольку старший брат умер до его рождения, а сестра была на целых девять лет младше. Он рос очень замкнутым, в школу его не отдали из-за частых обморо-

ков. Если Фрейд начал частную практику в среде, где преобладали больные с истерическими неврозами, то Юнг начал свою карьеру психиатра с работы в клинике, где преобладали больные-психотики. Его поразила универсальность символики (или архетипов), заполнявшей их больное воображение и галлюцинации. После разрыва с Фрейдом, объявленной причиной которого явилось несогласие по вопросу о значении сексуальности, а возможно, и из-за соперничества “отец-сын”, Юнг вновь окунулся в “творческую болезнь” (определение Элленбергера, 1970), в процессе которой также провел самоанализ. Правда, в отличие от Фрейда, он использовал не свободные ассоциации, а записи и зарисовки снов, придумывание историй с продолжением и т.п. Позднее Юнг совместно с другими учеными активно разрабатывал аналитическую психологию, то и дело надолго уединяясь на берегу озера, как бы переходя из мира внешнего в мир внутренний и обратно. Его концепции интроверсии и экстраверсии стали общепринятыми. Идеи Юнга о стремлении к сбалансированности заложенных в человеке крайностей и упор на творческое начало и воображение представляют собой ценный вклад в психотерапию. Существуют очень полезные вводные курсы, описывающие взгляды Юнга (Fordham, 1978; Samuels, 1985).

Альфред Адлер (1870—1930) в отличие от Юнга, перешел от изучения внутриспсихических процессов, в особенности на глубинном, бессознательном уровне, к использованию более социального подхода. Адлер родился в Вене и был средним среди трех сыновей, очень хорошо познав на практике, что такое жгучая ревность к братьям. Собственный опыт отразился в трудах Адлера, как это было и у Фрейда, и у Юнга (Pedder, 1987). По его мнению, причины возникновения неврозов представляют собой попытку справиться с ощущением собственной неполноценности, иногда и физической ущербности, в результате чего проявляется компенсаторная жажда власти. По аналогии с этим явлением Адлер ввел понятие “мужского протеста” у женщин (реакция на их приниженное положение в обществе). Адлер отрицал идеи раннего Фрейда о первичности сексуального влечения (либидо) и его объяснения агрессии как реакции на фрустрацию. Он раньше Фрейда постулировал влечение к агрессивности. Им была создана собственная школа индивидуальной психологии, некоторые из его идей используются в своей практической работе многие психотерапевты. Влияние Адлера сказалось и на развитии “неофрейдистского” направ-

ления (Sullivan, Horney, Fromm etc.) и транзактного анализа (Berne). В 1957 году была издана полезная антология трудов Адлера (Ansbacher and Ansbacher).

В то время, когда Юнг и Адлер отошли от психоанализа, идеи самого Фрейда продолжали меняться и развиваться. К моменту написания “Печали и меланхолии” (Freud, 1917) его меньше занимали инстинктивные влечения сами по себе, а больше интересовали внутренние отношения с людьми, на которых направлены чувства привязанности или вражды. Фрейд обнаружил, что депрессия часто порождается утратой (смертью, разлукой), причем утрата может относиться и к значимому человеку, и к идеалу. Враждебные чувства, вызванные болью утраты, могут быть направлены и на самого себя. Клинически это выражается в проявлении симптомов болезни в годовщину утраты. Именно так Фрейд пришел к своей знаменитой идее “Я”, “Сверх-Я” и “Оно” (1923). С тех пор наблюдается развитие двух направлений в психоанализе: одно развивает концепцию “Я”, а другое — концепцию “Оно”. Первое направление сосредоточило усилия на самоорганизации “Я”, адаптации “Я” к внешней и внутренней реальности (Hartmann, 1939). Анна Фрейд (1936) описала множество способов защиты, которыми пользуется “Я”, чтобы укрыться от тревог и боли. Однако даже при серьезных неврозах многие функции “Я” часто остаются бесконфликтными. Например, человек превосходно работает, но в личной жизни он может оставаться весьма ущербным. Развитие функций “Я” на этапе осознания ребенком границ своей личности, различения “Я” и “не-Я” были изучены представителями особого направления в рамках этой же школы (Mahler et al., 1975; Stern, 1985). В последние годы данная психологическая школа отходит от абстрактного обсуждения типов психической энергии, постепенно углубляясь в изучение проблемы развития внутреннего представления о себе в плане развития отношений с другими (Jacobson, 1964) — как в случаях заболеваний, так и в случаях серьезного расстройства личности (Kernberg, 1975). Это направление развития сближает эго-психологию с теорией объектных отношений.

Можно сказать, что свое дальнейшее развитие школа психологии, изучающая “Я”, получила в трудах Мелани Кляйн (1882—1960). Она родилась в Вене. В 1926 году по приглашению Эрнста Джонса, создавшего в 1919 году Британское психоаналитическое общество, она переехала из Берлина в Великобританию (Gros-

skurth, 1985). Как и Анна Фрейд, она была одним из первых исследователей детской психики, используя игру как средство общения для выявления детских фантазий и конфликтов. Таким образом ей удалось изучать психоанализ даже двухлеток (Klein, 1932). Она проникала в их жизнь, наполненную мощными, неосознанными фантазиями, которые, по ее мнению, возникают непосредственно из инстинктивных влечений. Мелани Кляйн считала сексуальность и агрессивность врожденными качествами, развивая таким образом противоречивые идеи Фрейда об инстинкте смерти. Работая с маленькими детьми, Мелани пришла к выводу об огромном значении роли матери на раннем этапе развития ребенка. Этот вывод как бы дополнял мысль Фрейда о значении роли отца; возможно, не случайно взгляд на роль отца принадлежит мужчине (Фрейду), а взгляд на роль матери — женщине (Мелани Кляйн). По мнению Мелани, Эдипов комплекс возникает много раньше, чем это было принято считать.

Кляйн особенно подчеркивала примитивные психические механизмы интроекции, проекции и расщепления. В первые месяцы жизни, прежде чем ребенок четко усвоит разницу между фантазией и реальностью, между тем, что находится внутри, и тем, что снаружи, инстинкт смерти, по мнению Кляйн, ведет к возникновению деструктивной ярости независимо от того, пришлось ли младенцу испытать фрустрацию. Образ плохой матери расщепляется и проецируется вовне. Добрые чувства и образы интроецируются и сохраняются внутри, несмотря на страх возврата проецируемой “плохой” матери (так называемая параноидно-шизоидная позиция). Когда ребенок выясняет, что его мать несет и доброе, и злое, ему приходится учиться любить и ненавидеть одно и то же существо. Более зрелое депрессивное состояние соответствует такому сосуществованию любви и ненависти, что вызывает желание изгладить ущерб, нанесенный воображению маленького ребенка. Неадекватно пережитое депрессивное состояние приводит к тому, что во взрослой жизни у человека рождается беспочвенное опасение и страх, что всякая ненависть может разрушить и уничтожить любимого человека. Этот взгляд объясняет и клинические наблюдения ситуаций, когда смерть родителя или другого ребенка в семье, пережитая человеком в раннем возрасте, выражается впоследствии в возникновении глубокого чувства вины (Pedder, 1982). Аналитики школы Мелани Кляйн, сконцентрировав внимание на примитивных функциях мышления и фантазиях, меньше, чем

другие психоаналитики, уделяли внимание реальным обстоятельствам развития ребенка и считали, что плохой материнский уход можно отнести к проективным образам “плохой” матери, созданным ребенком (Segal, 1964).

В психоаналитических кругах шла продолжительная дискуссия о том, что важнее в процессе развития — навязанное извне или воображенное изнутри. Зигмунд Фрейд первоначально предполагал, что первопричиной неврозов были травмы и соблазны, но впоследствии пришел к выводу, что они могут оказаться воображаемыми, и решил, что внутренняя психическая реальность важнее. (Недавние исследования в области насилия над детьми привели к пересмотру подобной точки зрения: теперь внешнюю и внутреннюю реальность рассматривают как одинаково важные и взаимодействующие.) Позднее в своей структурной теории Фрейд вновь подчеркивал значение внешних фигур в процессе их усвоения “Сверх-Я”. Аналитики школы Мелани Кляйн придавали чрезмерное значение роли внутренних фантазий, вплоть до пренебрежения внешней реальностью. Отчасти в ответ на это были проведены исследования воздействия распространенной травмы — разлуки с матерью (Bowlby 1952, 1969, 1973, 1980) — и изучение значения материнского присутствия и “благоприятного окружения” (Winnicott, 1965). Теория объектных отношений рассматривает развитие личности в неотрывной связи с загнанными вовнутрь ранними впечатлениями и ассоциированными с ними чувствами, плохими и хорошими.

Дональд Вудс Винникотт (1896—1971), пришедший в психоанализ из педиатрии, о чем напоминает название сборника его трудов (Winnicott, 1975), на протяжении всей своей деятельности сохранял живой интерес к ранним отношениям “мать-дитя”. Он разработал концепцию “достаточно хорошей матери” (1965), подчеркнув необходимость наличия для младенца определенной дозы материнской заботы, без чего невозможно нормальное развитие. Винникотт писал (1975): “Нет младенца вне пары с матерью (или с тем, кто его вскармливает)”. Без материнского ухода младенец погибает. Мать нужна не только для кормления и физического ухода, но и для удовлетворения эмоциональных потребностей, так как она способна разделить с младенцем его чувства и модифицировать их благодаря лучшему пониманию реальной жизни. В идеале мать должна сначала стать для младенца воплощением всемогущества (пусть иллюзорного), а потом обязана помогать ему по-

степенно избавляться от иллюзий. На последующих стадиях развития ребенка присутствие матери необходимо для того, чтобы ребенок ощущал безопасность и испытывал помощь, чтобы он, играя, творил самого себя. Эта роль сходна с ролью, которую играет аналитик в процессе психотерапии. Винникотт признавал, что на развитие влияют и фантазии, и реальная жизнь. Именно взаимодействие внутренней и внешней реальности исследует психоанализ и порожденные им направления.

Винникотт специально изучал взаимодействие “мать—дитя” в первые годы жизни ребенка. Для описания промежуточной области опыта между пальцем ноги и плюшевым медвежонком, между оральным эротизмом и действительным объектным отношением он ввел понятия “переходных объектов” и “переходных явлений” (Winnicott, 1971). Не следует спрашивать: “Ты сам до этого додумался или тебе это навязано извне?” Переходный объект совместно создается матерью и младенцем; успешная терапия — результат совместных усилий врача и пациента. “Психотерапия происходит на пересечении двух областей действия, одна из которых принадлежит пациенту, а другая — терапевту” (там же). Вместе они создают пространство и общий язык, благодаря чему пациент заново осознает себя — подобно тому, как ребенок впервые познает мир и учится говорить с материнской помощью. “Мы ощущаем жизнь в области переходных явлений, в восхитительном переплетении субъективных и объективных наблюдений, в промежуточной области между внутренней и внешней реальностью” (там же).

Одним из результатов этого направления психоанализа было придание большей ценности уникальным отношениям “пациент—терапевт” в процессе анализа, а также “биперсонального поля”, которое создается ими обоими (Little, 1951; Langs, 1979b; Klauber, 1981). Терапевты не являются болванками, на которые пациенты переносят свои реакции. Их эмоциональная и интеллектуальная отзывчивость должна подстраиваться под нужды пациента, при этом неизбежно проявляются черты собственной личности терапевта. Частью данного направления является возрастающее признание важного значения контрпереноса как терапевтического инструмента. Углубленная оценка всего, что должен обеспечить психотерапевт, происходит параллельно осознанию влияния матери на самых ранних довербальных стадиях развития младенца. Многие люди с пограничными состояниями, легко переходящими в невроты и психозы, страдают от проблем, пережитых на самых ранних ста-

дях отношений с родителями. Балинт при описании этой проблемы назвал ее следствием “значительного разрыва на ранней стадии формирования индивидуума между его биопсихологическими потребностями и материальным и психологическим уходом, вниманием и привязанностью, оказанными ему в данный период” (Balint, 1968). В результате этого курс психоанализа продлится значительно дольше, чем во времена Фрейда, когда курс обычно завершался в течение года.

В противовес данной тенденции временного увеличения и углубления курса психоанализа еще со времен ученика Фрейда Ференци (1926) делались попытки ускорить процесс анализа и сделать его более доступным. Эксперименты Ференци с активными методами и релаксацией, попытки менять роль и отношение терапевта не были признаны частью психоанализа, поскольку противоречили психоаналитическим ценностям ответственности перед самим собой и аутентичности. Но эти попытки были возобновлены в некоторых новых, менее аналитических методах: бихевиористской (поведенческой) терапии и в направлении, развивающемся под влиянием идей теории коммуникации (Haley, 1968).

Фрейд предчувствовал, что “широкое поле применения терапии вынудит сплавлять воедино чистое золото анализа с медью прямых предположений”. Далее он заключал, что “какие бы формы ни принимала психотерапия, из каких бы элементов она ни состояла, самыми эффективными и важными составными частями несомненно останутся те, которые заимствованы из нетенденциозного и понимаемого в точном смысле психоанализа” (Freud, 1919). Все это относится и к аналитической психотерапии, у которой, как было подчеркнуто, общие основы с психоанализом. Психоаналитические понятия и методы могут применяться в психотерапии, проводимой и неклассическим психоаналитическим способом. Например, можно использовать знание бессознательных мотивов и переноса, не вдаваясь в подробное перетряхивание всего прошлого пациента и при этом использовать психодинамическое понимание, чтобы справиться с теми случаями, когда психотерапия не является подходящим решением. Разработаны методы (Malan, 1963, 1979) ограничения масштабов исследования фокусировкой на ключевых проблемах и конфликтах, о чем более подробно будет рассказано далее.

В настоящее время конференция психотерапевтов Великобритании пытается ввести классификацию психотерапевтов в

целях упорядочения этой сильно фрагментированной области. Секция психоанализа и аналитической психологии включает в себя Британское психоаналитическое общество и три более мелкие юнгианские учебные организации; все они находятся в Лондоне. Секция аналитической психотерапии объединяет более двадцати организаций, разбросанных по всей Великобритании. Обе секции требуют от участников длительного личного опыта интенсивной терапии.

Обстановка

Говорят, что обстановкой (сеттингом) динамической психотерапии являются отношения с терапевтом; это особенно верно для психоанализа и аналитической психотерапии. Определенные условия должны быть созданы для углубления концентрации обеих сторон (пациента и терапевта) на развитии отношений.

Терапевту необходимо обратить пристальное внимание на надежность обеспечиваемых условий, чтобы пациент мог безболезненно продвигаться к более глубоким уровням терапии. Выполнение этого условия требуется на всех уровнях психотерапии, но в данном случае оно особенно важно. Следует предпринять все усилия для того, чтобы помещение, в котором проводится терапия, было защищено от постороннего шума и возможности внезапных вторжений. Предпочтительно использовать мягкую мебель — кушетку, уютные кресла, обеспечивающие ощущение равенства во время беседы, которая должна вестись с обоюдной искренностью чувств. Все сеансы должны проводиться в одном и том же помещении с четким соблюдением назначенного времени, продолжительности сеансов и их частоты. Время и место являются составными частями той обстановки доверия, которую должен создать терапевт, чтобы пациент чувствовал себя как дома.

Следует помнить, что открытия Фрейда в области психологии были сделаны им на основе практики невропатолога. Сначала он использовал гипноз для снятия невротических симптомов, затем для того, чтобы разобраться в их значении и происхождении и чтобы облегчить процесс катарсиса, относящийся к связанным с этими симптомами эмоциональным расстройствам. Позднее Фрейд оставил этот путь, перейдя к иной форме: он предлагал пациентам вспоминать все, что явилось причиной их беспокойства. Час-

то при этом он клал свою ладонь на лоб больного. Но использование и этой формы продержалось лишь до той поры, пока Фрейдом не был открыт *метод свободных ассоциаций* (Jones, 1953). Пациентам предлагалось рассказывать обо всем, что приходит в голову, что бы это ни было. Именно появление данного метода ознаменовало начало психоаналитического подхода. Кушетка, которую Фрейд как невропатолог использовал для осмотра больных, а потом на сеансах гипноза, сохранялась и при использовании метода свободных ассоциаций. Многие психоаналитики предлагают пациенту самому решить, хочет ли он лечь на кушетку. Удобно располагаясь на ней, будучи изолированным от любых внешних помех, пациент погружается в свой внутренний мир и свободно и непринужденно высказывает текущие мысли сидящему рядом терапевту. Иногда, особенно на первых сеансах, пациент может отказаться лечь на кушетку. Тогда пациент и терапевт могут расположиться рядом в креслах, желательно под таким углом, чтобы можно было и смотреть, и не смотреть друг на друга. В случаях применения менее интенсивной терапии или при проведении сокращенного курса кресла часто используются на протяжении всего курса.

Классической формой психоанализа является проведение четырех-пяти пятидесятиминутных сеансов в неделю иногда в течение нескольких лет. Частота и регулярность занятий способствуют интенсивности терапии. Такой режим обеспечивает возможность разобраться подробно в личности пациента и выявить психопатологию. Неспешное продвижение психоаналитика подстегивает регрессию, перенос прежних чувств на психоаналитика и восстановление забытых воспоминаний. Все это проявляется в отношениях “пациент-аналитик” и попадает в область совместного исследования. Частота сеансов, прерываемых выходными днями и праздниками, позволяет испытывать привязанность, что в свою очередь способствует решению проблем пациента (Bowlby, 1977).

Модификация классической формы подстегивалась необходимостью оказания помощи большому числу больных, в особенности после первой мировой войны. *Аналитическая психотерапия* — термин, используемый для описания наиболее распространенной модификации психоанализа, при которой частота сеансов сокращается до трех, двух и даже одного раза в неделю. Краткая или фокусная психотерапия является дальнейшим развитием, когда сокращается продолжительность и частота сеансов, но их интенсивность уменьшается не всегда.

Роль пациента

Для того чтобы пройти курс психоанализа или аналитической психотерапии, пациент должен признавать, что 1) источник его проблем, по крайней мере отчасти, находится в нем самом; 2) решить проблемы будет легче, если полнее понять самого себя и свои отношения, для чего придется поставить под сомнение все, что привычно принималось как данность, и, если потребуется, изменить свое отношение и поведение.

С настроем на понимание и изменение, существующем даже в самом зачаточном состоянии, пациент вступает в терапевтический или рабочий альянс с терапевтом, стремясь хотя бы постепенно преодолеть внутреннее сопротивление, мешающее полной открытости и спонтанности общения. Пациент содействует познанию исходя из приоритета *понимания*, даже если облегчение его состояния уже достигнуто и болезненные симптомы устранены. Он должен говорить о своих чувствах и фантазиях, как только они возникнут, а не пытаться скрыть их и разрядиться где-то в другом месте. Например, если пациент разозлится на терапевта, он должен так и сказать ему об этом, а не выражать свое неудовольствие опозданием на следующий сеанс.

Глубже понимая и самого себя, и других с помощью комментариев психотерапевта, пациент начинает лучше ощущать влияние прошлого на настоящее, причину своих бессознательных страхов и желаний, а также действие защитных механизмов. Он начинает различать объективный и субъективный аспекты терапевтических отношений: между тем, что есть на самом деле, и тем, чем оно кажется. Кроме того, пациенту нужно обобщить свои открытия, сжиться с ними, испробовать новый взгляд и на себя, и других, применить свежий подход к улаживанию проблем и использованию возможностей.

Аналитическая психотерапия, особенно краткосрочная, требует от пациента всего, о чем было сказано выше, и еще дополнительно — умения напряженно работать для достижения эффекта терапии, способности думать об этом между сеансами, умения справляться с нетерпением и беспокойством, которые могут возникать из-за необходимости целую неделю ждать следующего сеанса. Рейнер и Хан (Rayner and Hahn, 1964) пришли к выводу, что для проведения успешной краткосрочной аналитической терапии пациент должен обладать развитым чувством ответственности, высокой самооценкой и настойчивостью.

Роль терапевта

Первейшей обязанностью терапевта является создание и поддержание терапевтической обстановки. Фрейд (1912) описывал подход терапевта как “ровное выдержанное внимание”, способное подстраиваться к высказанным и затаенным значениям того, что говорится пациентом или было высказано им ранее. Терапевт следит за свободным потоком ассоциаций, принимая во внимание и то, *что* говорится, и то, *как* говорится и какими движениями сопровождается рассказ. Он в то же время предоставляет полную свободу своим ассоциациям, мыслям, фантазиям, определяя, насколько они связаны с пациентом и вызваны его словами и поступками.

Готовность и восприимчивость терапевта делают его “свободно плавающим”, как выразился Сандлер (Sandler, 1976), по аналогии с выражением “свободно плавающее внимание”.

В отличие от пациента, которому вольно говорить все, что вздумается, вмешательство терапевта должно быть направлено на углубленное признание и познание того, что ранее отторгалось. Это вмешательство может включать конфронтацию, прояснение и интерпретацию (Greenson, 1967). Весьма существенно, в какой форме, когда и как происходит такое вмешательство. Часто интерпретация четко формулирует то, что уже смутно понято или почувствовано пациентом. Целесообразно не торопиться с интерпретацией, предоставляя пациенту возможность самому разобраться во всем до конца. Винникотт (1971) замечал: “Психотерапия не состоит из умных и точных интерпретаций, по большому счету это длительный процесс возврата пациенту того, что он принес с собой”. Психотерапевт обязан сдерживаться и использовать контрперенос только в интересах терапии.

Таким образом, пассивность терапевта скорее кажущаяся, чем реальная. Она дает пациенту возможность испытать явление переноса таким образом, словно он видит перед собой фигуру из внутреннего мира, отраженную в “зеркале” (Freud, 1912). А психоаналитик в этом случае свободно поддерживает “свободно плавающее внимание”, слушает “третьим ухом”. Будучи вовлеченным в опыт пациента и получая возможность рефлексировать по этому поводу, терапевт помогает ему понять и изменить мир, в котором тот живет.

В краткой или фокусной терапии терапевт может быть более активен и должен брать на себя выполнение более направляющей

функции, чем в классическом психоанализе. Он должен постоянно исходить из краткости курса лечения и той психодинамической формулировки основной проблемы пациента, которая избрана в качестве фокуса работы.

Терапевтический процесс

В идеале психоанализ располагает временем для всестороннего изучения личности на всех уровнях. Аналитическая психотерапия ставит перед собой более скромную задачу — решение определенных ключевых проблем и снятие конфликтов, что в свою очередь обеспечит продолжение нормального развития.

Явление переноса поощряется и изучается, поскольку в этом случае конфликты пациента встраиваются в его отношения с терапевтом. *Невроз переноса* представляет собой воссоздание в настоящем невроза, возникшего в прошлом и связанного, как правило, с конфликтами в семье. Переживая заново ситуацию, пациент лучше понимает случившееся с ним. Александер (1957) удачно назвал это явление “корректирующим эмоциональным опытом”.

Мужчина лет тридцати обратился к психотерапевту в связи с семейными трудностями. Они привели к тому, что жена стала им пренебрегать, а сын — бояться. Его аккуратная вежливость производила впечатление маски, за которой скрывался могучий и бунтарский дух соревнования. Выяснилось, что в детстве он был самоуверенным и агрессивным ребенком. Это продолжалось до восьми лет, пока его не отправили в школу-интернат. Считая, что его наказали за агрессивность, мальчик притих и стал очень бояться физического насилия; в темноте ему мерещились чудовища, началось ночное недержание мочи. Его двойственное отношение к властному и жестокому отцу — стремление к признанию и страх отторжения — в более зрелом возрасте переросло в сложные отношения на службе, а потом — в перевернутом виде — отразилось на отношениях с собственным сыном.

В процессе психотерапии эти конфликты в сфокусированном виде проявились в явлении переноса. Однажды на сеансе перед перерывом на праздники пациент стал

нападать на терапевта, повторяя слова своей сестры о том, что психиатры палец о палец не ударяют, чтобы бороться с царящей в мире жестокостью. Затем, пытаясь отомстить терапевту за то, что тот оставляет его, расхвастался, что сам собрался на уик-энд с девицей. После этих слов он выжидательно замолк. Через пару минут пациент с облегчением рассмеялся и признался, что ему стало просто дурно от страха, что терапевт, подобно его отцу, задаст ему трепку за намерение изменить жене.

Его превратное представление об окружающих, включая и терапевта, обнаружилось с такой силой, что постепенно он сам стал осознавать это. Ему удалось постепенно изменить свои отношения и на работе, и дома, проявив к жене и сыну интерес, который он в отместку старательно скрывал. Его отношения больше не определялись бессознательной яростью и виной, он стал менять свое “Сверх-Я” и проецируемый вновь и вновь образ сурового и карающего отца.

Страчи (Strachey, 1934) придерживался мнения, что единственно полезной является *изменяющая интерпретация*, нацеленная на выявленные переносом конфликты с целью помочь пациенту изменить свое “Сверх-Я”. Мнение Страчи, что аналитик должен стать как бы дополнительным “Сверх-Я”, сегодня рассматривают как слишком жесткое. Чаще аналитику приходится играть роль дополнительного “Я”. Но большинство терапевтов охотно согласится со Страчи, что проявление переноса “здесь и теперь”, как в описанном выше случае, наиболее эффективно для терапии. Прошлого пациента интересует терапевта не само по себе, а лишь постольку, поскольку оно влияет на настоящее. Задача терапевта состоит в том, чтобы показать такое продолжающееся воздействие, помочь освободиться от того, что мешает им жить. Задача аналитика, по словам Фрейда, состоит в том, чтобы сделать бессознательное осознанным: “Где было “Оно”, должно быть “Я” (Freud, 1933).

Эти формы терапии допускают и даже предполагают использование *регрессии*, то есть переживаемого заново в процессе терапии раннего опыта. Целью регрессии является восстановление контакта с той частью своей личности, которая проявляется лишь косвенно — как симптом, склонность, ощущение неполноты.

Пациент может начать справляться с конфликтами и травмами, рассмотрев их в исторической перспективе и осознав, что может отказаться воспроизводить их. Для этого, как правило, требуется несколько раз прокрутить в сознании ситуацию и полностью овладеть ею. Мы возвращаемся в прошлое, чтобы набраться сил для “нового начала” (Balint, 1965). У пациента появляется шанс заново оценить себя, свои отношения, свою семью. Это понимание часто помогает простить взаимные обиды и подойти к ситуации более гибко и мудро.

Краткосрочная аналитическая психотерапия, часто называемая краткой или фокусной, менее экстенсивна, чем психоанализ, но это не мешает ей быть интенсивной. Мэлэн (Malan, 1963) показал, что краткосрочная аналитическая психотерапия наиболее эффективна, если при ее проведении имеется тесный контакт врача и пациента, развито явление переноса и сам пациент стремится к скорейшему завершению курса. За время краткого курса можно решить ключевые проблемы, например, пережитое горе, фобии или социальные тревоги (Malan, 1963, 1979; Sifneos, 1972; Davanloo, 1978). В этих обстоятельствах, если и потребуются дальнейшее, более длительное аналитическое лечение, вслед за краткосрочной индивидуальной терапией может оказаться целесообразным провести групповую терапию.

Групповая психотерапия

Люди живут в семьях и постоянно включаются в те или иные социальные группы. Их проблемы, как правило, отражаются в групповом поведении. Развитие теории объектных отношений в психоанализе способствовало пониманию разрушительного воздействия травм раннего возраста, возникших в семье, на последующие отношения с окружающими уже в зрелом возрасте. Влияние группы часто оказывает мощную поддержку и предоставляет благоприятную среду для выявления и снятия проблем, возникших указанным выше образом в детстве. Иными словами, группы в психотерапии можно использовать как на внешнем уровне поддержки, так и на более глубоких исследовательских уровнях.

Начало терапевтического использования групп в клинической практике относится к рубежу нашего века, когда американский хирург-пульманолог Пратт (1907) из Бостона собирал “классы”,

состоящие из 15—20 больных туберкулезом, которых отказались принять специализированные санатории. Еженедельные встречи, обеспечивающие общение и взаимную поддержку, принесли поразительное улучшение физического и морального состояния. В 20—30-х годах некоторые психиатры стали вводить этот метод в свою практику как способ поддержки госпитализированных больных, страдающих психическими расстройствами (Rosenbaum, 1978; Ettin, 1988). Термин “групповая терапия” ввел примерно в 1920 году Морено, известный в первую очередь развитием психодрамы, в которой группы используются и как труппа, и как зрительская аудитория. Такое активное действие, направляемое ведущим психодраму специалистом, служило средством выявления индивидуальных проблем и их игрового переживания как бы заново (Moreno, 1948).

К 20-м годам Фрейд применил инструментарий психоанализа к антропологии и социальным группам. В своей работе “Тотем и табу” (1913) он исследовал универсальность запрета на совершение инцеста, а в “Групповой психологии и анализе “Я” (1921) рассматривал поведение толпы и отношение групп (например, армии или церкви) к своим вождям. Концепция “Сверх-Я” (Freud, 1923) признавала личностное усвоение социальных норм. Фрейд не проводил сам ни антропологических практикумов, ни сеансов групповой терапии, оставив это на долю других исследователей. Интересные антропологические работы в этой области были сделаны Рогеймом (Roheim).

Адлер, разошедшийся в 1911 году с Фрейдом во взглядах на роль инстинктов и придававший большее значение социальному аспекту, стал основателем направления социальной и профилактической психиатрии и оказал непосредственное влияние на создание однодневных стационаров и терапевтических клубов (Bieger and Evans, 1969).

Обмен информацией, обучение и взаимная поддержка — вот основные фундаментальные функции терапевтических групп в широком смысле слова. Неформальные, непрофессиональные группы взаимной поддержки (например, анонимные алкоголики) распространяются все шире и приносят важную помощь многим десяткам и сотням людей, страдающим от алкоголизма, одиночества, понесшим утрату близких и т.п. (Shaffer and Galinsky, 1989). Очевидно, что такие группы являются не столько инструментом глубокого исследования, сколько источником взаимной поддержки.

Аналитическое направление в использовании групп началось с работ нескольких европейских психоаналитиков, эмигрировавших в США. Примером этому может служить деятельность Поля Шильдера в госпитале Бельвю (Нью-Йорк). Он обнаружил, что некоторые пациенты “не поддавались лечению классическим индивидуальным психоанализом. Они реагировали только в группе. Особенно это относится к страдающим социальными невротами” (Schielder, 1939). В группе пациенты “с изумлением обнаруживали, что мысли, которые, как им казалось, изолируют их от окружающих, на самом деле свойственны каждому из них” (там же).

Ценность группового метода была блестяще подтверждена в Великобритании во время второй мировой войны при отборе офицеров. Группа психиатров (Bion, Rockman, Foulkes, and Main) разработала методики, вошедшие в науку как нортфильдский эксперимент, названный так по имени Нортфильдского военного госпиталя в Бирмингеме. Из этих исследований позднее развились направления социальной терапии (Main, 1946) и использование малых групп в процессе лечения невротических и личностных расстройств (Foulkes, 1964). Позднее эти первые исследования были прекрасно описаны их участниками (Main, 1977).

Другим важным событием в развитии работ с группами стали исследования, проведенные в знаменитом Массачусетском технологическом институте психологом Куртом Левиным, бежавшим из нацистской Германии. Именно он запустил в оборот термин “групповая динамика”. Его теория социального взаимодействия включает идею психологического пространства и подчеркивает, что происходящее “здесь и теперь” куда важнее проявляющихся последствий отдаленных событий прошлого. Им был проведен классический эксперимент сравнения воздействия авторитарного, демократического и пускающего дело на самотек руководства (Lewin, Lippitt, and White, 1939). Дети из авторитарно руководимых клубов были зависимы от лидера и сосредоточены на себе в отношениях с равными. При демократическом руководстве те же дети не только проявляли больше инициативы, дружелюбия и ответственности, но и работали лучше, причем продолжали работать и в отсутствие руководителя. В группах, где дело было пущено на самотек, как норма проявлялась агрессия, что, кстати, характерно и для авторитарно руководимых групп. Особенно сильным оказалось влияние работ Левина на развитие Т-групп (групп тренинга), организованных для помощи людям, работающим на производстве,

как, впрочем, и в других организациях, и для осознания значения межличностного взаимодействия, в том числе и стилей руководства (Frank, 1964; Rice, 1965).

Формальные группы для терапевтических целей и обучения не сводятся лишь к аналитической групповой терапии и Т-группам: сюда можно отнести и группы встреч, и гештальт-терапию, и психодраму, а также группы транзактного анализа и поведенческой (бихевиористской) терапии. Существует прекрасная работа Галинского и Шаффера, описывающая различные модели групп и форм тренинга (Shaffer and Galinsky, 1989). Мы же ограничимся в данной книге рассмотрением аналитической групповой психотерапии, где развивались три основные направления анализа: анализ в группе, анализ группы и анализ через группу.

Анализ в группе менее остальных использует динамику группы. Терапевт проводит индивидуальную терапию в групповой обстановке, как это делал Шильдер. Метод особенно развит в США, где особенно заметны успехи Вольфа (Wolf) и Шварца (Schwartz). Часто участники таких групп предварительно проходили индивидуальную терапию в классическом варианте и успевали установить контакт с терапевтом. Сеансы проходили четыре раза в неделю, причем два из них — в отсутствие терапевта. Идея состоит в использовании явления переноса, направляемого терапевтом.

Анализ группы связан с интересом к динамике группы. Эту форму развивали в Великобритании специалисты Тэвистокской клиники (Bion and Ezriel). Биону (1961) принадлежит идея *базовых допущений*, то есть примитивных состояний сознания, автоматически возникающих, когда люди собираются в группу. Фантазии и эмоциональные влечения, связанные с этими базовыми допущениями, бессознательно определяют поведение группы, что препятствует выполнению явной задачи, поставленной перед группой, и мешают позитивным изменениям и дальнейшему творческому развитию. В случае терапевтической группы такие базовые допущения мешают “рабочей группе” исследовать чувства и проблемы входящих в нее индивидуумов. Бион относил к этим базовым допущениям *зависимость* (ожидание принятия всех решений терапевтом), синдром “*бей — беги*” (стремление ввязаться в драку или, наоборот, спастись бегством при малейшем столкновении), *разбиение на парочки* (надежда на появление решения путем парного соединения усилий). Образцами подобных базовых допущений он считал соответственно церковь, армию и аристократию. Бион работал с группами всего несколько лет, но его идеи помогают по-

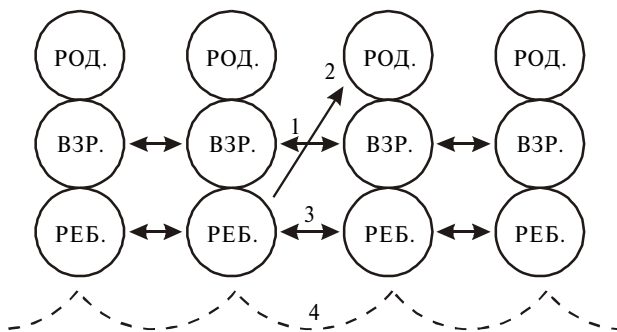
нять примитивные факторы, разрушающие коллективную работу. Эти явления носят особенно деструктивный характер в ситуациях, когда “демократический” диалог невозможен или неприемлем, что часто наблюдается в некоторых комитетах, организациях, обществах и даже при “автократично” проводимой групповой терапии (Brown, 1985).

Эзриель (Ezriel) ввел в обиход выражение “обычная групповая напряженность” для описания группового конфликта, возникающего в результате разделяемого всеми, желанного, но *избегаемого* отношения с терапевтом, которое возбуждает страх перед последствиями, если станет признанным (*пагубное отношение*). Такой конфликт разрешается принятием компромиссного отношения с терапевтом (*положенное отношение*). Например, враждебность по отношению к терапевту, продиктованная желанием каждого быть единственным пациентом/ребенком, остается неудовлетворенным (избегаемое отношение), приводит к страху быть брошенным (пагубное отношение) и разрешается сокрытием этого отрицательно-го отношения под маской готовности к сотрудничеству (положенное отношение). Эзриель считал, что задача терапевта состоит в том, чтобы сначала разрядить обычную групповую напряженность, а затем показать каждому его личный вклад в решение этой проблемы и сформировать разрешение конфликта на основе индивидуальной психопатологии. В этом смысле он сочетал анализ группы и анализ в группе. Такие идеи могут быть полезны для многих форм проведения групповых занятий, но особенно они необходимы в случаях, когда терапевт занимает исключительно бесстрастную позицию.

Анализ через группу ассоциируется с трудами С.Х. Фулкса (1898—1976), основателя Британского общества групповой терапии (1952). Фулкс был психоаналитиком, но, начиная свою карьеру в Германии, работал вместе с социологами, а некоторое время и с известным невропатологом Куртом Гольдштайном, использовавшим идеи гештальт-психологии. На Фулкса произвел сильное впечатление тот факт, что контекст влияет не только на то, что видно, но и на то, что происходит внутри.

Он рассматривал группу как терапевтическое средство и видел задачу терапевта в том, чтобы подпитывать терапевтический потенциал, предоставляя возможность каждому индивидууму в группе действовать все более активно и самостоятельно. В групповой аналитической терапии “к индивидууму относятся *в контексте* группы при активном участии группы” (Foulkes and Anthony, 1973).

Фулкс рассматривал индивидуум как узел в сети отношений, а болезнь — как неполадку в сети, которая высвечивается через данного индивидуума. Такое осознание трансличных явлений предвосхитило позднейшие открытия в области семейной терапии. Далее, Фулкс выделял множество уровней, на которых функционирует группа (часто это происходит сразу на нескольких): 1) уровень нынешних взрослых отношений; 2) уровень отношений индивидуального переноса; 3) уровень проецируемых и разделяемых чувств и фантазий, часто происходящих из ранней, довербальной стадии развития; 4) уровень архетипических универсальных образов, напоминающих юнговские архетипы бессознательного. Эти уровни ранжированы от более осознанных объективных “повседневных” отношений ко все более субъективным и бессознательным вымышленным отношениям; от более четко дифференцированных и индивидуальных отношений к менее четким (Foulkes and Anthony, 1957; Foulkes, 1964). На рис. 9 показано, как эти уровни можно привязать к представлению о частях личности в обзорах Ребенка, Взрослого и Родителя. На уровне 1 можно говорить об отношении Взрослый ↔ Взрослый, на уровне 2 — Ребенок → Родитель, на уровне 3 — Ребенок ↔ Ребенок, а уровень 4 объединяет бесконечное число индивидуумов.



Уровни Фулкса

1. Нынешние взрослые отношения (рабочий альянс)
2. Индивидуальный перенос
3. Разделяемые чувства и фантазии
4. Уровень архетипических универсальных образов

Рис. 9.

Обстановка (сеттинг)

Подход Фулкса оказался едва ли не самым влиятельным на сегодня в Великобритании (Walton, 1971; Pines, 1983), на нем основывается терапия малых групп. В 1967 году Фулкс основал журнал “Групп-анализ”, а в 1971 году сыграл решающую роль в учреждении Института групп-анализа.

Шесть—восемь пациентов, как правило, первоначально не знакомых друг с другом, регулярно встречаются на час—полтора раз или два в неделю, и это тянется годами (наиболее распространенный срок 2—3 года). Терапевт или два терапевта сидят вместе с пациентами, кресла расставлены по кругу с соблюдением полного равенства, в центре можно поставить небольшой столик. Обстановка должна обеспечивать спокойствие пациентов и уверенность в том, что неожиданное вторжение не помешает проведению сеанса. Соблюдение всех этих требований не менее важно, чем при индивидуальной психотерапии.

Пациенты должны рассматривать свое участие в группе как важнейшую обязанность, сохранять конфиденциальность всего услышанного в группе и не встречаться вне группы, не сообщив об этом. Им следует предупреждать группу, если они предполагают пропустить занятие, а об отпуске желательно оповещать за месяц. Наиболее распространены закрытые группы, где состав участников неизменен с самого начала до конца курса. Иногда группы бывают частично открытыми, когда некоторые участники присоединяются несколько позже, а некоторые — покидают группу раньше.

Группы по большей части составляют так, чтобы мужчин и женщин было поровну, чтобы они принадлежали примерно к одному и тому же кругу по уровню образования, культуры и т.п. В некоторых случаях участие в группе бывает еще более эффективным после прохождения курса индивидуальной терапии (Malan et al., 1976).

Роль пациента

Во всех видах психотерапии, сопряженных с исследованием и анализом, от пациента требуется готовность принять на себя ответственность за свои проблемы, стремление искать их решение путем более полного понимания себя самого и своих отношений с

окружающими. Согласие на участие в групповой терапии предполагает, что пациент понимает необходимость своей активной роли и не рассматривает терапевта как родителя/волшебника, от которого ждут решения, принесенного на блюдечке с голубой каемочкой. Необходимый терапевтический альянс в данном случае требуется установить не только с терапевтом, но и с остальными участниками группы, что не всегда легко достигается: одни члены группы внушают страх, другие вызывают неприязнь. Однако в процессе групповой терапии пациент приходит к важному открытию, что его проблемы не чужды и другим людям.

Чем активнее участвует пациент в работе группы, тем более полезной оказывается для него эта работа, требующая проявления открытости в отношении себя, своих проблем и отзывчивости к чужим проблемам. Говорить только о себе, не обращая внимания на окружающих, абсолютно непродуктивно и приводит к отчуждению, способствует укоренению стереотипов.

Даже для тех пациентов, которые в основном молчат, участие в группе весьма полезно, если они при этом обдумывают и вчувствуются в происходящее. Каждый пациент играет в группе свою терапевтическую роль.

Роль терапевта

Терапевта часто называют *ведущим группой*. Как и дирижер оркестра, он начинает и заканчивает процедуру и способствует созданию атмосферы, в которой происходит честное общение, при этом он помогает каждому проявить лучшее, на что тот способен. Оставаясь как бы в тени, терапевт поощряет размышление, прочувствование и взаимодействие в группе. Кроме того, ему свойственна рефлексия по поводу происходящего, когда он использует собственные чувства и ассоциации, привлекает материалы предыдущих сессий. Он должен следить не только за тем, что говорится, но и за тем, как связаны темы и ассоциации, что именно позволяет выявить суть конфликта.

На ранней стадии, пока участники недостаточно хорошо знают друг друга и не очень доверяют друг другу, группа, как правило, принимает регрессивное или зависимое отношение к ведущему, рассчитывая на его лидерскую роль (Scheidlinger, 1968). Поэтому на ранних стадиях терапевт должен облегчать общение, объяснять и

интерпретировать его более активно, но по мере того, как вырабатывается культура группы, он постепенно отказывается от столь активной роли.

Положение ведущего как участника группы, хотя и отличающегося от других, оставляет ему больше свободы для анализа и распределения “свободно плавающего” внимания. Ведущий может предоставлять возможность комментировать способ представления своих проблем каждым из участников, внося этим свежую струю в ощущение “здесь и теперь”. И тонко настраивать атмосферу в группе. Некоторые терапевты, проводящие групповые занятия, находят весьма полезной для ориентации использование концепции *фокусного конфликта группы* (Whitaker and Lieberman, 1964). Конфликт включает в себя *тревожащий мотив* (например, желание каждого из пациентов безраздельно владеть терапевтом), порождающий *реактивный мотив* (например, страх неодобрения со стороны терапевта и других участников группы) и приводящий к нахождению *группового решения*. Групповое решение не следует рассматривать как фиксированную защиту; оно может изменяться в процессе сеанса. Решение часто оказывается *ограничивающим*, направленным только на уничтожение страха, или *разрешающим*, при котором некоторое выражение тревожащего мотива разрешено для обеспечения его понимания и анализа. Одним из типичных примеров ограничивающего решения группового конфликта является ситуация, когда один из пациентов отвлекает на себя внимание всей группы. Более разрешающим решением является ситуация, когда сокровенное желание каждого участника группы оставаться единственным пациентом высказывается вслух и свободно обсуждается всеми. Концепция групповых мотивов и решений на самом деле является вариантом представлений классического психоанализа о желании, страхе и защите или концепции Эзриеля о избегаемом, пагубном и положенном отношении.

Задача терапевта состоит в том, чтобы способствовать созданию терапевтической атмосферы и оказывать помощь в поиске всей группой таких разрешающих решений в неизбежно возникающих напряженных ситуациях. Его интерпретации особенно необходимы, когда в процессе общения и исследования возникает некоторая блокировка. Такая блокировка может быть связана с тем, что кто-нибудь из участников группы избегает определенных вопросов или стремится остаться незамеченным. Искусство группового терапевта состоит в умении прояснить ситуацию, вовремя отметить возни-

кающую конфронтацию и дать необходимые пояснения. Он может вовремя вставить подбадривающее замечание и даже отвлечь внимание, если кто-то ощущает неловкость, чувствуя себя как бы “на крючке”. Вмешательство терапевта, как и его отношение, носит моделирующий характер, формируя способ общения и самовыражения участников группы.

Таким образом, роль психотерапевта в группе более активна, чем обычная роль психоаналитика, как бы являющего собой зеркало для пациента. Впрочем, такой взгляд на роль психоаналитика можно считать устаревшим. Для группового психотерапевта, сидящего на равных в кругу своих пациентов, было бы трудно и неестественно скрывать свои чувства, даже если бы он и хотел это сделать. Однако мнения по поводу того, насколько *прозрачным* (невидимым) должно быть отношение терапевта, сильно расходятся (Yalom, 1985). Многие терапевты меняют форму своего поведения даже на протяжении одного сеанса. Свои преимущества есть у каждой из крайних позиций. Постоянно бесстрастное поведение способствует возникновению переноса, но служит плохим примером активной вовлеченности и эмоциональной раскрепощенности для участников. С другой стороны, хотя пациенты и не хотят отягощать себя личными проблемами терапевта, они очень ценят отношения открытости и доверительности, способствующие успеху терапевтического воздействия. Если терапевт использует возможность выразить свои чувства, в том числе контрперенос, в уместной форме и уместной ситуации, это облегчает пациентам выражение собственных чувств и фантазий, позволяет более свободно и раскованно раскрываться и иногда способствует переходу всей группы на более глубокий уровень.

Терапевтический процесс

Аналитическая групповая психотерапия, как и индивидуальная, направлена на помощь в разрешении конфликтов и достижении более глубокого понимания и самого себя, и окружающих в интересах более полного роста и развития личности. Целью аналитической групповой психотерапии является развитие способности глубокого внутреннего анализа и выравнивание отношений с окружающими. Обстановка проведения занятий обеспечивает контекст, приводящий к важным результатам.

Благодаря участию нескольких людей взаимодействие как на бессознательном, так и на сознательном уровне становится более разнообразным и сложным, чем в случае индивидуальной терапии. Богаче многообразие опыта и взглядов. Нередко в группе развивается явление множественного переноса, когда каждый пациент переносит чувства не только на терапевта, но и на других участников и даже на всю группу в целом. Случается, что отношение одного из членов группы к другим участникам как бы отражает неприятие собственных качеств путем проекции и проективной идентификации.

Пациенты могут много узнать о себе благодаря обратной связи, возникающей в группе.

В одной группе нарастающая враждебность между двумя участниками, прорвалась на одном из сеансов. Это позволило одному из членов группы, человеку с гомосексуальной ориентацией, понять, что для него стало невыносимым общение с недавно женившимся парнем, своим резким, отстраненным поведением напомиравшим ему критически и неприязненно относившегося к нему отца. В то же время второй участник конфликта сумел осознать, что идентифицировал себя с собственным отцом, державшимся отчужденно в ответ на горячую привязанность сына. Все это заставило сына стесняться своих пылких чувств, считая их женскими и видеть в них проявление гомосексуальности.

Этот пример является хорошей иллюстрацией явления, которое Фулкс назвал зеркальной реакцией. Пройдя через этот конфликт, оба пациента узнали больше о самих себе, войдя в соприкосновение с ранее неосознаваемыми частями собственной личности. Разобравшись, они смогли общаться друг с другом и правильнее оценить другого. Остальные пациенты наверняка извлекли и для себя нечто полезное из этого конфликта и его анализа.

Невротические конфликты часто коренятся в отношениях с семьей, в которой человек вырос. В данном примере оба участника в детстве не сумели достаточно полно выразить чувства к своим отцам. Причем дело заключалось не только в страхе перед отцами. У одного из них мать была холодным по характеру и настроенным на критическое отношение человеком, второй был лишен возможности тесно общаться с матерью из-за того, что та страдала хронич-

ческим туберкулезом: сын не мог ни проявить, ни ощутить никаких знаков привязанности. В группе создалась ситуация, когда появилась возможность выразить прежде глубоко запрятанные личные переживания. Когда их проявление выявило симптомы, оказалось возможным понять суть проблемы и найти пути ее преодоления.

Индивидуальная терапия позволяет более детально проработать внутренние проблемы, анализировать развитие с самого раннего детства. Групповая терапия анализирует “здесь и теперь” развивающиеся отношения, иногда более разнообразные и актуальные. Дело не только в большем количестве охватываемой информации и отклике, способствующем возникновению весьма интенсивного эмоционального опыта; не менее важны контрасты между опытом и поведением различных индивидуумов, между тем, как ведет себя индивидуум сейчас, и тем, как он вел себя на прежних сеансах. Эти контрасты очень заметны, и терапевтические изменения видны невооруженным глазом.

В группе *часто* возникает резонанс. Каждый выделяет для себя из общего потока информации и эмоций то, что ему сейчас особенно близко и важно.

В группе появились два новичка, один из членов группы женился, а у другого родился ребенок. Эти события вызвали у некоторых зависть и враждебность, хотя большинство выразило радость. Затем терапевт объявил об организационных изменениях, не вызвавших энтузиазма, и в течение нескольких сессий на сеансах в группе бесконечно обсуждалась тема плохих матерей. Разделенное всеми чувство боли от неутоленной потребности в материнской заботе и двойственности реальных отношений вызвало у более эмоционально затронутых этой темой участников желание уйти в себя, а у более склонных к депрессии — чувство вины, выразившееся в поведении, направленном на заглаживание ситуации. Ситуация стала для всех очевидной. Интенсивность переживания темы пробудила воспоминания о травмах раннего возраста, но разделенность этого чувства сделала его более переносимым.

Одна страдавшая депрессией участница группы, чрезмерно одолеваемая желанием помогать другим в работе,

в детстве была обделена вниманием и лаской: ее красавица-мать страдала тяжелой астмой. В период групповых занятий ей приснилось, что в группе она встретила очень интересную женщину (которая как бы представляла мать) в таком же, но только более ярком платье. Вместе они отправились в кафе, и эта другая женщина, наливая кофе, пролила немного на платье своей спутницы. В мокром платье та вышла в соседнюю комнату, где стояло множество заваленных бумагами письменных столов. Женщина села и стала трудиться над этими бумагами до тех пор, пока не вошел мужчина (как бы представлявший психотерапевта) и не сказал, что не следует так перегружаться работой. При обсуждении этого сна группа нашла в нем явную символику: зависть к матери-красавице, сложные чувства, возникающие при получении от нее пищи и при необходимости тяжело трудиться, чтобы компенсировать эти неудобства.

Описанный пример является яркой иллюстрацией возможности групповой терапии — разделения всей группой опыта “здесь и теперь”, анализа общими усилиями. Впрочем, подробный анализ снов в групповой терапии имеет меньшее значение, чем в индивидуальной.

Групповая терапия основывается на общем опыте группы, который встраивается в формирующуюся уникальную культуру группы, где есть своя история и свои воспоминания и участники связывают все более глубокие и личные отношения. Фулкс называл это групповой матрицей. В ней каждый участник отражен в личностном, межличностном и трансличностном плане. Гарланд в своей книге “Групп-анализ: принимая всерьез то, что не является проблемой” (1982) описывал, насколько ценным является для пациента вступление в новую систему — группу, сильно отличающуюся от системы, где возникли его проблемы.

Ялом (Yalom, 1985) указывал на некоторые терапевтические факторы, присущие именно *группам*. Понятие универсальности относится к открытию разделяемых основности, страхов и конфликтов — то, что раньше способствовало изоляции пациентов, а теперь объединяет их. Альтруизм, забота о других и помощь в преодолении трудностей проявляются по мере того, как индивидуумы освобождаются от изоляции и болезненного сосредото-

ния исключительно на собственных проблемах; обстановка в группе предоставляет ее участникам возможность развивать сильные стороны личности, но в то же время обнажает их слабости; каждому участнику приходится во все большей степени играть роль терапевта по отношению к остальным. *Коллективное воссоздание (рекапитуляция) семейной группы* подразумевает: неправильно сложившиеся отношения в семье, где прошло раннее детство, могут быть как бы заново повторены и переосознаны в группе, где теперь в более открытой атмосфере удается найти пути преодоления последствий детских травм. Иногда группа восполняет то, чего не хватало в родной семье, — признание и поддержку, право на обособление и выражение враждебности. *Имитационное поведение* означает предложение других моделей поведения остальными членами группы, в том числе и терапевтом, для того чтобы общими усилиями отыскать альтернативы старым ограничительным и невротическим реакциям. *Межличностное обучение* означает возникающий в данной социальной обстановке потенциал увеличения навыков межличностного общения благодаря узнаванию новых путей искусства оставаться самим собой при общении с другими в обстановке, гораздо более близкой к повседневной жизни, чем на сеансах индивидуальной психотерапии. Именно это имел в виду Фулкс, описывая групповую психотерапию как “самообучение в действии”. *Сплоченность* — это чувство солидарности, объединяющее группу и делающее ее привлекательной для участия. Чувство принадлежности позволяет членам группы вместе преодолевать трудности и, таким образом, оно является частью терапевтического или рабочего альянса. *Экзистенциальные факторы* включают признание ответственности перед лицом присущего людям одиночества и неизбежности смерти.

Скиннер (1986) подчеркивал методы, при использовании которых принадлежность к группе помогает преодолевать нарушения развития и блоки, возникшие на почве невротических конфликтов по мере того, как группа становится более зрелой и продвигается к большему взаимопониманию. Он считал, что роль терапевта должна соответствовать определенной стадии развития группы: от более поддерживающей и воспитывающей на первоначальном этапе к более жесткой и отстраненной, иногда даже конфликтной на более продвинутом этапе, и далее — к открытой личной на финальном этапе, когда достигнуто практически полное взаимопонимание. Как и Фулкс, Скиннер считает, что терапевт, кото-

рый растет и учится вместе с группой, обеспечивает максимальную эффективность психотерапии.

Различные стадии развития групп описаны в динамических ситуациях (Whiteley and Gordon, 1979; Schutz, 1958), где они соотнесены с основными человеческими потребностями во включенности, управлении и привязанности. Такман (Tuckman, 1965) выделял четыре стадии — формирование, шторм, приведение к норме и осуществление, — представляющие установление чувства принадлежности, возникновение конфликта и сопротивления, достижение близости, новые стандарты и роли, соответствующие осуществлению задач группы.

Деструктивные силы в группах (Zinkin, 1983) основаны на примитивных процессах, таких как расщепление, проекция и зависть, как правило, коренящихся в неудачных попытках более раннего возраста и связанных с возникновением сильной тревоги, боли и ярости. Их необходимо осознать и разрешить для возможности дальнейшего продвижения как самого индивидуума, так и группы в целом.

Как уже было отмечено, групповая терапия составляет наибольшую часть длительной психотерапии, проводимой в настоящее время в системе государственного здравоохранения Великобритании. Когда становится очевидным, что пациенту требуется длительная помощь для преодоления трудностей внутриличностного и невротического характера, тогда участие в групповой терапии может оказаться весьма полезным, при условии, что у пациента имеется достаточно сильная мотивация к самопознанию, сильная воля и готовность регулярно посещать сеансы в течение по крайней мере года. В том случае, когда имеется выбор между разнообразными психиатрическими и психотерапевтическими методами (что в государственном здравоохранении случается достаточно редко), групповая терапия может служить частью более комплексного лечения. С нее может начинаться лечение, она может являться продолжением ликвидации кризиса средствами поддерживающей психотерапии и медикаментозного лечения, и, наконец, групповая терапия может проводиться после курса краткосрочной индивидуальной аналитической терапии. Некоторые пациенты, лишь частично использовавшие психоаналитическую терапию, стараются применить в новой атмосфере групповой терапии все, о чем узнали в ее процессе. Было показано, что “после успешного психоаналитического лечения пациент, безусловно, является в меньшей степени

невротиком (психотиком), но совсем не обязательно он становится по-настоящему зрелой личностью. С другой стороны, после успешного лечения групповыми методами пациент не всегда превращается в невротика, но обязательно становится более зрелой личностью” (Balint and Balint, 1961). Существование такого различия, возможно, происходит из-за того, что групповой терапии более доступны лечебные факторы, не относящиеся к переносу, и обстановка при ее проведении более похожа на обстановку в естественных группах, где люди живут и работают, что и приводит к активизации взаимной ответственности и внимания друг к другу (Brown, 1987).

Семейная терапия и терапия супружеских пар

Драмы семейных отношений с античных времен заполняли легенды и художественные произведения, но лишь совсем недавно психиатры признали их одним из самых распространенных источников серьезных эмоциональных расстройств в дополнение к конституционным факторам или внутриспсихическим конфликтам и травмам, возникшим в раннем возрасте.

Лишь в последние несколько десятилетий началось систематическое изучение и лечение семейных проблем и проблем супружества. Миттельман (Mittelman, 1948), работая в США, писал об одновременном, хотя и раздельном психоаналитическом лечении мужей и жен, которое позволило разобраться в их отношениях на сознательном и бессознательном уровнях и получить желаемый результат для 11 из 12 обратившихся за помощью пар. В это же время в некоторых семьях проводились исследования предрасположенности детей к шизофрении. Фромм-Райхман (Fromm-Reichmann, 1948) принадлежит идея “шизофреногенной матери”, а Лидзу (Lidz, 1949) — теория родительского “супружеского раскола и перекося”. Эти исследования велись достаточно интенсивно, многие исследователи стремились доказать, что ближайшие родственники, составляющие семью шизофреника, по-своему не менее больны, чем он сам (Bateson et al., 1956). Родственники больных часто сами демонстрировали девиантное поведение, их коммуникативный стиль провокативен, противоречив и ставит больного в безвыходное положение. Например, мать многократно просит сына поцеловать ее, но уходит, когда тот направляется

к ней, а потом обвиняет его, что он не является хорошим сыном. В таких семьях нередок тревожный стиль мышления, “псевдовзаимность” и алогичность, под которыми кроется враждебность (Wynne et al., 1958). Некоторые исследователи считают, что семьи пренебрегают опытом больного и, по сути, отрицают его путем “мистификации” настолько, что шизофреническая реакция является естественной формой самозащиты (Laing and Esterson, 1964). Поэтому некоторые считают шизофрению семейным заболеванием и рекомендуют проведение курса семейной терапии. Отметим, что валидность наблюдений, на которых основаны данные выводы, ставится под сомнение рядом исследователей (Hirsh and Leff, 1975). Но даже если не считать семейные конфликты основной причиной шизофрении, нельзя не признать, что пациенты, перенесшие шизофренический срыв, более подвержены рецидиву болезни в эмоционально заряженной атмосфере собственной семьи (Brown et al., 1972; Leff and Vaughn, 1985). Как бы то ни было, эти исследования привлекли интерес к роли семьи в психических заболеваниях в общем. Общеизвестно, что отношения в семье во многом объясняют возникновение эмоциональных проблем.

Уже давно введено за правило проводить беседы с матерью ребенка, которого помещают в клинику для детей с отклонениями. Беседу проводит социальный работник, а ребенком занимается психиатр. Однако Аккерман (Ackerman, 1966) еще в 50-е годы при работе с детьми и подростками начал использовать семейные собеседования. Этот подход распространен теперь очень широко, многие детские психиатрические клиники в Великобритании переименованы в отделения детской и семейной психиатрии. Семейную терапию можно рассматривать как естественное продолжение детской психиатрии. Теперь при поступлении ребенка в клинику часто проводят диагностические беседы со всеми членами семьи (Bentovim and Kinston, 1978).

Скиннер, ведущий британский специалист в области семейной терапии и терапии супружеских пар, пришел к этому направлению через интерес к групповой терапии и работу в клинике для детей с психическими отклонениями. Наиболее характерной особенностью этих новых направлений он считал сосредоточение не на индивидуальной психопатологии, а на патологии и лечении естественных систем, формируемых индивидуумами в сфере интимных отношений.

Терапия идеально помогает естественной системе семьи продвигаться к образцам взаимодействия, характерным для здоровой семьи. Скиннер (1987) проанализировал исследования, проведенные в этой области в США, в особенности результаты, полученные Тимберлонским фондом психиатрических исследований (Lewis, 1979), где проводилось сравнение семей, находящихся в крайних положениях (здоровых и больных). “Здоровые” семьи отличались тем, что 1) привязанность преобладала над противоречиями; 2) в них уважали право на отдельность и индивидуальность и 3) обеспечивали открытое и ясное общение; 4) они имели прочную и равную родительскую коалицию; 5) члены таких семей использовали гибкие, обсуждаемые формы управления и 6) взаимодействовали спонтанно, прибегая к юмору и иронии.

Методы семейной терапии описаны во многих исследованиях (Glick and Kessler, 1974; Skynner, 1976; Walrond-Skinner, 1976; Hoffman, 1981; Bentovim et al., 1987). Они охватывают целый спектр аналитических и активных приемов. Среди аналитических приемов можно выделить приемы, нацеленные на инсайт с помощью интерпретации, а среди активных особенно интересен прием вмешательства терапевта, необходимого для изменения сложившейся нездоровой практики в семье. Вмешательство, которое осуществляется с помощью бихевиористских приемов, ролевых игр, видеозаписи для обеспечения обратной связи и “семейной скульптуры” (под “семейной скульптурой” понимается нечто подобное “живым картинам”, когда члены семьи, выбирая позы и расположение в пространстве, пытаются изобразить свои взаимоотношения (Simon, 1972).)

Миланская школа семейной терапии (Selvini-Palazzoli et al., 1978) использует свой прошлый опыт в психоанализе для выявления бессознательных “правил игры”, поддерживающих семейную патологию. Этот подход предполагает выявление тех входящих в “зацепление” реакций, которые делают семью нездоровой. Таким образом, семейная терапия оказалась благодатной почвой для развития динамической и бихевиористской терапии. В 1977 году в Лондоне был учрежден Институт семейной терапии, ставший одним из признанных центров мировой науки. В отличие от требований, предъявляемых к специалистам, занимающимся индивидуальной и групповой аналитической психотерапией, при обучении семейной терапии не ставится в качестве обязательного условия наличие длительного собственного “клиентского” опыта.

Обстановка (сеттинг)

Основным элементом семейной терапии и терапии супружеских пар является фокусировка внимания на семье или супружеской паре как на объекте. Как правило, за помощью обращается один из супругов или членов семьи — для себя или для кого-нибудь другого (например, ребенка). В этом случае семейная терапия предполагает для диагностики привлечение всех членов семьи (или как можно более полный ее состав); если речь идет о супругах, то терапевт хочет встретиться с обоими. Он приглашает к сотрудничеству других членов семьи (или второго брачного партнера) и, если удастся, проводит совместную беседу. Такое совместное собеседование часто проводят два терапевта, мужчина и женщина, что оказывается особенно полезным в терапии супружеских пар, поскольку это исключает обвинения в пристрастности терапевта в пользу одной из сторон. Для диагностики очень важно, насколько склонны к сотрудничеству приглашенные члены семьи, насколько они готовы помогать и разделять ответственность. Например, весьма симптоматично желание переложить всю ответственность и всю вину на одного человека. Крайним случаем является ситуация, когда одного из членов семьи родственники пытаются безосновательно запихнуть в психиатрическую лечебницу, чтобы избавиться от него. Ситуация, получившая название “явление фонаря” (Barton and Whitehead, 1969) — в честь пьесы “Фонарь”, написанной в 1931 году Патриком Гамильтоном, где изображен муж, пытающийся убедить свою жену в том, что та сошла с ума. Такое решение семейных проблем не ново. Еще в 1763 году Комитет Палаты общин докладывал о безосновательном помещении в лечебницы и богадельни некоторых людей, осуждая подобный способ решения семейных и социальных проблем (Leigh, 1961).

Иногда семейную терапию пытаются проводить прямо на дому, для того чтобы легче воссоздать и ощутить создавшуюся в семье атмосферу (Brandon, 1970; Bruggen and Davies, 1977). Это имеет особое значение в случае, если в семейных отношениях создалась кризисная ситуация, которая может продолжаться от нескольких дней до шести недель и разрешается либо естественным путем, либо болезненным срывом. Своевременное вмешательство терапевта может иногда помочь найти такое разрешение кризисной ситуации, которое способствует извлечению уроков и появлению позитивных изменений. Некоторые психиатры, например, Скотт (1973), ре-

комендуют во всех случаях обращений по поводу срочного помещения в психиатрическую клинику прежде всего изучить обстановку дома, чтобы предотвратить ненужную госпитализацию. Посмотрев на пациента в контексте семьи, можно значительно живее представить его проблемы. Такой подход наиболее уместен в тех случаях, когда речь идет о стабильных семьях, живущих вместе.

В менее острых ситуациях беседу проводят в клинике или в специальной приемной, где обеспечена подходящая обстановка: удобные одинаковые кресла, расположенные по кругу в тихой комнате; центр этой комнаты должен быть освобожден, чтобы имелась возможность двигаться, если возникнет желание. Часто используются зеркала с односторонней видимостью или видеокamеры для наблюдения за процессом со стороны. Иногда наблюдателей прямо во время беседы приглашают для того, чтобы посоветоваться. За диагностическим собеседованием следуют терапевтические сеансы. Иногда хватает 2—3 консультации с интервалом в 2—3 недели, а иногда сеансы проводят раз в неделю или раз в две недели в течение одного—двух лет. Некоторые терапевты, продиагностировав всех членов семьи, избирают для лечения лишь нескольких. Иногда, чтобы помочь ребенку, нужно работать с его родителями (Bowen, 1966). Существует и противоположная крайность (Speck and Attneave, 1973), когда вовлекают как можно больше членов семьи и соприкасающихся с ними людей (с работы, из школы, из числа соседей) так, что в сеансе может принимать участие до полусотни человек! В других случаях, особенно в условиях клиники для подростков, собирают представителей разных семейств для обсуждения семейных отношений и проблем взаимопонимания между поколениями. Но чаще всего ограничиваются одной семьей, делая исключения только для дедушек и бабушек.

Терапия супружеских пар тоже проводится по-разному (Dicks, 1967): на совместных сеансах, когда оба супруга общаются с терапевтом или с парой терапевтов; в группах, где объединены несколько супружеских пар (как правило, три или четыре); на сеансах индивидуальной терапии, когда одновременно, но порознь супруги получают помощь от разных терапевтов. Последний способ разработан Институтом изучения брака при Тэвистокской клинике и предполагает, что терапевты общаются между собой и координируют свои действия (Pincus, 1960). Показания и противопоказания для проведения совместных или индивидуальных сеансов описаны Скиннером (Skynner, 1976). Общеизвестно,

но, что совместные сеансы особенно полезны, если пара еще не распалась на полностью изолированные индивидуумы, что позволяет широко использовать проективную идентификацию (Main, 1966). Скиннер считает, что совместные сеансы менее приемлемы для людей, еще не справившихся с “депрессивным состоянием”, то есть не научившихся относиться друг к другу с терпимостью, без излишнего ощущения вины за сосуществование мощных чувств любви и ненависти.

Роль терапевта

Роль терапевта зависит от избранного им метода и уровня: предпочтет ли он более глубокий психоаналитический подход или более активный бихевиористский. Семейная терапия и терапия супружеских пар развиваются на стыке нескольких психотерапевтических направлений, но в целом можно сказать, что эта сфера требует более активной и директивной роли, чем многие другие направления динамической психотерапии. Терапевты должны структурировать собеседования, им часто приходится использовать свою власть, чтобы изменить семейные правила и нарушить иерархию. Кроме чуткости и способности оказывать поддержку, в этой сфере терапии часто требуется проявление авторитарности и дерзости. Искусство психотерапии состоит в том, чтобы отыскать правильное соотношение поддержки и вызова. Чуть больше поддержки — и терапевт становится чрезмерно опекающим, превращается в вхоющую клушу, перебор вызова и напора — и пациента можно отпугнуть.

Семейные терапевты, как правило, не поощряют явление переноса, направленное на них самих. Они считают более важным подчеркнуть как бессознательное, так и осознанное отношение членов семьи или супругов друг к другу, научить их видеть окружающих, определять, какие образцы поведения в родительской семье можно и нужно переносить в свою семейную жизнь, а повторения каких следует всячески избегать. Чаще, чем терапевтам, работающим в других областях, специалистам по семейной терапии приходится в качестве примера приводить свой собственный опыт. Терапевты должны показывать пример откровенности и честности, особенно это бывает важно при обсуждении проблем в деликатной сфере интимных отношений.

На основании рассмотрения опыта многих семейных терапевтов было предложено описание трех основных типов: *ведущие, реагирующие и чистильщики систем* (Beels and Ferber, 1969). *Ведущие*, как “супер-родители”, стараются воздействовать на улучшение ситуации в семье и на создание в ней здоровых отношений, при этом они берут на себя роль то наставляющей доброй мамыши, то сурово критикующего папаши — в зависимости от того, что уместнее в каждом конкретном случае. Этот метод используется в структурной семейной терапии (Minuchin, 1974).

“*Реагирующие*” более ориентированы на психоанализ и стараются мобилизовать внутренний потенциал самой семьи для изменений к лучшему и ее развития путем собственного включения в обстановку и атмосферу данной семьи. Они пропускают через себя проблемы конкретной семьи. Скиннер (1976, 1987) указывает, что в данном случае терапевт готов взять на себя весьма непривлекательную роль ребенка или больного, отказываясь от столь выигрышной роли “супер-родителя”, о которой речь шла в предыдущем варианте. Сам Скиннер, как и Витакер (1975), относится к наиболее известным специалистам в области психодинамической семейной терапии. Он часто использует собственные субъективные реакции для достижения большего эффекта.

Подростка, родители которого развелись, отец (с которым жил паренек) привел к семейному терапевту, обратившись к нему по поводу пристрастия к азартным играм. Это увлечение отец как бы поддерживал своей гиперопекой и стремлением выручать сына из любых неприятностей, так что молодому человеку никогда не приходилось самому отвечать за собственные поступки. На собеседовании, куда терапевт пригласил юношу вместе с обоими родителями, молодой человек молчал, как немой, а родители, сидя по обе стороны, наперебой обвиняли друг друга во всех проблемах ребенка. Мать утверждала, что парня испортил отец. Отец говорил, что он вынужден был баловать сына потому, что его бывшая супруга была такой же никудышной матерью, как и женой, что он (отец) и то был лучшей матерью, чем она. Пока они вели эту ожесточенную перепалку, говоря друг другу гадости, многие из которых, к сожалению, вполне соответствовали истине, терапевт почувствовал, как

ему становится тяжело и неловко присутствовать при этом. Он сказал об этом вслух. А потом спросил подростка, не испытывает ли он то же самое. Подросток с облегчением согласился, повернулся к отцу и сказал: “Похоже, что нам с тобой пора разводиться”. Справедливость этих слов дошла до всех присутствовавших, что позволило отцу отказаться от добровольно взятых на себя функций материнской опеки и предоставить сыну определенную самостоятельность и возможность учиться на собственных ошибках.

Часто такую терапию удобно осуществлять вдвоем: один дает втянуть себя в создавшуюся патологическую ситуацию, а второй в качестве наблюдателя держится несколько более отстраненно. Психоаналитическая терапия предполагает выполнение обеих этих функций: попеременное идентифицирование себя с пациентом со всеми его проблемами и отстранение с целью объективного суждения. В семейной терапии разделение этих ролей между двумя терапевтами дает положительный эффект.

Терапевтов третьего типа называют *чистильщиками систем*, поскольку они пытаются навести порядок в правилах, по которым живет семья. Терапевт старается противодействовать неправильному поведению, заставить отказаться от незрелых и патологических форм поведения. Этот метод характерен для “стратегической” семейной терапии (Haley and Hoffman, 1967; Watzlawick et al., 1968) и “системной” семейной терапии Миланской школы (Selvini-Palazzoli et al., 1978).

Стратегическая семейная терапия возникла в США. Она использует активные методы вмешательства, соответствующие специфике решаемых задач. Главной целью практикующих терапевтов является в данном случае стремление разобраться в симптомах и разорвать порочный круг, без конца воспроизводящий ненормальную ситуацию в семье.

Системная семейная терапия возникла в Милане. Она заключается в следующем: два терапевта — мужчина и женщина — работают с семьей, а два других терапевта наблюдают за этим процессом через одностороннее зеркало. Позднее расстановка сил меняется: один терапевт ведет прием, а два—три наблюдают. Вся группа тщательно разбирает каждый сеанс вплоть до мимики и жестов каждого участника; для этого можно использовать видео-

запись сеансов. Рекомендации семье выдаются на основе этого анализа.

Выбор одного из этих методов определяется как личными качествами и вкусами терапевта, его подготовкой и образованием, так и особенностями проблем в данной семье.

Терапевтический процесс

Теория и практика семейной терапии и терапии супружеских пар включает в себя консультирование, поведенческие и активные методы, а также методы аналитической и групповой психотерапии. Поэтому терапевтический процесс может осуществляться на всех уровнях.

Работа на внешнем уровне часто оказывается достаточной для неглубоко укоренившихся проблем и часто трактуется на первой встрече, иногда внешний уровень используют при консультировании супружеской пары. Открытость общения предоставляет возможность каждому члену семьи высказать все, что у него на уме, и позволяет обнаружить свои чувства в большей, чем обычно, степени. Это приводит к прояснению проблемы, к признанию взаимных потребностей и ответственности.

Так называемая “контрактная терапия” представляет собой бихевиористскую модификацию указанного подхода, когда супруги договариваются вознаграждать друг друга за поведение, которого они ждут от своего партнера (Crowe, 1973). Например, муж готов больше помогать по дому, если жена согласна к большему сексуальному общению, от которого она раньше могла уклоняться из-за обид, связанных с несправедливым распределением тягостных домашних обязанностей. Со многими сексуальными проблемами, такими, как импотенция и фригидность, часто можно справиться, применяя бихевиористские методы, если только они не слишком глубоко укоренились в невротических конфликтах (Masters and Johnson, 1970; Scharaff, 1982; Skrine, 1989).

На более глубоком уровне, когда нарушения носят более серьезный характер и сопротивление изменениям значительно активнее, нужны методы, позволяющие работать с менее осознанными процессами при использовании концепции психоанализа и групп-анализа.

Супруги средних лет обратились за психотерапевтической помощью после того, как у жены произошел депрессивный срыв. Продажа мужем своего прекрасно налаженного коммерческого дела — он мечтал начать новую карьеру художника — всколыхнула в жене беспокойство, происхождение которого крылось в ее финансово и эмоционально нестабильном детстве. Их брак держался на том, что жена воплощала слабость, беспомощность и зависимость обоих, а он был тверд и надежен за двоих. Таким образом, супруги как бы лишались полноты своей индивидуальности, делегируя некую часть самих себя другому. Смена мужем карьеры отражала возрастающую неудовлетворенность таким отделением этих частей личности, хотя он интуитивно боялся их, считая чисто женскими и связывая со своей матерью. Жена была не готова к этому. У нее возникли беспокойство и невысказанный протест. В процессе лечения стало понятно, что супруги потеряли связь с важными частями собственной личности, которую можно было восстановить. Мужу следовало позволить себе больше доверять интуиции и стать более восприимчивым, а жене — стать решительнее и независимее.

Прояснение границ и перераспределение власти в семье может иметь далеко идущие последствия. Например, понимание родителями того, что они столкнулись с желанием ребенка “разделять и властвовать”, может подвести их к осознанию необходимости решить свои супружеские проблемы. Их решение даст свободу совместно определить роли каждого в большем соответствии с нормой, а это поможет снять беспокойство ребенка и изменить к лучшему его возникшее на этой почве поведение узурпатора, рвущегося к власти. Другим примером перекоса отношений в семье служит чрезмерная привязанность одного из родителей и одного из детей друг к другу в ущерб всем остальным членам семьи.

Еще одна проблема очень эффективно решается с помощью психотерапевта: на функционировании семьи самым благоприятным образом сказывается, когда отец, занимавший пассивную позицию и уклонявшийся от руководящей роли в семье, начинает занимать подобающее ему место и принимает активное участие в жизни семьи (Skynner, 1976).

Чтобы получить серьезные изменения, как правило, приходится преодолевать упорное сопротивление, искореняя патологию, но в случае успеха можно ожидать огромного улучшения состояния больных, страдающих даже такими серьезными недугами, как шизофрения и нервная анорексия (Selvini-Palazzoli et al., 1978).

Изменения могут оказаться болезненными: часто нелегко осознать и принять в полной мере ответственность за имеющиеся проблемы. Людям приходится смотреть правде в глаза, а этой правдой может оказаться и неудавшийся брак, и потеря контакта с детьми, и многие другие факты, с которыми трудно смириться и к которым тяжело приспособиться. Более того, семейный терапевт может помочь не всем семьям. Некоторые семьи наглухо забаррикадированы, замкнуты порочным кругом неискоренимых привычек и отношений, в них отсутствует настоящая привязанность и забота. В этих случаях помочь пациенту, особенно подростку или молодому человеку, можно, лишь отделив его от столь пагубного окружения. На самом деле сохранение семьи не всегда является наилучшим решением. Во всяком случае, не каждой семьи. Одним из возможных результатов консультации у специалиста по семейным проблемам и вопросам супружества может оказаться решение разойтись. Терапия в таких случаях может помочь проделать это самым конструктивным образом.

Раздельный курс терапии часто требуется членам семьи для более полной реализации и развития своей индивидуальности. Это может быть необходимо и каждому из супругов, если их проблемы коренятся в ранних детских травмах. Иногда отдельный курс терапии нужен детям и подросткам.

Детская психотерапия развивается уже почти 70 лет как самостоятельное направление благодаря блестящим открытиям и исследованиям в этой области таких ученых, как Хаг-Хельмут (1921), Кляйн (1932), Анна Фрейд (1966) и Винникотт (1975). Ими были разработаны игровые методы анализа дошкольников, еще толком не умеющих пользоваться речью. Для детей постарше и подростков необходимы специальные формы словесного общения при проведении индивидуальной психотерапии (Daws and Boston, 1981) и групповой терапии (Riester and Kraft, 1986). В последнее время появились специальные терапевтические методы проведения социальной терапии для детей и подростков, у которых возникают трудности с учебой (Rose, 1990). В Великобритании детская психотерапевтическая помощь оказывается в специализированных дет-

ских клиниках и больницах, имеющих отделения семейной и детской психиатрии. В некоторых случаях используют семейную терапию, в других — родители получают поддерживающие и направляющие консультации, а терапевтическое воздействие направлено на детей. В этих случаях используются преимущества работы команды, включающей психологов, педагогов, психотерапевтов, социальных работников и детских психиатров.

Сегодня детская психиатрия является развивающейся научной дисциплиной, имеющей собственную профессиональную организацию. Ассоциация детских психотерапевтов издает собственный журнал — “Журнал детской психотерапии”. по вопросам детской психотерапии можно рекомендовать многочисленные труды и исследования, посвященные работе детских психотерапевтов в разных ситуациях (Dawsand Boston, 1981), подростковому срывам (Laufer and Laufer, 1988), трудам Анны Фрейд и успехам Хампстедского центра детской терапии (Sanler et al., 1990).

Социальная терапия

В предыдущих трех разделах, посвященных индивидуальной, групповой и семейной терапии, прослеживалась расширяющаяся перспектива: от индивидуума и его внутреннего мира — к межличностным и семейным отношениям. Это дает нам возможность рассматривать человека по-разному, как бы используя микроскоп с линзами разной мощности увеличения. На человека оказывает влияние не только семья, в которой он вырос, но и та семья, в которой он живет в настоящее время, и те социальные группы, к которым он принадлежит. Его поведение определяется окружающей социальной обстановкой. При изучении больших групп полезно объединять “взгляд изнутри” психоаналитика и “взгляд извне” социолога (Kreeger, 1975; Pines, 1975). Социология рождена в бурях Французской революции, ей предрекали важную роль в создании нового социального устройства. Социология изучает отношения человека и общества, пути создания общества человеком и его изменения под влиянием общества (Hopper and Weyman, 1975).

Чем меньше власти предоставлено индивидууму, тем больше он отдан на милость социальных сил и идей, навязываемых ему. Например, Карл Маркс строил свою теорию *отчуждения* на базе

представления о несправедливости отношения к наемным работникам как к “рабочим рукам”, не представляющим для общества иной ценности и не играющим иной роли в социальной системе. По Марксу, чем больше материальных благ будет производить рабочий, тем беднее будет его внутренняя жизнь. Это сравнивается с религиозными верованиями: чем больше приписывается Боже-ству, тем меньше остается на долю верующего (Маркс, 1844). Социологическая концепция *аномии* (падения нравов) Эмиля Дюркгейма (Durkheim, 1897) легко соотносится с современными психодинамическими представлениями. Она относится к патогенному вакууму, возникшему в результате разрушения стабильных социальных норм, характерного для крупных городов. Эта “болезнь большого города” напоминает о потребности человека в структурированных отношениях, идентификации, роли, которая укладывалась бы в осмысленную схему, без которых он не чувствует себя защищенным. Дюркгейм считал аномию важной причиной самоубийств. Недавние социологические исследования (G.W. Brown) указали на социальные факторы, способствующие распространению депрессивного состояния среди женщин, принадлежащих к рабочему классу, в частности, недостаток социальных контактов у женщин, имеющих много детей, работа только по дому, слабая поддержка со стороны мужей, ранняя смерть матери (Brown and Harris, 1978).

Социальная психология и психологическая социология особенно расцвели в США, которые не зря называют огромным социальным плавильным котлом. Еще Уильям Джеймс (James, 1890) признавал, что представление о себе тесно переплетено с социальным взаимодействием людей. Этот взгляд развил и углубил Эриксон в своих трудах об идентичности и психологическом развитии (Erikson, 1965). Один из первых социологов Кули (Cooley, 1902) предложил идею “зеркального Я”, состоящую в следующем: представление человека о себе строится на основании того, как он представляет взгляд на него других людей и их оценку его личности, какие чувства он испытывает при этом (например, гордость или унижение). Это не так уж далеко от недавних идей Винникотта (1971): представление ребенка о себе зависит от того, какой он видит оценку себя собственной мамой — по выражению ее лица. Более поздние социологические исследования были посвящены проблеме изучения обоих направлений взаимодействия человека и его социального окружения (Parsons, 1964). Социальные инсти-

туты отражают психику человека и наоборот. Например, правосудие можно рассматривать как коллективное внешнее “сверх-Я”, а некоторые социальные и культурные нормы проникают внутрь, становясь частью каждого индивидуального “сверх-Я”. Как “сверх-Я”, так и правосудие, являются “подсистемами принятия решений”, обеспечивающими функции управления в больших системах — личности и общества.

Взаимодействие между человеком и обществом может быть не только созидательным, но и разрушительным, о чем свидетельствуют исследования, посвященные состоянию тюрем и психиатрических лечебниц (Goffman, 1961; Foudraine, 1974), где описано, как унижение и потеря привычной роли ведут к разрушению личности и гибели надежды. Бартон (Barton, 1959) ввел термин “институциональный невроз”, относящийся к последствиям содержания человека в подобных заведениях. Когда речь идет о нахождении в психиатрической лечебнице, этот невроз может возобладать или вообще вытеснить заболевание, по поводу которого пациент был помещен на лечение. Активные меры реабилитации больных и политика “открытых дверей”, распространившиеся в 50-е годы, возрождают традиции “морального лечения”, присутствовавшего в наиболее прогрессивных психиатрических клиниках еще в начале прошлого века.

Мейн (Main, 1946) — один из зачинателей Нортфильдского эксперимента — был горячим сторонником создания Терапевтических сообществ, которые обеспечивали бы условия для восстановления в естественных условиях пациентов с психическими и эмоциональными расстройствами. Созданная в соответствии с его замыслом лечебница (Кассельская больница в Сюррее) предлагает пациентам с невротическими и личностными расстройствами курс индивидуальной аналитической психотерапии без применения медикаментозных средств в обстановке, обеспечивающей их вовлечение в социальное обучение.

В 50-е годы Максвелом Джонсом (Jones, 1952; 1968) был основан госпиталь, позже получивший название Гендерсонской клиники. Здесь упор делался на совместное проживание и обучение в условиях, где был обеспечен социальный анализ. Если в Кассельской больнице сообщество представляло собой как бы придаток к индивидуальной терапии, то в Гендерсонской клинике оно стало основным элементом. Гендерсонская клиника предназначена для людей, у которых возникли проблемы с социальным поведением и общением.

Режим клиники отличается “доброжелательностью, демократичностью и духом единения” (Rapoport, 1960). Доброжелательность поощряет выражение каждым чувств и отношений. Это помогает персоналу и пациентам правильнее строить отношения друг с другом. Близость с персоналом достигается и путем минимизации внешних различий — отказа от специальной формы одежды и обращений к персоналу по должности. Решения принимаются всем коллективом, в том числе вопросы приема на работу и увольнения решаются также совместно. Правила сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и благополучия. Эта клиника явилась одним из первых образцов, следуя которым появляются все новые аналогичные учреждения во многих уголках мира.

Кларк пишет, что кульминацией восторженной идеализации терапевтических сообществ стало создание в 1971 году Ассоциации терапевтических сообществ. Эта идеализация несколько поумерилась в связи с тем, что яснее обозначились пределы эффективного применения данного метода. В то же время более ясное понимание принципов социальной терапии привело к новым областям ее применения, в частности, весьма перспективным оказалось использование социальной терапии по отношению к подросткам, имеющим отклонения в поведении и испытывающим трудности в учебе. Например, самоуправляемые реабилитационные центры для бывших наркоманов, сохраняя принципы демократичности и дух коллективизма, ввели у себя в соответствии с требованиями их специфики авторитарную структуру с более строгими наказаниями, чем это было бы возможно в больничных условиях, где всем управляет медицинский персонал.

Суть социальной терапии состоит в открытости общения и совместном изучении проблемы. Пациентов поощряют проявлять инициативу при определении того, как строить собственную жизнь. Иерархия упраздняется, а ответственность в максимальной степени разделяют с персоналом сами пациенты. Очень важную роль играют собрания — от небольших групповых до общих собраний коллектива, включающего и персонал, и пациентов.

Спорной остается проблема соотношения социальной терапии и психотерапии, используемых в процессе этих общих собраний. Эдельсон (Edelson, 1970) подчеркивает положительную роль общих собраний, утверждая, что их функция состоит не в проведении групповой психотерапии, а в облегчении повседневного функционирования данного сообщества. Другие ученые, например

Спрингман (Springmann, 1970), доказывают, что общие собрания обладают явным потенциалом для индивидуального инсайта и изменений, хотя это и не означает, что они заменяют терапию в более тесном составе малой группы. Спрингман подчеркивает меньшую структуризацию и большую спонтанность общих собраний. Но большие неструктурированные группы могут вызывать тревогу даже у “нормальных” людей — достаточно распространенной реакцией в этих случаях является либо замыкание в себе, либо демонстративное, вызывающее поведение в форме защитной реакции. Когда речь идет о психиатрических лечебницах, где находятся люди с различными формами расстройств, рекомендуется четкая структура общих собраний (Pines, 1975). Избранный председатель и ясная повестка дня являются необходимым атрибутом, способствующим снятию напряженности и предупреждающим возникновение конфликтов. Эта процедура неукоснительно соблюдается в Гендерсонской клинике.

Социальные системы могут как защищать от примитивных страхов преследования и подавленности, возникающих при параноидно-шизоидной и депрессивной позиции*, так и усугублять эти страхи (Jaques, 1955). Создавая социальную систему для терапии, необходимо определить, каким должен являться соответствующий уровень защиты. Организация и методы, используемые в больницах, должны определяться как потребностью персонала в защищенности от излишнего беспокойства, так и соображениями блага для пациентов. Например, иерархия в среде среднего медицинского персонала (медицинских сестер) и ритуал их действий помогают сестрам (среди которых много юных и неопытных) как-то защититься от чувства чрезмерной сопричастности страданиям больных, с которыми они работают (Menzies, 1961). Это лучше, чем накачивание больных лекарствами, облегчающими их состояние, — вместо того чтобы предоставить им возможность выговориться и поделиться своими проблемами (Stanton and Schwartz, 1954). Однако совершенно недопустимо, чтобы социальные и институциональные защиты, как бы они ни были оправданы и естественны, наносили ущерб терапевтическим задачам лечебного учреждения. Нахождение правильного баланса может оказаться непростой задачей (Hinshelwood, 1987).

*Термины используются в специфическом (психоаналитическом), а не общепсихиатрическом смысле. — *Прим. научного редактора.*

Идеи социальной терапии применяются в разных ситуациях: в психиатрических лечебницах, центрах реабилитации бывших наркоманов, школах для детей с отклонениями в поведении и трудностями в учебе, иногда даже в тюрьмах. Разнообразие сфер применения обуславливает многообразие используемых методов. Мы ограничим их описание лишь несколькими общими принципами.

Чаще всего обучение методам социальной терапии происходит прямо на рабочем месте, там, где эти методы применяются. Ассоциация терапевтических сообществ организует многочисленные курсы, в том числе и девятимесячную программу по уходу за больными, разработанную совместно с Королевским колледжем. Организационная динамика преподается на групповых динамических семинарах, таких как Лейсестерские конференции, проводимые Тэвистокским институтом человеческих взаимоотношений, а знакомство с работой в больших группах, подобных общим собраниям в терапевтических сообществах, можно получить на курсах, организуемых Обществом групповой терапии совместно с Институтом групп-анализа в Лондоне.

Обстановка (сеттинг)

Прежде всего должны быть четко определены границы социальной системы, где используется социальная терапия. После этого появляется возможность развить ее собственную ясную и понятную структуру и четкие правила применения. Четкость границ системы позволяет изучать и понимать события, происходящие в системе, отличая их от привнесенных извне.

То, насколько удается соблюдать установленные границы, определяет происходящее внутри системы. Терапевтическое сообщество может само определять, кого принимать в свои ряды. Оно отбирает пациентов, готовых к активной роли и к принятию ответственности в процессе собственного исцеления, которые вписываются в систему ценностей данного сообщества и которым эта система наиболее подходит. Разумеется, не везде существует такая возможность отбора. Это не означает, что социальная терапия невозможна в условиях, более далеких от идеала. В каждой психиатрической лечебнице необходимо использовать общение и совместную деятельность в той мере, в какой это возможно. Собрания, проводимые еженедельно, а в некоторых местах даже еже-

дневно, являются важным фактором включения пациентов в социальную жизнь сообщества. Желательно, чтобы такие собрания проводились в достаточно просторных помещениях, где можно удобно расположиться, лучше всего расставить кресла концентрическими кругами, чтобы лучше видеть друг друга в процессе общения.

Кроме того, могут существовать малые группы, которые обсуждают повседневные проблемы жизни своего подразделения (например, палаты). Групповую психотерапию в психиатрии лучше всего проводить в малых группах. Так, например, уже выписавшиеся из стационара пациенты продолжают участвовать в таких сеансах. Для пациентов, находящихся в стационаре, подходящей формой терапии, кроме участия в дискуссионных группах, являются профессиональная терапия, терапия, осуществляемая с помощью изобразительного искусства и музыкальная терапия. Эти формы особенно полезны в работе с замкнутыми пациентами, а также с теми, кто не умеет или не желает говорить о себе и своих проблемах. Благодаря использованию этих методов некоторым больным удается войти в соприкосновение с неведомыми им самим частями своей личности. Мы уже цитировали мысль Винникотта о том, что “психотерапия должна иметь дело с двумя играющими вместе людьми”. Он продолжил ее следующим образом: “Главное: если играть не удастся, задача терапевта состоит в том, чтобы перевести пациента из состояния неспособности играть в состояние способности играть”. Терапия, проводимая с помощью изобразительного искусства, и музыкальная терапия могут помочь людям осознать собственную “способность играть”.

В идеале персонал должен встречаться после (а иногда и до) каждого общего собрания, чтобы обсудить и проанализировать его результаты. Это дает более ясное понимание происходящего и помогает наметить новые цели и задачи. Кроме того, персонал должен проводить оперативные собрания для решения практических вопросов и выработки направления работы на перспективу. Чем более открытым является данное терапевтическое сообщество, тем легче на таких собраниях выясняются все проблемы и разрешаются конфликты. Если персонал в своей среде не способен разрешить конфликты, то требовать этого от пациентов — чистейшее лицемерие, не говоря уже об очевидном пагубном воздействии на больных раздоров среди медицинского персонала (Stanton and Schwartz, 1954).

Типичной чертой терапевтического сообщества являются собрания, проводимые в чрезвычайных ситуациях для решения проблемы, ведущей к кризису. Подобные собрания могут быть общими или же проводиться лишь в том подразделении, где возникла кризисная ситуация. Целью таких собраний является честное и доброжелательное обсуждение возникшего кризиса, например, из ряда вон выходящего поведения. Возможность проведение подобных собраний в данном учреждении является мерилем того, насколько оно близко к терапевтическому сообществу, по сути своей предполагающему разделение ответственности за лечение между всеми без традиционного распределения на роли беспомощных больных пациентов и единственно компетентных представителей персонала.

Роль пациентов

Пациенты понимают, что должны принимать активное участие в том, чтобы помочь себе самим и друг другу благодаря участию в общественной жизни, как только они становятся к этому участию способны. Им предоставляется возможность открыть для себя личные и межличностные причины проблем и конфликтов, лежащих в основе проявлений их болезненного состояния. Сталкиваясь с ситуацией, когда их вовлекают в решение проблем совместного проживания, пациенты перестают ощущать свою изолированность и ненормальность. У них появляется много шансов выразить свои чувства и честно поговорить о себе и других, узнать новые пути и подходы к решению проблем. Играя активную роль, они получают возможность заново или впервые открыть для себя силы и навыки, чтобы справляться с возникающими проблемами. Быть избранным председательствующим на общем собрании и успешно сыграть эту роль часто означает достижение высшей ступени. Особенно это важно для пациентов, страдающих неуверенностью и низкой самооценкой. Успех может окрылить их.

Роль персонала

В соответствии с требованиями социальной терапии персонал берет на себя специфическую роль, основные черты которой определяются кругом профессиональных обязанностей. Но каждый

специалист обязательно должен ощущать себя членом команды. Выполняя свои профессиональные обязанности, им необходимо исходить из общего социотерапевтического подхода. В частности, они должны стремиться избегать типичного соперничества между представителями разных дисциплин. То же самое относится и к отношениям внутри иерархической структуры. Все проблемы должны разрешаться открыто, честно обсуждаться всеми. Это называют “выравниванием по плоскости пирамиды власти” (Clark, 1964), что, однако, не означает отсутствия власти и ответственности. Один из парадоксов терапевтического сообщества состоит в том, что цели демократизации и разделения ответственности лучше всего достигаются при “диктатуре доброй воли”, осуществляемой харизматическим лидером. Терапевтическое сообщество способствует разделению власти и ответственности за принятие решений между разными подразделениями и службами, что помогает сократить “социальную дистанцию” между персоналом. Идеалом, к которому стремится всякая организация, является открытость и четкость власти и ответственности. Их распределение способствует автономии и росту членов организации (в нашем случае — в интересах пациентов и персонала) без потери направления и выпускающего из виду общих функций организации.

Работа в терапевтическом сообществе требует честности и открытости. Нужно обладать смелостью сказать коллеге или пациенту то, что не так-то просто говорить и принимать, например: “Мне не нравится, как вы это делаете...”, “Зачем вы это сказали?...”, “Я чувствую, что это ваша собственная проблема, а не проблема пациента”. Атмосфера и культура, в которой это может быть сказано и встречено без обид и страданий, является важнейшей компонентой системы, которую необходимо создать и поддерживать. Без этого возобладают деструктивные силы, что приведет к расщеплению и проекциям: появятся противоборствующие группировки как среди персонала, так и среди больных (Main, 1957).

Терапевтический процесс

Социальная терапия включает в себя открытое общение и разрешение проблем по мере их возникновения. Вместо использования ролевых функций и создания иерархии для ненужных защит и вторжений требуется самопознание и изменение. Благодаря это-

му создается живая и творческая атмосфера, хотя и чреватая стрессами.

Не всем (это относится и к пациентам, и к персоналу) уютно в такой атмосфере, хотя большинство приспосабливается и постепенно учится ценить ее. Открытым остается вопрос, могут ли некоторые люди ощущать эту обстановку как антитерапевтическую. Одним из недостатков социальной терапии является затруднительность положения пациентов, которым не подходит реализация системы в том подразделении, где они находятся: у них практически нет выбора — им остается только покинуть заведение.

Общее собрание в психиатрическом отделении больницы обнаружило, что среди пациентов накапливается взрывоопасное раздражение, о чем говорили их сообщения, связанные с несколькими неприятными событиями предыдущей недели и с нежелательными перестановками в персонале. Некоторые пациенты жаловались на недостаточное внимание к ним врачей, причем на фоне недостаточной квалификации медицинских сестер, не умеющих вовремя отметить ухудшение состояния здоровья пациентов. На последовавшем за собранием совещании персонала выяснилось еще и недовольство среди медицинских сестер поведением старшей сестры, уклонявшейся от открытого общения и не выполнявшей надлежащим образом свои должностные обязанности. Коллеги поддержали недовольных медицинских сестер, и это позволило решить проблему и восстановить нормальный моральный климат в коллективе. На следующем общем собрании удалось лучше разобраться и в жалобах пациентов. Стало понятно, что жалобы на недостаточное внимание врачей связаны с нежеланием брать на себя хоть какую-то ответственность, а также с “детским” стремлением полагаться на врача как на всемогущего родителя.

Задача социальной терапии состоит в создании терапевтической среды. Основным средством здесь являются общие собрания. Сторонники метода видят в этом связь между социальной системой и психотерапией:

“Общие собрания представляют собой создание новой социальной системы, ставящей основной задачей новые

формы лечения психических расстройств. Делается попытка подстегнуть развитие общества, чье “разделенное всеми членами понимание и общность интеллектуальных и эмоциональных воззрений” (Earl Hopper) основаны на изучении внутреннего мира психотерапевтическими методами. Такой взгляд предполагает, что психические заболевания приводят к нарушению общения (кстати, иногда это не только результат, но и причина психических заболеваний). При психических расстройствах остается возможность понять их значение, и у больных и здоровых общего гораздо больше, чем они склонны признавать. Психотерапевтическая точка зрения состоит в подчеркивании причин эмоциональных расстройств, появляющихся в результате того, что не удалось справиться с задачами развития, которые в свою очередь связаны с разрешением проблем зависимости, автономии и сексуальности. Решение этих проблем можно отыскать заново в процессе психотерапии, причем оно может возникнуть в процессе социального взаимодействия в группе, открывающей значительные перспективы для психотерапевтической работы. Задача психотерапии в данном случае состоит в поднятии этих проблем на уровень осознанного понимания, где возможно более зрелое развитие адаптивных форм по сравнению с теми, что были доступны до этого...” (Pines, 1975).

Таким образом, терапевтический процесс социальной терапии состоит в избавлении от конфликтов и блоков в общении в условиях данного учреждения, создающего терапевтическую среду, в которой решаются практические проблемы и развиваются навыки межличностного общения.

Должно ли преобладать поддерживающее или исследующее направление в терапевтическом процессе, определяется потребностями пациентов, причем следует помнить, что эти потребности весьма индивидуальны и различны у разных пациентов. Однако обе функции важны, и национальная система здравоохранения должна обеспечивать доступность и того, и другого направления.

Попытки делать все разом имеют серьезные недостатки; ни поддерживающая терапия, ни исследующее направление — психоанализ — не могут быть легко обеспечены в полной мере — прихо-

дится идти на компромисс. Поэтому политика концентрации психиатрической помощи в районных больницах единственного типа и недопущение развития альтернативных форм психотерапевтических услуг (как в стационаре, так и амбулаторно) недальновидна и даже опасна.

Потребность больных, страдающих разнообразными расстройствами, в квалифицированной помощи лучше всего может быть удовлетворена комплексной системой: у одних — острый период, у других — хронические заболевания, третьим нужна в первую очередь поддержка и медикаментозное лечение, четвертым необходимо воспользоваться услугами психотерапевта, чтобы разобраться в своих проблемах и найти новые решения, причем одним больше подойдет бихевиористская, а другим — динамическая психотерапия.

Во многих случаях психиатры все активнее участвуют в оказании услуг, организуемых местными сообществами, в частности, проводя динамическую терапию. Вместе с социальными работниками психиатры проводят социальную терапию в таких заведениях, как дома престарелых и клубы. Идея социальной терапии, состоящая в том, что социальный контекст воздействует на происходящее в данном социуме, может оказаться полезной для обеспечения потребностей в психотерапевтической помощи разных типов и уровней.

Метод встреч и другие новые направления

В этом разделе будут рассмотрены разнообразные направления терапии, развивающие (каждое по-своему) тот или иной аспект классической психоаналитической терапии. Эти направления ставят своей задачей преодоление тех ограничений и недостатков психоанализа, которые их родоначальникам казались наиболее существенными, а сегодня делают психоанализ ушибным и односторонним.

Психоанализ возник как радикальное направление, бросившее вызов ортодоксальной медицине и психиатрии. Возможно, именно поэтому он был с особой готовностью принят в Новом Свете, пропитанном демократическим духом равенства и равных возможностей. Но со временем его постигла трагедия всех революционных инноваций — он стал частью установившегося порядка. “Движение за развитие человеческого потенциала” или “гуманистиче-

ская психология”, как его иногда называют, можно считать следующей революцией, восставшей против того, что стало казаться в психоанализе консервативным. Во многом это движение было чисто американским (Kovel, 1976) и уходило корнями в религиозную традицию (Marteau, 1976). Оно отличалось чрезвычайно оптимистичным представлением о природе человека и его способности совершенствоваться. Это представление контрастирует с довольно пессимистичными взглядами Фрейда (1930), сформировавшимися у него к концу жизни и выраженными в его работе “Неудовлетворенность культурой”, где он пишет о неизбежном конфликте между требованиями инстинктов и культуры. Новое движение привлекло множество людей, которые не считали себя больными, но чувствовали некоторое “отчуждение” от самих себя и окружающих, “заблокированность” каких-то частей собственной личности.

Возможно, косвенное влияние на развитие этих новейших направлений в психотерапии оказал расцвет философского экзистенциализма (Heidegger, 1967), сосредоточившего внимание на попытках *понять существование* в противовес картезианскому *сосредоточению на мышлении*; на том, чтобы *быть*, а не на том, чтобы *знать*. В некотором смысле здесь произошла замена принципа *cogito ergo sum* принципом *sum ergo cogito*. Экзистенциальный упор на опыт индивидуума и его потребность смотреть в лицо тому, что человек смертен и обречен на одиночество, привело некоторых философов (например, Сартра) к проповеди стоицизма перед лицом тревог и отчаяния. Это может привести и к поиску осмысленных отношений по принципу “Я и Ты” с Богом (Buber, 1971) или с другими человеческими существами. Экзистенциальное мышление оказало влияние на некоторых психиатров и психотерапевтов (May et al., 1958; Laing, 1960), считавших необходимость сознательного познания себя и других более приоритетной задачей, чем рассмотрение бессознательных процессов или биологических аспектов природы человека. Название одной из ранних книг Роджерса (1961) — “Становление личности” — является провозглашением этого подхода. В психоанализе всегда присутствовало гуманистическое течение, но лишь в последнее время оно стало громко заявлять о себе в форме растущего интереса к собственному опыту, развитию и нарушениям личности (Jacobson, 1964; Kohut, 1977), к нарциссическим проблемам самооценки (Kernberg, 1975). Понятие истинного “Я” (self) в большей степени, чем абстрактное

понятие “Я”, относится к тому последовательному представлению о самом себе, которое у индивидуума существует на фоне его представлений о других (Fransella and Thomas, 1988).

Самым существенным отходом от устоявшейся психотерапевтической практики стало изменение отношений между терапевтом и пациентом: переход от беседы к действию, перенесение акцентов с понимания на выражение. Основным элементом динамической психотерапии, как уже неоднократно подчеркивалось в нашей книге, являются отношения доверия, вербальная коммуникация, понимание и приятие. Отношения доверия остаются краеугольным камнем всех видов психотерапии, включая любые самые новомодные течения, хотя роль терапевта становится более активной и требующей большего самопроявления. На смену традиционной форме приема пришли активные упражнения, в выполнение которых вовлекают пациента. Вместо терпеливого исследования, интерпретации, преодоления внутреннего сопротивления на пути к пониманию проблем и изменений в нужном направлении терапевт ставит своей целью добиться выражения чувств пациента путем облегчения интенсивного опыта. Лечение проводится в сжатые сроки, часто сводится к семинарам в выходные дни или к двадцатичетырехчасовым “марафонам”. Чувствам придается большее значение, чем мыслям, проявление их (катарсис) становится важнее, чем рефлексии по поводу их происхождения. Эти терапевты делают упор на а) “язык телодвижений” и единство тела и разума; б) лечение по принципу “здесь и теперь”; в) терапевтическое воздействие отношений “я—ты” между терапевтом и пациентом. Однако эти представления являются базовыми и в психоанализе, и в других, отпочковавшихся от него направлениях.

а) Психоанализ всегда уделял внимание взаимодействию психологических и физических процессов.

б) Понятие переноса предполагает, что наше прошлое продолжает жить в настоящем, а психоанализ давным-давно признал, что терапевтическое воздействие явления переноса объясняется именно качественным присутствием в нем “здесь и теперь” (Strachey, 1934). Распространенным заблуждением является представление о том, что психоаналитики занимаются исключительно обсуждением далекого детства своих пациентов вне его влияния на “здесь и теперь”.

в) Аналитики прекрасно сознают важное значение собственной личности и “настоящих отношений” в противовес элементам пе-

реноса в отношениях “терапевт-пациент” (Klauber, 1981). Все это составляет основу терапевтического альянса.

Разумеется, более активное и директивное воздействие может дать те возможности, каких не знает классическая форма проведения психоанализа, но верно и обратное: некоторые возможности теряются. Ускоренные методы не позволяют рефлексировать по поводу явлений переноса и контрпереноса, постепенно взлелеивая ростки того доверительного общения, которое часто определяет успех лечения. К тому же существует опасность, что активная и директивная роль окажется особенно привлекательной для терапевтов, стремящихся удовлетворить собственную жажду власти. Именно для того, чтобы избежать подобной угрозы, от психотерапевта, проводящего психодинамический тренинг, требуется в обязательном порядке прохождение психоаналитической терапии и нахождение под наблюдением супервизора (Pedder, 1989b).

Хотя аналитическая терапия больше изучает защитное мышление, чем защитные чувства (особенно в случаях шизофренического отчуждения от собственных чувств), но и чувства сами по себе могут быть защитными. Интенсивный опыт более активного лечения иногда приносит значительное облегчение или приводит к эйфории, но без тщательного закрепления этот успех может оказаться преходящим. Недооценка потребности в защите часто приводит к психиатрическим осложнениям (проявляющимся примерно в 9% случаев) при применении метода встреч для помощи людям с неустойчивой или расстройной психикой (Lieberman et al., 1973).

Сегодня появилось много новых направлений развития психотерапии (Dryden and Rowan, 1988). Большая часть, как это будет видно из кратких описаний, отражает один из аспектов представлений Фрейда, более подробно разработанный его последователями. Будут ли новые направления могильщиками старых, полностью вытеснив их, или сами вольются в существующую психотерапевтическую практику, став ее составной частью? Бесспорно, что эти методы представляют значительный интерес и помогли многим людям ощутить большую полноту жизни и обрести аутентичность, особенно тем, кого не принято квалифицировать как больных. Они могут помочь и другим людям (помочь которым не удалось традиционными методами) найти себя, используя экспрессивные методы творческой терапии (изобразительное искусство, музыка, движение, драма (Jennings, 1983). Существуют свидетельства того, насколько эффективно применение некоторых ак-

тивных методик на ранних стадиях групповой терапии, особенно для людей, не привыкших выражать свои чувства и отношения словами. Позднее, овладев искусством словесного общения, они охотно отказываются от применения активных методов и больше внимания уделяют спонтанной и свободно текущей беседе, проводимой в процессе аналитической групповой психотерапии (James, 1976).

Многие из этих новых методов входят в формы, изучаемые гуманистической и интегративной психотерапией. Программы таких тренингов сочетают психодинамический подход с гештальт-анализом, трансактным анализом, языком телодвижений, спиритуальным опытом и т.п.

Метод встреч (энкаунтер)

Карл Роджерс, американский евангелист, а позднее — ученый-психолог, приобретший известность своими трудами по недирективному консультированию, стал одним из лидеров нового направления — метода встреч. Как он сам писал, на развитие его идей оказали влияние два факта (Rogers, 1970). Одним из них явилась организация в 1947 году летних Т-групп в Бетеле, штат Мэн (влияние идей Курта Левина). Создание этих групп привело к возникновению Национальных лабораторий тренинга, где для менеджеров и руководителей высшего звена проводились занятия по искусству общения. В Великобритании подобная деятельность составляла содержание работы Тэвистокского института человеческих отношений (Rice, 1965). Другим направлением стала деятельность Роджерса и его коллег по Консультационному центру Чикагского университета по проведению интенсивных краткосрочных курсов подготовки потенциальных консультантов госпиталей для ветеранов второй мировой войны, проходившая примерно в это же время. Занятия проводились по несколько часов ежедневно и заключались в оказании помощи потенциальным консультантам с целью полностью разобраться в себе, своих отношениях и подходах, чтобы стать готовыми к предполагаемой работе с людьми, чья психика была травмирована участием в войне. Эти занятия приводили не только к укреплению навыков общения и умения устанавливать отношения с другими людьми, но и к развитию и росту личности. Что касается Т-групп такого типа, они и сейчас при-

меняются для оказания помощи студентам и персоналу психиатрических клиник (а также многих других подобных заведений) в развитии необходимых навыков. Познание самого себя и умение как следует разобраться в своих проблемах, используя реальный опыт, входит составной частью в психотерапевтический процесс, причем это относится не только к пациентам, но и к врачу.

Метод встреч и тренинг сензитивности предполагает наличие в группах от восьми до восемнадцати человек, причем в группах, сравнительно мало структурированных. Участники сами определяют свои задачи, как правило, относящиеся к проблемам собственной аутентичности и искренности в общении с другими. Обычно у группы есть лидер, который создает атмосферу защищенности, способствующую непосредственному выражению чувств и мыслей участниками. В таком климате рождается взаимное доверие, когда люди запросто высказывают свое неодобрение или восхищение и каждый начинает более терпимо относиться “здесь и теперь” и к себе самому, и к другим, практически не принимая в расчет свой прошлый опыт. Благодаря снижению порога защиты проявляется большая открытость общения, готовность к восприятию новых идей и прочих инноваций. Индивидуумы учатся сбрасывать с себя маски и открывать свое потайное “Я”.

На самом деле такое описание вполне подходит ко всякому процессу общения, используемому в любой форме психотерапии (см. рис. 7). Но определенная последовательность событий характерна именно для метода встреч, проводимых в соответствии с недирективной методикой Роджерса. После некоторого периода “раскачки”, во время которого обычно протекают защитные “светские” беседы, возникают спонтанные структуры. Например, один из участников может сказать: “А не познакомиться ли нам?” Люди называют себя, избегая некоторых личных пояснений. Если на этом этапе возникают какие-то личные чувства, это бывает обычно чувство враждебности по отношению к кому-либо из участников группы или к лидеру. Лед сломан, люди пытаются объяснить свои ощущения. Иногда, высказывая опасения, они раскрывают свои тревоги и боль, которые еще никогда и никому не открывали. Почувствовав поддержку товарищей по группе, которая становится спонтанным терапевтическим средством, человек способен открыться еще больше. Когда люди чувствуют, что их принимают такими, какие они есть на самом деле, а не благодаря

социальному интерфейсу, они отказываются от маски. Обратная связь, искренность, пусть и нелицеприятная, способствуют более полному представлению о самом себе и своем поведении. Атмосфера в группе создает обстановку сочувствия и взаимного притяжения, позволяет выразить близость, привязанность и благодарность. Настоящий эмоциональный и интеллектуальный контакт “здесь и теперь” и является тем, что понимается под базовой встречей.

Для того чтобы облегчить такую встречу, иногда используют специальные методы, такие как направляемые “сны наяву” или групповые фантазии, ролевые игры, психодрама. Некоторые создатели этого направления подчеркивают значение физического и невербального опыта (Schutz, 1967). Например, потребность в контакте исследуется путем упражнения: всем участникам группы завязывают глаза и дается задание найти друг друга наощупь. Конкуренция отображается двумя людьми, сцепившими руки и пытающимися спихнуть друг друга с места. Доверие и привязанность выражаются “укачиванием”, когда одного из членов группы все остальные качают на руках, словно баюкают младенца. Сам Роджерс выражал сомнение в том, что стоит чрезмерно увлекаться такими методами, предпочитая использовать их, если подходящая ситуация возникает спонтанно, а не как заранее заготовленные трюки.

Несомненно, в группах встреч люди приобретают интенсивный опыт, многим удастся достичь большей аутентичности и большего согласия с самими собой в результате полученной возможности быть до конца откровенными, а также многое узнав благодаря обратной связи в группе.

Некоторые эзотерические “культовые” движения используют смесь методов из групп встреч, групповой поддержки и директивного лидерства, для того чтобы повысить самооценку индивидуума и дать ему почувствовать себя хозяином своей судьбы. Но открытость и поверхностное изменение отношения сами по себе еще не означают просветления и преодоления глубоких бессознательных конфликтов. Более того, следует проявлять осторожность в отношении лиц с неустойчивой и травмированной психикой, как уже говорилось выше. Противоположные желаемым результаты чаще всего возникают в группах, где занятия ведет более склонный к директивным методам и провокациям харизматичный руководитель.

Психодрама

Психодрама — детище Якоба Морено (1892—1974). Он родился в Румынии и вырос в Вене, где не только изучил философию и медицину, но и глубоко погрузился в мир искусства и даже издавал литературный журнал. В начале 20-х годов Якоб Морено проводил занятия с детьми в игровых группах парков Вены, а затем создал импровизированный “Театр спонтанности” (Moreno, 1948). Дэвис (1976) описывает, как Морено обнаружил, что актриса его театра, создававшая на сцене мягкие, наивные образы, выйдя замуж, повела себя в семье как фурия. Морено стал давать ей роли отвратительных персонажей, что значительно переменило к лучшему ее поведение в семье.

Эмигрировав в США в 1925 году, Морено использовал свои идеи при лечении эмоциональных расстройств. Он применил групповую психотерапию (поговаривают, что сам этот термин пустил в обращение именно он), где участники с помощью ролевых игр изучали конфликты, лежавшие, по его мнению, в основе их неврозов. Например, молодой женщине приходилось играть роль нежного беспомощного создания в угоду отцу и в то же время — сильного и уверенного человека, каким хотела ее видеть мать, всю жизнь мечтавшая о сыне, которого у нее никогда не было. Распространенным примером подобного конфликта является часто встречающаяся ситуация, когда женщина пытается сочетать в себе традиционную роль жены и матери, выполняющей ответственную работу.

Направляющая роль терапевта сродни роли режиссера в театре. В некоторых заведениях занятия психодрамой проводятся на специальном круглом подиуме, чтобы подчеркнуть сходство с театральной сценой. Группа из 6—12 человек в течение полутора—двух часов по очереди разыгрывает свои проблемы. Тот, кто является в данной ситуации “главным героем” — протагонистом, помогает остальным правильно сыграть отведенные им роли, подробно описывая свою психодраму в мельчайших деталях. Временами руководитель поручает кому-то выступить в роли протагониста (поменяться с ним ролями), чтобы подстегнуть процесс идентификации и импровизации. Затем все участники группы обмениваются мнениями (на основе собственного жизненного опыта), как преодолеть конфликт. Наглядное изображение и доброжелательное

обсуждение помогают увидеть новые подходы к решению проблемы, рассмотреть ее под различными углами и справиться с ней.

Метод психодрамы может быть полезен и в курсе более аналитической индивидуальной и групповой терапии, когда он используется для преодоления “блока” в выражении чувств и общении. Особенно необходим этот метод в условиях стационара для тех, кому трудно выразить свои проблемы словами (Jennings, 1987). С помощью психодрамы можно полностью раскрыть потенциал экстравертированности пациента, неслучайно особенной популярностью этот метод пользуется у терапевтов-экстравертов. В некоторых психиатрических лечебницах врачи специально осваивают эту методику, чтобы включить ее вместе с другими творческими методами, такими, как изобразительное искусство и музыка, в единый комплекс, помогающий пациентам раскрепоститься (Jennings, 1983). Аналогичные ролевые игры используются и в семейной терапии, а также при обучении специалистов, работающих с психическими и эмоциональными расстройствами. Наконец, эти методы включены в гештальт-терапию.

Гештальт-терапия

Гештальт-терапия была разработана Фредериком (Фрицем) Перлзом (1893—1970). Это был человек неиссякаемой и безудержной энергии, неутомимый и неутомный, бунтарь и синтезатор. Он переехал из Германии в Южную Африку, затем в Нью-Йорк, потом в Калифорнию и, наконец, в Ванкувер, где основал гештальт-коммуны. Он получил образование психоаналитика в Германии, но психоанализ показался ему недостаточно гибким. Как и один из основателей групповой терапии, Фулкс, Перлз работал с невропатологом Куртом Гольдштейном. Гольдштейн расширил представления гештальт-психологии о мотивации, рассматривая личность не как собрание дискретных привычек, а как устремленность к единству.

Перлз рассматривал неврозы как раздробление гештальта (гештальт означает единство, объединяющее тело и разум, или, как еще говорят, объединяющее человека и его окружение). Тревога понимается как проявление борьбы организма за объединение, а не как реакция на внутреннюю опасность (классический психоанализ). Подобно Фрейду (в отличие от Роджерса), Перлз (Perls et al., 1951)

рассматривал неврозы как порождение запретных направлений и заблокированных потребностей организма в целом (разума и тела).

Гештальт-терапия проводится индивидуально и чаще — в группах. При этом участники не используют для себя групповые процессы активно, а просто наблюдают, как бы отстраняясь на задний план, в то время как одному из участников помогают обрести большую цельность путем лучшего и более полного осознания самого себя. При этом не поощряется явление переноса, но зато используется действие (разыгрывание) для исследования и более полного выражения “здесь и теперь” в определенных рамках и по определенным правилам игры.

Левицкий и Перлз (1972) определили несколько базовых правил. *Принцип «теперь»*, поскольку речь идет о чувствах в настоящий момент, о внимании, сосредоточенном на «что» и «как», а не на «почему» (имеется в виду, если прошлое требует внимания, его нужно перенести в настоящее, а не «беседовать о нем»). Кстати, в аналитической терапии тоже существует такое отношение, только «здесь и теперь» и «там и тогда» рассматриваются в динамическом взаимодействии, а чрезмерное внимание к одной из пар существует в форме защиты. Другой принцип, «я и ты», используется для достижения более непосредственного контакта: важнее говорить на людях, чем с людьми. Третий принцип состоит в создании специального языка: все, что относится к частям, переносится на «я» в целом: не «у меня напряглись ноги», а «я в напряжении». Четвертый принцип - «не сплетничать» - состоит в том, что все должно быть высказано прямо тому, о ком идет речь, а не так, будто этот человек отсутствует.

Игры в гештальт-терапии являются способами подстегивания непосредственного контакта и более полного осознания. *Диалог*: пациенту предлагается составить беседу между разными частями своей личности. Например, между мужским и женским началом или всезнающим началом и началом, сопротивляющимся осознанию каких-либо фактов. Можно составить воображаемый диалог между самим собой и значимым для вас человеком. Пациент попеременно играет две роли. *Кружение*: пациент, вместо того чтобы оценить группу целиком, должен как-то выразить свое отношение к каждому в отдельности. Иногда это бывают словесные замечания, иногда — жесты и действия. *Незавершенные дела*: в процесс лечения переносятся ситуации, где пациент ставится лицом к лицу с нерешенными

конфликтами и двойственными чувствами, перешедшими из его предшествующей жизни (например, по отношению к родителям или братьям/сестрам). *Преувеличение*: пациенту предлагают изобразить чувства, беспокоящие и тревожащие его, но в гротескной форме. *Обратное изображение*: предлагается изобразить чувства, противоположные реальным.

Гештальт-терапия, таким образом, направлена на интенсивное и непосредственное самопознание. Словам не доверяют, называя их защитными «враками» («bullshit» — весьма характерное выражение), отдавая предпочтение чувствам и жестам как заслуживающим большего доверия. Психоналитики также согласны с тем, что слова выполняют защитную функцию, в чем убеждает нас психоаналитическая практика, но чувства они считают столь же ненадежными и выполняющими защитную функцию.

Биоэнергетика

Эту область часто называют «биофункциональной терапией», основанной на предположении, что неврозы связаны с фундаментальными проявлениями природы человека и что задача терапии состоит в том, чтобы снять последствия этих связей. Данное направление опирается на представления Фрейда, в своей первой теории нервных расстройств рассматривавшего один из классов неврозов как *актуальные неврозы*. Неполная разрядка либидо, согласно этим представлениям, превращалась в тревожное состояние, возникающее из-за неестественной сексуальной практики, такой как прерванный половой акт. Вильгельм Райх (1897—1957), один из последователей Фрейда, занялся изучением того, как поза отражает и поддерживает психологический характер защиты (Reich, 1933). Часто поза позволяет понять и интерпретировать подавляемые чувства и фантазии до того, как те будут высказаны. Эти представления вошли в теорию психоанализа и повлияли на представления Анны Фрейд (1936) о защитных механизмах. Правда, взгляды самого Райха уводили его все дальше от психоанализа и приобретали все более революционный аромат, приравнивая свержение фашизма к освобождению от гнета, препятствовавшего реализации полной «оргастической потенции» и сексуальному освобождению. Эта его сверхреволюционность привела к исключению из коммунистической партии и из Международной психоаналити-

ческой ассоциации (Ruscroft, 1971). Райх дошел до веры в возможность наблюдения и сохранения (в буквальном смысле) «сексуальной энергии», свободно циркулирующей внутри человека и между людьми.

По сути, Райх вернулся к ранним теориям Фрейда о телесной психологии и к первым теориям тревожности. Он игнорировал значение внутриспсихической жизни и объективных отношений, заняв позицию активной конфронтации по отношению к защитным механизмам личности. Райх использовал физические методы (массаж и дыхательные упражнения) для того, чтобы растопить застывшие позы и отношения. Это также несколько напоминает искания молодого Фрейда в области способов достижения катарсиса (Breuer and Freud, 1895) или применения им массажа для облегчения процесса свободных ассоциаций. Катарсис и до сих пор играет важную роль в более ортодоксальной терапии, особенно он помогает пережить дотолу не выраженное горе.

Работы Райха, ставшие известными как биоэнергетическая терапия, продолжил его ученик, Лоуэн (Lowen, 1967), использовавший еще большее количество физических упражнений и применивший еще больше вербальные формы психотерапии, в том числе и работу в группах. Многие направления, пытаясь скорректировать баланс потоков телесных сил и их взаимодействие с разумом, используют работу тела — йога или аутогенная тренировка.

Первичная терапия

“Первичный поток” — так называется книга Артура Янова (1970), посвященная теории неврозов и их лечению. Он считал появление неврозов попыткой защититься от психических страданий, возникших в результате травм, полученных в младенческом возрасте и ведущих к возникновению вторичных систем защиты. Как и Фрейд, Янов видел причину возникновения невроза в неразрешенных конфликтах прошлого. Но он (в отличие от более поздней позиции Фрейда) не допускал взаимодействия между реальными событиями и внутриспсихическими фантазиями, возникшими на основе детских инстинктивных желаний. Подобно Райху, обесценившему представления раннего Фрейда об актуальных неврозах и вреде, который может причинить нездоровая сексуальная жизнь, Янов избрал формой лечения неврозов разрядку ин-

тенсивных чувств. Согласно первичной терапии, это имеет такое же значение, как крик младенца, вызванный острой болью, но при этом не находящий адекватного сочувствия и постепенно оказывающийся закупоренным.

Боль, испытанная младенцем как ощущение интенсивной обиды и несправедливости, трактуется Яновым и другими исследователями, в том числе Лэйнтравма или травма рождения. Фрейд (1926) также предполагал, что травма рождения является прототипом травматических неврозов в противовес тем, что вызваны внутренними конфликтами. Один из ранних последователей Фрейда, Отто Ранк (1929), развил это утверждение, настаивая, что внезапное исторжение из утробы матери, где младенец находился в столь комфортной среде, является для него травмой, порождающей *все* последующие конфликты и расстройства. Акушер Лебойер (Leboyer, 1977) привлекал внимание к тому, что в стационаре младенцы появляются на свет под слепящими лампами, среди оглушающего шума, их тут же забирают от матери. Он был сторонником щадящих методов и настаивал на необходимости контакта новорожденного с матерью. Подобные идеи находят все большую поддержку у многих акушеров и педиатров. Не приходится и говорить, что матери тем более горячо приветствуют идею раннего и полного контакта с новорожденными. Это находит все более громкое звучание в различных женских движениях.

Придание столь большого значения травме рождения кажется не вполне правомерным. В конце концов, каждый прошел через рождение, а неврозами страдают не все. Следует признать, что существуют пациенты с ранними травмами, у которых имеется и проблема “выкричаться” с помощью терапии, и есть пациенты, испытывающие в регрессивной форме ощущения, подобные переживаемым в процессе появления на свет. Существуют описания методов излечения серьезных неврозов и психосоматических расстройств — путем как бы переживания заново процесса рождения под бдительным руководством врача (Lake, 1978), но их нельзя считать доказательством причинной связи.

По Янову, первичная терапия включает в себя интенсивную начальную фазу, продолжающуюся полных три недели по целому рабочему дню. После чего пациент возвращается к нормальной жизни, но фоновое лечение проводится еще полгода в “первичных группах”, обеспечивающих взаимную поддержку, в которых каждый ищет повторения своего первичного опыта.

Другие формы терапии

Кроме уже рассмотренных нами форм терапии, исторически восходящих к психоанализу (рис. 10), появились и приобрели определенную известность еще некоторые. Мы не имеем возможности полностью воздать им должное или даже просто включить в схему на рис. 10, но постараемся хотя бы приблизительно дать представление о них.

Гипнотерапия. Следует вспомнить, что Фрейд пытался в начале своей деятельности использовать гипноз для снятия невротических симптомов, а позднее — для высвобождения подавленных воспоминаний. Впрочем, Фрейд нашел более правильным применение метода свободных ассоциаций. Между тем, исследования в этой области продолжались (Неар, 1988), как продолжалось и использование гипноза в терапевтических целях. Умело применяемый гипноз помогает пациенту “вернуться” к пережитым ранее событиям, иначе пережить прошлые травмы, достичь очищения, найти подтверждение и опору, прощение и отпущение, снять гнет прошлого с настоящего. Облегчение, приносимое пациенту применением гипноза, во многих случаях очевидно, хотя, к сожалению, не всегда долговечно.

Отношение пациента к терапевту должно быть доверительным, он должен быть готов подчиниться. Сила переноса используется в гипнозе еще более явно, чем в аналитической психотерапии.

Нейро-лингвистическое программирование. Влиятельной фигурой в гипнотерапии был Эриксон, чьи речевые паттерны (как, впрочем, и речевые паттерны других харизматических терапевтов, таких как Перлз и Сатир) изучались Бэндлером и Гриндером (Bandler and Grinder, 1981), что и положило начало новой терапевтической системе, получившей название нейро-лингвистическое программирование (O’Connor and Seymour, 1990). Она состоит в изучении моделей мира, созданных людьми на основе довербального сырого материала их доминирующих ощущений — зрительных, слуховых, кинестетических. Гипноз в разной степени применяется различными представителями этого направления, для того чтобы помочь клиентам сменить свои ограниченные взгляды на более гибкие и адаптивные. Этот метод предполагает пристальное внимание к сенсорным знакам — движению глаз, дыханию, изменению цвета кожи, кивкам головой и т.п., — чтобы определить более глубокую бессознательную реакцию на вопросы и утверждения,

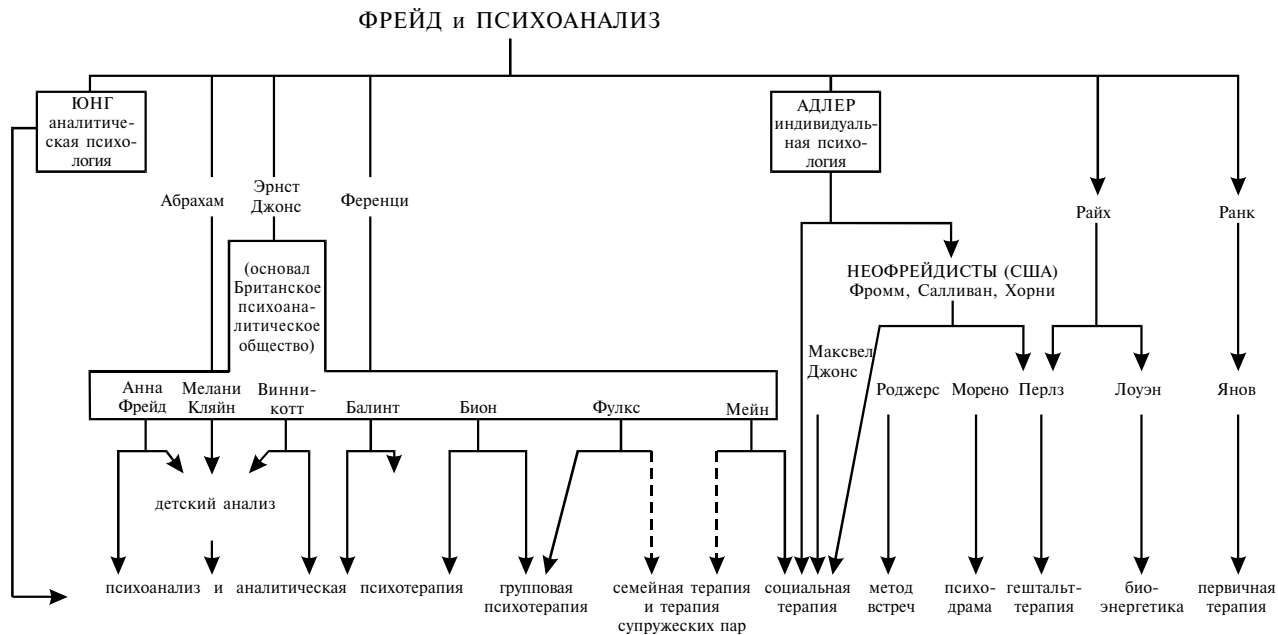


Рис. 10.

предлагаемые клиенту при установлении контакта и при направлении клиента на верный путь.

Терапия личностных конструктов. Данная теория предлагает пациенту путь “конструирования” самого себя и окружающего мира, используя при этом более когнитивный и традиционный вербальный метод, чем нейро-лингвистическое программирование. Однако недавно представители этих двух направлений объединились и организовали общую секцию в рамках психоаналитического научного общества Великобритании. Общим для обоих подходов является равенство интересов терапевта и пациента, а также упор на принципы “здесь и теперь” и “продолжающийся процесс реконструкции”, способствующие освобождению пациентов от гнета их собственного прошлого. Но в то время как нейро-лингвистическое программирование требует владения развитыми методами, терапия личностных конструктов использует методы более эмпирически. Терапия опирается на психологию личностных конструктов Джорджа Келли (Fransella and Thomas, 1988), чьим изобретением стала *репертуарная решетка*. Предметом изучения являются когнитивные конструкции, на базе которых строятся оценки значимых для нас вещей, прошлых и настоящих. Репертуарные решетки всегда использовались ориентированными на исследования психоаналитиками и психотерапевтами в целях изучения проблем переноса, идентификации и чувства идентичности (Feldman, 1975; Ryle, 1990).

Когнитивную терапию можно рассматривать как родственную терапии личностных конструктов, но имеющую откровенно признаваемый когнитивный и рациональный характер. Она основана Бекком (Beck, 1976) и предназначена для того, чтобы помочь пациентам осознать и изменить свои отношения и образ мыслей, которые довели их до депрессии и других подобных состояний. Когнитивная терапия оказалась полезной, правда, если случай депрессии не слишком тяжелый (Scott et al., 1989). Особенно полезна когнитивная терапия на начальном этапе, когда она помогает сдвинуться с мертвой точки, после чего целесообразно использовать более динамические формы терапии. Райл (Ryle, 1990) недавно свел воедино части когнитивной терапии и психодинамических подходов, создав названную им форму когнитивно-аналитической терапией.

По определению Гельдера, стандартная когнитивная терапия является промежуточной формой между динамической и бихевиористской терапией:

“Общность с бихевиористской терапией — в активности, директивности и структурности. Отличие состоит в том, что во главу угла в описании поведенческих расстройств ставится познание; ненормальности поведения (или настроений) рассматриваются как последствия первичных когнитивных отклонений. Динамическая терапия и когнитивная терапия сходны в том, что преимущественно занимаются исследованием разумного подхода к поведению. Отличает их то, что когнитивная терапия настаивает на приоритете разума над чувствами и над осознанными процессами познания” (Gelder, 1983).

Существуют три основные процедуры: когнитивная реструктуризация, когнитивная поведенческая терапия и управление тревожностью. Гельдер пришел к выводу, что когнитивные процедуры значительно эффективнее для лечения депрессивных состояний, чем для лечения тревог и неврозов, возникающих на почве фобий, и наиболее эффективные процедуры содержат как бихевиористские, так и когнитивные методы. В развитие когнитивной терапии внесли основной вклад психологи-клиницисты, как это было и в случае развития бихевиористской психотерапии.

Ни одна из организаций, практикующих эти формы (от гипнотерапии до когнитивной терапии), не предъявляет к специалистам, проводящим эти виды терапии, требования обладать личным “клиентским” опытом. Рассматривая эти две формы как полярные точки, можно сказать, что гипнотерапевты стремятся внедрить регрессию и катарсис, обходя защиту пациентов, а специалисты в области когнитивной терапии стремятся реконструировать подходы и отношения, не обращая внимания на лежащие в основе бессознательные мотивы, чувства и фантазии пациентов. Психодинамическая психотерапия все это принимает во внимание. Хотя нельзя отрицать того, что гипнотерапия и когнитивная терапия могут быть иногда симптоматически эффективны, но они не могут заменить интегративного подхода психодинамической терапии.

Рассматривая приведенные выше новые формы, нельзя не заметить, что каждая из них развивает какой-то элемент из работ Фрейда или классических идей аналитической психотерапии, при этом пренебрегая другими сторонами классической теории. Роджерс подчеркивал значение откровенности, считая, что аутентичность и принятие являются основой психотерапии. Перлз делал

упор на сиюминутности — принципе “здесь и теперь” в терапевтической деятельности, — считая рефлексивность и возникновение переноса нюансами (как полагал и сам Фрейд, начиная совместные исследования с Брейером). Райх пришел к убеждению, что разрядка скрытых чувств и сексуальной энергии — все, что необходимо; при этом он опирался на ранние теории Фрейда и катартические модели терапии. Янов воспринял идеи младенческой эмоциональной травмы, но возвел их в столь высокий ранг, что они затмили все остальное. Гипнотерапия и когнитивная терапия, как уже говорилось, разделяют различные аспекты личности, вместо того чтобы способствовать их интеграции. На рис. 10 показано, как практически из идей Фрейда возникли все основные формы психотерапии, о которых повествует эта книга. Обозначения влияния следует понимать как нашу собственную точку зрения. Их не всегда признают и те, кто упомянут в таблице, и те, кто требует библейской последовательности и соблюдения строгой иерархии. Это “семейное древо” иллюстрирует представление авторов, изложенное в предисловии и введении, что все формы динамической психотерапии произошли от трудов Фрейда и психоанализа.

Отбор и результат

Кому может быть полезна психотерапия?

Прежде чем отвечать на этот вопрос, следует уточнить, какая психотерапия и для каких целей. Более того, поскольку психотерапия не относится к безличным формам лечения, обязательно также принимать во внимание индивидуальные особенности пациента и терапевта, чтобы удостовериться в их способности сработать. Окончательное решение о целесообразности применения психотерапии можно принимать, если терапевт и пациент покажут, что каждый из них готов внести свой вклад в установление терапевтических отношений.

Оценивая приемлемость той или иной формы психотерапии, врачу следует внимательнейшим образом прислушаться к рассказу пациента о своем предшествовавшем опыте, постараться представить себе его более наглядно, задать при необходимости дополнительные вопросы, уясняющие суть проблем, тревожащих пациен-

та. Терапевту необходимо дать пациенту почувствовать, что он разделяет его тревоги, и при этом он должен постараться предельно разрядить напряженность собеседования, что всегда способствует установлению контакта. Для того чтобы разглядеть не только поверхностный слой проблем, можно использовать тесты или другие подобные методы. Например, находящейся в состоянии депрессии экзальтированной даме средних лет, посвятившей себя уходу за престарелыми родителями, можно задать вопрос, действительно ли она гонит от себя мысли о том внутреннем сопротивлении, возникающем в связи с ограничениями, которые этот уход накладывает на ее жизнь. Талантливого студента, часто заваливающего сдачу экзамена, можно спросить о том, не кажется ли ему, что он просто боится успешно сдавать экзамены, чтобы это не выглядело триумфом над его папашей-неудачником. Их ответы покажут меру готовности пациентов взглянуть на свои проблемы по-новому. Бездумное отрицание, равно как и пассивное принятие, обычно свидетельствуют о неготовности к проведению курса психодинамической терапии. Значительно лучше, если ответ будет тщательно обдуманым, даже если пациент выразит при этом свое несогласие с предложенной интерпретацией. Если пациенту удалось извлечь пользу из предложенной ему во время собеседования интерпретации, то и психотерапия может оказаться полезна ему.

Личность самого терапевта, степень его заинтересованности и вовлеченности играют определяющую роль. Исследования показывают, что “сочувствие, теплота и искренность” — качества терапевта, предопределяющие благоприятный результат недирективной терапии. Они значимы в той или иной степени во всех типах психотерапии. Но и этого недостаточно. Очень важно, насколько сумеют поладить между собой пациент и терапевт, сумеют ли они сработаться вместе. Часто это удается определить в процессе первой же беседы по тому, появился ли контакт, проявилась ли обратная связь, по чувствам, которые пациент выражает (иногда даже неожиданно для самого себя) по отношению к терапевту и по тому контрпереносу, который возникает у самого терапевта.

Уже говорилось о том, что психотерапия может вестись на разных уровнях и иметь различный характер — от поддерживающего до исследующего. Отношения при этом могут оказаться также самыми разными — от профессиональных до неформальных. Любому человеку, попавшему в сложную и трудную ситуацию, полезна

поддержка и моральная помощь, что и является, по сути, психотерапией в общем смысле (уровень 1). Однако если рассматривать исследующую психотерапию в специальном динамическом смысле (уровень 3), стремящуюся внести изменения, возникают определенные вопросы. Они не менее существенны для определения личности (которой может быть полезна психодинамическая терапия), чем формальное заключение психиатра о состоянии пациента или представление тревожащих проблем (табл. 6).

Таблица 6. Критерии выбора типа психотерапии

Критерии	Поддерживающая (уровень 1)	Исследующая (уровень 3)
Понимание проблем в психологических терминах Мотивация пациента к углубленному познанию и самоизменению Сила “Я” Способность строить и поддерживать отношения	несущественно	необходимо

Можно ли понять личные проблемы в терминах психологии?

Помимо психиатрического заключения о состоянии пациента, основанного на симптомах и признаках, проявленных во время собеседования, необходимо в психодинамических терминах сделать вдумчивое описание проблем, тревожащих пациента, принимая во внимание его нынешнюю жизненную ситуацию и весь опыт предшествовавшего развития. Например, депрессивное состояние миссис А., описанное в прологе, стало понятным при рассмотрении ее реакции на предстоящий отъезд дочери из дома в контексте ее собственной разлуки с близкими в раннем детстве. Поэтому параллельно возникает требование, чтобы пациент был готов рассматривать свои проблемы в терминах психологии. Оценить эту готовность можно, например, по реакции на интерпретацию тестов. Быть может, самым важным в этом смысле является то, насколько пациенту и терапевту удастся приблизиться к общему видению сути психодинамической задачи в данном конкретном случае, прежде чем они начнут вдаваться в обсуждение возможных вариантов лечения в конце собеседования (Brown, 1991).

Присутствует ли достаточная мотивация, побуждающая пациента глубоко разобраться в себе и измениться?

Пациент проявляет свою готовность глубоко разобраться в себе тем, как именно он обращается за помощью и как ведет обсуждение своих проблем. Если он, уходя в глухую защиту, старается ограждать себя, ограничивается жалобами на одни только симптомы или обвиняет в своих трудностях кого-то другого, он вряд ли настроен на то, чтобы глубоко разобраться, каков же его собственный вклад в создавшиеся проблемы и как ему следовало бы изменить себя. Если во время собеседования пациент изливает свои трудности на интервьюера или ждет от всемогущего врача решений, приносящих по мановению волшебной палочки мгновенный эффект, он, видимо, еще не готов к вступлению в эффективный *рабочий альянс*, хотя не исключено, что со временем он окажется способен в нем участвовать. Готовность миссис А. оценить значение своего предшествовавшего опыта разлуки с близкими в процессе исследующего обсуждения с врачом продемонстрировала ее способность к использованию преимущества динамической терапии. Дар проникновения внутрь себя, уровень интеллекта и легкость выражения своих мыслей и чувств словами должны быть развиты в достаточной степени. В противном случае пациентам будет затруднительно рефлексировать по поводу своих чувств, обдумывать полученную информацию и обсуждать ее. Впрочем, способность к инсайту и навыки словесного общения могут быть развиты и в процессе терапии. Иногда для подстегивания этого процесса полезно использовать активные методики, о которых уже шла речь, хотя следует отметить, что они по-прежнему не находят широкого применения в основном направлении развития психотерапии.

В процессе динамического собеседования и постановки задачи можно использовать *самые ранние* воспоминания пациента. Явно выраженная амнезия по отношению к детским воспоминаниям свидетельствует о значительном подавлении и ограничениях, наложенных на характер и личность пациента. Способность припоминать увиденное во сне является еще одним полезным указанием на то, что пациент может вступать в контакт с бессознательными областями собственной личности без чрезмерного напряжения. Соппротивление переменам и углублению внутрь может быть продиктовано тревогой перед опасностями, которые может повлечь за собой такое углубление, или нежеланием нарушить хрупкое равновесие, благоприятное для самого пациента или его семьи.

Обладает ли пациент необходимой силой “Я”?

Пациенту нужно научиться оценивать свой опыт, при этом воспринимая разноречивые внутренние побуждения (“Оно”), голос разума (“Сверх-Я”) и внешнюю реальность, и справляться с напряжением, создаваемым необходимостью их сбалансировать, несмотря на возникающие порой противоречия. Он должен сохранять восприятие как внешних, так и внутренних событий и различать их. Ему следует уметь сдерживать свои чувства и фантазии, а не поддаваться импульсивным порывам и тревогам, не терять способности рационально мыслить и рассуждать. Далее, пациент должен поддерживать контакт с собственным “взрослым я” и рабочий альянс с терапевтом, не теряя связи с встревоженным и часто беспомощным “ребенком” в себе самом. Перед завершением сеанса он должен снова начать функционировать как разумный взрослый человек и сохранить это состояние до следующего сеанса. Повторяющиеся случаи госпитализации или частые суицидальные попытки свидетельствуют о нехватке силы “Я”, столь необходимой для динамической психотерапии. Повторяющееся стремление к риску, устойчивый деструктивный тип поведения или серьезная соматизация в психосоматических расстройствах могут свидетельствовать о неспособности пациента к интеграции (Malan, 1979). Кроме того, если человек постоянно выпадает из структуры отношений или не способен завершать начатые предприятия, это может оказаться противопоказанием к проведению психотерапии.

Вообще, пациентам с острыми психическим расстройствами нельзя рекомендовать исследующую психотерапию, поскольку функции их “Я” слишком сильно нарушены. Во время шизофренического срыва у пациентов повреждено представление о границах своего “Я”, их захлестывает бессознательный примитивный материал. Они не уверены в том, что чувства и мысли принадлежат действительно им, а не кому-то другому. Пациенты с тяжелой депрессией могут быть чересчур заторможенными и безучастными, а это препятствует психотерапевтическому лечению, причем чрезвычайно критичное “Сверх-Я” пациентов часто порождает чувство вины и разочарования. Функции “Я” могут быть настолько нарушены, что голос сознания воспринимается не как внутренний голос, а как опасная галлюцинация. Отношения переноса у больных-психотиков иногда пугающе интенсивны и не воспринимаются ими в сослагательном наклонении, они относятся к вра-

чам и медсестрам как к родным маме с папой. Прimitивный перенос по отношению к терапевту мешает созданию рабочего альянса. С другой стороны, больным-психотикам может быть весьма полезна поддерживающая психотерапия. На более поздней стадии, когда острый период минует, в некоторых случаях можно попытаться исследовать лежащий в основе конфликт, применяя должные предосторожности.

Обладает ли пациент способностью строить и поддерживать отношения?

Может показаться парадоксальной мысль, что этот вопрос следует рассматривать как критерий применения динамической психотерапии. В конце концов, чаще всего люди обращаются за помощью именно по поводу трудностей общения. Уже немало говорилось о том, что психотерапия сильно завязана на установлении отношений пациента и терапевта, без чего невозможен рабочий альянс, если даже не касаться важной проблемы переноса. Наличие хотя бы одной надежной привязанности в прошлом или настоящем является достаточным для того, чтобы создать более прочное основание для начала терапии. Это особенно важно при проведении курса краткосрочной аналитической терапии. Долгосрочная аналитическая психотерапия растянута во времени, позволяющем постепенно развить отношения доверия, а краткосрочная — с самого начала требует интенсивного вовлечения.

При выполнении этих требований многим людям с невротическими и личностными проблемами, при условии, что они искренне хотят измениться, может помочь аналитическая психотерапия — либо индивидуальная, либо групповая. Их проблемы могут получить правильное освещение благодаря прошлым событиям или кризисным ситуациям — уход из дома, появление детей, тяжкие утраты. Другие люди испытывают хроническую неудовлетворенность собой и своими отношениями с окружающими или чувствуют себя окруженными запретами и ощущают неоправданное беспокойство. Они могут оказаться неспособными реализовать свой потенциал или справиться с агрессией или сексуальностью. Например, мужчина, первоначально жаловавшийся только на импотенцию, обнаружил, что был напуган последствиями своих агрессивных по отношению к женщинам чувств, а страх этот возник из его отношений с собственной матерью. Найдя решение этого

конфликта, он обнаружил, что и все остальные аспекты его личной жизни наладились. Некоторые пациенты с психосоматическими расстройствами, которые не слишком глубоко укоренились в их физическом и психологическом состоянии, могут получить самые благоприятные результаты при проведении динамической психотерапии, если окажутся способны разобраться в психологических причинах и смогут разрешить их.

Выбор пациентов для психотерапии может показаться в какой-то мере несправедливым выделением своеобразной элиты. Психотерапевтов упрекают за то, что они стараются выбирать себе молодых, умных, обладающих яркой индивидуальностью пациентов, забывая при этом, что к ним обращаются и в случаях с самыми трудными пациентами, которым не могут помочь психиатры. В отличие от хирургов, которым приходится иметь дело со своими подопечными в течение непродолжительного времени операции, к тому же, когда те находятся под наркозом, психотерапевт тратит очень много времени на общение с каждым пациентом, вступая с ним в личные отношения. Поэтому при выборе пациента личные ощущения играют весьма важную роль. Да и направление к психотерапевту тоже продиктовано, как правило, личными мотивами семейного врача или специалиста-психиатра. В одних случаях это стремление помочь всем, чем только можно, а в других — желание отделаться от трудного пациента. Терапевту приходится решать, какой тип и уровень психотерапевтической помощи требуется именно этому пациенту и кто именно может лучше всего оказать эту помощь. Часть задачи состоит в вовлечении пациента в процесс принятия решения и предоставлении ему права отвергать того терапевта, с которым он не готов работать вместе.

Какой тип психотерапии?

Уже были выделены различные уровни психотерапии. *Внешние уровни* ставят своей задачей снятие бремени, проведение “вентиляции” чувств (катарсис) и обсуждение проблем. Они включают в себя консультирование и поддерживающую терапию. Их можно рекомендовать тем, кто не хочет или не может вынести более глубокого исследования и открытий, без которых такое исследование вряд ли обойдется. Те, кто нуждается в помощи для решения конкретной проблемы (сложности подросткового возраста, нежелательная бере-

менность, сложности в супружеских отношениях), могут получить ее в специализированных консультационных агентствах. Пациенты с серьезными психическими расстройствами, инвалиды и больные хроническими заболеваниями нуждаются в длительной поддержке, помогающей им справиться с жизненными трудностями, выпавшими на их долю. Люди, переживающие острый кризис — утрату близкого человека, развод, потерю работы, — но в то же время являющиеся сильными личностями, способными справляться с трудностями, часто нуждаются лишь в краткосрочной поддерживающей психотерапии или консультировании, чтобы восстановить свою защиту и стабильность до *status quo ante*. Если через некоторое время их эмоциональное состояние не улучшится, это может означать, что кризис всколыхнул более глубоко лежащие конфликты и проблемы, для решения которых требуется проведение исследующей динамической психотерапии. Терапевтам, оказывающим помощь в критических жизненных ситуациях, желательно иметь возможность на ранних стадиях вмешаться в семейный кризис, чтобы повысить шансы на конструктивные перемены и не упустить время, пока люди еще способны к обучению.

На промежуточных уровнях возникает следующая проблема: следует ли пациенту проходить общепсихиатрическое лечение, поведенческую или динамическую терапию. Если человек страдает от тревоги и депрессии, часто наиболее правильный путь состоит в объяснении ему самому вариантов подхода к решению таких проблем. Эти симптомы можно рассматривать как часть неустановленной болезни, попытаться снять их или хотя бы облегчить проявления болезни с помощью лекарственных препаратов, но можно попытаться понять, как пациент превратился в человека, у которого возникли в данное время данные реакции. Для этого более всего подходит психотерапия. Эти два подхода не являются полностью взаимоисключающими: сначала бывает полезно достичь симптоматического облегчения с помощью лекарств, а затем целесообразно пройти курс исследующей психотерапии. Когда людям предоставляют выбирать самостоятельно, они часто делают правильный выбор. Как писали Балинты (Balint and Balint, 1961): “Одной из основных целей диагностического собеседования является ... предоставление пациенту возможности са The Practice of мому решать, какой шаг ему теперь сделать, что, как правило, он не мог решить до собеседования”. Люди отличаются друг от друга по возрасту, образованию и воспитанию. Один скажет: “Док-

тор, дайте мне пилюли, и говорить не о чем”. А другой, более склонный к рефлексированию, решит, что незачем подавлять проявления болезни, если сама болезнь при этом остается. Он захочет докопаться до сути происходящего с ним. Психотерапия ближе к процессу обучения, требующему от пациента активного участия, чем к традиционному процессу лечения, где пациенту в основном отводится пассивная роль.

С другой стороны, следует еще сделать дополнительный выбор между двумя типами психотерапии: поведенческой и динамической. Пусть, например, проблема состоит в том, что мужчина, который был счастлив в браке, внезапно осознал свою гомосексуальную ориентацию. Существуют разные подходы. Можно рассматривать ориентацию пациента как дурную привычку, от которой тот хочет избавиться. Тогда подойдет бихевиористская терапия. Но можно и начать выяснять, почему это произошло именно в данный момент: была ли тому причиной ревность, возникшая, например, в связи с тем, что жена как бы отвела ему роль на втором плане после рождения ребенка? В этом слунамическая терапия. Некий пациент, у которого возникла такая проблема, был священником, внезапно обнаружившим, что его влечет к мальчикам из церковного хора. Когда ему предложили описанный выше набор вариантов, он сказал: “Безусловно, я не хочу ничего знать об этом, это ставит под угрозу всю мою жизнь. Мне нужно только избавиться от этого”. В этом случае была успешно применена бихевиористская терапия.

Когда речь идет о затруднениях в супружеской жизни, одна пара может бороться с сексуальными проблемами (импотенцией или фригидностью), применяя методы сексуального тренинга, разработанные Мастерсом и Джонсон (Masters and Johnson, 1970), а другая пара увидит больше смысла в том, чтобы разобраться, не являются ли эти проблемы отражением того, что их отношения утратили нечто важное, в этом случае нужна динамическая терапия.

Поведенческая и динамическая терапия дополняют друг друга в процессе лечения некоторых пациентов. Например, динамическая терапия, проведенная после бихевиористской, позволила пациентке, боявшейся грома (пример, приведенный в начале книги), разобраться в своих внутренних конфликтах, изменить отношение к себе и своей семье, в результате все стали счастливее. Но динамическую терапию нельзя было проводить прежде поведенческой.

На более *глубоких уровнях* исследующей психотерапии происходит рассмотрение лежащих в основе конфликтов и проблем, их происхождения и развития. Это наглядно показано на примере трех фаз развития, о чем шла речь в первой части книги. 1) В фазе полной зависимости от матери (0—1 год) коренятся причины многих психотических и пограничных состояний, связанных с личностными расстройствами. У таких пациентов слабо развито представление о границах собственной личности, они очень ранимы, их переполняют эмоции и фантазии. 2) Фаза растущего отделения и индивидуации (1—3 года) хранит истоки многих проблем, касающихся привязанности и замкнутости, проблем соответствия и готовности. Сюда относятся тревоги, связанные с расставанием, депрессии, проблемы защиты и обладания. 3) В фазе растущей дифференциации и соперничества внутри семьи (3—5 лет), в так называемой Эдиповой фазе, коренятся многие невротические и сексуальные проблемы, запреты и фобии. К концу этой фазы ребенок усваивает семейные и социальные нормы, является уже сформировавшейся личностью, в которой отчетливо видны “Я”, “Оно” и “Сверх-Я”.

Краткосрочная аналитическая индивидуальная и групповая терапия больше подходит зрелым личностям, тем, чьи внутренние конфликты возникли на более поздних стадиях развития. Проблемы, коренящиеся в начальных фазах, как правило, требуют более длительного курса лечения. Например, пациенты, травмированные в самом раннем детстве отсутствием должного материнского ухода, если и могут получить помощь от психотерапевтического лечения, то лишь в том случае, когда оно будет весьма длительным, чтобы пациент воспринял врача как мать, а его слова — как пищу и чтобы этот опыт вытеснил негативный, заложенный в раннем детстве. Для таких пациентов предпочтительно проведение индивидуальной терапии, но иногда неплохие результаты дает сочетание индивидуальной и групповой терапии (Jackson and Grotjahn, 1958).

К групповой психотерапии часто стремятся пациенты, имеющие проблемы в общении. Даже те участники группы, которые менее склонны говорить о себе, многое получают от наблюдения чужого опыта. За несколько месяцев люди, страдающие чрезмерной замкнутостью и обладающие шизоидными наклонностями, заново обретают утерянные было чувства. У людей с личностными проблемами, выражающимися в ограничении общения, в про-

цессе групповой терапии может впервые возникнуть сомнение в адекватности принятых ими решений, иногда с помощью группы удается отыскать и новые решения. Но слишком требовательным пациентам, пациентам с паранойяльными наклонностями или тяжелой формой депрессии трудно переносить занятия в группе, да и группа старается избавиться от подобных участников. В конечном счете возможность их включения в группу определяется ее составом, атмосферой и уровнем развития.

При определении более подходящей формы терапии (индивидуальной, групповой или семейной) Скиннер (Skynner, 1976) ввел понятие *минимальной достаточной сети* — например, для определения того, кто еще должен быть вовлечен в процесс терапии при лечении одного из членов семьи. Скиннер использовал представление о том, что нормально функционирующая личность, включает в себя “Я”, “Сверх-Я” и “Оно”, гармонично взаимодействующие между собой. Все три аспекта различаются в индивидуальной психотерапии. Работая с семьями, Скиннер обнаружил, что очень часто бывает необходимо гармонизировать эти функции, которые как бы персонифицированы в разных членах семьи и потому искажены в каждом отдельном ее члене. Иногда такое искажение происходит не внутри семьи, а на уровне отношений с обществом (полиция, школа и т.п. как давящее начало заставляют пациента испытывать детскую беспомощность и беззащитность). Собирая для лечения всю семью, нередко удается мобилизовать ее на понимание и конструктивное изменение всей системы отношений, что позволяет достичь желаемого результата. При этом можно обойтись и без глубокого исследующего анализа проблем отдельных членов семьи.

Скиннер и Браун (Skynner and Brown, 1981) указывали, что, хотя за помощью обращаются чаще всего отдельные лица и первым делом в голову приходит мысль о пригодности индивидуальной терапии, семейный подход (если не для лечения, то, по крайней мере, для диагностики) имеет широчайшее поле применения и чрезвычайно полезен. Если есть возможность организовать семейное консультирование, то можно получить ценнейшую информацию о взаимодействии самых важных фигур и правильно определить формы и направления лечения. Даже если у членов семьи отсутствует желание глубоко проникать в суть возникающих проблем, несколько сеансов терапии могут принести огромный поло-

жительный эффект, повлияв на изменение взаимоотношений (Howells and Brown, 1986).

Широко применимы и разнообразные формы групповой терапии. Аналитическая групповая терапия может оказаться полезной для пациентов, обладающих достаточно низкой мотивацией проникновения в глубь собственной персоны, чья способность к выражению эмоций невелика. Они могут учиться на чужом примере и постепенно изменяться сами. Индивидуальная терапия отличается гибкостью, позволяющей максимально адаптировать лечение к потребностям данного пациента, особенно если учесть, что в этом случае сеансы проводятся очень часто.

В 1979—1982 годах Кларкин и Фрэнсис создали обзор критериев отбора для семейной, групповой и краткосрочной терапии. На основе анализа обширной литературы и клинической практики ими создано ценное руководство, краткие результаты которого приведены нами в Приложении 2.

Почему помощь понадобилась именно теперь?

Этот вопрос часто задают, когда пациент обращается за помощью к своему семейному врачу или психиатру. Ответ может пролить свет на факторы, мешающие человеку приспособиться к ситуации, и показать силу его “Я” и способность к преодолению трудностей. Обращение может быть результатом взаимоналожения хронических и острых стрессов, например, длительного периода нереализованных потребностей и желаний или же следствием последнего удара, вызванного разочарованием или утратой. Обращение нередко свидетельствует о том, что пациент раньше много раз успешно справлялся со своими проблемами самостоятельно и лишь впервые столкнулся с кризисом такой силы, который заставил его обратиться за помощью.

Определив ответ на этот вопрос, для чего врачу иногда требуется провести несколько бесед с пациентом, можно точнее решить, нужна ли пациенту психотерапия, а если нужна, то какая именно.

На рис. 11 представлены психотерапевтические методы, о которых уже шла речь во второй части книги.

Какой бы ни оказалась проблема и каков бы ни был набор рассматриваемых методов, выбор подходящего типа психотерапии никогда не является активным осмотром пассивного и инертного



Рис. 11.

пациента, как это часто бывает в других областях медицины. Нам необходимо активное сотрудничество с пациентом. Более того, “кардинальное отличие от органической медицины состоит в том, что для нее достаточно, чтобы применение терапии было разумно в глазах самого доктора, а от пациента требуется лишь выполнение предписаний врача, в то время как для психологической медицины существенно, чтобы необходимость терапии была очевидна не только врачу, но и пациенту” (Balint and Balint, 1961).

Какими свидетельствами о положительных результатах психотерапии мы располагаем?

На этот вопрос ответить так же нелегко, как на вопрос: “Кому может быть показана психотерапия?”. И по тем же самым причинам — существует очень мало исследований, учитывающих все значимые факторы (уровень и тип психотерапии, особенности пациента и его проблем, личность и искусство терапевта, возможность рабочего альянса между терапевтом и пациентом). Способности человека приспосабливаться сложно измерить и также непросто стандартизировать методы лечения, по сути своей требующие исследования уникального опыта на разных уровнях сознания.

Легко проводить испытания лекарственных препаратов, где все таблетки одинаковы, а контрольной группе пациентов можно давать плацебо так, чтобы они об этом не узнали.

“Чем больше болезнь напоминает несчастный случай, тем выше результаты больничной медицины. Именно здесь применим принцип измерения “эффекта плацебо”. С другой стороны, чем больше болезнь связана с недостаточной цельностью сознания, тем меньше эффект так называемого научного лечения и тем менее применим принцип плацебо” (Balint and Balint, 1961).

В психотерапии каждое терапевтическое отношение уникально и каждый сеанс отличен от остальных. Да и во время индивидуального сеанса главным моментом может стать одна интерпретация, давшая толчок к изменениям, а во время группового сеанса — опыт кого-то из участников. Проводить контрольные измерения в психотерапии крайне сложно из-за практической невозможности точного воспроизведения ситуации. Играть свою роль и длительные сроки терапевтического процесса. Если пациенту становится лучше, можно ли с уверенностью приписать это лечению, а не каким-либо другим событиям, происходящим в его жизни? Рассматривая выбор метода, следует помнить, что динамическая психотерапия более сравнима с процессом обучения, чем с другими формами лечения.

Таким образом, вопрос, сформулированный в общем виде: “Какими мы располагаем свидетельствами о положительных результатах психотерапии?” — будет таким же бессмысленным, как и такой же вопрос, отнесенный к хирургии. Тем не менее, затрачено немало пыла на попытки дать ответ на этот вопрос, особенно теми, кто хотел бы доказать бесполезность психотерапии. Часто цитируемые обзоры Айзенка (Eysenck, 1952; 1965), где он приводит свидетельства о том, что две трети пациентов-невротиков поправляются независимо от того, лечат их или нет, подвергаются острой критике. Просто удивительно, в скольких статьях сравниваются пациенты, находящиеся вне лечебных заведений, излечившиеся благодаря психоанализу, с пациентами, которых после годичного лечения в стационаре выписывают как выздоровевших. Эти группы едва ли сопоставимы по типу и тяжести заболевания, социальной обстановке и критерию изменений. Вряд ли сам Айзенк удержался бы от критики, увидев подобные цифры в чужой статье.

Рассматривая случай спонтанных улучшений, Бергин (Bergin, 1971) считал, что наиболее правдоподобна оценка 30%, хотя и эта цифра, в свою очередь, подвергалась сомнениям. Очевидно, что у некоторых пациентов улучшение здоровья наступает по самым разным причинам, и это нельзя не принимать во внимание. Франк (Frank, 1961) напоминал о необходимости различать спонтанное улучшение, наступившее в результате использования любой формы лечения, когда пациент получает помощь от признанного обществом целителя, а также выделял специфические преимущества, на которые претендует определенная форма лечения.

Дополнительные трудности создает то, что оценки состояния самим пациентом, терапевтом и независимым экспертом очень часто слабо коррелированы.

Проштудировав огромное количество литературы, описывающей случаи воздействия разных типов психотерапевтического вмешательства, Мельцгофф и Корнрайх (Meltzoff and Kornreich, 1970) обнаружили 101 исследование, в которых результаты сравнивались в той или иной мере с контрольной группой — как правило — или с этой же группой в период отсутствия лечения, или с группой пациентов, лечившихся другим способом. Критерии включали наблюдаемое поведение, опросники, независимые рейтинги, проективные тесты и Q-сортировки (тестирование различия между представлением пациента о том, какой он есть и каким хотел бы быть). В 81 исследовании результат был благоприятным, в 20 — нет.

“Экспериментальные свидетельства достаточны для того, чтобы отвергнуть нулевую гипотезу. В большинстве случаев из множества рассмотренных типов психотерапии и огромного диапазона различных расстройств позитивные сдвиги зафиксированы в гораздо большем числе случаев, чем можно было бы отнести просто за счет течения времени. Терапевты, о результатах работы которых шла речь, являются представителями различных видов терапии. Исследователи не выбирали группу специалистов с какой-либо выдающейся способностью” (Meltzoff and Kornreich, 1970).

Бергин (1967) привлекал внимание к “эффекту ухудшения” в психотерапии: в то время как одним пациентам становится лучше, дру-

гим может стать хуже. Вряд ли вероятно ожидать чего-либо другого, о каком бы лечении ни шла речь (это относится и к лекарствам, и к физиотерапии). Но, как указывал Бергин, если ухудшение наблюдается у значительного числа пациентов, положительный эффект следует оценивать, внимательно измеряя влияние всех воздействий. Ошибки в выборе метода лечения или способе его проведения, плохое взаимодействие между терапевтом и пациентом — все это может оказывать свое влияние на конечный результат.

Очень важно принимать во внимание индивидуальные характеристики и пациента, и терапевта. Необходимость соблюдения этого требования была отмечена еще в проекте психотерапевтических исследований Меннинджерского фонда (Kernberg, 1972) и в исследованиях краткосрочной аналитической психотерапии, проведенных в Тэвистокской клинике Лондона Мэлэном (Malan, 1963; 1973). Мэлэн показал значение выработки критерия выздоровления для каждого отдельного пациента. После тщательной психодинамической оценки (но до начала терапевтического воздействия) исследовательской группой Мэлэна принималось решение, какие изменения будут приняты как свидетельства в каждом конкретном случае, когда фокусный конфликт, лежащий в основе симптомов, был разрешен или модифицирован. Например, когда мы рассматривали симптомы социально тревожной женщины, в основе которых лежал конфликт, выражающий ее боязнь вступить во взаимоотношения с мужчинами, то свидетельством разрешения этого конфликта стало установление по окончании лечения длительных гетеросексуальных отношений. Снижение уровня социальной тревоги само по себе не считалось свидетельством динамических изменений.

При проведении объединенного исследования, осуществленного Тэвистокской клиникой и Маутслейской больницей Лондона (Candy et al., 1972), для которого было привлечено более 50 консультантов-психиатров, не удалось собрать данные по достаточно большому количеству случаев, удовлетворяющих критерию отбора. Первой проблемой стало нежелание некоторых психиатров направлять для контрольного обследования описание работы с пациентами. Второй причиной явилось предпочтение некоторыми психиатрами прямых контактов со своими районными больницами. Кроме того, многим не понравилось требование включать в обследование всех пациентов, невзирая на то, была ли им показана психотерапевтическая помощь. Психотерапевт, как учитель игры на скрипке, часто

не находит возможным тратить долгие часы на того, кто не способен добиться успеха. Кстати, это относится и к ученикам, и к пациентам.

Проблема оценки результатов психотерапии по-прежнему остается в достаточной мере нерешенной. Ждать ее адекватного решения, видимо, придется до тех пор, пока не появятся методы, соответствующие сложной и тонкой природе человека и его проблемам, способным включать множество переменных, описывающих пациента, терапевта и используемую психотерапевтическую методику. Развитие образования и социальных услуг происходит на основе представления людей о том, что правильно и справедливо, и никто не откладывает это развитие до той поры, пока не будет строго измерена эффективность школьного образования и семейных пособий — как бы ни было желательно получить подобные результаты. Подтверждение ценности психотерапевтического подхода может исходить от неожиданных косвенных источников, например, свидетельств социологии, доказывающей влияние недостатка поддерживающих отношений на развитие депрессивных состояний.

Как уже говорилось, выбор типа лечения должен зависеть и от пациента, и от терапевта. Иногда выбор бывает ограничен в силу местных условий. Этот дополнительный фактор нечасто принимают во внимание критики, враждебно настроенные по отношению к психотерапии. Он также включается в научную оценку сравнительной эффективности различных форм психотерапии. Люборски (Luborsky et al., 1975) пришел к следующему выводу на основании обзора исследований по сравнительной эффективности: нет оснований предполагать наличие существенных различий между долгосрочной и краткосрочной терапией, индивидуальной и групповой терапией, рожерианским консультированием и традиционной терапией, бихевиористской и динамической психотерапией. Блох (Bloch, 1982) предположил, что это является свидетельством влияния неспецифических факторов всех форм психотерапии. В более поздних публикациях Люборски (Luborsky et al., 1988) идентифицировал основные конфликтные отношения как ведущие для предсказания возможности успеха применения психодинамической психотерапии.

В последнее десятилетие было много споров по поводу статистики многочисленных исследований разных форм психотерапии в разнообразных условиях и самой различной обстановке. Так назы-

ваемый метаанализ (Smith et al., 1980) рассчитывает индекс силы воздействия путем вычитания среднего количества участников группы, которые еще не лечились (лист ожидания), из среднего количества членов группы, получивших лечение, и последующего деления этого результата на стандартное отклонение контрольной группы (Gwynne Jones, 1985). На такой основе были проведены подсчеты по более чем 500 описаниям различных психологических терапий и получены результаты, свидетельствующие о превосходстве терапии над ее отсутствием. Получилось, что пациент, получивший лечение, чувствовал себя лучше, чем 80% не получавших лечения участников контрольной группы. Этот подход подвергся суровой критике, развернутой на методологической основе, и утверждалось, что его выводы, скорее, свидетельствуют об отсутствии явных преимуществ психотерапии (Prioleau et al., 1983). Но и этот вывод также был подвергнут критике (Aveline, 1984; Bloch and Lambert, 1985). Споры все продолжают, один из исследователей заметил: “Более реалистичным является предсказание “спонтанных” изменений за период исследования на основе знания естественной истории рассматриваемых условий. Мой опыт показывает, что резкие перемены могут произойти просто в результате решения пациента пройти лечение” (Gwynne Jones, 1985).

На самом деле, даже консультация психотерапевта зачастую приносит заметный эффект. В проведенном испытании психиатрического лечения экземы (Brown and Bettley, 1971), при сравнении дерматологического лечения самого по себе и в сопровождении психиатрического лечения, было обнаружено, что некоторые пациенты из контрольной группы прекрасно себя чувствовали на протяжении следующих шести месяцев. Они приписывали это влиянию собеседования, которое проводил с ними психиатр, придерживающийся психодинамической ориентации. Когда условия проведения исследования изменились так, что контрольная группа только заполняла опросники, не встречаясь с психиатром, результаты группы стали весьма низкими и оставались таковыми в течение последующих полутора лет.

Вопрос эффективности психотерапии имеет сегодня возрастающее значение в свете финансовых ограничений национальной системы здравоохранения, требующего оправдания услуг их рентабельностью. Это совершенно справедливо и вызывает активизацию усилий как противников психотерапии (Shepherd, 1979), так и ее сторонников (Aveline, 1984; Colvin et al., 1988). Вообще го-

вора, услуги психотерапевтов, предоставляемые в Великобритании государственным здравоохранением, и так довольно ограничены, а предвзятое отрицательное отношение к психотерапии в совокупности с тяжелым финансовым положением государственного здравоохранения грозит лишить многих нуждающихся психотерапевтической помощи. В Германии, например, услуги психотерапевтов, включая и психоанализ, оплачиваются государственной медицинской страховкой (Brocher, 1988). В Финляндии психотерапию рассматривают как форму реабилитации; услуги в области аналитически ориентированной и поддерживающей психотерапии, проводимой в течение двух—трех лет с целью повышения работоспособности и развития способности к учебе, оплачиваются за счет социального страхования. Оценка результатов показывает, что более 80% получили явную пользу, около трети проходивших психотерапию не имели болезненных симптомов, но особенно полезной оказалась психотерапия для страдающих невротическими расстройствами (Seppala and Jamsen, 1990).

Сложные проблемы, связанные с оценкой эффективности психотерапии, недавно были тщательно проанализированы Фонаги и Хиггиттом (Fonagy and Higgitt, 1989). Они пришли к выводу, что можно найти показатели, отражающие ценность психотерапевтических услуг, оказываемых местному сообществу, и что следует срочно прийти к соглашению, по каким параметрам их оценивать. Холмс и Линдли (Holmes and Lindley, 1989) нашли сильные доводы в пользу психотерапии в своем обзоре психотерапевтических исследований. Они красноречиво доказывают, сравнивая эту проблему с отношением к образованию сто лет назад: чем более доступной является оплачиваемая государством психотерапевтическая служба, тем естественнее становится правильное отношение к психотерапии как к основному праву, а не как к роскоши.

Наше мнение о том, что психотерапия имеет больше общего с образованием, чем с другими формами медицины, находит косвенное подтверждение в исследованиях Слоане (Sloane et al., 1975). Это исследование посвящено проблемам лечения пациентов, страдающих неврозами средней тяжести и расстройствами личности. Эти пациенты после продолжительного первоначального знакомства и оценки их состояния (которые сами по себе могли иметь терапевтическое воздействие) были случайным образом распределены в три группы для четырехмесячного лечения. В одной группе применялись методы поведенческой терапии, во второй — методы

аналитически ориентированной психотерапии, а третья оставалась на листе ожидания с обещанием приступить к лечению несколько позднее (с ними поддерживался телефонный контакт). За эти четыре месяца тяжесть симптомов уменьшилась во всех трех группах, но в обеих лечебных группах — сильнее, чем в группе ожидания. В лечебных группах результаты очень сильно зависели от качества отношений, сложившихся между пациентом и терапевтом. Хотя только группа поведенческой терапии повысила за эти четыре месяца рейтинг и по трудовой, и по социальной адаптации, в последующие восемь месяцев, *когда лечение было уже закончено*, показатели группы динамической психотерапии по социальной адаптации продолжали улучшаться. Создается впечатление, что несмотря на короткий срок психотерапевтического воздействия, пациентам удалось глубоко усвоить процесс обучения. Эти результаты совпадают с более ранними, проведенными в Балтиморе исследованиями по сравнению состояния пациентов, прошедших полугодовой курс индивидуальной, групповой или поддерживающей терапии и впоследствии обследованных по прошествии пяти лет:

“Результаты подтверждают существующие предположения, что психотерапия приводит к двум различным, но связанным между собой типам воздействия — снятию бремени несчастья и улучшению функционирования личности. Симптоматическое облегчение происходит, в первую очередь, благодаря ожиданию пациентом помощи, поэтому возникает быстро, независимо от того, какой именно вид терапии применялся. В некоторых случаях воздействие укреплялось еще и раздачей плацебо. Улучшение функционирования личности проявляется более постепенно и связано с типом терапевтического воздействия” (Frank, 1961).

Естественно предположить, что психотерапия, приносящая положительные результаты, запускает процесс обучения, который затем продолжает развиваться самостоятельно. Он возникает в отношениях между пациентом и терапевтом — краеугольном камне всей динамической психотерапии — как на внешних уровнях поддержки и консультирования, так и на глубинных уровнях исследования и анализа.

На какие результаты может надеяться любой пациент по окончании курса психотерапии?

Мы начали с примера миссис А., женщины, которой помогло первичное обращение к психотерапевту. На что же можно надеяться человеку, прошедшему более интенсивный курс психотерапии? Фрейд определял умственное здоровье как способность находить удовлетворение в труде и любви. Возможно, мы добавили бы сюда способность играть, другими словами, определили бы здоровье как способность находить удовлетворение в трудовых, игровых и любовных отношениях. Может быть, это звучит слишком идеально, но во всяком случае менее идеально, чем определение, принятое Хартией Всемирной организации здравоохранения: “Здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия”. Такого магического решения всех проблем психотерапия обеспечить не может, но она изо всех сил стремится помочь людям обрести большую свободу и рост личности. Мы предоставим право произнести заключительные слова другому пациенту.

Мисс Z. обратилась к своему семейному врачу за психотерапевтической помощью, находясь в состоянии депрессивного кризиса, возникшего после второго аборта. В прошлом у пациентки один за другим происходили кризисы во взаимоотношениях. Какая-то часть ее личности склонялась к тому, чтобы, наконец, взять себя в руки, как ей удавалось это в прошлом, и забыть о своих трудностях до возникновения следующего кризиса. Всю жизнь она старалась быть “приятной людям”, отвечать их ожиданиям. Другая часть ее существа осознала, что на этот раз она действительно нуждается в помощи, чтобы вырваться из порочного круга неудавшихся отношений.

Во время курса психотерапии стало ясно, что аборт, послуживший причиной депрессии, оживил ее ранние детские чувства потери, пережитые при разводе родителей, со времени которого она научилась прятать все свои чувства за хорошо управляемым и вежливым внешним поведением.

Постепенно пациентке удалось войти в соприкосновение с утерянной детской частью собственной личности,

благодаря чему развились более подходящие и удовлетворяющие ее отношения с женщиной, за которого она позднее вышла замуж. После сравнительно короткого курса психотерапии, продолжавшегося в течение 18 месяцев один—два раза в неделю, женщина почувствовала, по ее собственным словам, что “дверка чуть-чуть приоткрылась и запоры ослабли” и она ощутила себя способной открывать ее самостоятельно.

Через некоторое время после окончания курса мисс Z. написала: “Я хотела бы сообщить Вам, что по окончании курса не испытала той печали расставания, которой ожидала, а, к удивлению, как раз наоборот — огромное воодушевление от того, что обрела человека, с которым можно поговорить о прошлом, настоящем и будущем. Таким образом, у меня впервые появилось чувство твердой уверенности: я способна смотреть жизни в лицо, хоть это и приводит меня в замешательство, но больше я не боюсь. А главное — сохраняется ощущение того, что я способна быть и существовать, готова к самоотдаче, не боясь бесконечного одиночества и грозящих потерь. Я больше не чувствую себя падающей с высокой крыши, на смену этому кошмару пришло ощущение, что я владею собой и нахожусь в контакте со всем окружающим миром”.

Приложение 1

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ПРИНЦИПОВ ОБУЧЕНИЯ И ФУНКЦИЙ НЕКОТОРЫХ ПРОФЕССИОНАЛОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Психиатры — это врачи, которые проходили на старших курсах специализацию и практику по лечению эмоциональных и умственных расстройств. Как терапевты общего профиля в отношении чисто физических недугов, так и психиатры в отношении указанных расстройств (неврозов, органических и функциональных психозов, личностных расстройств) берут на себя полную ответственность за постановку диагноза и проведение лечения — как стационарного, так и амбулаторного. Лечение может быть как медикаментозным, так и психотерапевтическим. Навыки психотерапии сейчас считаются обязательными для каждого психиатра, но это не исключает привлечения к процессу терапии и других специалистов из числа указанных далее.

Психологи, как правило, не получают медицинского образования. Они имеют ученую степень в области психологии, то есть являются специалистами по изучению процессов мышления и поведения — как нормального, так и с отклонениями. Психологи часто имеют конкретную специализацию в области психологии науки, образования, промышленности или клинической психологии. Раньше клиническая психология преимущественно занималась разработкой тестов интеллекта и личностных качеств, но в последнее время их исследования становятся все более автономными и приобретают большую роль в психотерапии. Психологи сыграли важную роль в развитии бихевиористской (поведенческой) психотерапии и когнитивной терапии, многие психологи активно занимаются психодинамической психотерапией, а некоторые ве-

дут занятия по тренингу в специальных областях психоанализа, групп-анализа, семейной психотерапии и терапии супружеских пар.

Психоаналитики обычно имеют медицинское образование, причем, как правило, психиатрическое, а затем избирают какое-то дополнительное направление психоанализа, которое изучают в одном из признанных центров. Специалисты с базовым образованием психологов или социальных работников, решившие стать психоаналитиками, обычно получают дополнительно и медицинское образование, чтобы иметь возможность нести полную ответственность за своих пациентов. Психоанализ можно рассматривать как один из типов психотерапии, хотя он является самым радикальным и интенсивным направлением.

Психотерапевт в Великобритании — человек, обычно не прошедший специального обучения, что имеет свои недостатки и свои преимущества. Любой может назваться психотерапевтом. Это означает, что необученные люди могут злоупотребить своим званием в состоянии эмоционального расстройства. Чтобы обеспечить профессиональный и этический уровень, теперь решено публиковать регистры специалистов-психотерапевтов, получивших подтверждение своей квалификации в признанных учреждениях.

С этой целью создана Объединенная партия практикующих профессионалов, состав которой публикуется в специализированных изданиях (Peddler, 1989b). Можно ожидать, что вскоре в рамках единой Европы возникнут единые и весьма жесткие профессиональные требования. Следует принять предварительные меры по международному признанию квалификации психотерапевтов. В некоторых странах уже сейчас существует соответствующее законодательство, а иногда производится покрытие медицинской страховкой услуг, признанных регистром психотерапевтов.

В самом *общем смысле* психотерапевтическая практика не должна просто сводиться к работе. Каждый, кто занимается оказанием помощи, должен владеть искусством психотерапевтического подхода, обязан быть знакомым с простейшими методами психотерапии и иметь хотя бы самое общее представление о возможностях психотерапии и существовании специализированных методик.

Приложение 2

КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ТОГО ИЛИ ИНОГО ВИДА ПСИХОТЕРАПИИ

1) *Оценка семьи или супружеской пары* (Clarkin et al., 1979) почти *всегда* необходима, если речь идет о лечении ребенка или подростка, о сексуальных затруднениях или неудовлетворенности, о типично семейной проблеме или ставится вопрос о госпитализации одного из членов семьи. *Часто* она необходима, когда несколько членов семьи проходят психиатрическое лечение одновременно или когда улучшение состояния одного ведет к ухудшению состояния другого.

2) *Групповая психотерапия* (Frances et al., 1980) подразделяется на гетерогенную и гомогенную. Первая занимается разнообразными проблемами, а последняя — только одной. Аналитические группы, как правило, гетерогенны и могут быть рекомендованы, когда: а) у пациентов возникают серьезные проблемы с межличностным общением; б) пациенты замкнуты в регрессивном переносе, чрезмерно интеллектуальны, для них невыносима интимность между двумя людьми или болезненным является ответ на контрперенос при индивидуальной терапии; в) пациенты открыты навстречу другим и готовы разделять общие проблемы. Гомогенные группы (как правило, группы самопомощи и консультационные группы) можно рекомендовать в случаях, когда: а) у пациентов общие проблемы; б) симптомы являются проблемами в представлении самих пациентов; в) пациенты испытывают стыд и изоляцию из-за своих проблем и г) у них отсутствует необходимая сеть общения. Эти критерии можно считать как показаниями к групповой терапии, так и противопоказаниями против применения индивидуальной терапии.

3) *Краткосрочная психотерапия* (Clarkin and Frances, 1982) рассматривается по трехшаговому “дереву решений” для определения

выбора: а) кризисного вмешательства; б) предпочтения краткосрочной терапии долгосрочной; в) конкретной формы терапии. Основным критерием а) для кризисного вмешательства является тяжелое тревожное состояние, стрессы, недавние переживания; б) для предпочтения краткосрочной терапии — четко определенные цели и те или иные препятствия, мешающие прохождению длительного курса; в) для выбора формы краткосрочной терапии — психодинамики, решения проблем, терапии супружеских пар, семейной терапии или бихевиористской терапии — критерии весьма сложны, поэтому опишем лишь те, которые пригодны для краткосрочной психодинамической терапии. Круг показаний довольно обширен, но факторы, сужающие круг возможных пациентов, также значительны.

Эти критерии более точны, чем приведенные в табл. 6 для динамической терапии в общем, и примерно совпадают с критериями, изложенными Мэлэном, Сифнеосом и Даванлу (Malan, 1963, 1979; Sifneos, 1972; Davanloo, 1978).

Показаниями для краткосрочной психодинамической терапии являются: а) проблемы, относимые к *фокусным внутриспсихическим конфликтам* для того, чтобы покончить с изоляцией (эдипов комплекс, нарциссический комплекс, посттравматический стресс); б) цель лечения предполагает по крайней мере частичное изменение характера. Точными показаниями являются: а) по крайней мере одно значимое раннее отношение; б) гибкость и способность свободно выражать чувства; в) наличие мотивации к пониманию и изменению, готовность идти на жертвы ради этого; г) способность испытывать, переносить и обсуждать болезненные чувства; д) наличие сравнительно сильной воли и сильного “Я”, а также владение речью.

4) *Отказ от лечения* (Francis and Clarkin, 1981) методами психотерапии следует признать оправданным в следующих случаях: а) когда в результате применения психотерапии состояние ухудшается (по разным источникам это бывает в 3—28%) — как правило, это происходит в пограничных состояниях, у личностей с мазохистическими наклонностями и низкой мотивацией; б) когда психотерапия не приносит никаких результатов (по разным источникам 30—35%) — часто это бывает у людей, страдающих хроническими заболеваниями, зависимых от лекарств, с низкой мотивацией, иногда с антисоциальной направленностью, а иногда — с

потребностью сохранить свои надуманные болезни; в) “внезапно поправляющиеся” (43% — медианное значение весьма надежных исследований) — речь идет о почти мгновенном исчезновении симптомов, когда проходит послестрессовое состояние.

Бесмысленность и даже иногда опасность применения психотерапии в определенных случаях часто недооценивается переполненными энтузиазмом новичками (почти все мы прошли через эту стадию), а также теми, кто хочет снять с себя ответственность. Часто самое лучшее, что может в определенной ситуации сделать консультант-психотерапевт, это отслеживание всех возможных негативных последствий применения психотерапии, чтобы пациент мог трезво оценить ограниченность предлагаемых ему методов.

ЛИТЕРАТУРА

Acharyya, S., Moorhouse, S., Kareem, J., and Littlwood R. (1989) "Nafsiyat: a psychotherapy centre for ethnic minorities", *Bulletin of Royal College of Psychiatrists* 13: 358—60.

Ackerman, N.W. (1966) *Treating the Troubled Family*, New York: Basic Books.

Adler, M.H. (1970) "Panel on Psychoanalysis and Psychotherapy", *International Journal of Psychoanalysis* 51: 219—31.

Alexander, F. (1957) *Psychoanalysis and Psychotherapy*, London: George Allen & Unwin.

Ansbacher, H.L. and Ansbacher, R.R. (eds) (1957) *The Individual Psychology of Alfred Adler*, New York: Harper Torchbooks.

Argyle, M. (1972) *The Psychology of Interpersonal Behaviour*, Harmondsworth: Penguin Books.

Ashurst, P. and Hall, Z. (1989) *Understanding Women in Distress*, London: Tavistock/Routledge.

Aveline, M. (1984) "What price psychiatry without psychotherapy?", *Lancet* 2: 856—9.

Balint, M. (1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*, London: Tavistock Publications.

— (1965) *Primary Love and Psychoanalytic Technique*, London: Tavistock Publications.

— (1968) *The Basic Fault*, London: Tavistock Publications.

Balint, M. and Balint, E. (1961) *Psychotherapeutic Techniques in Medicine*, London: Tavistock Publications.

Balint, M., Ornstein, P.H., and Balint, E. (1972) *Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis*, London: Tavistock Publications.

Balint, M., Hunt, J., Joyce, D., Marinker, M., and Woodcock, J. (1970) *Treatment of Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*, London: Tavistock Publications.

Bandler, R., and Grinder, J. (1981) *Neuro-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis*, Moab, Utah: Real People Press.

Barton, R. (1959) *Institutional Neurosis*, Bristol: John Wright.

Barton, R. and Whitehead, J.A. (1969) "The gas-light phenomenon", *Lancet* 1: 1258—60.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., and Weakland, J.H. (1956) "Towards a theory of schizophrenia", *Behavioural Science* 1: 251—64.

Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beels, C.C. and Ferber, A. (1969) "Family therapy: a view", *Family Process* 9: 280—318.

Bentovim, A. and Kinston, W. (1978) "Brief focal family therapy when the child is the referred patient", *Journal of child psychology and Psychiatry* 19: 1—12.

Bentovim, A., Gorell Barnes, G., and Cooklin, A. (1987) *Family Therapy*, London: Academic Press.

Bentovim, A., Elton, A., Hildebrand, J., Franter, M.C. and Vizard, E. (eds) (1988) *Child Sexual Abuse within the Family*, London: Wright.

Berger, R.J. (1969) "The sleep and dream cycle", in A. Kales (ed.) *Sleep Physiology and Pathology*, Philadelphia: Lippincott. Reprinted as Ch.13 in S.G.M. Lee and A.R. Mayes (eds) (1973) *Dreams and Dreaming*, Harmondsworth: Penguin Books.

Bergin, A.E. (1967) "Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice", *International Journal of Psychiatry* 3: 136—50.

— (1971) "The evaluation of therapeutic outcomes", in A.E. Bergin and S.L. Garfield (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, New York: John Wiley & Sons.

Berne, E. (1961) *Transactional Analysis in Psychotherapy*, New York: Evergreen.

— (1966) *Games People Play*, London: Andr(Deutsch).

Bertalanffy, L. von (1968) *General System Theory*, New York: Brasiller.

Bettelheim, B. (1975) *The Uses of Enchantment*, Harmondsworth: Penguin (1978).

Bierer, J. and Evans, R.I. (1969) *Innovations in Social Psychiatry*, London: Avenue Publishing Co.

Bion, W.R. (1961) *Experiences in Groups*, London: Tavistock Publications.

Bloch, S. (1977) "Supportive psychotherapy", *British Journal of Hospital Medicine* 16: 63—7.

— (ed.) (1979) *An Introduction to the Psychotherapies*, Oxford: Oxford University Press.

— (1982) *What is Psychotherapy?*, Oxford: Oxford University Press.

Bloch, S. and Lambert, M.J. (1985) "What price psychotherapy? A rejoinder", *British Journal of Psychiatry* 146: 95—8.

Bowen, M. (1966) "The use of family therapy in clinical practice", *Comprehensive Psychiatry* 7: 345—74.

Bowlby, J. (1952) *Maternal Care and Mental Health*, Geneva: World Health Organization.

— (1960) "Separation anxiety", *International Journal of Psychoanalysis* 41: 89—113.

— (1969) *Attachment and Loss. I. Attachment*, London: Hogarth Press.

- (1973) *Attachment and Loss. II. Separation: Anxiety and Anger*, London: Hogarth Press.
- (1975) “Attachment theory, separation anxiety and mourning”, in D.A. Hambourg and H.K. Brodie (eds) *The American Handbook of Psychiatry*, Vol. VI, New York: Basic Books.
- (1977) “The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy”, *British Journal of Psychiatry* 130: 421–31.
- (1980) *Attachment and Loss III. Loss: Sadness and Depression*, London: Hogarth Press and Penguin.
- Brandon, S. (1970) “Crisis theory and possibilities of therapeutic intervention”, *British Journal of Psychiatry* 117: 627–33.
- Breuer, J. and Freud, S. (1895) *Studies on Hysteria*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 2, London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Brocher, T. (1988) “Psychoanalytic psychotherapy services in West Germany”, unpublished paper to conference of Association for Psychoanalytic Psychotherapy in the NHS, London, November.
- Brook, A. (1967) “An experiment in general practitioner/psychiatrist co-operation”, *Journal of College of General Practitioners* 13: 172–31.
- Brown, D.G. (1967) “Emotional disturbance in eczema: a study of symptom-reporting behaviour”, *Journal of Psychosomatic Research* 11: 27–40.
- (1977) “Drowsiness in the countertransference”, *International Review of Psycho-Analysis* 4: 481–92.
- (1979) “Some reflections on Bion’s basic assumptions from a group-analytic viewpoint”, *Group Analysis* 12: 204–10.
- (1985) “Bion and Foulkes: basic assumptions and beyond”, in M. Pines (ed.) *Bion and Group Psychotherapy*, London: Routledge & Kegan Paul, Ch.10.
- (1987) “Change in the group-analytic setting”, *Psychoanalytic Psychotherapy* 3: 53–60.
- (1991) “Assessment and selection”, in J. Roberts and M. Pines (eds) *The Practice of Group Analysis*, London: Routledge.
- Brown, D.G. and Bettley, F.R. (1971) “Psychiatric treatment in the management of eczema: a controlled trial”, *British Medical Journal* 272: 729–34.
- Brown, G.W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression*, London: Tavistock Publications.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., and Wing, J.K. (1972) “Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication”, *British Journal of Psychiatry* 121: 241–58.
- Brown, J.A.C. (1961) *Freud and the Post-Freudians*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Bruch, H. (1974) *Learning Psychotherapy*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- Bruggen, P. and Davies, G. (1977) "Family therapy in adolescent psychiatry", *British Journal of Psychiatry* 131: 433—47.
- Buber, M. (1971) *I and Thou* (trans. W. Kaufmann), Edinburgh: Clark.
- Butler, S. (1872) *Erewhon*, Florin Books edn, London: Jonathan Cape.
- Byng-Hall, J. (1973) "Family myths used as defence in conjoint family therapy", *British Journal of Medical Psychology* 46: 239—49.
- Candy, J., Balfour, F.H.G., Cawley, R.H., Hildebrand, H.P., Malan, D.H., Marks, I.M., and Wilson, J. (1972) "A feasibility study for a controlled trial of formal psychotherapy", *Psychological Medicine* 2: 345—62.
- Casement, P. (1985) *On Learning from the Patient*, London: Tavistock Publications.
- Cawley, R.H. (1977) "The teaching of psychotherapy", *Association of University Teachers of Psychiatry Newsletter* January: 19—36.
- Clark, D.H. (1964) *Administrative Therapy*, London: Tavistock Publications.
- (1977) "The therapeutic community", *British Journal of Psychiatry* 131: 553—64.
- Clarkin, J.F. and Frances, A. (1982) "Selection criteria for the brief psychotherapies", *American Journal of Psychotherapy* 36: 166—80.
- Clarkin, J.F., Frances, A.J., and Moodie, J.L. (1979) "Selection criteria for family therapy", *Family Process* 18: 391—403.
- Cooley, C.H. (1902) *Human Nature and the Social Order*, New York: Scribner.
- Crisp, A.H. (1967) "The possible significance of some behavioural correlates of weight and carbohydrate intake", *Journal of Psychosomatic Research* 11: 117—31.
- Crowe, M.J. (1973) "Conjoint marital therapy: advice or interpretation?", *Journal of Psychosomatic Research* 17: 309—15.
- Darwin, C. (1871) *The Descent of Man*.
- Darwin, C. (1872) *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Chicago: University of Chicago Press (1965).
- Davanloo, H. (ed.) (1978) *Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy*, New York: SP Medical & Scientific Books.
- Davies, M.H. (1976) "The origins and practice of psychodrama", *British Journal of Psychiatry* 129: 201—6.
- Daws, D. and Boston, M. (eds) (1981) *The Child Psychotherapist: Problems of Young People*, London: Karnac Books.
- Denford, J., Schachter, J., Temple, N., Kind, P., and Rosser, R. (1983) "Selection and outcome in in-patient psychotherapy", *British Journal of Medical Psychology* 56: 225—43.
- Department of Health and Social Security (1975) *Better Services for the Mentally Ill*, London: HMSO.
- Dick, B.M. (1975) "A ten year study of out-patient analytic group therapy", *British Journal of Psychiatry* 127: 365—75.

Dicks, H.V. (1967) *Marital Tensions: Clinical Studies Towards a Psychological Theory of Interaction*, London: Routledge & Kegan Paul.

Dixon, N.F. (1971) *Subliminal Perception: The Nature of a Controversy*, London: McGraw-Hill.

Dryden, W. and Rowan, J. (eds) (1988) *Innovative Therapy in Britain*, Milton Keynes: Open University Press.

Durkheim, E. (1897) *Suicide: A Study in Sociology* (trans. J.A. Spaulding and G. Simpson), London: Routledge & Kegan Paul (1952).

Edelson, M. (1970) *Sociotherapy and Psychotherapy*, Chicago: University of Chicago Press.

Ellenberger, H.F. (1970) *The Discovery of the Unconscious*, London: Allen Lane.

Engel, G.L. (1967) "A psychological setting of somatic disease: the giving up, given-up complex", *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 60: 553—5.

Epstein, L. and Feiner, A.H. (eds) (1979) *Countertransference*, New York: Jason Aronson.

Erickson, M.H. and Rossi, E.L. (1979) *Hypnotherapy*, New York: Irvington Publishes.

Erikson, E.H. (1965) *Childhood and Society*, Harmondsworth: Penguin Books.

Ernst, S. and Maguire, M. (eds) (1987) *Living with the Sphinx: Papers from the Women's Therapy Centre*, London: The Women's Press.

Ettin, M.F. (1988) "By the crowd they have been broken, by the crowd they shall be healed": the advent of group psychotherapy", *International Journal of Group Psychotherapy* 38: 139—67.

Eysenck, H.J. (1952) "The effects of psychotherapy, an evaluation", *Journal of Consulting Psychology* 16: 319—24.

— (1965) "The effects of psychotherapy", *International Journal of Psychiatry* 1: 99—144.

Ezriel, H. (1950) "A psycho-analytic approach to group treatment", *British Journal of Medical Psychology* 23: 59—74.

— (1952) "Notes on psycho-analytic group therapy: II. Interpretations and research", *Psychiatry* 15: 119—26.

Fairbairn, W.R.D. (1952) *Psychoanalytic Studies of the Personality*, London: Tavistock Publications.

Feldman, M.M. (1975) "Body image and object relations: exploration of a method utilizing repertory grid techniques", *British Journal of Medical Psychology* 48: 317—32.

Ferenczi, S. (1926) "The further development of an active therapy in psychoanalysis", in *Further Contributions to the Theory of Psychoanalysis*, London: Hogarth Press.

Fereira, A. (1963) "Family myth and homeostasis", *Archives of General Psychiatry* 9: 457—63.

- Findlay, A. (1948) *A Hundred Years of Chemistry* (2nd edn), London: Duckworth.
- Fonagy, P. and Higgitt, A. (1989) "Evaluating the performance of departments of psychotherapy", *Psychoanalytic Psychotherapy* 4: 121–53.
- Fordham, M. (1978) *Jungian Psychotherapy*, London: Wiley.
- Foster, Sir John (1971) *Practice and Effects of Scientology*, London: HMSO.
- Foudraine, J. (1974) *Not Made of Wood*, London: Quartet Books.
- Foulkes, S.H. (1964) *Therapeutic Group Analysis*, London: Allen & Unwin. (Marlsfield Reprints 1984.)
- (1975) *Group-Analytic Psychotherapy*, London: Gordon & Breach. (Marlsfield Reprints 1986.)
- Foulkes, S.H. and Anthony, E.J. (1957) *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach*, Harmondsworth: Penguin Books. (Marlsfield Reprints 1984.)
- Frances, A. and Clarkin, J.F. (1981) "No treatment as the prescription of choice", *Archives of General Psychiatry* 38: 542–5.
- Frances, A., Clarkin, J.F., and Marachi, J. (1980) "Selection criteria for out-patient group psychotherapy", *Hospital and Community Psychiatry* 31: 245–50.
- Frank, J.D. (1961) *Persuasion and Healing*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- (1964) "Training and therapy", in L.P. Brandford, J.R. Gibb, and K.D. Benne (eds) *T-Group Theory and Laboratory Method: Innovation in Education*, New York: Wiley.
- Fransella, F. and Thomas, L. (eds) (1988) *Experimenting with Personal Construct Psychology*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Fraser, C. (1976) "An analysis of face-to-face communication", in A.E. Bennett (ed.) *Communication between Doctors and Patients*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust and Oxford University Press.
- Freud, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*, London: Hogarth Press.
- (1958) "Adolescence", *Psychoanalytic Study of the Child* 13: 255–78.
- (1966) *Normality and Pathology in Childhood*, London: Hogarth Press. Reissued by Karnac Books, 1989.
- (1976) "Psychopathology seen against the background of normal development", (The forty-ninth Maudsley Lecture), *British Journal of Psychiatry* 129: 401–6.
- Freud, S. (1894) *The Neuro-Psychoses of Defence* (I). Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. 3, London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- (1900) *The Interpretation of Dreams*, Standard Edition, Vols 4 and 5.
- (1901) *Psychopathology of Everyday Life*, Standard Edition, Vol. 6.
- (1905) *Three Essays on the Theory of Sexuality*, Standard Edition, Vol. 7.

- (1911–15) *Papers on Technique*, Standard Edition, Vol. 12.
 - (1912) “Recommendations to physicians practising psychoanalysis”, in Standard Edition, Vol. 12.
 - (1913) *Totem and Taboo*, Standard Edition, Vol. 13.
 - (1914) “Remembering, repeating and working through”, in Standard Edition, Vol. 12.
 - (1917) “Mourning and melancholia”, in Standard Edition, Vol. 14.
 - (1919) “Lines of advance in psycho-analytic therapy”, in Standard Edition, Vol. 17.
 - (1921) *Group Psychology and the Analysis of the Ego*, Standard Edition, Vol. 18.
 - (1923) *The Ego and the Id*, Standard Edition, Vol. 19.
 - (1925) *An Autobiographical Study*, Standard Edition, Vol. 20.
 - (1926) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, Standard Edition, Vol. 20.
 - (1930) *Civilization and its Discontents*, Standard Edition, Vol. 21.
 - (1933) *New Introductory Lectures*, Standard Edition, Vol. 22.
- Fomm-Reichmann, F. (1948) “Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy”, *Psychiatry* 11: 263–73.
- Frosh, P. (1987) *The Politics of Psychoanalysis: An Introduction to Freudian and Post-Freudian Theory*, London: Macmillan Educational.
- Garland, C. (1982) “Group analysis: taking the non-problem seriously”, *Group Analysis* 15: 4–14.
- Garland, C. (1991) “External disasters and the internal world: an approach to understanding survivors”, in J. Holmes (ed.) *Handbook of Psychotherapy for Psychiatrists*, London: Churchill Livingstone.
- Gay, P. (1988) *Freud: A life for our time*, London: Dent.
- Gelder, M.G. (1983) “Is cognitive therapy effective?”, *Journal of the Royal Society of Medicine* 76: 938–42.
- Gill, C. (1973) “Types of interview in general Practice: “The Flash””, in E. Balint and J.S. Norell (eds) *Six Minutes for the Patient*, London: Tavistock Publications.
- Gill, M.M. (1977) “Psychic energy reconsidered: discussion”, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 25: 581–97.
- Gittings, R. (1975) *Young Thomas Hardy*, London: Heinemann.
- Glick, I.D. and Kessler, D.R. (1974) *Marital and Family Therapy*, New York: Grune & Stratton.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Gonda, T.A. (1962) “The relation between complaints of persistent pain and family size”, *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 25: 277–81.
- Greenberg, J.R. and Mitchell, S.A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Greenson, R.R. (1965) “The working alliance and the transference neurosis”, *Psychoanalytic Quarterly* 34: 155–81.

- (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, London: Hogarth Press.
- Griffiths, R. (1988) *Community Care: Agenda for Action*, London: HMSO.
- Grosskurth, P. (1985) *Melanie Klein: Her World and Her Work*, London: Hodder & Stoughton.
- Guntrip, H. (1961) *Personality Structure and Human Interaction*, London: Hogarth Press.
- (1971) *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self*, London: Hogarth Press.
- Gwynne Jones, H. (1985) “Psychotherapy research”, *Journal of the Royal Society of Medicine* 78: 3–6.
- Hafner, R.J. (1977) “The husbands of agoraphobic women and their influence on treatment outcome”, *British Journal of Psychiatry* 131:289–94.
- Haley, J. (1968) *Strategies of Psychotherapy*, New York & London: Grune & Stratton.
- Haley, J. and Hoffman, L. (1967) *Techniques of Family Therapy*, New York: Basic Books.
- Hamilton, J.W. (1976) “Early trauma, dreaming and creativity: the works of Eugene O’Neill”, *International Review of Psychoanalysis* 3: 341–64.
- Hampson, J.L. and Hampson, J.G. (1961) “The ontogenesis of sexual behaviour in man”, in W.C. Young (ed.) *Sex and Internal Secretions*, London: Bailliere, Tindall.
- Harlow, H. (1958) “The nature of love”, *American Journal of Psychology* 13: 673–85.
- Harlow, H.F. and Harlow, M. (1962) “Social deprivation in monkeys”, *Scientific American* 207: 136–46.
- Hartmann, H. (1939) *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, London: Imago.
- Hawthorne, N. (1850) “The Scarlet Letter”, in *The Scarlet Letter and Selected Tales*, Harmondsworth: Penguin Books, 1970.
- Heap, M. (ed.) (1988) *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*, London: Croom Helm.
- Heidegger, M. (1967) *Being and Time*, Oxford: Blackwell.
- Heimann, P. (1950) “On counter-transference”, *International Journal of Psychoanalysis* 31: 81–4.
- Hersen, M. and Bellack A.S. (eds) (1985) *Handbook of Clinical Behaviour Therapy with Adults*, New York: Plenum.
- Hill, D. (1956) “Psychiatry”, in J.S. Richardson (ed.) *The Practice of Medicine*, London: Churchill.
- (1977) Correspondence, *British Journal of Psychiatry* 131: 217–19.
- Hinshelwood, R.D. (1987) *What Happens in Groups: Psychoanalysis, the Individual and the Community*, London: Free Association Books.
- Hirsch, S.R. and Leff, J.P. (1975) *Abnormalities in Parents of Schizophrenics* (Maudsley Monograph no. 22), London: Oxford University Press.

- Hobson, R.F. (1974) "Loneliness", *Journal of Analytical Psychology* 19: 71–89.
- Hoening, J. (1985) "The origin of gender identity", in B. Steiner (ed.) *Gender Dysphoria: Development, Research, Management*, New York: Plenum Press, pp.11–32.
- Hoffman, L. (1981) *Foundations of Family Therapy*, New York: Basic Books.
- Holmes, J. and Lindley, R. (1989) *The Values of Psychotherapy*, Oxford: Oxford University Press.
- Home, J.H. (1966) "The concept of mind", *International Journal of Psychoanalysis* 47: 42–9.
- Hopkins, P. (ed.) (1972) *Patient-centred Medicine*, London: Balint Society and Regional Doctor Publications.
- Hopper, E. and Weyman, A. (1975) "A sociological view of groups", in L. Kreeger (ed.) *The Large Group*, London: Constable.
- Howells, J.G. and Brown, W. (1986) *Family Diagnosis*, Madison, Wis.: International Universities Press.
- Hug-Hellmuth, H. von (1921) "On the technique of child analysis", *International Journal of Psycho-Analysis* 2: 287–305.
- Jackson, J. and Grotjahn, M. (1958) "The treatment of oral defences by combined individual and group psychotherapy", *International Journal of Group Psychotherapy* 8: 373–81.
- Jackson, M. and Tarnopolsky, A. (1990) "Borderline personality", in R.S. Bluglass and P.M.A. Bowden (eds) *Forensic Psychiatry*, London: Churchill Livingstone, Ch.27.
- Jacobson, E. (1964) *The Self and the Object World*, New York: International University Press.
- James, D.C. (1976) Unpublished paper, read to academic meeting at St Mary's Hospital, Department of Psychiatry.
- James, W. (1890) *Principles of Psychology*, London: Macmillan.
- Janov, A. (1970) *The Primal Scream*, New York: Dell Publishing Co.
- Jaques, E. (1955) "Social system as a defence against persecutory and depressive anxiety", in M. Klein (ed.) *New Directions in Psychoanalysis*, London: Tavistock Publications.
- (1965) "Death and the mid-life crisis", *International Journal of Psychoanalysis* 46: 502–14.
- Jennings, S. (ed.) (1983) *Creative Therapy*, Banbury: Kemble Press.
- (1987) *Dramathery*, London: Routledge.
- Joffe, W.G. and Sandler, J. (1965) "Notes on pain, depression and individuation", *The Psychoanalytic Study of the Child* 20: 394–424.
- Jones, E. (1953) *Sigmund Freud. Life and Work*, Vol. I, London: Hogarth Press.
- (1955) *Sigmund Freud. Life and Work*, Vol. II, London: Hogarth Press.

- (1957) *Sigmund Freud. Life and Work*, Vol. III, London: Hogarth Press.
- Jones, M. (1952) *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*, London: Tavistock Publications.
- (1968) *Social Psychiatry in Practice: The Idea of the Therapeutic Community*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Jung, C.G. (1933) *Modern Man in Search of a Soul*, London: Routledge (Kegan Paul).
- (1946) *Psychological Types*, London: Routledge (Kegan Paul).
- Jung, C.G. (ed.) (1964) *Man and His Symbols*, London: Aldus Books.
- Kafka, F. (1920) *Diary: Kafka Shorter Works, Vol. 1* (transl. and ed. Malcolm Pasley), London: Secker & Warburg, 1973.
- Kalucy, R.S., Brown, D.G., Hartman, M., and Crisp, A.H. (1976) “Sleep research and psychosomatic hypotheses”, *Postgraduate Medical Journal* 52: 53—6.
- Kaplan, S. (1967) “Therapy groups and training groups: similarities and differences”, *International Journal of Group Psychotherapy* 17: 473—504.
- Keats, J. (1817) “Letters, 32, To G. and T. Keats. 21 Dec. 1817”, *Letters of John Keats* (selected by F. Page), London: Oxford University Press, 1954.
- Kempe, C.H., White Franklin, A., and Cooper, C. (1980) *The Abused Child in the Family and in the Community*, Oxford: Penguin.
- Kernberg, O.F. (1972) “Summary and conclusions. Psychotherapy and psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation Psychotherapy Research Project”, *Bulletin of the Menninger Clinic* 36: 181—99.
- (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York: Jason Aronson.
- Kestenberg, J.S. and Brenner, I. (1986) “Children who survived the Holocaust”, *International Journal of Psychoanalysis* 67: 309—16.
- Klauber, J. (1981) *Difficulties in the Analytic Encounter*, New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1932) *The Psycho-Analysis of Children*, London: Hogarth Press.
- Knight, L. (1986) *Talking to a Stranger: A Customer’s Guide to Therapy*, London: Fontana/Collins.
- Koestler, A. (1964) *Act of Creation*, London: Hutchinson.
- Kohut, H. (1977) *The Restoration of the Self*, New York: International Universities Press.
- Kolvin, I., Macmillan, A., Nicol, A.R., and Wrate, R.M. (1988) “Psychotherapy is Effective”, *Journal of the Royal Society of Medicine* 81: 261—6.
- Kovel, J. (1976) *A Complete Guide to Therapy*, New York: Pantheon.
- Kreeger, L. (ed.) (1975) *The Large Group: Dynamics and Therapy*, London: Constable.
- Kroger, W.C. (1963) *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry, and Psychology*, Philadelphia: Lippincott.

- Lader, M. (1975) *The Psychophysiology of Mental Illness*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Laing, R.D. (1960) *The Divided Self*, London: Tavistock Publications.
- Laing, R.D. and Esterson, A. (1964) *Sanity, Madness and the Family*, London: Tavistock Publications.
- Lake, F. (1978) "Treating Psychosomatic disorders related to birth trauma", *Journal of Psychosomatic Research* 22: 228—38.
- Langs, R.J. (1979a) "The interactional dimension of countertransference", in L. Epstein and A.H. Feiner (eds) *Countertransference*, New York: Jason Aronson, Ch.4.
- (1979b) *The Therapeutic Environment*, New York: Jason Aronson.
- Laufer, M. (1975) *Adolescent Disturbance and Breakdown*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Laufer, M. and Laufer, M.E. (1988) *Development Breakdown and Psychoanalytic Treatment in Adolescence*, Newhaven & London: Yale University Press.
- Leboyer, F. (1977) *Birth without Violence*, London: Fontana.
- Leff, J.P. and Vaughn, C. (1985) *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*, New York: Guilford Press.
- Leigh, A.D. (1961) *The Historical Development of British Psychiatry*, Vol. 1. *The Eighteenth and Nineteenth Century*, Oxford: Pergamon.
- Levitsky, A. and Perls, F. (1972) "The rules and games of Gestalt therapy", in J. Huber and L. Millman (eds) *Goals and Behaviour in Psychotherapy and Counseling*, Ohio: Charles Merrill.
- Lewin, K., Lippitt, R., and White, R.K. (1939) "Patterns of aggressive behaviour in experimentally created social climates", *Journal of Social Psychology* 10: 271—99.
- Lewis, I.M. (1979) *How's Your Family?*, New York: Brunner/Mazel.
- Lidz, R. and Lidz, T. (1949) "The family environment of schizophrenic patients", *American Journal of Psychiatry* 106: 322—45.
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D., and Miles, M.B. (1973) *Encounter Groups: First Facts*, New York: Basic Books.
- Little, M. (1951) "Countertransference and the patient's response to it", *International Journal of Psychoanalysis* 32: 32—40.
- (1975) "'R'— the analyst's response to his patient's needs", *International Journal of Psychotherapy* 38: 240—58.
- Littlewood, R. and Lipsedge, M. (1989) *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*, 2nd edn, London: Unwin/Heinemann.
- Lorenz, K. (1966) *On Agression*, London: Methuen.
- Lowen, A. (1967) *The Betrayal of the Body*, London: Collier Macmillan.
- Lowry, S. (1990) "Health and homelessness", *British Medical Journal* 300: 32—4.
- Luborsky, L., Singer, B. and Luborsky, L. (1975) "Comparative studies of psychotherapies: is it true that everyone has won and all must have prizes?", *Archives of General Psychiatry* 32: 995—1008.

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., and Auerbach, A. (1988) *Who Will Benefit from Psychotherapy? — Predicting Therapeutic Outcomes*, New York: Basic Books.
- Luft, J. (1966) *Group Processes: An Introduction to Group Dynamics*, Palo-Alto: National Press.
- McDougall, J. (1974) “The psychosoma and the psychoanalytic process”, *International Review of Psycho-Analysis* 1: 437–59.
- Maeterlinck, M. (1901) *The Life of the Bee* (trans. A. Sutro), London: George Allen & Unwin.
- Mahler, M.S., Pine, F., and Bergman, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant*, London: Hutchinson.
- Main, T.F. (1946) “The hospital as a therapeutic institution”, *Bulletin of the Menninger Clinic* 10: 66–70.
- (1975) “The ailment”, *British Journal of Medical Psychology* 30: 129–45. Reprinted in T.F. Main *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays*, London: Free Association Books.
- (1966) “Mutual projection in a marriage”, *Comprehensive Psychiatry* 7: 432–49.
- (1968) “Psychoanalysis as a cross-bearing”, *British Journal of Psychiatry* 114: 501–7.
- (1977) “The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes”, *Group Analysis* 10(2) (supplement): 1–16.
- (1989) *The Ailment and Other Psychoanalytical Essays*, London: Free Association Books.
- Malan, D.H. (1963) *A Study of Brief Psychotherapy*, London: Tavistock Publications.
- (1973) “The problem of relevant variables in psychotherapy research”, *International Journal of Psychiatry* 11: 336–46.
- (1979) *Individual Psychotherapy and Science of Psychodynamics*, London: Butterworth.
- Malan, D.H., Balfour, F.H.G., Hood, V.G., and Shooter, A.M.N. (1976) “Group psychotherapy: along-term follow-up study”, *Archives of General Psychiatry* 33: 1303–14.
- Marks, I.M. (1981) *Cure and Care of Neuroses: Theory and Practice of Behavioural Psychotherapy*, New York: Wiley.
- Marshall, M. (1989) “Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disabled psychiatric patients?”, *British Medical Journal* 2099:706–9.
- Marteau, L. (1976) “Encounter and the new therapies”, *British Journal of Hospital Medicine* 15: 257–64.
- Marx, K. (1884) “Economic and philosophical manuscripts”, in K. Thompson and J. Tunstall (eds) *Sociological Perspectives*, Harmondsworth: Penguin Educational Books, 1971.

- Masters, W.H. and Johnson, V.E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*, London: Churchill.
- May, R., Angel, E., and Ellenberger, H. (1958) *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology*, New York: Basic Books.
- Mayer-Gross, W., Slater, E., and Roth, M. (1977) *Clinical Psychiatry*, 3rd edn, London: Bailliere Tindall.
- Meares, R.A. and Hobson, R.F. (1977) "The persecutory therapist", *British Journal of Medical Psychology* 50: 349—59.
- Melzoff, J., and Kornreich, M. (1970) *Research in Psychotherapy*, New York: Atherton.
- Menzies, I.E.P. (1961) *The Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital*, Tavistock Pamphlet no. 3, London: Tavistock Publications.
- Menzies Lyth, I. (1989) "The aftermath of disaster: survival and loss", in *The Dynamics of the Social*, London: Free Association Books.
- Merskey, H. and Spear, F.G. (1967) "The concept of pain", *Journal of Psychosomatic Research* 11: 59—67.
- Michaels, R.M. and Sevitt, M.A. (1978) "The patient and the first psychiatric interview", *British Journal of Psychiatry* 132: 288—92.
- Milner, M. (1971) *On Not Being Able to Paint*, 2nd edn, London: Neinemann.
- Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*, London: Tavistock Publications.
- Mittleman, B. (1948) "The concurrent analysis of married couples", *Psychoanalytic Quarterly* 17: 182—97.
- Money, J., Hampson, J.G., and Hampson, J.L. (1957) "Imprinting and the establishment of gender role", *Archives of Neurology and Psychiatry* 77: 333—6.
- Moreno, J.L. (1948) *Psychodrama*, Beacon, New York: Beacon House.
- Mullan, H. and Rosenbaum, M. (1978) *Group Psychotherapy: Theory and Practice*, New York: Free Press of Glencoe.
- Nemiah, J. and Sifneos, P. (1970) "Affect and fantasy in patients with psychodynamic disorders", in O.W. Hill (ed.) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* — 2, London: Butterworth.
- Newsome, A., Thorne, B.J., and Wyld, K.L. (1973) *Student Counselling in Practice*, London: University of London Press.
- O'Connor, J. and Seymour, J. (1990) *Introducing Neuro-Linguistic Programming*, Bodmin, Cornwall: Crucible.
- Ogden, T.H. (1982) *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*, New York: Jason Aronson.
- Parkes, C.M. (1972) *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, London: Tavistock Publications.
- Parsons, T. (1964) *Social Structure and Personality*, London: Collier Macmillan.

- Pedder, J.R. (1977) "The role of space and location in psychotherapy, play and theatre", *International Review of Psychoanalysis* 4: 215–23.
- (1982) "Failure to mourn, and melancholia", *British Journal of Psychiatry* 141: 329–37.
- (1987) "Some biographical contributions to psychoanalytic theories", *Free Associations* 10: 102–16.
- (1989a) "The proper image of mankind", *British Journal of Psychotherapy* 6: 70–80.
- (1989b) "Courses in psychotherapy: evolution and current trends", *British Journal of Psychotherapy* 6: 203–21.
- Perls, F., Hefferline, R.F., and Goodman, P. (1951) *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, Harmondsworth: Penguin Books (1973).
- Piaget, J. (1953) *The Origins of Intelligence in the Child*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Pincus, L. (ed) (1960) *Marriage: Studies in Emotional Conflict and Growth*, London: Methuen.
- Pines, D. (1986) "Working with women survivors of the Holocaust", *International Journal of Psychoanalysis* 67: 295–307.
- Pines, M. (1975) Overview, in L. Kreeger (ed.) *The Large Group*, London: Constable.
- (ed.) (1983) *The Evolution of Group Analysis*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Pirandello, L. (1954) *Six Characters in Search of an Author* (transl. Fredric May), London: Heinemann.
- Pontalis, J.B. (1974) "Freud in Paris". *International Journal of Psychoanalysis* 55: 455–8.
- Pratt, J.H. (1907) "The class method of treating consumption in the homes of the poor". *Journal of the American Association* 49:755–9.
- (ed.) (1983) *The Evolution of Group Analysis*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Prioleau, L., Murdoch, M., and Brody, B. (1983) "An analysis of psychotherapy versus placebo studies", *Behavioural and Brain Sciences* 6: 275–85.
- Racker, H. (1968) *Transference and Countertransference*, New York: International Universities Press.
- Rangell, L. (1954) "Similarities and differences between psychoanalysis and dynamic psychotherapy", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2: 734–44.
- Rank, O. (1929) *The Trauma of Birth*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Rapoport, R.N. (1960) *Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community*, London: Tavistock Publications.
- Rayner, E.H. and Hahn, H. (1964) "Assessment for psychotherapy", *British Journal of Medical Psychology* 37: 331–42.
- Reich, W. (1933) *Character Analysis*, London: Vision Press (1950).

- Rice, A.K. (1965) *Learning for Leadership*, London: Tavistock Publications.
- Rickman, J. (1951) "Number and the human sciences", in W.C.M. Scott (ed.) *Selected Contributions to Psycho-analysis*, London: Hogarth Press (1957).
- Riester, A.E. and Kraft, I.A. (eds) (1986) *Child Group Psychotherapy*, Madison, Wis.: International Universities Press.
- Rogers, C.R. (1961) *On Becoming a Person*, London: Constable.
- (1970) *Encounter Groups*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Rogers, C.R. and Dymond, R.F. (1954) *Psychotherapy and Personality Change*, Chicago: University of Chicago Press.
- Roheim, G. (1950) *Psychoanalysis and Anthropology*, New York: International University Press.
- Rose, M. (1990) *Healing Hurt Minds: The Peper Harrow Experience*, London: Tavistock/Routledge.
- Rosenbaum, M. (1978) "Group psychotherapy: heritage, history and the current scene", in H. Mullan and M. Rosenbaum *Group Psychotherapy: Theory and Practice*, New York: Free Press of Glencoe.
- Rosenblatt, A.D. and Thickstun, J.T. (1977) "Energy information and motivation: a revision of psychoanalytic theory", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 25: 537–58.
- Rosser, R., Birch, S., Bond, H., Denford, J., and Schachter, J. (1987) "Five year follow-up of patients treated with in-patient psychotherapy at the Cassel Hospital for Nervous Diseases", *Journal of the Royal Society of Medicine* 80: 549–55.
- Rowley, J. (1951) "Rumpelstilskin in the analytic situation", *International Journal of Psychoanalysis* 32: 190–5.
- Royal College of Psychiatrists (1986) "Guide lines for the training of general psychiatrists in psychotherapy", *Bulletin, Royal College of Psychiatrists* 10: 286–9.
- Rycroft, C. (1966) "Causes and meaning", in *Psychoanalysis Observed*, Harmondsworth: Penguin Books (1968).
- (1971) *Reich*, London: Fontana.
- (1972) *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*, Harmondsworth: Penguin Books.
- (1979) *The Innocence of Dreams*, Oxford: Oxford University Press.
- Ryle, A. (1990) *Cognitive-Analytical Therapy*, Chichester: Wiley.
- Samuels, A. (1985) *Jung and the Post-Jungians*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Sanders, K. (1986) *A Matter of Interest: Clinical Notes of a Psychoanalyst in General Practice*, Strath Tay; Cluny Press.
- Sandler, J. (1974) "Psychological conflict and the structural model", *International Journal of Psychoanalysis* 55: 53–62.
- (1976) "Countertransference and role-responsiveness", *International Review of Psycho-analysis* 3: 43–7.

- Sandler, J., and Joffe, W.G. (1969) "Towards a basic psychoanalytic model", *International Journal of Psychoanalysis* 50: 79–90.
- Sandler, J., Dare, C., and Holder, A. (1972) "Frames of reference in psychoanalytic psychology. II. The historical context and phases in the development of psychoanalysis", *British Journal of Medical Psychology* 45: 133–42.
- (1973) *The patient and the Analyst: The Basic of the Psychoanalytic Process*, London: George Allen & Unwin.
- Sandler, J., Kennedy, H., and Tyson, R.L. (1990) *The Technique of Child Psychoanalysis: Discussions with Anna Freud*, London: Karnac Books.
- Scharff, D.E. (1982) *The sexual Relationship*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Scheidlinger, S. (1968) "The concept of regression in group psychotherapy", *International Journal of Group Psychotherapy* 18: 3–20.
- Schildler, P. (1939) "Results and problems of group psychotherapy in severe neurosis", *Mental Hygiene* 23: 87–98.
- Schutz, W.C. (1958) *FIRO: A Three-dimensional Theory of Interpersonal Behaviour*, New York: Holdt Rinehart & Winston.
- (1967) *Joy: Expanding Human Awareness*, New York: Grove Press.
- Scott, J., Williams, J.M.G., and Beck, A.T. (eds) (1989) *Cognitive Therapy in Clinical Practice*, London: Routledge.
- Scott, R.D. (1973) "The treatment barrier", *British Journal of Medical Psychology* 46:45–67.
- Searles, H.F. (1979) *Countertransference and Related Subjects*, Madison, Conn.: International Universities Press.
- Segal, H. (1964) *Introduction to the Work of Melanie Klein*, London: Heinemann.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Ceccin, G., and Prata, G. (1978) *Paradox and Counterparadox*, New York: Jason Aronson.
- Seppala, K. and Jamsen, H. (1990) "Psychotherapy as one form of rehabilitation provided by the Finnish Social Insurance Institution", *Psychoanalytic Psychotherapy* 4: 219–32.
- Shaffer, J.B.P. and Galinsky, M.D. (1989) *Models of Group Therapy and Sensitivity Training*, 2nd eds, New Jersey: Prentice-Hall.
- Shepherd, M. (1979) "Psychoanalysis, psychotherapy, and health services", *British Medical Journal* 2: 1557–9.
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A.C., and Kalton, G. (1966) *Psychiatric Illness in General Practice*, London: Oxford University Press.
- Sieghart, P. (1978) *Statutory Registration of Psychotherapists: Report of a Professions Joint Working Party*, Cambridge: Plumridge.
- Sifneos, P.E. (1972) *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Simon, R. (1972) "Sculpting the family", *Family Process* 11: 49–57.
- Skrine, R.L. (ed.) (1989) *Introduction to Psychosexual Medicine*, London: Montana Press.

- Skygger, A.C.R. (1976) *One Flesh: Separate Persons*, London: Constable.
- (1986) “What is effective in group (and family) therapy”, *Group Analysis*, 19: 5–24.
- (1987) *Explorations with Families*, London: Methuen.
- Skygger, A.C.R. and Cleese, J. (1983) *Families and How to Survive Them*, London: Methuen.
- Skygger, A.C.R. and Brown, D.G. (1981) “Referral of patients for psychotherapy”, *British Medical Journal* 282: 1952–5.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., and Whipple, K. (1975) *Psychotherapy versus Behaviour Therapy*, Cambridge, Mass. and London: Harvard University Press.
- Smith, M.J., Glass, G.V., and Miller, T.I. (1980) *The Benefits of Psychotherapy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Speck, R. and Attneave, C. (1973) *Family Networks*, New York: Pantheon.
- Springmann, R.R. (1970) “The application of interpretations in a large group”, *International Journal of Group Psychotherapy* 20: 333–41.
- Stanton, A.H. and Schwartz, M.S. (1954) *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*, New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*, New York: Basic Books.
- Stewart, H. (1972) “Six months, fixed-term, once weekly psychotherapy: a report on twenty cases with follow-up”, *British Journal of Psychiatry* 121: 425–35.
- Storr, A. (1976) *The Dynamics of Creation*, Harmondsworth: Penguin Books.
- (1979) *The Art of Psychotherapy*, London: Secker & Warburg.
- Strachey, J. (1934) “The nature of the therapeutic action of psychoanalysis”, *International Journal of Psychoanalysis* 15: 127–59.
- Sutherland, J.D. (1968) “The consultant psychotherapist in the National Health Service: his role and training”, *British Journal of Psychiatry* 114: 509–15.
- (1976) “Training in psychotherapy: some observations from the standpoint of analytical psychotherapy”, pre-circulated paper, Association of University Teachers of Psychiatry Conference on Teaching of Psychotherapy, 24 September.
- Symington, N. (1986) *The Analytic Experience: Lectures from the Tavistock*, London: Free Association Books.
- Taylor, G.J. (1987) *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, Madison, Wis.: International Universities Press.
- Temperley, J. (1978) “Psychotherapy in the setting of general medical practice”, *British Journal of Medical Psychology* 51: 139–45.
- Tuckman, B.W. (1965) “Development sequences in small groups”, *Psychological Bulletin* 63: 384–99.

- Vernon, P.E. (1970) *Creativity*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Wallerstein, R. (1969) "Intoduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy", *International Journal of Psychoanalysis* 50: 117—26.
- (1989) "Psychoanalysis and psychotherapy: an historical perspective", *International Journal of Psychoanalysis* 70: 563—91.
- Walrond-Skinner, S. (1976) *Family Therapy. The Treatment of Natural Systems*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Walton, H. (ed.) (1971) *Small Group Psychotherapy*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., and Jackson, D.D. (1968) *Pragmatics of Human Communication*, London: Faber.
- Whitaker, C. (1975) "Psychotherapy of the Absurd", *Family Process* 14: 1—16.
- Whitaker, D.S. (1985) *Using Groups to Help people*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Whitaker, D.S. and Lieberman, M. (1964) *Psychotherapy through the Group Process*, New York: Atherton.
- Whiteley, J.S. and Gordon, J. (1979) *Group Approaches in Psychiatry*, London: Routledge & Kegan Paul, pp.77—83.
- Whyte, L.L. (1962) *The Unconscious before Freud*, London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D.W. (1947) "Hate in the countertransference", in D.W. Winnicott *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London: Hogarth Press (1975).
- (1960) "Ego distortion in terms of true and false self", in D.W. Winnicott *The Maturation Processes and Facilitating Environment*, London: Hogarth Press, 1965.
- (1963) "The development of the capacity for concern", in D.W. Winnicott *The Maturation Processes and the Facilitating Enironment*, London: Hogarth Press, 1965.
- (1965) *The Maturation Processes and the Dacilitating Environment*, London: Hogarth Press.
- (1971) *Playing and Reality*, London: Tavistock Publications.
- (1975) *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London: Hogarth Press.
- Wolf, A. and Schwartz, E.K. (1962) *Psychoanalysis in Groups*, New York: Grune & Stratton.
- Wynne, L.C., Ryckoff, L., Day, J., and Hirsch, S. (1958) "Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics", *Psychiatry* 21: 205—23.
- Yalom, I.D. (1985) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 3rd edn, New York: Basic Books.
- Yerkes, R.M. and Dodson, J.D. (1908) "The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation", *Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18: 459—82.
- Zinkin, L. (1983) "Malignant mirroring", *Group Analysis* 16: 113—29.

СОДЕРЖАНИЕ

О психотерапии хорошего тона. <i>Предисловие Л.М. Кроля</i>	5
Предисловие авторов	7
Пролог	9
Часть 1. ПРИНЦИПЫ ПСИХОДИНАМИКИ	11
Введение в принципы психодинамики	11
Исторические корни динамической психотерапии	14
Понятие конфликта	19
Бессознательные процессы	22
Тревога и психические страдания	28
Механизмы защиты	32
Мотивация	39
Фазы развития	45
Модели сознания	53
Отношения в процессе терапии	61
Часть 2. ПРАКТИКА ПСИХОДИНАМИКИ	72
Введение в практику психодинамики	72
Элементы психотерапии	75
Уровни психотерапии	91
Психоанализ и аналитическая психотерапия	102
Групповая психотерапия	116
Семейная терапия и терапия супружеских пар	131
Социальная терапия	142
Метод встреч и другие новые направления	153
Отбор и результат	170
Приложения	192
Литература	197

Дэннис Браун, Джонатан Педдер
ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИЮ
Принципы и практика психодинамики

Перевод с английского
Ю.М. Яновская

Научный редактор
Е.Л. Михайлова

Редактор
А.Н. Печерская

Ответственный за выпуск
И.В. Тепикина

Компьютерная верстка
С.М. Пчелинцев

Директор издательского проекта
М.Г. Бурняшев

Изд. лиц. № 061747 от 02.11.1992 г.

Подписано в печать 31.12.1997 г.

Формат 60×88/16

Гарнитура Таймс. Печать офсетная

Усл. печ. л. 14. Уч.-изд. л. 11,7.

Заказ №

М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 224 с.
103104, Москва, а/я 85.

ISBN 0-415-06443-0 (Брит.)

ISBN 5-86375-094-4 (РФ)

Отпечатано в Московской типографии № 2 РАН.
121099, Москва, Шубинский пер., 6.