

Д. И. Шустов

**РУКОВОДСТВО
ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТРАНСАКТНОМУ
АНАЛИЗУ**

**Москва
«Когито-Центр» 2009**

УДК 159.9 ББК88 Ш35 Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается. Ш35 Шустов Д.И. Руководство по клиническому трансактному анализу – М.: «Когито-Центр», 2009. – 367 с. (Современная психотерапия) ISBN 978-5-89353-262-3 УДК 159.9 ББК88

Данное руководство посвящено использованию в клинической практике трансактного анализа – одного из направлений психоаналитически ориентированной психотерапии. Наряду с описанием классических методов, предложенных Эриком Берном (1910-1970), приводятся современные концепции, развиваемые после смерти основателя трансактного анализа. Уделяется особое внимание тактическому и стратегическому планированию психотерапевтического вмешательства в зависимости от личностной структуры, а также контрактному методу как ключевому инструменту достижения изменений.

Книга будет интересна не только специалистам, использующим в своей практике трансактный анализ, но и студентам, изучающим различные направления психотерапии.

СОДЕРЖАНИЕ

Благодарности

Предисловие

Глава 1. 101-й курс транзактного анализа

Краткое содержание 101 курса ТА

I. Положение о 101 курсе ТА и его цели

II. Определение и философия ТА и его области применения

III. Краткий обзор развития ТА

IV. Структурный анализ

V. Транзактный анализ

VI. Анализ игр

VII. Анализ рэкетов

VIII. Сценарный анализ

Глава 2. Организация терапевтической работы

Кто такие клиенты и как человек становится клиентом

Задачи первой сессии: обеспечение безопасности

Создание первичного рабочего альянса

Начало диагностического процесса

Завершение первой сессии

Глава 3. Этика и профессиональная ответственность

Взаимоотношения равенства в психотерапии. Автономность

Этическое положение Европейской ассоциации транзактного анализа (ЕАТА)

Двойные отношения

Моральные принципы и их применение

Финансовые отношения в психотерапии

Взаимоотношения равенства и денежный контракт

Как можно терапевтически использовать фактор оплаты

Глава 4. Контрактный метод в транзактном анализе

Что такое контракт?

Терапевтический контракт. Стоп-контракты²

Контракты, перекрывающие аварийные сценарные люки

Контрактирование для изменения

Пример использования метода Лумис

Связь процесса контрактирования с концепцией потребности во взаимоотношениях

Глава 5. Цели терапии в Транзактном анализе.

Планирование лечения
Цели терапии. Изменение
Концепция излечения в ТА
Переносное излечение и Разрешение
Сценарное излечение или Перерешение
Терапевтическое планирование
Психоаналитический ТА: подходы к планированию
Финансовые взаимоотношения терапевта и клиента в зависимости от стадии терапевтического процесса
Глава 6. Терапевтический материал.
Регрессивный анализ.
Работа с Эго-состоянием Родителя.
Репарентинг
Терапевтический материал как негативный опыт прошлого.
Концепция памяти в ТА
Возрастная регрессия и Регрессивный Анализ
Терапевтические подходы к различным Эго-состояниям
Регрессивный Репарентинг Джеки Шифф
Спот-репарентинг
Селф-репарентинг
Репарентинг и психотерапия табакокурения
Глава 7. Работа с Эго-состоянием Ребенка
Деконфузия или распутывание
Этапы деконфузии
Холдинг
Принятие нового решения (перерешение)
Речайлдинг
Глава 8. Эго-состояние Взрослого: деконтаминация И ИНТЕГРАЦИЯ
Цели терапии Взрослого и деконтаминация
Терапевтические операции
Требования к Эго-статусу Взрослого
Интеграция
Глава 9. Перенос и контрперенос
Перенос и отношения переноса
Перенос и Трансактный анализ
Виды переноса

Контрперенос

Самоанализ контрпереноса

Глава 10. Супервизия в Трансактном анализе

Определение супервизии и формы ее проведения

Функции и принципы супервизии

Теория и процесс супервизии

Фазы взаимодействия супервизор-супервизируемый.

Стадии супервизии

Глава 11. Психотерапия алкоголизма и алкогольной АУТОДЕСТРУКЦИИ

Антивита́льная программа и аутоагрессивные феномены в патогенезе алкоголизма

Психотерапия и фармакотерапия алкоголизма

Психотерапия алкоголизма: вклад Берна и Штайнера

Алкогольный гамартический сценарий. Контрпредписания и специфические предписания

Специфическая и неспецифическая психотерапия

Психотерапия алкогольного гамартического сценария

Основные ошибки при даче разрешения «Жить и не пить»

Алгоритм краткосрочной психотерапии алкоголизма

Глава 12. Психотерапия истерических личностей

Перспектива клинической психиатрии

Психоаналитическая перспектива

Сексуализация и соблазнение

ТА-перспектива и теория личностных адаптации Поля Ва

Глава 13. Психотерапия параноидных личностей

Клиническая перспектива. Многообразие параноидной личности

Психоаналитическая перспектива: грандиозность, проекция и отрицание

Особенности психоаналитической терапии

ТА-перспектива. Параноидная личностная адаптация

Ключевые моменты терапии пациентов с параноидной адаптацией (Joines, Stewart, 2002)

Глава 14. Психотерапия шизоидных личностей

Клиническая и психоаналитическая перспектива

Особенности психоаналитической психотерапии

ТА-перспектива: Ключевые проблемы терапии (Эрскин, Шифф, Ва, Джойнс и Стюарт)

Глава 15. Психотерапия антисоциальных личностей

Клиническая перспектива

Психоаналитическая перспектива: грандиозность, манипуляция и проективная идентификация

Перенос, контрперенос и психоаналитическая психотерапия
ТА перспектива. Антисоциальная личностная адаптация
Ключевые моменты терапии пациентов с антисоциальной адаптацией
Каждодневные гипнотические воздействия
Концепция реализации внушения А.П. Ховрачева
Алгоритм эффективного терапевтического внушения
Глава 16. Психотерапия обсессивно-компульсивных личностей
Клиническая и психоаналитическая перспектива
Особенности психоаналитической психотерапии
ТА перспектива
Глава 17. Психотерапия пассивно-агрессивных личностей
Клиническая и психоаналитическая перспектива
Особенности психотерапии
ТА перспектива
Ключевые проблемы терапии (Joines, Stewart, 2002)
Глава 18. Групповая психотерапия
Определения и виды групп. Преимущества группового лечения
Состав групп. Роли и диагнозы
Групповая динамика и виды группового процесса.
Сплоченность и лидерство
Стадии развития группового процесса
Глава 19. Завершение психотерапии
Критерии завершения
Завершение в зависимости от длительности психотерапии
Задачи завершения при долгосрочной психотерапии
Оценка выполнения контракта
Последняя сессия

ПРЕДИСЛОВИЕ

Процесс овладения профессией психотерапевта напоминает эволюцию греческой скульптуры, которая, по словам Стендаля, переходила от грубой отделки к менее грубой, затем, достигая точности, через величественное и избранное, возвысилась до легкости (Стендаль Ф. История живописи в Италии // Собр. соч. В 12 т. М., 1978. Т. 8. С. 64.). Думается, что на рубеже точности заканчивается академическое обучение профессии, и дальше, за рамками всяких книг, величественность, избранность и легкость есть уже результат собственного неповторимого терапевтического стиля.

Книга, которую вы держите в руках, больше ориентирована на скульптурную точность. Она скорее инструмент, облегчающий воплощение замысла художника, а в нашем случае – психотерапевта, работающего в технике Трансактного анализа. Каждая глава – отдельный «тренинг», где ученики могли заочно встретиться с клиентами автора, говорить с ними, развивать свою силу, консультируя «на заданную тему».

Структура книги напоминает структуру учебника с выдержками из хрестоматийных текстов, впервые переведенных на русский язык и ставших классическими уже после смерти Эрика Берна.

Вместе с тем автор еще раз вернулся к собственным, опубликованным ранее идеям из области суицидологии и наркологии, дополняя их с учетом нового фактического материала и нового собственного терапевтического опыта.

Тематический подбор глав и уровень обсуждения материала, надеемся, соответствует современным обучающим программам при завершении подготовки к экзамену СТА (на степень Сертифицированного Трансактного Аналитика) (надежда подкреплена опытом участия в приеме экзаменов в течение последних 4 лет и опытом собственного СТА-тренинга.).

Подразумевается, что наиболее заинтересованные читатели уже знакомы с «азами» ТА и прошли, по крайней мере, двухгодичное обучение после «101 курса». Тех же, профессионалов и любителей, кто еще не стал пассажиром ТА-экспресса, глава 1 познакомит с основами ТА так, что чтение последующих глав не принесет им разочарования и, возможно, вдохновит купить билет и успеть на поезд до станции Си-Ти-Эй (СТА).

ГЛАВА 1. 101-Й КУРС ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА

I. ПОЛОЖЕНИЕ О 101 КУРСЕ ТА И ЕГО ЦЕЛИ

Основная цель 101 курса – сообщить содержательную и точную информацию об основных концепциях ТА, истории и перспективах, ЕАТА (Европейская ассоциация ТА) и ИТАА (Международная Ассоциация ТА), продолжающемся тренинге и сертификации, уровнях и преимуществах членства в ЕАТА и ИТАА, Российских ассоциациях ТА (РАТА и СОТА), присоединенных к ЕАТА.

Сертификат 101 необходим для продолжения обучения в ТА. Он является одним из документов, подтверждающих готовность для сдачи экзамена на степень «Сертифицированный Трансактный Аналитик» (СТА).

Европейский стандарт для допуска к сдаче экзамена СТА предполагает минимум 2000 часов тренинга. Из них – 600 часов профессионального образования (300 – в области ТА), 500 часов дополнительного профессионального образования, 150 часов супервизии, 750 часов работы с клиентом.

Сертификат 101 может быть выдан только ТСТА (Обучающий и Супервизирующий трансактный аналитик), РТСТА (Временно (перед экзаменом) Обучающий и Супервизирующий трансактный аналитик) или инструктором 101, утвержденным ЕАТА.

II. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ФИЛОСОФИЯ ТА И ЕГО ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

А) Определение ТА

ТА – теория личности и система психотерапии с целью развития и изменения личности (определение международной ассоциации ТА – ИТАА).

Б) Философские положения

Все люди безусловно – ОК (их поведение может не быть таковым) или все люди рождаются Принцами или Принцессами.

Личностное развитие чаще всего отклоняется от идеала в детстве, когда ребенок сталкивается с необходимостью просто биологически выжить или выжить, приспособившись к своему родительскому окружению.

Все люди способны думать (за исключением лиц с тяжелыми повреждениями мозга).

Следовательно, они способны понять суть своей проблемы, ее причины, а при наличии адекватной помощи и решить ее.

Каждый человек может изменить свою будущую жизнь (через изменение своих поступков, чувств и установок).

Каждый человек ответственен за свой выбор в жизни, он сам определяет свою

судьбу и, следовательно, сам может ее изменить.

В) Контрактный метод

Взаимодействие между терапевтом и клиентом осуществляется на принципах открытых коммуникаций и контрактного метода

Контракт – четко выраженная двусторонняя приверженность строго определенному плану действий (Берн), или Контракт – это приверженность Взрослого самому себе или кому-либо еще с целью изменения (Джеймс, Джонгвард, 1993). Четыре условия Клода Штайнера при заключении контракта: 1) взаимное согласие, 2) адекватная компенсация, 3) компетентность, 4) законность.

И терапевт, и клиент несут взаимную ответственность за изменения, а контракт определяет долю ответственности каждой стороны. Клиент говорит о том, что он хочет изменить и что собирается делать для этого. Терапевт подтверждает свое желание и компетентность работать над этими целями и говорит о компенсации, которую он хотел бы получить за свою работу (Стюарт, Джойнс, 1996).

Награда клиента – выздоровление.

Открытые коммуникации – и клиент, и терапевт имеют право на обладание полной информацией о том, что происходит во время их совместной работы. Они используют простой и понятный клинический язык (Р, В, Ре, сценарий, игра). Все записи должны быть доступны для клиента. Терапевт имеет право знать всю необходимую информацию о клиенте.

Г) Области применения

- . Психотерапевтическая
- . Образовательная
- . Организационная
- . Консультационная

III. КРАТКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ ТА

А) Эрик Берн и его книги

Эрик Берн (1910-1970) – американский психиатр и основатель ТА. Долгое время жил и работал в Калифорнии, где основал международную ассоциацию ТА (ИТАА). В настоящее время ТА развивается в рамках 3 больших школ: классической (Берн), школы редисижн-терапии (Боб и Мери Гулдинги), школы катексиса (Джекки Шифф).

Подробнее о жизни и деятельности Эрика Берна можно прочитать в соответствующей литературе и в предисловиях его многочисленных книг, изданных на русском языке.

Книги Эрика Берна:

The Mind in Action (1947) (Введение в психиатрию и психоанализ для непосвящен-

ных).

Transactional Analysis in Psychotherapy (1961) (Трансактный анализ и психотерапия) – заложены основы ТА – теории, большинство теоретических концепций описано в этой книге. До сих пор является определяющей для ТА-аналитиков. Синтез идеи из опубликованных ранее статей.

The Structure and Dynamics of Organizations and Groups (1963) (Структура и динамика организаций и групп). Посвящена работе групп и организаций. Несколько глав адресованы теории ТА в контексте группового лечения.

Games People Play (1964) (Игры, в которые играют люди). Знаменитый бестселлер Берна, который принес популярность и всемирную известность ТА. Все об играх. Обзор теории ТА. Предполагалась книга для клиницистов, а оказалась понятной большинству людей.

Principles of Group Treatment (1966) (Принципы групповой терапии). Описаны теория и практика группового лечения применительно к пониманию различных вариантов практики (частной, государственной и пр.). Глава о «терапевтических операциях» является классикой психотерапевтической литературы.

Sex In Human Loving (1970) (Секс в человеческой любви). Применение принципов ТА для человеческих сексуальных взаимоотношений. Приводятся прекрасные примеры, служащие в качестве терапевтических метафор.

What Do You Say After You Say Hello? (1972) (Что мы говорим после того, как сказали «Здравствуй?»). Работа Берна, подробно описывающая сценарии жизни. Редактирована и выпущена после смерти Берна его коллегами и учениками. «Человек всегда знает о чем говорить с людьми, чьи сценарии пересекаются или согласуются с его собственным». В этом смысле и надо понимать название книги.

Intuition And Ego States (1977) (Интуиция и Эго-состояния). Сборник ранних статей Берна, собранных и отредактированных Полом Маккормиком (Paul McCormick) с 1949 по 1962 г.г.

Б) Региональные и национальные ТА ассоциации ЕАТА

Европейская ассоциация ТА. На июль 2006 года в ЕАТА аффилированы 34 ассоциации ТА из 23 стран Европы с общей численностью 7 000 членов. Бюджет ЕАТА в 2005 г. составил 260 000 евро.

Правила ЕАТА, касающиеся процесса ТА – образования, «идеальных моделей» аналитиков и системы экзаменационных оценок, изложены в «Руководстве ЕАТА», переведенном на русский язык Ольгой Шустовой в 2005 г (ЕАТА Training and Examinations Handbook, July 2003).

СИТА (с 1992) (Сейчас СОТА – Санкт-Петербургское объединение ТА).

Санкт-Петербургский институт ТА – первая, официально признанная ЕАТА ассоциация ТА в России, выросла из сообщества терапевтов и их клиентов. По приглашению СИТА Томас и Дельфина Фрейзеры (США) прочитали первый 101 курс в России (1989). Членом СИТА Дмитрием Касьяновым осуществлен прекрасный профессиональный перевод руководства по ТА Стюарта и Джойнса (1996). Первый президент – Татьяна Глизнецова.

РАТА(с 1995)

Рязанская ассоциация ТА была основана и развивалась на базе кафедры психиатрии Рязанского медицинского университета имени академика И.П. Павлова. У истоков РАТА стояла также Изабелль Креспелль (Франция), которая возглавляла тогда комитет по связям с Восточной Европой в ЕАТА. Первый президент – Дмитрий Шустов.

В 2008 году к ЕАТА присоединилась и третья Российская ассоциация ТА – Кавминводская (КАТА). Ее первый президент – Лариса Нечаева.

IV. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ

А) Определение эго-состояний

«Эго-состояние – согласованная система чувствования и переживания, непосредственно связанная с соответствующим поведенческим типом» (Берн, 1961), или «Термин «состояние Я» обозначает различные состояния сознания и образцы поведения, которые этому состоянию соответствуют» (Берн, 1961).

Существует три эго-состояния: Родителя, Взрослого и Ребенка (рисунок 1).

Следует понимать, что в каждый конкретный отрезок времени человеческая личность проявляется либо как Родитель, либо как Взрослый, либо как Ребенок.

Эго-состояние Родителя (Р) – совокупность поведения, мыслей и чувств, которые были скопированы у родителей или других родительских фигур – т.е. заимствованное эго-состояние или экстеропсихе.

Родительские фигуры и модели, по которым они действуют, инкорпорируются в нашу голову зачастую без достаточной критики. Мюриэл Джеймс «настаивает», что у каждой инкорпорированной Родительской фигуры есть свой адрес и телефонный номер.

Обычно в Р доминирует наиболее сильный Родитель.

Если прислушаться, то Р будет давать знать о себе голосами и готовыми, зачастую железобетонными формулировками. Это Родительские послания. Иногда их называют контрпредписания и они начинаются со слова «должен». «Ты не должен этого делать» или «Ты должна трепетать перед мужчиной-кормильцем» или «Ты должен работать, быть сильным и бескомпромиссным». Эту тенденцию разговора Р с другими частями нашего

«Я» Карен Хорни назвала «тиранией долженствования».

Вместе с контрпредписаниями мы можем слышать и разрешения типа: «Хорошо, ты можешь это сделать, только не попадись!» или «Работай усердно всю неделю, а в выходные можешь выпить». Понятно, что такие негативные разрешения требуют в будущем новых терапевтических, то есть более сильных, разрешений, например: «Это хорошо – быть честным и не воровать» или «Ты можешь оставаться трезвым по выходным».

Много предрассудков и предубеждений (утверждений, принятых без критики от родителей) содержится в Р. Однако Р – это кладовая, откуда мы черпаем и некоторые априорные, оптимизирующие жизнь, истины «Не убий, не возжелай...», защитные модели поведения «Не перебегай улицу на красный свет» и воодушевляющие примеры служения или ухода за престарелыми родственниками.

Джеймс и Джонгвард говорят о неполном Р, когда мать или отец физически или психологически отсутствовали в детстве, и человек говорит, что у него нет моделей как говорить, гладить или сюсюкать с собственной дочкой.

Под неадекватным Р эти авторы понимают Р, содержащего безумные или противоречивые послания, встречающиеся не только в клинике психических болезней, например: «Знай, что если тебя поймают, ты всегда можешь покончить жизнь самоубийством».

Эго-состояние Ребенка (Ре) – совокупность поведения, мыслей и чувств, которые проигрываются из детства человека, т.е. архаичное эго-состояние или археопсихе.

Ре состоит из мириадом слоев, соответствующих каждому мгновению или периоду индивидуальной жизни человека в детстве. Он содержит в себе миллионы воспоминаний, большие из которых не доступны сознательному воспроизведению. Он содержит в себе воспоминания о внутриутробной жизни (если не от момента зачатия), акте рождения и раннего развития. Помимо информации, закодированной в памяти, в Ре содержатся и различные стратегии, позволившие ему выжить (а возможно и родиться, нормально или ненормально развиваясь внутриутробно) и жить первые месяцы вместе с родителями или другими людьми и детьми в доме малютки. В Ре находится память о приятных чувствах, которые он испытывал, когда его инстинктивные потребности удовлетворялись, и о неприятных чувствах, сигнализирующих ему, когда его потребности оставались неудовлетворенными или проигнорированными родителями.

В определенный период эго-состояние Ребенка, до того являющееся ведущим и определяющим бытие индивидуального человека, утрачивает свою доминантность, так, что человек может воспринимать и проводить в жизнь культурные и нравственные ценности, полученные (не в результате взросления Ре) в ходе общения и социальной жизни – то есть позитивно использовать эго-состояние Родителя, а также планировать свои действия и жизнь, используя не прошлый опыт, а объективную реальность – то есть позитивно ис-

пользовать новое эго-состояние Взрослого. Как только это случается, человек становится взрослым, зрелым, гармоничным, успешно интегрирующим в разумное поведение прошлый детский опыт и переданные родительскими фигурами и обществом ценности.

Вместе с взрослением и созреванием мозга, или следованием за Божественным импульсом развития, дитя, чтобы упорядочить опыт, начинает выделять в своем Ре области, реагирующие одинаково на определенные внешние стимулы.

Так, в Ре развивается область, ответственная за переживание наслаждения и действующая всякий раз так, чтобы это наслаждение получить. Эта область называется областью Естественного (Свободного) Ре, действующего, согласно Фрейду, по «принципу удовольствия». Эта самая древняя часть Ре. Анатомически ей соответствует система вознаграждения в диэнцефальной области мозга. В дальнейшем, по мере взросления эта часть остается наиболее спонтанной или в меньшей степени подверженной чьему-либо влиянию, наиболее творчески изощренной – ориентированной на достижения удовольствия в результате питания или секса, профессиональной деятельности или общения. Эта часть Ре ответственна за вкус к жизни и радость бытия. Печально, но иногда человек, например, принимая наркотики или используя рискованные формы поведения, получает наслаждение ценою деструкции. Для Естественного Ре нет понятия смерти.

Другая область Ре – Адаптированный Ре формируется в результате действия на дитя родителей и окружающего мира. В этой своей части Ре, реагируя на травмы и потери, требования авторитарных лиц и учителей, призван выработать реакции, удовлетворяющие самых близких ему лиц, от которых зависит его физическое и психическое выживание. Адаптированный Ре делает не то, что он хочет, как Естественный Ре, а то, что его родители считают делать разумным. Он выучивается прятать свои истинные чувства, которые не приветствуются в семье, заменяя и показывая родителям фальшивые чувства, проявления которых ими оправдываются. Например, мальчик в ответ на удар, должен ответить ударом, то есть, испытывать гнев на обидчика, не показывая боль. А девочка, ни в коем случае не может показать свой гнев, а иногда и боль, будучи призвана выглядеть печальной и покорной. Адаптированный Ре – область приложения сценарных посланий родителей, поскольку эта часть ставит желания значимых других выше собственных потребностей. В этой области хранятся детские травмы, нереализованные желания и мечты, образчики подчиненного поведения. Во взрослой жизни, чуть только ситуация напоминает детскую, человек начинает вести себя как ребенок. Например, в ситуации угрозы, требующей решимости и действия, мужчина, ложится на диван, с головой завернувшись в одеяло, как в детстве, когда не было иной возможности сбежать от родительской расправы. Именно Адаптированный Ре вступает во всевозможные психологические игры, пытаясь воспроизводить снова и снова то прошлое, в котором он вырос, которое идеализиро-

вал и которое упорно считает самым верным и безопасным для себя, даже несмотря на избиения, брошенность и непонимание, существовавшие реально в родительской семье. Вместе с тем, демонстрация воспитания и хорошего воспитания вместе с послушностью – это прерогатива Адаптированного Ре. Адаптированный Ре не будет делать много безусловно опасных вещей и, ориентируясь на родительское убеждение, что врачи все-таки помогают, придет на прием к психотерапевту.

Третья область в Ре – Маленький Профессор, призвана сделать хороший компромисс между требованиями родителей, полученных адаптированным Ре, и активностью Естественного Дитя, призванного получить хоть какое-нибудь удовольствие. Маленький Профессор рассчитывает события: когда ему плакать, когда быть спокойным или как вызвать улыбку мамы. Маленький Профессор – манипулятор, ответственный за выживание, за прокладывание фарватера между экстримом Естественного ребенка и пассивной подчиненностью Адаптированного. Маленький Профессор принимает сценарные решения, примиряющие требования родителей и собственный интерес. Маленького Профессора еще называют Взрослым в Ре: он знает основную канву своей судьбы уже в младенчестве (говорят, что в каждой семье всю правду знают только дети и собаки). Это именно он смотрит глазами Христа в руках Сикстинской мадонны.

«А он, в прозрении глубоком,
Уже вступая с миром в бой,
Глядит вперед – и ясным оком
Голгофу видит пред собой».
(А.К. Толстой. Мадонна Рафаэля)

Основное «оружие» Маленького Профессора – так называемое марсианское мышление (Берн), называемое иногда юридическим. Например, слова матери, которая забирает стакан с вином у малыша и говорит, улыбаясь: «Тебе еще нет восемнадцати», на марсианском языке «прочитываются» его Маленьким Профессором как: «Ты можешь начать выпивать водку, сразу после восемнадцатого дня рождения».

Эго-состояние Взрослого (В) – совокупность поведения, мыслей и чувств при непосредственном реагировании на ситуацию «здесь и теперь», не являющаяся копией поведения родителей или родительских фигур и не проигрываемая из детства самого человека (Стюарт, Джойнс, 1996) или неопсихе.

В компетенцию В входит умение отличать факты от фантазий, традиций, мнений и архаических чувств. В оценивает реальные события, сопоставляя их с прошлым опытом и теоретическим знанием. Знания находят во В хранилище.

Основная функция В – тестирование реальности или способность различать психические образы и внешние объекты, фантазию и окружающий мир. Под реальностью в психоанализе понимают внешнюю реальность или то, что все объективные явления расположены в пространстве, внешнем по отношению к субъекту, и внутреннюю или психическую реальность, где расположены мысли, фантазии и проч. (Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа, 1995). Бредовые состояния и галлюцинации рассматриваются как неудача в тестировании реальности.

В также во многом осуществляет функцию самосознания, то есть отвечает за чисто человеческую способность воспринимать и понимать себя как носителя уникальной субъективной реальности (фактически группа атомов, которой является человек, может понимать и осознавать существование самой себя). При этом В осознает и возможность того, что кто-то другой также осознает себя. В ответственен за понимание того, что окружающий мир в большинстве аспектов не зависит от собственного Я (с этим не всегда согласен Ре).

В может ошибаться, его способности к анализу и синтезу могут снижаться. Например, легкая гашишная интоксикация может вызвать явления порропсии, когда расстояния до предметов либо увеличиваются, либо уменьшаются. Понятно, что вождение автомобиля в таком состоянии приведет к аварии. Или, пожилой человек, переходя улицу, внимательно смотрит себя под ноги, не замечая приближающийся автомобиль.

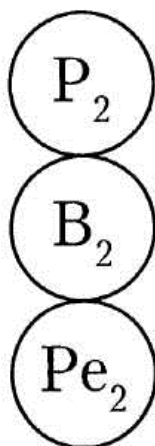


Рис. 1. Структурная диаграмма Эго-состояний первого порядка
 Цифра 2 означает, что в Ре₂ существует Р1 (Адаптированный Ре), В1 (маленький Профессор) и Ре1 (Естественный или Свободный Ре)

Говорят об «управляющем» В, который умело «бросает крошки» (договаривается, уступает в мелочах) Родителю и доставляет удовольствие Ре.

Б) Распознавание и диагностика эго-состояний

Поведенческий диагноз – делается на базе клинической оценки мимики, позы, голоса, словаря и других характеристик (Берн, 1961).

Социальный диагноз – делается путем наблюдения за транзакциями или наблюдения за тем, какое эго-состояние других людей отвечает на транзакции диагностируемого человека.

Исторический диагноз – делается на основании оценки информации о прошлом человека, его родителях и родительских фигурах детства.

Феноменологический диагноз – делается на основании суждения по тому, как человек вновь переживает события своего прошлого.

В) Поведенческие описания (рисунок 2)

Обозначения -

КР – Критический Родитель,

ЗР – Заботящийся Родитель,

В – Взрослый,

СРе – Свободный Ребенок,

АРе – Адаптированный Ребенок

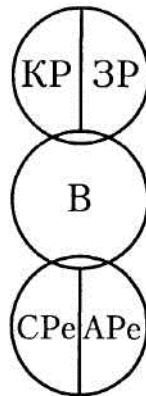


Рис. 2. Функциональная модель Эго-состояний. Пояснения в тексте

С функциональной точки зрения эго-состояние Родителя может проявляться в виде строгого, контролирующего, а иногда и преследующего поведения, которое называется поведением Контролирующего Родителя (КР). Поведение КР может быть позитивным, направленным на выживание, когда Р в директивной форме запрещает ребенку делать что-либо опасное, например, переходить улицу на красный свет. Поведение КР может быть отрицательным, когда в нем доминируют преследующие, запретительные мотивы, отражающие не реальность, а скорее являющиеся проекцией собственных негативных сторон. Поведение Родителя может быть заботящимся, воспитывающим и обеспечиваю-

щим рост и развитие ребенка. Такое поведение называется поведением позитивного Заботящегося Родителя (ЗР). Если Заботящийся Родитель начинает обесценивать способности ребенка сделать что-то самостоятельно, начинает делать это «что-то» за него («Ты еще мал, тебе это сделать не под силу»), то такое поведение признается негативным – Спасательским.

Эго-состояние Ребенка также может проявляться в виде поведения Свободного Ребенка (СРе) и поведении Адаптированного Ребенка (АРе). Поведенческие описания СРе, как позитивной, так и негативной составляющей не отличаются от описаний в структурной диаграмме (см. выше). Поведение АРе может быть либо покорным (покорный АРе), либо бунтующим (бунтующий АРе). И в том и другом случае оно будет вынужденным, отражающим родительское давление на ребенка и реакцию Жертвы последнего.

Поведение Взрослого с функциональной точки зрения ничем не отличается от описания Взрослого в структурной диаграмме.

Соотношения между функциональной и структурной моделями.

Если вы наблюдаете за работой каменщика, который каждый раз перепроверяется, используя отвес, то вы будете правы, утверждая, что его функциональный и структурный Взрослые совпадают. Или, наблюдая за работой психотерапевта, который взаимодействует с испуганным клиентом и «функционально» выглядит как положительный заботящийся Родитель, на самом деле находится в структурном В, одновременно оценивая эффективность своего вмешательства.

Эгограммы и их использование.

Джон Дюсей (Dusey, 1977) предложил графически изображать какой вид поведения из функциональной модели доминирует у клиента на протяжении дня или недели. По оси абсцисс рисуются столбики КР, ЗР, В, СРе, АРе; по оси ординат – количество времени в процентах, которое провел клиент в каждом из этих эго-состояний на протяжении, например, недели. Оценку делает сам клиент, располагая знанием составляющих функциональной модели. Так, клиент может задуматься, почему большую часть недели он был «Контролирующим Родителем», и только десять процентов времени провел в состоянии Свободного Ребенка, удовлетворяя свои Детские потребности.

Г) Контаминации и исключения (рисунок 3)

Контаминации возникают, когда границы между эго-состояниями нарушаются и при этом часть содержания эго-состояния Ре или Р человек воспринимает как содержание своего Взрослого

Например, Р контаминация в своем крайнем выражении представлена галлюцинациями (В воспринимает то, чего нет).

Предрассудки или ложные мнения – возникают по отношению к определенным темам и сопровождаются сильными эмоциями. Темы: еда, религия, политика, социальная среда, национальность и пол.

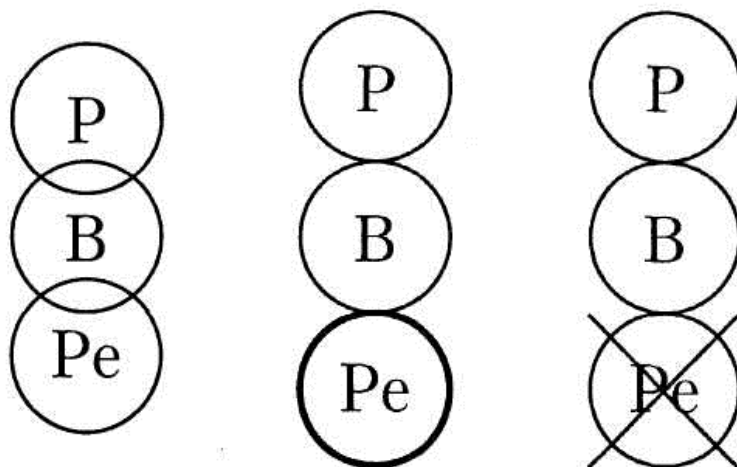


Рис. 3. Примеры структурной патологии
 а – двойная контаминация; б – функционирование с одним Эго-состоянием (Pe); в – функционирование с двумя Эго-состояниями (P-V)

Pe контаминации или иллюзии. К ним относятся страхи, ощущения собственного величия (грандиозность, волшебство), ощущение преследования.

Работа по укреплению границ V называется деконтаминацией. Джеймс и Джонгвард предлагают формы работы, которую называют «наращиванием мускулов» Взрослого: образование и обучение, использование контрактных отношений, изучение проекций (когда вы упрекаете кого-либо, зачастую вы проецируете на него собственные P предрассудки), изучение сновидений, в которых может раскрыться содержание Pe.

Исключения – отключение человеком одного или более эго-состояний.

Функционирование с одним (исключающим) эго-состоянием:

Исключительный P: Догматик Савонаролла

Исключительный V: Тип ученого-скептика, приверженца фактов. Академик Павлов. Обаятельный интеллект Шерлока Холмса (тип интегрированного Взрослого)

Исключительный Pe: Калигула или Джулия из Моземовского «Театра», Мюнхгаузен

Функционирование с двумя эго-состояниями:

P-V: Тип небрежно одетой, бездетной учительницы математики

V-Pe: Удачливый мошенник «без Родителя в голове» или бизнесмен – герой Михалкова из «Бесприданницы»

P-Pe: Адекватное функционирование невозможно, психотик

V. ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

А) Трансакции

. Определение трансакции: единица социального взаимодействия, включает тран-

сактный стимул и трансактный ответ.

. Типы трансакций:

Комплементарные или параллельные трансакции – когда стимул и ответ параллельны и наблюдаются между одним эго-состоянием у каждой из сторон (рисунок 4).

Например, договорные отношения ($V \leftrightarrow V$), послушание и прощение ($P \leftrightarrow Pe$) «Возвращение блудного сына», тайный сговор ($Pe \leftrightarrow Pe$), родительский комитет ($P \leftrightarrow P$), соблазнение ($V \leftrightarrow Pe$) «Первородный грех», Версальский договор ($P \leftrightarrow V$)

Пересекающиеся трансакции – когда трансактные стимул и ответ пересекаются, у сторон задействованы 2 разных эго-состояния, причем трансакции адресуются не к тому эго-состоянию, из которого следует ответ (рисунок 5).

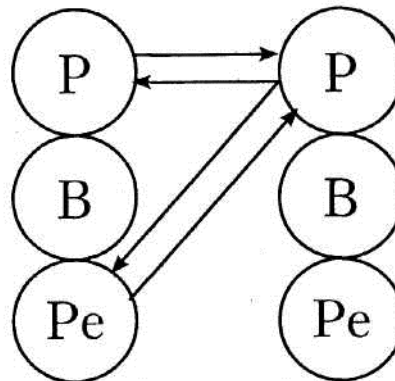


Рис. 4. Комплементарные и параллельные трансакции

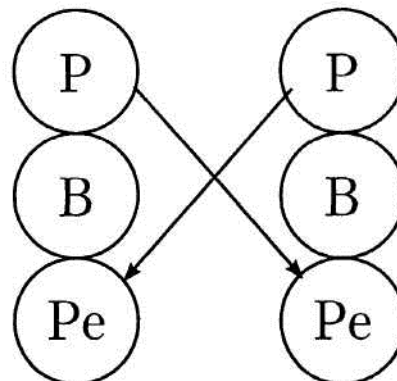


Рис. 5. Пересекающиеся трансакции

Типы конфликтов:

Скандал (стимул $P \rightarrow Pe$; ответ $P \rightarrow Pe$)

Перенос (стимул $V \rightarrow V$; ответ $Pe \rightarrow P$)

Контрперенос (стимул $V \rightarrow V$; ответ $P \rightarrow Pe$)

Раздражение (стимул $Pe \rightarrow P$; ответ $V \rightarrow V$)

Дерзость (стимул $P \rightarrow Pe$; ответ $B \rightarrow B$)

Скрытые (двойные) транзакции – имеются по два стимула и по два ответа: причем один стимул и ответ существуют на открытом социальном уровне, а другие стимул и ответ – на психологическом, скрытом уровне (рисунок 6).

Например: Скрытые транзакции, которые осознаются.

Цезарь: «Рубикон перейден» (Социальный уровень: $B \rightarrow B$ – констатация факта перехода пограничной речки. Психологический уровень: $P \rightarrow Pe$ – пути назад уже нет). В метафорах используется скрытый неосознаваемый уровень, транзакции которого могут быть направлены как угодно. По-видимому, ценность метафоры состоит в том, насколько глубоко транзакции психологического уровня проникают в Pe , когда психологические защиты и сопротивление P и контаминированного B не работают.

Скрытые транзакции, которые не осознаются, патологичны. Они используются в манипуляционных играх.

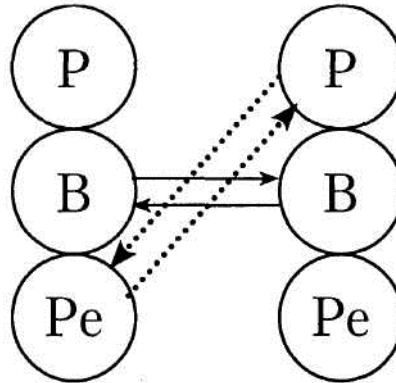


Рис. 6. Скрытые (двойные) транзакции
Сплошной линией обозначены транзакции на социальном уровне, пунктирной – на психологическом

Жена мужу: Мог бы ты проводить меня до постели? ($B \rightarrow B$) «Обрати на меня внимание, приласкай» ($Pe \rightarrow P$)
Читающий муж: Разве ты не видишь, что я работаю? ($B \rightarrow B$)
«Отстань. Вечно она хочет, чтобы я ее сопровождал» ($P \rightarrow Pe$)

Другие типы транзакций (например, угловые) (рисунок 7). Примеры угловых транзакций: Транзакция соблазнения или «Грехопадение Евы» Транзакция обращения к моральному сознанию или «Христос и блудница»

Три правила коммуникации:

- Первое правило коммуникации – общение длится без проблем, пока транзакции параллельны.
- Второе правило коммуникации – когда транзакции пересекаются, общение нарушается, и чтобы его восстановить обе стороны нуждаются в смене эго-состояний.
- Третье правило коммуникации – поведенческий результат при использовании скрытых транзакций (или транзакций с двойным дном) определяется психологическим, но не социальным уровнем.

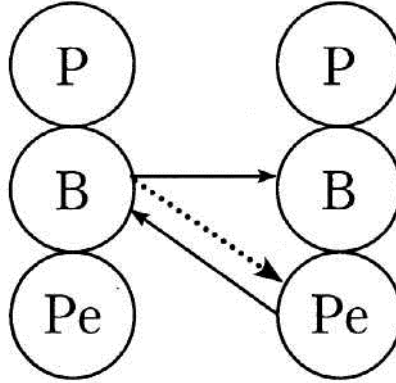


Рис. 7. Угловые трансакции

Б) Поглаживания

. Определение поглаживаний Поглаживание – есть единица признания

. Стимулы и голод признания

Стимульный голод – потребность в физической или психической стимуляции.

Голод в признании – потребность в подтверждении твоего существование в мире со стороны кого-то другого.

. Типы поглаживаний:

- Условные (поглаживание за что-то правильно или неправильно сделанное) и безусловные (поглаживание за то, что человек просто существует) .
- Положительные (поощрения) и отрицательные (не поощрение).
- Вербальные, невербальные и символические.

Существуют личности, которые боятся контакта и хотят быть в изоляции (имеются в виду шизоидные личности). Для этого они отвергают любые типы поглаживаний, особенно физические – касания. Они стремятся быть незаметными: не меняют одежду, чтобы другие привыкли и не замечали их. Они говорят: «Я бы избегал того, что меня бы обрадовало, так как я боюсь радоваться. Радоваться – значит раскрыться, а это могут использовать против меня, а это – слабость». Трагедия этих личностей состоит еще и в том, что их единственная и недостижимая мечта – близость и желание стать «как все».

. Пять предписаний Штайнера насчет поглаживаний, необходимые нашим родителям для контроля и нам – для следования своему сценарию.

Штайнер (2003) считает, что позитивных поглаживаний постоянно не хватает из-за существования социальных и внутренних (интернализированных запретов), которые не позволяют людям свободно обмениваться поглаживаниями. Недостаток поглаживаний создает повышенный голод поглаживаний, который стимулирует поведение по поиску поглаживаний.

Экономия поглаживаний – набор правил, которые стремятся помешать свободному

обмену позитивными поглаживаниями; она вовлекает в себя процессы, когда человек просит, дает и принимает только желаемые поглаживания и отвергает все не желаемые.

○ Не давай поглаживаний, когда тебе хочется ими с кем-то поделиться. Этот запрет объясняет сам себя. Он означает, что людям не разрешается свободно обмениваться проявлениями симпатии и любви.

○ Не проси поглаживаний, когда нуждаешься.

○ Не принимай поглаживания, когда хочешь их принять.

○ Не отказывайся от поглаживаний, когда они тебе не нужны или не нравятся.

○ Не давай поглаживаний самому себе. Детей учат, что «скромность – лучшая добродетель» и что любовь к себе и похвалы самому себе постыдны, греховны и неправильны.

Следует усвоить, что для маленького ребенка – родители монополисты поглаживаний. Он учится получать те поглаживания, которые от него ждут, поощряя некоторые формы поведения, и избегать формы поведения, за которые его не хвалят. Например, герой вышеприведенного описания рассказал, что родители подолгу оставляли его одного с бабушкой и дедушкой и очень огорчались, когда он справедливо протестовал. И однажды наш герой «не узнал маму, когда та приехала» его навестить.

Профиль поглаживаний: по оси абсцисс (по горизонтали) – «даю, принимаю, прошу, отказываю»; по оси ординат (вверх для позитивных и вниз для негативных поглаживаний) – «никогда, редко, часто, довольно часто, всегда».

В) Обесценивание

Цель любого консультирующего или лечебного психологического вмешательства – это обеспечить наилучшие возможности и условия для решения встающих перед личностью проблем.

В ТА мы выделяем механизм, который затрудняет решение проблем, игнорируя полезную информацию, проявляясь через пассивное поведение. Этот механизм называется обесцениванием.

Обесценивание является процессом, который приписывает ничего не стоящую оценку себе или другим, и воспринимается как принижение или унижение.

На внешнем или поведенческом уровне обесценивание проявляется четырьмя формами пассивного поведения:

. Ничего неделание:

Что ты делаешь?

Я готов рассмотреть предложения (возможно лучшим из ответов был бы: «Я ничего не делаю»).

Один из клиентов, который очень хорошо знал 8 иностранных языков, жаловался

на отсутствие работы.

Форрест Гамп – герой одноименного американского фильма, столкнувшись с подобной проблемой, решил просто бежать, ориентируясь на внутренний голос матери: «Беги, Форрест, беги». Для толпы последователей бег Гампа через Американский континент на скрытом уровне читался: «Надо что-то делать!»

Сверхадаптация или сверхслужливость.

Я вспоминаю первый приезд одного из знаменитых ТА-тренеров в Рязань. Поселить ее я договорился в прекрасно обставленной, уютной квартире своей продвинутой и независимой знакомой. Каково же было наше удивление, когда после долгой дороги из Москвы (дело было в конце ноября) мы нашли уютную квартиру завешанной непросохшими холодными простынями. Хозяйка стирала, и ужин был не готов. Она даже не смогла объяснить, почему такое могло произойти.

Сверхадаптация встречается, когда сильный стресс активирует систему обесценивания и человек начинает делать что-то привычное, чего от него, как он думает, ждут другие. Он начинает действовать как ребенок, повинувшись голосу матери: «По крайней мере (одна из фраз, с помощью которой легко вас обесценить – Д.Ш.), ты сделаешь что-то полезное, и тебя не за что будет упрекнуть». Уборка и стирка – это всегда полезные вещи.

. Ажитация (возбуждение).

Возбуждение, как считают Стюарт и Джойнс (1996), лежит в основе многих рас пространенных привычек, таких как обкусывание ногтей (онихомания), курение, привычка разглаживать волосы и постоянно что-то жевать.

Возбуждение как бы следует за ничегонеделанием и сверхадаптацией. В примере со стиркой мне трудно представить, что если бы мы сказали тогда: «Что за черт! Что ты тут вытворяешь!», хозяйка выставила бы нас за порог. Да, она начала проявлять возбуждение, пытаясь судорожно срывать белье, но тренер вела себя естественно и спокойно: поздоровавшись и коснувшись хозяйки, она попросила рюмку водки. Представьте, что через пятнадцать минут мы уже сидели за празднично накрытым столом.

При ажитации человек чувствует себя неудобно и занят бесцельной, постоянно повторяющейся деятельностью в попытке избавиться от чувства дискомфорта, а его энергия вместо решения проблемы направлена на поддержание возбужденного состояния. Во время возбуждения человек не ощущает, что он мыслит (Стюарт, Джойнс, 1996).

. Беспомощность и насилие.

Состоянию беспомощности и насилию предшествует период возбуждения, во время которого человек накапливает энергию, которую при неразрешенной проблеме может направить на гетеро – или аутоагрессию.

Беспомощность, безнадежность и депрессия – основные суицидогенные эмоции.

Беспомощность как бессилие перед обстоятельствами, за которой следует акт насилия, иллюстрирует следующая предсмертная записка: «Юра! Второй раз онкологию мне не вынести, спустя 23 года. У тебя еще впереди жизнь. Держись, сынок. За меня не переживай. Мать».

Определение внутреннего процесса:

Внутрипсихический механизм обесценивания минимизирует или игнорирует какие-то аспекты себя («Мне вряд ли удастся выполнить это» или «Я попробую»), других («Посмотрим, что у тебя получится, ха-ха») или реальность ситуации («Сейчас не то время, сынок, чтобы куда-то жаловаться»).

Уровни обесцениваний:

Описывая внутрипсихический механизм обесценивания, Школа Шиффов (школа катексиса) выделяет три области обесценивания (себя, других и ситуации), четыре уровня обесценивания (существования стимула, значимости стимула, изменения возможностей и личных способностей), а также трех типов обесценивания – стимула, проблем и выборов (возможностей).

Матрица обесценивания, предложенная Кеном Мэллором и Эриком Зигмундом, учитывает все возможные комбинации обесценивания (рисунок 8).

Причины для обесценивания:

- контаминация
- исключение
- недостаток информации
- дезинформация
- вход в сценарий

Шифы считают, что на обесценивание указывают расстройства мышления в виде сверхдетализации, сверхобобщения, преувеличения и переопределения*; использование игр и рэкетов, выполнение ролей в драматическом треугольнике. Вербальные ключи – и пользование фраз: «Я не могу...», «Я попытаюсь...», неоконченных предложений. Невербальные – несоответствие между словами и смехом – «смех висельника». *Трансакция переопределения (наблюдение автора) – когда на вопрос о чувствах, ответ клиента содержит информацию о поведении. Например:

Какое у тебя настроение?

Я не афиширую свое настроение.

Уровень	ТИП		
Существование	T ₁ Стимулы	T ₂ Проблемы	T ₃ Возможность выбора
Значимость	T ₂ Значимость стимулов	T ₃ Значимость проблем	T ₄ Значимость возможности выбора
Изменения возможностей	T ₃ Изменчивость стимулов	T ₄ Разрешаемость проблем	T ₅ Имеющаяся возможность выбора
Личные способности	T ₄ Способность человека реагировать по-другому	T ₅ Способность человека решать проблемы	T ₆ Способность человека действовать в соответствии с возможностью выбирать

Рис. 8. Матрица обесценивания

Г) Социальное структурирование времени

С помощью нижеописанных способов мы структурируем время от рождения до смерти. Потребность в структурировании отражает так называемый «голод структуры» или потребность использовать время по созданию ситуаций для обмена поглаживаниями и удовлетворения стимульного голода. Мы структурируем время в поисках соответствующих поглаживаний.

Шесть способов структурирования времени:

- Избегание или уход – психическое или физическое выделение себя из окружения, например, сны наяву, фантазирование или использование аутистических транзакций.

К наиболее тяжелым, «клиническим формам» избегания относятся различные формы диссоциирования, феномен множественной личности, шизофрения.

- Ритуалы – простые, предсказуемые, стереотипные комплементарные транзакции, которые могут быть и формальными и неформальными. Социально программируемы. Характеризуются низкой интенсивностью и продолжительностью их использования, зависят от культуральных и общественных особенностей. Структурно принадлежат В, выполняются АРЕ. Направлены на получение положительных безусловных поглаживаний.

Проблемы с использованием ритуалов встречаются, например, когда вдруг ваш знакомый не отвечает на приветствие, или, когда на ваш дежурный вопрос «Как дела?» собеседник действительно начинает подробно отвечать.

Патологическое ритуальное поведение относится к области психиатрии и наиболее

часто встречается при неврозе навязчивых состояний.

○ Времяпрепровождения – подобно ритуалам социально программируемы, используют простые комплементарные транзакции, однако требуют темы для взаимной дискуссии, как, например, при распитии «на троих». Взаимодействия, не отличаясь глубиной, иногда могут привести к серьезным последствиям (прием психостимуляторов в подростковых группах). Участвуют все эго-состояния кроме В. Необходимы для упрочения роли в социальных группах, подбора партнеров для игр. Более широкий спектр поглаживаний, как положительных, так и отрицательных.

○ Деятельность – целеполагающее поведение, фокусирующееся на источниках во вне. Делается или лично, или с другими, и в отличие от предыдущих форм, подразумевает высокую степень вознаграждения. Наиболее распространенной формой деятельности является работа, за которую платят деньги. Поглаживания условные, как положительные, так и отрицательные.

○ Игры – продолжающаяся серия двойных транзакций, постоянно повторяющихся и приводящих к определенному и предсказуемому результату – расплате. Поглаживания безусловные и условные, в основном – отрицательные. Обмен обесцениваниями на психологическом уровне.

○ Интимность – в отличие от игр, открытые, честные, согласующиеся взаимодействия между людьми, свободные от скрытых манипуляций или любых других «секретных» сообщений. Выражаются подлинные чувства. Происходит обмен и положительными и отрицательными, условными и безусловными поглаживаниями максимальной интенсивности.

VI. АНАЛИЗ ИГР

А) Определение игр (стратегема – франц. перевод слова game)

Игры – продолжающаяся серия двойных транзакций, постоянно повторяющихся и приводящих к определенному и предсказуемому результату – расплате (Берн, 1964). Игра – процесс, когда что-либо делают, имея скрытый мотив, который (1) находится вне осознания Взрослого; (2) не проявляется до тех пор, пока участники не изменят своего поведения и (3), который приводит к тому, что все испытывают смущение, непонимание и хотят обвинить другого человека (Стюарт, Джойнс, 1996).

Б) Причины использования игр:

- обмен поглаживаниями
- структурирование времени
- поддержание системы рэкетов
- подтверждение или поддержание жизненной позиции

- продвижение по сценарию сделать людей предсказуемыми
- избежать интимности
- другие

В) Преимущества игр:

- биологическое человек играет в игры, поскольку верит, что игра даст ему необходимые для выживания поглаживания;
- экзистенциальные игры дают основания для поддержания основной жизненной позиции или того, что личность полагает о себе, других и жизни вообще;
- внутреннее психологическое игры способствуют внутриспсихической стабильности игроков, поскольку позволяю избежать переживания ранних травматических сцен, для разрешения которых игры – плохой инструмент;
- внешнее психологическое игры позволяют игрокам избегать жизненных ситуаций, связанных с тревогой, и подтверждать свое мировосприятие;
- внутреннее социальное игры позволяют предсказать, что произойдет в близких (семейных) взаимоотношениях;
- внешнее социальное игры предоставляют возможность для структурирования времени в большом социальном контексте с другими, кроме близких и друзей, например, с общей публикой, партнерами по бару и пр.

Г) Примеры игр

. Семейные и сексуальные игры

Фригидная женщина

Играет женщина с футболкой «Я чиста», которая имеет повышенные садистические наклонности. Агрессия заменяет ей секс. Партнер – мужчина, побаивающийся сексуальных отношений, который «выбирает» таких партнерш. Кульминация игры – семейный скандал. Один из выигрышей жены – избавиться от чувства вины за садистские наклонности и избежать коитуса. Формула семейной удовлетворенности: число коитусов должно превышать число скандалов.

Видишь, как я старался!

Игра людей, любящих преподносить друг другу подарки, от которых невозможно отказаться. Так, жена тщательно скрывает от мужа тяжелую болезнь, чтобы затем он в «подходящий момент» узнал правду. Выигрыш жены – в тайном злорадстве ее Ре, осознающим какое мощное оружие он получил. Проигрыш очевиден: болезнь приобрела необратимое течение. Интересно, что муж в поисках антитезиса этой игры находит «нечто», что называется игрой «Тупик». Тупик состоит в изворотливейшем отказе играть в игру, предложенную женой. «Я вынужден находиться в психбольнице, так как моя жена тяжело больна».

Динамо или катись отсюда

степень (Игры первой степени – в них играют на публике) – девочка бросает мяч в лужу. Мальчик в чистой рубашке лезет его вынимать и возвращает девочке, изрядно перепачкавшись. Мама, – кричит девочка, – смотри какой грязный мальчишка!

степень (Игры второй степени – в них избегают играть на публике, поскольку расплата здесь более серьезная, например, скандал) – Шум в комнате замолкает, слышится звук пощечины. Мужчина: «Извините, что я зашел так далеко». Женщина: «Вы оскорбили меня и поплатитесь!»

степень (Игры третьей степени заканчиваются в больнице, тюрьме или морге) – Флирт заканчивается не пощечиной, а изнасилованием. Во всех трех случаях женщина может справедливо заметить: «Все мужчины – грязные и развратные субъекты».

. Игры на приеме психотерапевта

Судебное разбирательство

Игра супружеской терапии, где роль судьи начинает исполнять психотерапевт. У одного из супругов депрессивная жизненная позиция и он хочет в этом еще раз убедиться, причем подтверждения от мужа/жены уже кажутся ему недостаточными.

В качестве антитезиса предлагают называть супруга именем, а не «он» или «она». Использовать контрактные взаимоотношения.

Алкоголик

В этой игре врач с успехом может сыграть все три роли: Спасателя, Преследователя и Жертвы, а пациент продолжить пить водку и страдать от похмельного синдрома.

Оранжевая

В психотерапевтической группе находятся люди, получающие удовольствие от взаимной критики и «разбора» чувств – собственных и других. Выражению этих «подлинных» чувств предшествует торжественное предупреждение. Чувство – цветок, группа – оранжерея. Наиболее очевидно внешнее психологическое вознаграждение, которое дает возможность избежать близости и откровенности, особым образом обставляя ситуацию, делая ее искусственно предсказуемой и ограничивая реакции терапевта и других членов группы.

Чтобы исследовать анатомию и физиологию цветка, – замечает Берн, – его, возможно, придется препарировать.

Я всего лишь пытаюсь помочь вам

Игра, в которой психотерапевт делает все, чтобы сказать в финале: «Никто никогда не слушает моих советов!» Цель игры – избавление от чувства вины, когда терапевт понимает, что делая все «как надо» – не может вылечить пациента. Описывая данную игру, Берн конфронтирует официальную психиатрию и психоанализ с их установками на об-

легчение симптомов болезни, но не на излечение.

Да..., но

Терапевт предлагает что-то, а пациент, вначале соглашаясь, говорит «но я уже делал (принимал) это». Игра служит дополнением предыдущей и ее девизом служит скрытая транзакция Ре пациента, направленная к Р терапевта: «Посмотрим, сможешь ли ты предложить мне то, от чего я не смог бы отказаться?»

Калека

Диалог в кабинете терапевта:

Что вы хотите от невротика (психотика, заики, больной женщины)?

Я ничего не хочу. Проблема в том, что вы сами от себя хотите. И вы можете отказаться от сомнительных выгод своего положения.

Один из клиентов говорил, что если отказаться от группы инвалидности, то ему придется работать. В таком случае, если он может работать, то какой же он душевнобольной!

Проблема заики, который хотел работать диктором на телевидении и не мог устроиться («Я имею право выбрать любую специальность, я живу в свободной стране») не в том, что он заика, а в том, что он – безработный.

Крестьянка

Знаменитый Профессор выписал рецепт Крестьянке по поводу заболевания суставов. Через несколько лет он встречается Крестьянку вновь, которая благодарит его за помощь. Профессору приятно до тех пор, пока он не видит обезображенные заболеванием руки пациентки. Пациентка не принимала лекарства, повесив рецепт в рамочке на стене, поскольку не могла расстаться с такой драгоценностью. Профессору явно неловко.

Интеллектуализированный вариант Крестьянки – когда пациент поддавливает терапевта на его невнимательности и тщеславии его Ре. Пациент чувствует себя в праве сменить врача. Но действительно ли он выиграл этот гейм?

Д) Степени игр (см. выше)

Е) Способы графического изображения игр:

. Транзакционная диаграмма (рисунок 9)

. Формула «G» (джи)

Крючок + Клев = Реакция → Переключение → Смущение → Расплата.

Эта формула показывает последовательность ходов в играх от «закидывания крючка» до соответствующей «расплаты» (патологического выигрыша).

. Драматический треугольник Карпмана (рисунок 10)

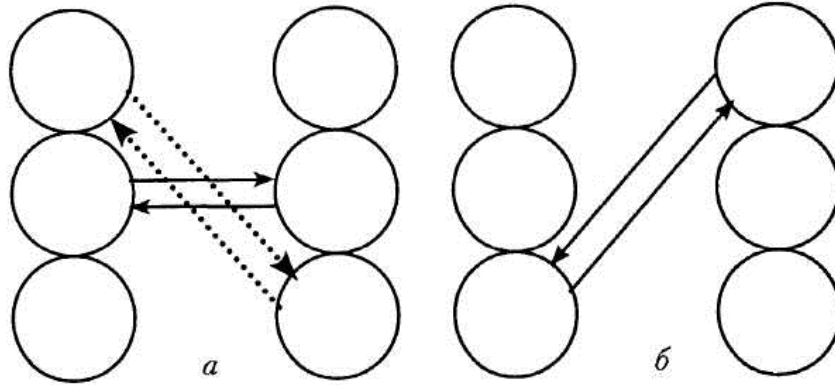


Рис. 9. Транзактная диаграмма
a – использование двойных транзакций в игре;
б – переключение.

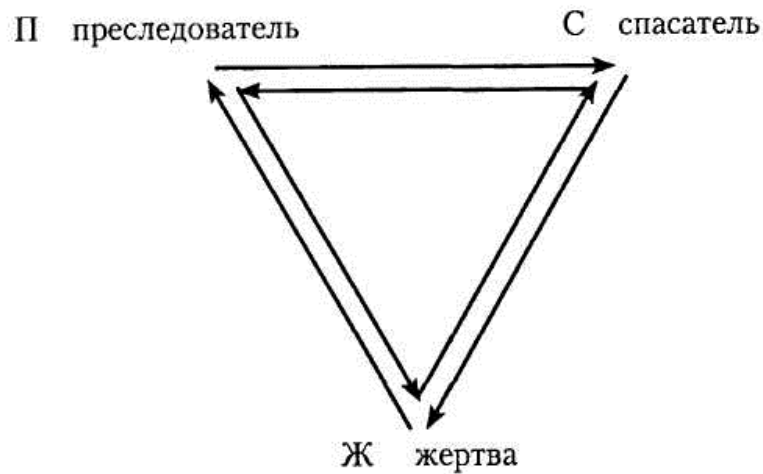


Рис. 10. Драматический треугольник Карпмана иллюстрирует переключения драматических ролей: Преследователя, Спасателя и Жертвы в ходе игры

VII. АНАЛИЗ РЭКЕТОВ

Подлинными или аутентичными называются чувства, которые переживаются самопроизвольно и не подвергаются внутренней цензуре. Поэтому они гармонично соотносятся с опытом и помогают справляться с реальной действительностью.

Это удовольствие и радость (возможность отпраздновать успех или сообщить о хорошем психофизиологическом состоянии), злость или гнев (попытка справиться с ограничивающей ситуацией), страх или испуг (попытка избежать будущего неприятного события), печаль (отреагирование боли или попытка совладать с утратой), а также некоторые соматические ощущения (голод, жажда, усталость, сонливость).

Рэкетными чувствами называются чувства, которые скрывают (покрывают) аутентичные чувства. Например, там, где ситуация предполагает проявление гнева, человек чувствует ракетные стыд и унижение. Это происходит из-за того, что в детстве чувство гнева не приветствовалось его родителями и подвергалось запрету. «Стыдись!» – говорили родители в ситуации, когда маленький мальчик начинал было гневаться и протестовать против несправедливого к нему отношения. Будучи взрослым, несправедливо лишенный квартальной премии, он чувствовал себя униженным, что естественно не предполагало поход к начальству и отстаивание своих прав. Родители предписывают нам, что и как делать, что и как думать и когда и как чувствовать. И мысли, и дела, и чувства становятся рэкетными, когда человек научается эксплуатировать их, коллекционировать их (в виде торговых марок) для поддержания его игр и сценария.

Униженный отсутствием премии работник, эксплуатируя свои решения быть послушным, скажет про себя, что этот случай еще раз подтвердил, что он не достоин лучшей участи, что он – неудачник и лишний «на этом празднике жизни». Следующий и следующий подобный же случай еще раз подтвердят его мнение о себе. Кто-то из знакомых заметит, что он словно бы накапливает унижение, как «торговые марки» в американских универмагах, которые можно через какое-то время обменять на нужную вещь. (Клод Штайнер (1967) определил рэкет как акт настойчивого коллекционирования «марок»). Но В «Униженного» не замечает маниакальной настойчивости коллекционирования, поскольку переживания рэкета тесно связаны с контаминациями типа «Я ничего не значу» и «Никому нельзя верить». Вспоминая свое детство и юность, «Униженный» найдет много подтверждений этим утверждениям, тем самым усиливая свои рэкеты. Иногда, во сне или мечтах, он пытается прорваться за унижение к гневу, чтобы бороться за свои права и отомстить обидчикам. Но в реальности фантазии не работают.

Работает Система Рэкета*, которая продвигает сценарий от одного этапа к другому и, в конечном итоге, к финалу. Финал в рэкетной системе просматривается в ситуациях, когда рэкетирующий обменивает накопленные «марки» на язву желудка, несчастный случай или передозировку снотворных. (Термин "Рэкет" введен Ричардом Эрскиным и Мэрилин Зальцман (1979)).

VIII. СЦЕНАРНЫЙ АНАЛИЗ

Концепция сценария и сценарный анализ составляют наиболее оригинальную и привлекательную часть ТА. Концепция сценария развита Берном в его последней книге «Что мы говорим, после того, как сказали «Привет» с подзаголовком «Психология человеческой судьбы».

Берн считал судьбу аналогичную понятию жизненный путь. Так, жизненный путь

может быть четырех типов: 1) сценарным; 2) не сценарным; 3) насильственным; 4) независимым.

Под сценарием Берн понимал жизненный план, принятый человеком под влиянием генетики и тем положением, которое создают родители (родительского программирования). Он писал, что «человек всегда знает о чем говорить с людьми, чьи сценарии пересекаются или согласуются с его собственными». В этом смысле и надо понимать название книги. Человек, наделенный сценарием, ищет людей, которые могли бы исполнить в нем главные и второстепенные роли. Или отказывается их искать. Диоген «искал» человека с фонарем в руке («Ищу человека!») таким образом, чтобы никогда не найти его, поскольку его сценарий предполагал одиночество.

Следует отметить, что сценарий – это инструмент, с помощью которого человек структурирует время от рождения и смерти. И если свое рождение, его условия (например, обстоятельства зачатия) человеку не дано изменить, то финальную сцену и путь к ней – человек изменить может. Берн писал, что «Наиболее важная задача психотерапевта – ввести изменение в это прощальное представление».

Одной из основ формирующих будущей сценарий, Берн называл жизненные позиции, которые он занимает по отношению к себе и другим. Когда ребенок принимает одну из этих позиций, весь остальной свой сценарий он подстраивает под нее (Стюарт, Джойнс, 1996).

А) Жизненные или экзистенциальные позиции

. Определение жизненных позиций

Берн считал, что в процессе развития в раннем детстве ребенок строит предположения о себе и людях вокруг него. Эти убеждения могут остаться с ребенком на всем протяжении его жизни. Эти убеждения о себе и других называются жизненными позициями.

Клод Штайнер полагает, что жизненные позиции формируются в первый год жизни из взаимоотношений с матерью. И это может быть базовое доверие (++) или базовое недоверие (--) (Эриксон «Детство и общество»).

Условия рождения (желанность), имена и программирование.

. Четыре жизненные позиции:

ОК+ОК+ (здоровая) или Я-О'Кей, Ты – О'Кей ОК-ОК+ (депрессивная) Я – не О'Кей, Ты – О'Кей ОК+ОК – (параноидальная) Я-О'Кей, Ты – не О'Кей ОК-ОК – (отчаяния) Я-не О'Кей, Ты – не О'Кей

. Взаимосвязь жизненных позиций с играми Жизненные позиции нуждаются в постоянном подтверждении, поэтому, например, человек со 2 позицией «Жертвы» будет искать игрока с 3 позицией «Преследователя» и сценарием (каждая позиция подразумевает

и исход, который легче и «быстрее» достичь, если следовать вполне определенному плану действий).

Б) Сценарий

. Определения сценария:

Берн (1966):

По существу своему сценарий это серия родительских предписаний и любой сценарий можно обнаружить в Греческой Дrame или Мифе.

Штайнер:

В сущности сценарий – это проект жизненного курса. Сценарий основан на решениях, который принимает Взрослый ребенка, учитывая всю информацию, доступную ему в данное время, решает, что определенная позиция и жизненный курс – разумное решение к экзистенциальному затруднению, в котором он обнаруживает себя. Сценарий является результатом решения, одновременно и поспешного, и вынужденного.

Джеймс и Джонгвард.

Скрипт будет основываться на трех вопросах, которые вовлекают идентичность человека и его судьбу: Кто Я? Что Я здесь делаю? Кто все другие?

Берн:

Сценарий – это развивающийся жизненный план, формирующийся в раннем детстве под давлением родителей. Это психологическая сила, которая толкает человека навстречу его судьбе, несмотря на то, сражается ли он с ней или говорит, что это его собственная свободная воля.

Эрскин:

Сценарий – это жизненный план, основанный на интроекциях или решениях, принятых под давлением на каждой стадии развития, которые затормаживают спонтанность и ограничивают гибкость при решении проблем и во взаимодействиях с людьми.

. Сценарные области в детском опыте:

Берн (цит. 2004) писал: «...на основе раннего опыта, около материнской груди, в ванной или во дворе, в спальне, на кухне или в гостиной, ребенок приобретает свои убеждения, принимает свои решения и занимает свою позицию. Затем из того, что он слышит и читает, он выбирает предсказание и план: как он станет жить, будучи счастливым или неудачником, и какова будет расплата. Это первая версия его жизненного скрипта».

Беременность и младенчество

«Первичный протокол» (около 2 лет) – скелет сценария, программируется в основном матерью. Условия рождения и «разорванная» мать, число детей, семейные мифы и верования (сценарий «Иоанна Крестителя»), брошенность. Получение основных предписаний и разрешений (жить).

Пример сценария "Иоанна Крестителя: Мама двухнедельного Виктора решает переименовать его в Иоанна в честь только что погибшего любимого старшего брата мамы. Дядя мальчика, которому только что исполнилось 33 года, попал под поезд так, что относительно неповрежденной осталась только отрезанная голова, которую в морге была вынуждена опознать мама Виктора. Позднее, алкоголик Иван вспоминал, что все первые годы его жизни к матери приходили старушки и молились на него. В 33 гола (возраст смерти Иоанна Крестителя) алкоголик Иван «попал под нож» – был оперирован по поводу гнойника на шее. Ход операции, как пояснил Иван, не был гладким, в результате чего Иван стал обладателем заметного, пятнадцатисантиметрового рубца, поперек пересекающего шею (наблюдение автора).

Детство, симбиоз и семья

Определяется «сюжет» сценария (роль сказок и поучительных историй). Холодная мать (например – Пациент К. характеризует мать как «холодную» женщину, отца же вспоминает со слезами на глазах. Любимая сказка, которую он помнит – «Тигренок Васька («Подарили тигренка, воспитала собака!») (Наблюдение автора).). Или жить вечно или умереть молодым. Набор основных рэкетов, «игровые» пробы. Принадлежность к «семейной культуре» (оральной, анальной, уретральной и вагинальной) и эмоциональная атмосфера, на фоне которой будут развиваться сценарные события. Будущая личностная адаптация (идеи Поля Ва). «Самые важные разрешения: любить, изменяться и делать дела хорошо» (Берн, 2004). Разрешение быть своим полом.

Например – Пятидесятивосьмилетний М., женственный, спокойный, «патологически неагрессивный» вспоминает, что при его рождении в семье ждали девочку, поэтому его назвали Шуркой. Любимая сказка – «братец Аленушка» (наблюдение автора).

Подростковый возраст.

Генеральная репетиция и проба сценария. Отделение от родителей и ощущение свободы выбора. Формирование антисценария. Протест. Формирование и опробывание драйверного поведения.

Симбиоз, здоровый, нездоровый, конкурирующий, второго порядка. «Каким бы хорошим не было воспитание со стороны отца и матери, некоторые желания и потребности ребенка в процессе развития остаются неосуществленными. Любой симбиоз является попыткой осуществить потребности роста, которые не были удовлетворены в детском возрасте. Как всегда при сценарном поведении, человек, находящийся в симбиозе, для удовлетворения своих потребностей использует старые стратегии поведения» (Стюарт, Джойнс, 1996). В этом смысле и говорят о повторении неудовлетворенных нужд или драме переноса. Когда человек постоянно транслирует детские ситуации и отношения, не осознавая этого, и снова и снова, оставляя свои нужды неудовлетворенными.

Иногда Ре транслирует и травматические детские сцены, надеясь через повторное переживание травмы получить, например, защиту или уверенность в будущем в родительской семье. Это травматическое сценарное поведение.

Например: Пациент И. в возрасте 6 лет получил тяжелую черепно-мозговую травму рукояткой от подъемного механизма деревянного колодца, долгое время был без сознания, так что родственники приняли его за умершего, причитали над ним: «Умер, умер...» В более зрелом возрасте – другая черепно-мозговая травма с потерей сознания, когда во время колки дров попал себе топором по голове, рассек мягкие ткани. Более 10 раз подвергался мелким оперативным вмешательствам (удаление аденоидов, осложнение паротита, оперативное дренирование воспаленного лимфоузла в промежности и проч.), более 7 раз в результате несчастных случаев наблюдались переломы костей рук, ребер, трижды переломы пальцев на ноге (Шустов Д.М. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм, 2005).

. Процесс развития сценария (предписания (разрешения), контрпредписания, ранние решения, программа).

Ребенок, формируя сценарий из предоставленного материала – родительских посланий, сам принимает ранние решения относительно своей судьбы.

Родительские послания могут передаваться вербально (приказания и оценочные суждения) или невербально (например, копирование).

Клод Штайнер предлагает квалифицировать сценарные послания в форме матрицы (рисунок 11), где послания от Р родителя к Р ребенка называются контрпредписаниями, послания от В родителя к В ребенка называются программой и послания от Ре родителя к Ре ребенка называются предписаниями, если несут негативный смысл, и разрешениями, если несут позитивный смысл.

Контрпредписания составляют основу контрсценария, они противоречат предписаниям, соответствуют им или не имеют с ними ничего большего. Даются в возрасте от 6 до 12 лет в вербальной форме «загнанной домохозяйкой», поэтому их действие слабее и менее токсично, чем действие предписаний. Предписания и разрешения же даются чаще в невербальной форме в возрасте до 6 лет, когда родители еще кажутся Волшебниками или Злобными Троллями.

Контрпредписаний может быть множество, но Тайби Калер выделяет 5 ведущих, сейчас называемых драйверами: Будь первым, Будь сильным, Старайся, Радуй других, Спешу.

Послания программы обычно начинаются со слова «как» – «Как стать алкоголиком» или «Как выучиться на механика».

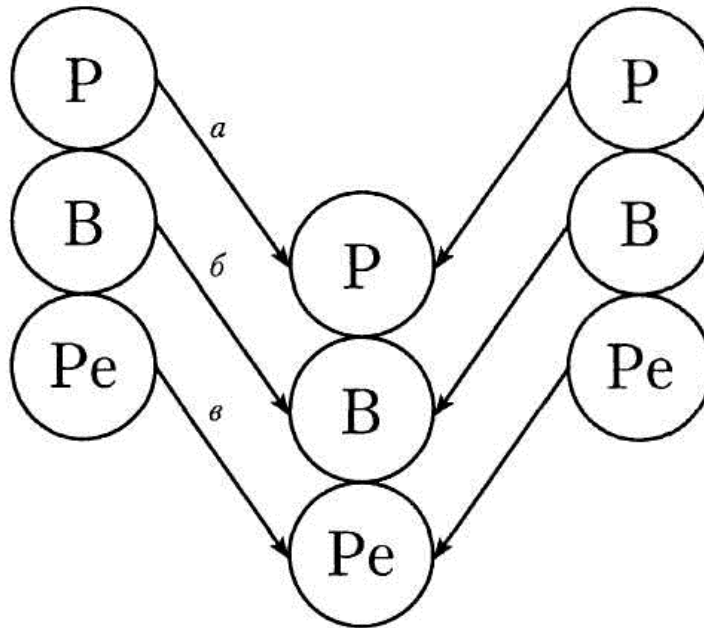


Рис. 11. Сценарная матрица
a – контрпредписания, драйверы; *б* – программа;
в – негативные предписания и позитивные разрешения

Супруги Гулдинги выделяют 12 наиболее токсичных (опасных) предписаний, которые встречаются наиболее часто:

- Не будь своим полом.
- Не будь ребенком.
- Не вырастай.
- Не будь успешным.
- Ничего не делай.
- Не будь первым.
- Не принадлежи.
- Не будь близким (Не доверяй) .
- Не будь здоровым.
- Не думай.
- Не чувствуй.
- Не живи (послание для суицидента или человека, убивающего себя различными способами).

. Изменяя сценарии

В каждой школе ТА существует свои основные принципы терапии сценария.

В классической школе Берна – это концепция дачи нового разрешения, как «ре-

шающего вмешательства в сценарном процессе» (Берн, 2004).

Берн (2004) писал: «Теперь мы можем с некоторой уверенностью говорить о трех принципах терапии, определяющих ее эффективность. Это – могущество, разрешение и защита. Врач должен дать Ребенку разрешение не повиноваться родительскому запрету и провокациям. Чтобы сделать это, он должен чувствовать себя сильным и быть могущественным: не всемогущим, но достаточно сильным, чтобы иметь дело с Родителем пациента. Затем он должен чувствовать себя достаточно могущественным, чтобы обеспечить защиту от Родительского гнева. А пациент должен верить в его могущество». Патрисия Кроссман (1966) в своей статье о трех «Р» (могущество, разрешение и защита) наиболее последовательно отстаивает данную методологию.

В школе перерешения супругов Гулдинг считается, что отказ от сценария осуществляет Ре пациента путем принятия нового решения «не жить по сценарию». Роль терапевта сводится к обеспечению диалога между Р клиента и Ре клиента в гештальт-методике двух стульев.

В школе катексиса Джекки Шифф отказ от сценария сумасшедшего (психотика или человека с тяжелым личностным расстройством) осуществляется в ходе репарентинга или переродительства. При этом терапевты на основе жесткого контракта «убирают» (стирают, обесценивают) старое эго-состояние Р клиента, которое дает непоследовательные, «сумасшедшие» послания Ребенку. В ходе длительной терапии терапевты и клиент формируют новое эго-состояние Р клиента.

В) Автономность

«Для реализации полного потенциала взрослых людей нам необходимо модернизировать стратегии поведения в жизни ... В терминах ТА это означает выйти из сценария и достигнуть автономии...основными компонентами которой являются осознание, спонтанность и способность к интимности» (Стюарт, Джойнс, 1996).

. Осознание

Восприятие мира без Родительского фильтра, свежее и яркое.

. Спонтанность

Способность человека свободно реагировать из любого эго-состояния. Свобода выбора реагирования на реальную ситуацию, независимо от Родительских определений.

. Способность к интимности

Способность открыто выразить аутентичные чувства и желания в общении. Будучи интимным «человек сместится в своего Свободного Ребенка, предварительно убедившись в безопасности своих действий, благодаря заключению контракта со Взрослым и осуществлению Родителем необходимой защиты» (Стюарт, Джойнс, 1996).

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

«Тот факт, что маленький ребенок может привязаться к другим детям того же возраста или постарше, означает, что привязанность может возникать в отношении лица, никак не связанного с удовлетворением физиологических потребностей ребенка».

Дж. Боулби. «Привязанность» (1969)

КТО ТАКИЕ КЛИЕНТЫ И КАК ЧЕЛОВЕК СТАНОВИТСЯ КЛИЕНТОМ

*«Клиенты», по определению, – класс Римских граждан, зависимых от патрициев, отличный от плебеев.

Психотерапевтическая деятельность без клиента – довольно сложная работа. Приглашая вас к встрече с «живыми» клиентами, мы предполагаем, что вы проделали большую часть этой работы в рамках теоретического обучения и участия во всевозможных тренингах и «аквариумах». Одна из форм обучения психотерапии, когда во время тренинга один из студентов «играет роль» клиента, а другой – терапевта. Руководитель обучающей программы или тренер наблюдает за процессом терапии и обеспечивает участников обратной связью.

Многие из вас уже пробовали работать самостоятельно терапевтически в отношении своих знакомых или близких, не считая себя при этом «настоящими» психотерапевтами, как если бы должно существовать нечто, что, безусловно, могло бы причислить вас к этому цеху избранных.

Вы много думали о своих будущих клиентах и работали с ними в своих фантазиях, представляя свои успешные и «не очень» интервенции и реакции пациентов. Вы много разговаривали о клиентах с опытными психотерапевтами, выстраивая их опыт у себя в голове таким образом, чтобы приобрести необходимую уверенность. Иногда «полезные обучающие удачные случаи» ваших преподавателей могут привести начинающих к противоположным выводам – например, «мне никогда не научиться так эффективно работать, как мой супервизор», – посеять сомнение в своих способностях и грусть. Однако в большинстве случаев подобные интроекты являются проблемой тренера, работающего с начинающими, который игнорирует «неудачные» случаи или случаи с сомнительной эффективностью так, что у тренируемых не создается образов совладания с проблемными результатами работы и эмоциями недовольных клиентов. Такой дисбаланс в подаче учебного практического материала может привести как к психологическому повреждению начинающих, так и к искажению реальности в виде мифов о «трудном клиенте».

Миф о «трудном клиенте» включает в себя представление о неуживчивом, скан-

дальном человеке, который вызывает неприятные чувства (раздражение, злость, брезгливость), «невыздоровливающим» или доказывающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться. Один из развивающих эту идею авторов (Магазанник, 1991) пишет также и об антипатии, которую может вызвать «словоохотливый» больной, особенно при недостатке времени, «обстоятельный и дотошный», «капризный, претендующий на особое отношение к себе» или «озлобленный, мрачный, агрессивный больной». Такие описания допустимы при обучении среднего медицинского персонала с обязательной оговоркой, что любой из приведенных типов пациентов требует не критики, а специфического психологического отношения.

В контексте нашей работы мы могли бы утверждать, что трудный пациент – это либо «человек из проблемного прошлого» самого психотерапевта, либо пациент, который на самом деле глубоко личностно поврежден, хотя при поверхностном или начальном с ним общении не создает такого впечатления. Мы имеем в виду пограничных пациентов и даже не в смысле сложности работы с ними, а в смысле обманчивости первого впечатления, которое может фрустрировать «доверчивого» психотерапевта. В любом из этих случаев трудный клиент – это еще всегда и новый неопределимый опыт, который может приобрести терапевт.

Мы также думаем, что нет ни «трудных», ни тем более «легких» клиентов, а есть люди, позволяющие профессионалам в области душевного здоровья вступить с ними в терапевтические взаимоотношения.

Всякий ли человек может стать клиентом?

Если поставить этот вопрос иначе: «А собственно, сколько человек нуждаются в психиатрической или психотерапевтической помощи?» – то, согласно компетентному мнению профессора И.Я. Гуровича, это 53 человека из каждой тысячи. Эта помощь реально оказывается 2,5-3% населения России, тогда как в более широком контексте в этой помощи нуждается 30% населения. Имеется в виду, что эта потребность более или менее осознается или существует на уровне осознания болезни. Между тем многим профессионалам в области психического здоровья известно, что, например, пациенты с личностными расстройствами не обладают таковой «сознательностью», считая свои проблемы больше педагогическими (связанными с воспитанием или жизненными трудностями), нежели медицинскими или могущими быть корригируемыми медицинскими (в том числе и психотерапевтическими) средствами. Более того, часть потенциальных клиентов психиатра или психотерапевта сознают наличие своей психической измененности, но самостоятельно не обращаются к специалисту в силу, по крайней мере, двух обстоятельств.

Первое обстоятельство – это наличие сопротивления, связанного с боязнью профессиональной верификации (нормализации, по Erskin, 1997) психического изменения

(«да, действительно, вы – психически нездоровый человек и нуждаетесь в лечении»), что приведет, по мнению человека, к нарушению его внутриличностной стабильности (снижению самооценки, изменению картины мира, краху системы ценностей).

Второе обстоятельство – это боязнь социальных последствий самого факта обращения, боязнь стигматизации («поставят на учет», «обращение станет всем известным», «лишат водительских прав» и пр.), которая приведет к нарушению социального функционирования личности.

Таким образом, чтобы стать клиентом, то есть обратиться за помощью к психотерапевту, человеку необходимо справиться с этими двумя страхами. И если человек все же пришел к терапевту (позвонил, написал ему), это будет означать, что терапевт располагает безусловным (клиент ничего не знает о терапевте как о личности или профессионале) кредитом доверия. Кредит доверия означает также, что Ребенок клиента рассчитывает на уважение и поддержку со стороны Родителя терапевта за столь непростое решение.

ЗАДАЧИ ПЕРВОЙ СЕССИИ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

Доверие подразумевает безопасность общения клиента и терапевта, что, в свою очередь, является одним из фундаментальных условий построения рабочего альянса – такой формы взаимоотношений «терапевт-клиент», при которой возможны изменения, необходимые клиенту. Поэтому одной из важных задач первой сессии или первой встречи, как угодно, будет катектирование первичного кредита доверия таким образом, чтобы клиент мог расценивать контакт с терапевтом как безопасный и поддерживающий. Согласно Эрику Эриксону (1968), фундаментальным отношением к миру и самому себе в этом мире является чувство основного доверия (basic trust). Оно начинает формироваться в течение первого года жизни, проистекая из взаимного удовлетворения потребностей матери и ребенка. Интеракции, через которые формируется это самое раннее отношение, во многом сходны с теми, которые возникают в начале терапии, сфокусированной на взаимоотношениях. Как мать и дитя, терапевт и клиент вверяют себя друг другу, и в этом союзе растет взаимное доверие (Moursund, Erskine, 2004).

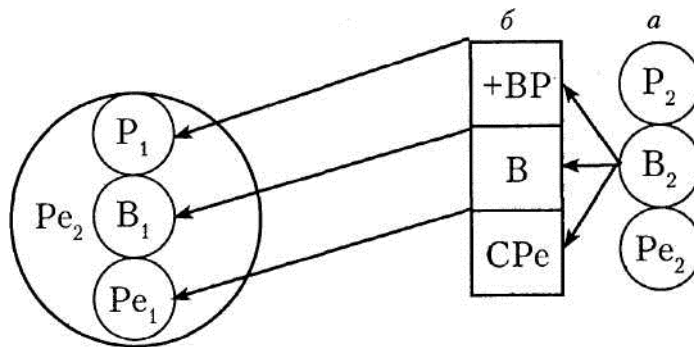
Нам представляется, что работа терапевта на первой сессии – это терапия предписания «Не доверяй». На уровне Рe1 терапевт выбирает невербальные интеракции, исключая малейший намек на агрессивность или враждебность, эмпатически реагирует на любые эмоциональные сентенции клиента, обеспечивает телесный комфорт и психологический уют.

На уровне Р1 терапевт всем своим видом показывает, что ему хорошо с клиентом: с его эмоциями и его телом. «Ободряющая улыбка» терапевта, как когда-то на стадии «ба-

зового доверия» улыбка матери, приветствует поисковое движение клиента (Тайсон и Тайсон, 1998). Терапевт избегает критических или конфронтационных высказываний и организует защищающее пространство, минимизируя вторжение в процесс третьих лиц, а иногда и телефонных звонков.

На уровне В1 терапевт заботится о конфиденциальности, максимально доступно демонстрируя свои возможности сохранения принципов анонимности (например, не бросаясь записывать паспортные данные клиента в карточку) и терапевтической (врачебной) тайны (например, спрашивая и переспрашивая клиента, какого рода информацию, сообщенную им, тот не хотел бы видеть записанной в карточке или каким-либо образом распространять). Позже, ориентируясь на ресурсы клиента, возможно катектировать его В2 проясняя границы врачебной тайны и ответственность терапевта как гражданина, действующего в рамках существующего законодательства. Некоторые из этих вопросов на первой сессии могут восприниматься как конфронтационные или ограничивающие возможности самораскрытия. Поэтому информация об юридических условиях работы терапевта, действующем психиатрическом законодательстве (например, о возможности и принципах недобровольной госпитализации) должна всегда соотнобразовываться если не с принципом клинической реальности, то наверняка – со здравым смыслом.

На рисунке 12 представлен транзактный алгоритм этой стадии работы.



Терапевт

Клиент

Рис. 12. Транзактный алгоритм на стадии безопасности и невербального контакта

Примечание: Терапевт на рисунке представлен структурной (а) и функциональной (б) эгограммами, где, находясь в структурном Взрослом (В2), он использует транзакции положительных функциональных Эго-состояний + Воспитывающего Родителя (+BP), Взрослого (В) и Свободного Ребенка (СРe).

СОЗДАНИЕ ПЕРВИЧНОГО РАБОЧЕГО АЛЬЯНСА

Создавая и постоянно поддерживая атмосферу безопасности, вы вправе рассчитывать, что клиент начнет говорить. Следует ли структурировать этот процесс в момент первого визита? И каковы цели этой структуризации?

Процессуальная сторона

Эту стадию начала вербального контакта можно обозначить стадией подстройки или присоединения к системе ценностей клиента (P2), его мировоззрению (содержание интегрированных и контаминированных областей B2), его мотивации, нуждам и ожиданиям (Pe2) с целью формирования первичного рабочего альянса или терапевтического пространства, которое является гораздо большим, чем просто суммой коммуникативных вкладов.

Согласно Моурсунд и Эрскин (Moursund, Erskine, 2004), процесс присоединения подразумевает частичную идентификацию клиента с терапевтом и терапевта с клиентом на основе общности взглядов. Способность человека идентифицироваться с новыми объектами любви является главным способом, благодаря которому люди освобождаются от эмоционального страдания и одним из основных способов, который использует психотерапия в целях достижения изменений (МакВильямс Н., 2003). С другой стороны психотерапевт не должен проникать в глубины мировоззрения (frame of reference) клиента во избежание потери собственной индивидуальности (Moursund, Erskine, 2004), тем самым, предохраняя клиента от глубоких симбиотических отношений, подразумевая его конечную, в результате терапии, автономность.

Рисунок 13 иллюстрирует формирование первичного рабочего альянса, представленного общей системой ценностей (Pa), общими, понятными рабочими инструментами (Ba) и взаимной симпатией (Pea).

СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ СТОРОНА

Область Pea: Эта сторона альянса проявляется в результате ответной реакции терапевта на жалобы клиента, так что последний убеждается в их разделенности, эмпатическом понимании и сострадании.

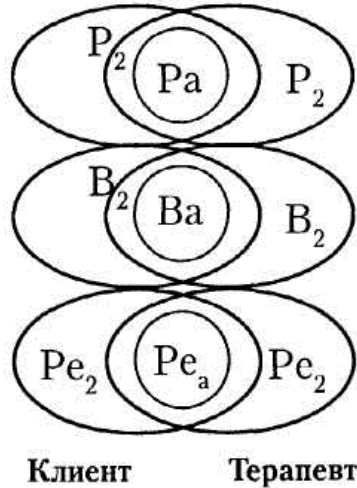


Рис. 13. Формирование первичного рабочего альянса в результате присоединения и идентификации
Примечание: a – альянс.

Присоединение и формирование Pe_a возможно через искреннее сопереживание, которое терапевт посредством контрпереноса чувствует в глубине своего ребенка, и вербально и невербально дает об этом понять.

Терапевт понимающе кивает головой, вздыхает, проявляет ответное негодование, не скрывает (но совладевает!) нахлынувших чувств. Общее (и терапевта и клиента) чувственное содержание сессии обеспечивается толерантностью терапевта к высказанным и, возможно, невысказанным жалобам (еще не пришло время) клиента, отсутствием Родительской критики и обеспечением нужного пространства для вербализации чувств. Взрослый терапевта охраняет свои границы от вторжения контрпереносного чувствования Ребенка, терпеливо наблюдает и отмечает все то, что по мере развития альянса становится терапевтическими мишенями. Он может что-то уточнить и тем самым стимулировать переносный процесс, при этом всегда оставаясь конгруэнтным (термин Карла Роджерса) – то есть следующим за клиентом, но не опережающим его. Pe_a также не место для конфронтирующих интерпретаций или демонстраций контрастирующих мнений. Наоборот, это область, где наиболее уместна позитивная нормализация (Erskine, 1997): «Да, действительно, вы не могли чувствовать (действовать или думать) в тех условиях по-другому», – и не уместна негативная (здесь оценочная): «Да вы, батенька, – психотик!»

Область B_a – место для первичного административного контракта (договоренностей о взаимоприемлемых условиях терапевтической работы и компенсации). Клиент узнает информацию о предполагаемом количестве и точной продолжительности (45 минут) сессий, о возможностях заранее договариваться о встрече и возможностях переноса времени встреч. С некоторыми клиентами было бы полезно уже сейчас обсудить принцип

«аренды времени» – то есть необходимость оплаты клиентом пропущенной сессии в том случае, когда последний не смог заранее (по крайней мере, за день до встречи) предупредить терапевта. Поскольку вопрос оплаты за лечение «нагружен» Родительскими представлениями индивидуального, семейного или культурального характера (как со стороны клиента, так и со стороны терапевта), имеющими внешнюю этическую значимость, он будет подробно рассмотрен в следующей главе.

В области Ва во время первой сессии, обсуждаются вопросы информированного согласия на лечение со стороны клиента (написание формы информированного согласия, если необходимо) и решение работать вместе с клиентом со стороны терапевта (принятие или отказ в лечении).

Письменные формы информированного согласия мало популярны в России и используются сейчас или перед госпитализацией в психиатрический стационар, или перед рискованными лечебными вмешательствами (например, назначением шоковых методов терапии психотикам). Однако вполне возможно, что в условиях страховой медицины эти формы будут широко востребованы из-за их потенциала, «защищающего» терапевта от обвинений в сообщении клиенту ложных сведений об оплате, ожиданиях и других аспектах терапии.

Что касается «решения работать вместе», то при первичном обращении клиента терапевт не застрахован от встречи со случаями, выходящими за пределы его компетенции. Например, кто-то не имеет опыта работы с зависимыми клиентами, или с детьми, или пожилыми людьми. В таких случаях терапевт обязан отказаться от терапии и порекомендовать обратившемуся врача соответствующего профиля либо компетентную организацию. Одна из целей личностного и профессионального роста в ходе обучающего тренинга терапевтов состоит в определении той категории клиентов, в работе с которыми терапевт испытывает затруднения (Мак-Вильямс, 2003). Эти затруднения могут быть как профессионального (недостаток навыков и знаний), так и личностного характера (контрперенос), поэтому этично не начинать терапию, не восполнив профессиональных (в результате соответствующего тренинга), либо личностных (в результате собственной терапии) белых пятен. Интересную и полную информацию о контрпереносном отказе от работы с анти-социальными клиентами приводит в своей монографии Нэнси Мак-Вильямс (2003 г.).

Иным мотивом отказа от терапии является несовпадение системы ценностей терапевта и клиента. При этом терапевт не может обеспечить клиенту «позитивного безусловного принятия» (термин Карла Роджерса) или быть с ним в О'Кейной позиции. Это редкие случаи. Моурсунд и Эрскин (Moursund, Erskine, 2004) советуют:

«... Если это все же произошло, терапевт должен честно сказать клиенту об этом. "Я не думаю, что я именно тот, с кем вам необходимо работать". Он рекомендует ему

профессионала (предпочтительно сослаться на двух или трех терапевтов), благодарит за его интерес к нему как специалисту, дает возможность высказаться и заканчивает сессию. Вероятно, этот опыт будет не самым приятным и для специалиста, и для клиента. Но, с другой стороны, клиент получает лучший шанс для удовлетворения своих нужд, а терапевт будет знать, что он сделал для него все, что мог».

С другой стороны, для наиболее трудных антисоциальных «эмпатически глухих» клиентов, находящихся либо на принудительном лечении, либо в пенитенциарных учреждениях, единственным способом присоединения остается проективная идентификация как раз с той частью психики терапевта, которая испытывает контрпереносную не-О'Кейность (МакВильямс, 2003) и воспринимает оную в форме этического конфликта. Компромиссным вариантом (не обязательно с антисоциальными клиентами) могло бы стать пробное соглашение работать вместе в течение небольшого количества сессий, по прошествии которых терапевт обязан «вновь поднять вопрос о совместной работе» (Moursund, Erskine, 2004).

Конечно, существуют пациенты, которым психотерапия (в той или иной форме) противопоказана. Например, психотерапия не рекомендована для лиц, которые не могут поддерживать безопасного уровня катексиса Взрослого, особенно во время стресса. При существующем риске психотического срыва в процессе терапии предпочтительна стратегия, которая включает прекращение психотерапевтических процедур, срочное обеспечение мер безопасности вплоть до применения медикаментов и госпитализации (Кокс, 2000).

Ва – место для начала обсуждения первичного (или этапного) терапевтического контракта.

Информацию, необходимую для заключения хорошего контракта (как и для проведения успешной терапии), можно получить из ответов на 4 вопроса: (а) Как Вы (себя чувствуете)? (б) Как Вы хотели бы измениться? (в) Каким образом Вы стали таким, какой Вы есть? (г) Как Вы узнаете, что достигли поставленных целей? Было бы прекрасно, если бы ответы были такими же короткими и простыми, как вопросы. На самом деле ни клиент, ни терапевт никогда полностью не ответят на эти вопросы: возникновение все новых и новых ответов – значимая часть терапевтического процесса. Однако определенная часть ответов – часть, которую в начале терапии клиент дает вполне осознанно, – станет основой терапевтического контракта (Moursund, Erskine, 2004).

Специфические вопросы терапевтического контракта и процесса контрактирования будут освещаться в отдельной главе.

Область Ра – место, где акцептируются общие (и терапевта, и клиента) Родительские ценности. Фрагменты ценностно-ориентированных трансакций во время первого ин-

тервью могут представляться незначимыми. Порой они не выражаются в словах и ограничиваются понимающими взглядами. Ни терапевт, ни клиент обычно их не инициируют, словно бы договариваясь об их общности априори. При этом у терапевта была возможность в процессе собственной дидактической психотерапии определить границы своей расовой, политической или сексуальной толерантности, и он готов представить соответствующую, иногда невербализованную, модель своим клиентам для идентификации. Трудности принятия этой модели клиентом приводят к прерыванию терапии и его уходу. С другой стороны, бесполое, аполитичное и аморальное (точнее сказать, все приемлющее) существо терапевта – не лучшая модель для идентификации в Ра.

Личностный рост терапевта во время обучения и практики подразумевает его вполне определенное отношение к общечеловеческим проблемам, что, безусловно, способствует присоединению к рассматриваемой части рабочего альянса. В качестве иллюстрации мы приводим выдержку из статьи Голдберга «Обзор проблем, стоящих перед профессией психотерапевта накануне нового тысячелетия» (Goldberg, 1996):

«Самая важная проблема, с которой человечество когда-либо сталкивалось, – проблема зла. Каждый из нас может засвидетельствовать пагубное присутствие злости в нашей жизни – "бесчувственных" актов жестокости и разрушения, которые стали ее неотъемлемой частью. Тем не менее, бихевиористы, за редким исключением (Фромм, Арендт, Беккер, Лифтон, Штауб, Голдберг), игнорировали проблему зла, рассматривая ее как моральную проблему, которой должны заниматься теологи и философы, или сводя структуру характера «злодея» к известным и удобоваримым психологическим концепциям и психиатрическим диагнозам. Общество не дождалось психологического объяснения или эффективного психологического вмешательства в эту проблему. Мы до сих пор не прояснили, почему люди совершают ужасные поступки по отношению к другим и к себе. Мы лечим симптомы, не обращая внимания на причины, и поэтому зло, оставаясь необъяснимым, вселяет страх и смятение.

Я полагаю, что общепринятое среди клиницистов мнение, согласно которому причинами неадекватного поведения взрослых являются влияния детского опыта на формирование характера, – сбивает нас с толку. Заикливаясь на влиянии травм раннего возраста, мы забываем, что формирование характера продолжается дальше под влиянием выборов, которые делает каждый человек, решений, которые он принимает, и способов, с помощью которых он оправдывает свое поведение.

Многие мои пациенты, которые в детстве подвергались физическому или сексуальному насилию, хотя и не избавились от страданий во взрослом возрасте, относились к другим людям с почтением и состраданием, в то время как другие, не получившие травм в детстве, становились злостными преступниками. Почему так происходит? Каждый мой

"злостный" пациент знал о последствиях такого поведения, их безответственность была осмысленным выбором. Травмированные же люди своими осознанными настойчивыми решениями не обращаются к темной стороне своей жизни – какому-либо позорному болезненному опыту – только делают себя самих «разрушителями». Их болезненные переживания выплескиваются на любого, кто обижает их, кто не делает ничего, чтобы остановить обидчиков, или даже могут быть направлены против тех людей, которые не осознают их страданий.

Бихевиористы не способны объяснить также и некоторые "солнечные" аспекты человеческой жизни – развитие вдохновения и добродетели. Например, мы смутно понимаем те факторы, которые заставили нескольких праведников храбро и милосердно спасать евреев и других гонимых, пытавшихся уйти от нацистов.

Одна-единственная профессия не может решить социальные проблемы, не решенные за тысячелетия. Однако мы, психотерапевты, находимся в уникальном положении, поскольку мы стоим на границе всех наук о человеке. Поэтому мы должны строить мосты к другим профессиям, обращаясь не только к преступлению и насилию, но также и к самому страданию человека».

НАЧАЛО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Под диагностикой следует понимать процесс сбора информации, ее классифицирования в голове терапевта так, чтобы определить общий план терапии. В течение первой сессии возможно формирование предварительного ТА – диагноза и психопатологического диагноза. Диагностирование не является главной целью первой сессии. Данный процесс можно скорее назвать диагностическим ориентированием для создания, во-первых, эффективного контакта, во-вторых, – самого общего представления о клиенте и о том будущем времени, которое вскоре наступит и для клиента, и для терапевта.

Эрик Берн считал первые пять минут общения с клиентом важнейшим моментом для диагностики сценария. Он полагал, что это то самое время, когда Маленький Профессор (В1) терапевта, используя интуицию, может составить полное впечатление о клиенте, пока тот еще не стал употреблять «слова, чтобы скрыть правду».

А.А. Бодалев (1982), изучая объективную точность формирования первого впечатления о другом человеке, пишет, что 75 процентов респондентов правильно оценивали черты личности, выражающие отношение к другим людям; 58 процентов не ошибались, оценивая качества воли; 50 процентов могли правильно оценить род деятельности. Автор указывает и на ряд важных моментов в психологии первого впечатления: (1) принимая во внимание ориентировочную реакцию, замечают и уделяют больше внимание неожидан-

ным чертам в облике незнакомца; (2) больше оценивают при первой встрече физический облик, внешность, нежели психические качества личности; (3) при первой встрече особенно значим феномен проекции или перенесения собственных черт на облик незнакомца – проекция тем интенсивнее, чем авторитарнее наблюдатель (мы бы сказали: чем больше он имеет параноидальных черт. – Д.Ш.); (4) на оценку влияют и индивидуальные «теории личности», которые есть у наблюдателя; (5) правильность и точность оценки других может быть как особым интегрированным свойством личности, так и свойством человека, которое проявляется лишь по отношению к определенной категории лиц, и «границы» работы этого свойства прямо связаны с тем, насколько похож или не похож своим внешним обликом и поведением оцениваемый человек на тех людей, с которыми познающему субъекту пришлось в прошлом вместе жить, учиться, работать, отдыхать.

Позже Тайби Калер предложил систему диагностики, названную им концепцией «мини-сценария», основанную на том факте, что большой сценарий может проигрываться во вне в поведенческих актах в короткие промежутки времени. Процесс диагностирования предполагает наличие хорошего и компетентного наблюдающего Взрослого (В2) терапевта, использующего навыки и опыт, отличные от опыта В1.

Интуитивный диагностический процесс, сделанный Ре терапевта в жестком временном цейтноте, служит фундаментом для построения безопасного, и главное – эффективного эмпатического контакта. Доверяя своему В,, терапевт может определить для себя рамки собственной О'Кейности (или границы собственных возможностей) в отношениях с различными типами клиентов, поскольку быть ОК, приглашая к контакту либо психотика, либо невротика, либо личностно поврежденного человека, – это не всегда одно и то же.

Последовательно подключая к диагностике В2, терапевт стремится прояснить или вербализовать для себя диагностический вклад своего Маленького Профессора, приглашая клиента к диалогу. Диагностическое ориентирование во время первой сессии позволяет в самом общем виде оценить клиента в плане его дальнейшего продвижения, сделать предварительные выводы (предварительный диагноз) о его возможностях и той «почве», на которой будут развиваться основные терапевтические события.

Проводя первичную психопатологическую диагностику, терапевт решает, какого рода психические расстройства присутствуют у клиента. Под «почвой» мы понимаем регистр психических расстройств: психотический, невротический или личностный. В «Словаре транзактного анализа» (Tilney, 1998) понятие "психоз" обозначается следующим образом:

«Психоз – психическое расстройство, при котором клиент теряет контакт с внешней (чувственной) реальностью, принимая свой внутренний мир за мир настоящий. Кли-

енты могут страдать от бредовых идей (ложные убеждения) по поводу себя или других, а также от расстройств восприятия – галлюцинаций (когда клиент видит или слышит вещи, которые не существуют в реальности). Однажды потерявшись в своем внутреннем мире, клиенты утрачивают какие-либо ориентиры, так что бредовое восприятие становится грандиозным. Психоз может быть вызван экстремальным стрессом (острый быстропротекающий реактивный психоз). Повторяющиеся психотические приступы свидетельствуют о более серьезных психологических проблемах. Человек, страдающий психозом, недостаточно катектирует Взрослого, чтобы установить контакты с реальностью. Бред и галлюцинации развиваются из материала Родителя и Ребенка, так что участие Взрослого в этом процессе исключается или ограничивается. Традиционный ТА не может быть использован в работе с психотиками, так как требует сотрудничества со стороны Взрослого. Более того, ТА – контрактный процесс, а без участия активного Взрослого психотический клиент не сможет заключить валидный контракт. В школе Шиффов (Schiffs Cathexis School) были разработаны методы использования ТА с этими клиентами, которые имели большой успех».

Понятие «невроз» определяется в «Словаре ТА» следующим образом:

«Невроз (первоначально – психоневроз) – психологическое расстройство в результате дистресса. Клиенты осознают и рассматривают невротическую проблему как свою. Это отличает невроз от личностных расстройств, при которых проблема обычно связывается с другими (потеря контакта с социальной реальностью), и психозов, при которых теряется контакт с большинством аспектов реальности, что выливается в расстройства мышления, эмоций и поведения».

Термин «невроз» сейчас используется не так часто, он не включен в DSM-IV. Поскольку главной характеристикой невроза является осознание своей проблемы и готовность к ее решению, то кажется нелогичным называть этот феномен формой патологии.

Термин «личностное расстройство» определяется как «...психологическое расстройство, при котором клиенту не достает инсайтов (осознаваний – Д.Ш.), он склонен связывать свои проблемы с другими людьми и внешними обстоятельствами, используя малоадаптивные паттерны в отношениях со своим социальным окружением. Этот класс расстройств поведения, отличный от психозов (где наблюдается полный разрыв с реальностью, а не только с социальной ее частью) и неврозов (где имеется осознание своей проблемы), характеризуется полным вовлечением личности при низком уровне тревоги и дистресса».

Таким образом, диагностируя «почву» или психопатологический контекст, терапевт может думать о лечебном плане и необходимых организационных и терапевтических инструментах. Вместе с тем фетишизация психопатологического контекста может маски-

ровать истинные нужды клиента, оставить их за бортом терапевтического понимания. Прекрасно, если обращение клиента продиктовано четким и ясным осознанием проблемы или симптома, что присуще в той или иной мере невротикам или аддиктивным клиентам. Пациент с личностным расстройством сможет сформулировать свои жалобы в самом общем виде так, что их конкретизация и определение целей изменения могут составить само существо длительного терапевтического процесса. Психотик же, инициированный для обращения не контаминированными рациональными частями (В2) Взрослого (или, что чаще, взятым «взаймы» Взрослым близкого человека), может на приеме вообще потерять связь с реальностью и заполнить офис психотерапевтической продукцией так, что само его обращение к аналитику будет выглядеть недоразумением. В таких случаях самым разумным образом действий следует считать ожидание. Ожидание инсайта (понимающей активности со стороны Взрослого клиента) может затянуться на несколько сессий. Или на десяток сессий, поскольку возможность ощутить терапевтическое пространство и терапевтическую привязанность является на данном этапе наиболее важной для клиента.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПЕРВОЙ СЕССИИ

Завершение первой сессии обычно диктуется окончанием времени. Взрослый терапевта за десять минут может предупредить клиента об окончании сессии, спросив, не забыли ли мы еще чего-нибудь важного? В самом этом вопросе содержится определенная доля риска, поскольку некоторые клиенты (пассивно-агрессивные или обсессивно-компульсивные) в этот момент могут говорить действительно о чем-нибудь важном (и это может пополнить первичное диагностическое представление о клиенте). Терапевт оценивает этот риск, так как завершение сессии должно быть посвящено краткому резюмированию и поощрению клиента за столь ответственный шаг – обращение за помощью.

Решающим показателем эффективности первой сессии является желание клиента продолжить свое лечение. Это желание будет поддерживаться чувством облегчения общего состояния после беседы с терапевтом и надеждой на стабильное улучшение в будущем (well-being feeling). Завершение должно быть сделано так, чтобы клиент, покидая офис, испытывал уважение к своим чувствам, получив реальную поддержку, чтобы он ощущал себя партнером в осуществлении терапевтической задачи.

ЛИТЕРАТУРА

Бодалев А. Л. Восприятие и понимание человека человеком. М.: Изд-во Московского

Университета, 1982.

Боулби Д. Привязанность / Пер. с англ. М.: Гардарики, 2003.

Кокс М. Взаимоотношения равенства в психотерапии: роли, права и ответственность // Пять лет Рязанской Ассоциации Трансактного анализа. Сборник статей под редакцией доцента Д.И. Шустова. Рязань: Пресса. 2000. С. 16-25.

Магазаник Н..А.. Искусство общения с больными. М: Медицина, 1991.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности и клинический процесс / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2003.

Тайсон Ф., Тайсон РЛ. Психоаналитические теории развития / Пер. с англ. Екатеринбург:

Деловая книга, 1998.В.D. Empathic transactions in the deconfusion of Child ego states //

Transactional Analysis Journal. 1991. Vol. 21, №2. P. 92-98.R.G. Inquiry, Attunement, and In-

volvement in the Psychotherapy of Dissociation // Theories and Methods of an Integrative

Transactional Analysis. A Volume of Selected Articles. San Francisco: TA Press, 1997. P. 37-

45.C. Critical issues confronting the profession of psychotherapy: now and into the new millen-

nium // Int. J. of Psychotherapy. 1996. Vol. 1, №1.P.23-33.H., Silk C Deconfusion of the Child

Ego State: A Relational Perspective // TAJ. 2001. Vol. 31, № 1. P. 55-70.J.R, Erskine R.G. Inte-

grative Psychotherapy. The Art and Science of Relationship. – Canada: Brooks/Cole-Thompson,

2004.T. Dictionary of Transactional Analysis. London: Whurr Publ. Ltd., 1998.

ГЛАВА 3. ЭТИКА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РАВЕНСТВА В ПСИХОТЕРАПИИ

Автономность

Философия ТА основывается на следующих положениях: а) каждый человек является, безусловно, ОКейным, даже если его поведение не является таковым; б) каждый человек способен думать, за исключением лиц с тяжелыми повреждениями головного мозга; в) каждый человек способен изменить свою будущую жизнь через изменение своих поступков, чувств и установок. основополагающим руководящим принципом применения ТА считается развитие автономии (автономности), которую Эрик Берн (1964) определял как «...осуществление или раскрытие трех способностей: осознания, спонтанности и интимности» (см. главу 1).

Большинство этических моделей представлены правилами и принципами, имеющими две стороны, которые подчас смешиваются, как если бы в спорных терапевтических случаях был осуществлен Взрослый этический анализ или наблюдающие стороны ограничились бы применением моральных Родительских оценок (Рейтер-Тейль, 2002). В контексте Взрослого этического анализа считается неэтичным все то, что ведет к ограничению автономности клиента.

Согласно Томпсон (Thompson, 1990):

«...злоупотребление автономией клиента возникает тогда, когда процесс диагностики и общения выливается в навязывание клиенту ценностей, моральных взглядов и точки зрения со стороны терапевта вместо простой демонстрации, свободно позволяющей клиенту сделать информированный выбор из различных полезных для него перспектив» (Cornell, 1991).

Поддержание автономии в процессе терапии осуществляется в том числе (то есть помимо терапевтических технических приемов) разграничением прав и обязанностей клиента и терапевта.

О подобном разграничении пишет Мери Кокс (2000) в своей статье «Взаимоотношения равенства в психотерапии: роли, права и ответственность»:

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ОБЯЗАННОСТИ ТЕРАПЕВТА

- обязанность заботиться – не причинять вреда, развивать автономию клиента и нацеленность на излечение;
- обязанность предупреждать – принимать во внимание и предпринимать со-

ответствующие шаги для обеспечения безопасности клиента, терапевта и других лиц, например, семей клиента и терапевта, персонала, представителей общественности;

- предоставлять информацию об администрации, диагнозе и лечении, включая методы терапевтической работы и ожидания участия клиента;
- так выстроить первоначальную встречу (встречи), чтобы клиент был проинформирован и, следовательно, мог сделать разумный выбор и заключить начальный контракт;
- получать релевантную информацию от клиента и, с разрешения клиента, – из других соответствующих источников;
- обсудить и согласовать с клиентом финансовый и лечебный контракты.

ПРАВА ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И КОНСУЛЬТАНТОВ

- лечить в атмосфере уважения;
- запрашивать и получать релевантную и правдивую информацию от клиента;
- требовать и ожидать отношения сотрудничества с клиентом;
- отвергать трансакции с клиентом, которые угрожают или могут угрожать благополучию клиента, терапевта или любого другого человека;
- право на неприкосновенность и уважение частной жизни;
- право на прекращение контракта, в том числе конфиденциальности, по требованию законности и безопасности;
- ожидать и требовать справедливой компенсации за работу в форме, которая согласована и принята как клиентом, так и терапевтом.

ПРАВА КЛИЕНТОВ (JAMES, 1977)

- на проявление заботы и уважения во время лечения;
- на полную и своевременную информацию о своей болезни, диагнозе и возможностях лечения;
- на получение информации и свободу спрашивать информацию о предлагаемом терапевтом лечении;
- на смену доктора или терапевта;
- на свободу от страха, что терапевт будет эксплуатировать их (сексуально, финансово, политически или как-либо иначе);
- без последствий для себя отказаться от вовлечения в исследование или эксперимент;

- продолжать ожидать такого же уважения и соблюдения прав после окончания лечения.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КЛИЕНТОВ

При отношениях равенства клиент также имеет обязанности. Они не являются открыто сформулированными и обсуждаются не так часто, как обязанности, ожидаемые от терапевта... Клиентам, возможно, необходимо более открытое взаимодействие и обсуждение того, что ожидается от них. На этой основе у клиентов можно затем открыто и в рамках контракта потребовать:

- быть честным (откровенным);
- предоставлять релевантный материал для целей лечения;
- быть отзывчивым по отношению к терапевту;
- принимать активное и сотрудничающее участие в терапевтической работе;
- принять ответственность за собственную безопасность и уязвимость, запрашивая помощь при необходимости;
- использовать мотивацию и энергию в работе с терапевтом для того, чтобы прийти к решению, облегчению дискомфорта и собственному благополучию;
- принятие ограничений контрактов, например, относительно времени, конфиденциальности, безопасности или различных аспектов лечебного процесса;
- уважать терапевта и его потребность в отдыхе и частной жизни; быть честным и открытым с терапевтом в своих желаниях, жалобах и позициях в отношении взаимодействия с терапевтом, терапевтического процесса (включая административный аспект).

Предусматривая равенство отношений «терапевт-клиент», как необходимое условие развитие автономии. Следует учитывать и реальные возможности для неравных отношений, исторически и содержательно связанные с ролями «терапевта» и «клиента».

Так, традиционный медицинский подход, строящийся на этике Гиппократе, предусматривает отцовское отношение врача к больному (патернализм) (Рейтер-Тейль, 2002) как Родителя к Ребенку. Патерналистическое отношение (Р-Ре) может закрепляться тогда, когда терапевту необходимо обеспечивать заботу и безопасность или демонстрировать силу, превышающую силу реальных биологических родителей клиента. Для начинающих терапевтов всегда есть опасность обретения роли Родителя-Спасателя в волнующие терапевтические моменты, когда происходит недокатектирование Взрослого (В2) терапевта и начинают усиливаться контрпереносные влияния (рисунки 14).

С точки зрения объектных отношений, возможен бессознательный «сговор» тера-

педта и клиента о поддержании патерналистической иерархии «в той степени, в которой они оба имеют подавленное стремление к потерянному хорошему объекту»:

«...в тайном альянсе ... клиент продолжает верить: "Терапевт на самом деле может улучшить мое состояние (то есть «хороший объект» все еще существует и может быть найден)", а терапевт продолжает верить: "На самом деле есть нечто, что я могу сделать для улучшения состояния клиента, если я смогу найти, что же это такое – это нечто! (то есть я могу быть "утраченным хорошим объектом" и, следовательно, хороший объект не потерян)» (Кокс, 2000).

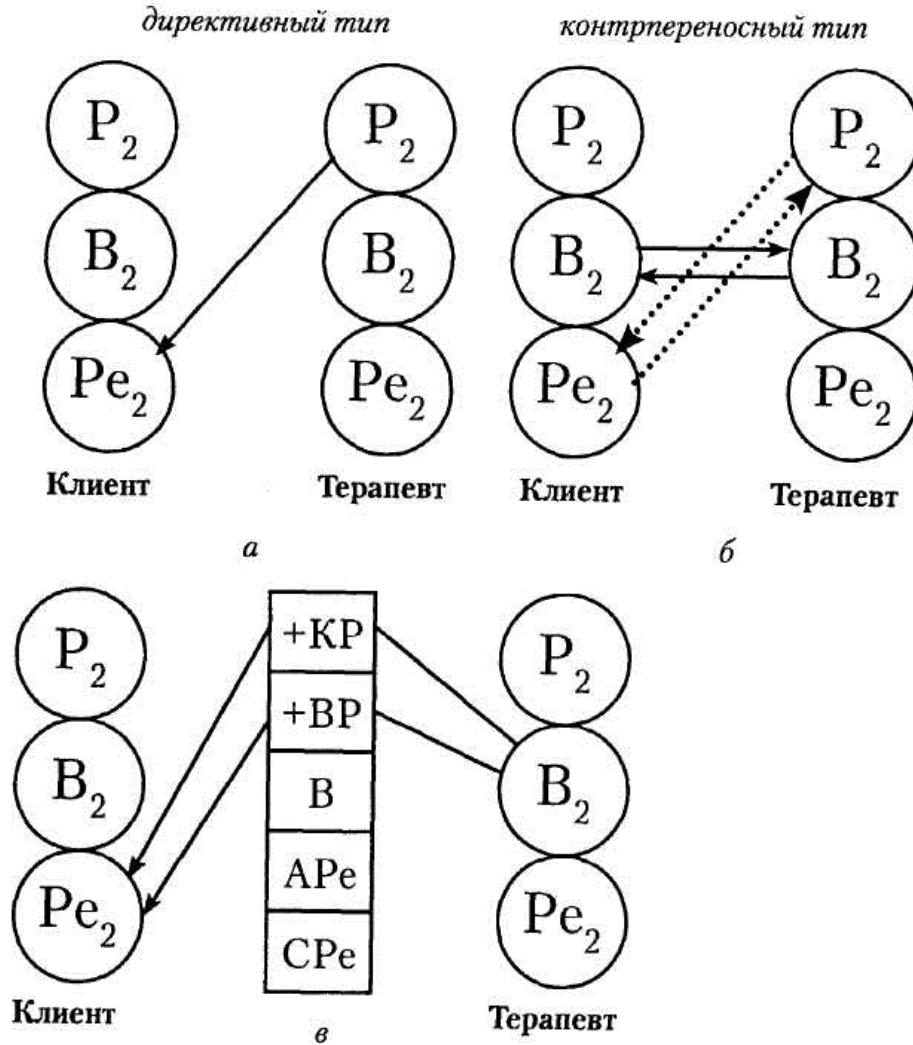


Рис. 14. Патерналистический подход (а, б), ограничивающий автономность и способствующий злоупотреблению клиентом, и партнерский подход (в), когда терапевт взаимодействует из структурного В, который функционально проявляется через +КР и +ВР

И далее, замечает Мери Кокс:

«Могло бы быть полезным, хотя и болезненным, чтобы каждый терапевт в начале своей карьеры встречался бы с клиентом, страдающим от невозполнимой утраты, так, чтобы терапевт мог осознать, что клиент знает, но не желает принимать, что ничего нельзя сделать для возвращения потерянного "объекта" – будь то родственник, утраченная конечность или что-то более абстрактное, вроде потери невинности».

Мы понимаем, что терапия в этом контексте имеет этическую ценность и достаточна для установления партнерского стиля отношений, поддерживающего автономность (рисунок 14, в) даже в ситуациях, требующих определенной доли манипуляции, где, согласно Клоду Штайнеру (2003), «проблема манипуляции сводится к тому, готов ли терапевт сознательно и открыто подвергнуть пациента влиянию своих ценностей (партнерский стиль) или он предпочел бы это сделать без участия собственного сознания и сознания пациента (патерналистский стиль)».

Я не берусь утверждать этого наверняка, но существование профессиональных этических кодексов, выраженных в наборе Родительских правил, способствует той необходимой катектизации (привлечения энергии) Взрослого терапевта, которую тот «недополучил» в результате собственной терапии или еще вообще не получил (у начинающих) (рисунок 15), для адекватного поддержания партнерского стиля взаимоотношений с клиентом.

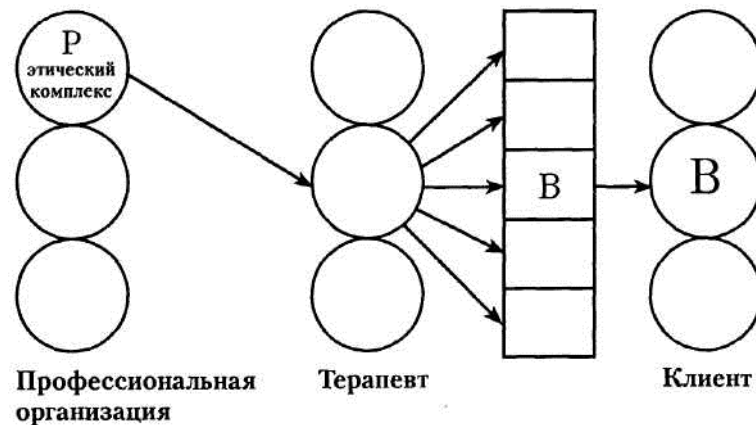


Рис. 15. Влияние этического кодекса, способствующее катектированию V_2 терапевта для поддержания партнерских отношений с клиентом

ЭТИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ. ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА (ЕАТА)

Признавая, что профессиональная этика является набором Родительских правил о том, что правильно, а что – нет, Этическое Положение ЕАТА служит дополнительным содействием развитию Взрослого процесса в области этики с акцентом на установлении ясного Взрослого контракта.

Мы признаем, что через процесс сертификации ЕАТА устанавливает социальный контракт, который приглашает общество верить, что сертифицированные и регулярные члены ЕАТА признают и придерживаются этических предпосылок и принципов данного документа.

Мы также признаем, что члены не всегда используют эти этические принципы и, тем не менее, конфронтация члена ЕАТА иногда желательна и/или необходима.

Далее мы признаем, что если поведение человека выражает недостаток включенности или последовательности в этих принципах, его сертификация, обучающий контракт и/или членство могут быть приостановлены ЕАТА до тех пор, пока исполнение их не будет гарантировано.

Эти принципы представляют собой консенсус Родительских ценностей, Взрослой информации и Детских прав.

Член ЕАТА признает достоинство любого человека безотносительно к его физическому, психическому, социальному или экономическому статусу.

Члены ЕАТА в своих публичных заявлениях (и письменных, и устных) должны воздерживаться от уничижительных утверждений, выводов и/или инсинуаций, умаляющих положение, квалификацию или характер членов; поддерживать в сознании свою ответственность как представителей ЕАТА и Трансактного анализа.

Главной обязанностью членов ЕАТА являются обеспечение клиентам максимально возможных услуг таким образом, чтобы не причинять преднамеренного вреда ни одному клиенту.

Члены ЕАТА будут стараться развивать в своих клиентах сознание и функционирование с позиций достоинства, автономности и личной ответственности.

Этичная практика ТА предполагает вхождение в открытое контрактное отношение с клиентом, которое член ЕАТА и клиент должны быть в состоянии и хотеть осуществить. Когда клиент не может или не хочет функционировать автономно и ответственно в рамках этих контрактных отношений, член ЕАТА должен разорвать эти отношения таким образом, чтобы не причинить вреда клиенту.

Член ЕАТА не должен эксплуатировать своего клиента каким бы то ни было образом, включая финансовые и сексуальные аспекты. Сексуальные отношения между членами ЕАТА и их клиентами запрещены.

Члены ЕАТА не должны заключать или поддерживать профессиональный

контракт, если другие действия или отношения между членом ЕАТА и клиентом могут подвергать опасности профессиональный контракт.

. Профессиональные отношения между членом ЕАТА и клиентом определяются контрактом и завершаются с его прекращением. Однако определенная профессиональная ответственность продолжается, несмотря на прекращение контракта. Она включает следующее: а) сохранение конфиденциальности; б) избегание любого типа эксплуатации прежних отношений; в) оказание любой необходимой дополнительной помощи.

. Члены ЕАТА будут действовать и оказывать услуги клиентам в полном соответствии с существующими законами штата и/или страны, в которой они проживают.

. При установлении профессиональных отношений члены ЕАТА берут на себя ответственность за обеспечение подходящего окружения, включая такие вещи, как: определение характера соблюдаемой конфиденциальности; обеспечение физической безопасности в соответствии с формой деятельности, в которую вовлекается клиент; и достижение информированного согласия на процедуры с высоким риском.

. Если члены ЕАТА осознают, что личностные конфликты или медицинские проблемы могут помешать их способности выполнять контрактные отношения, они должны либо прервать контракт в ответственной профессиональной форме, либо полностью обеспечить клиента информацией, необходимой ему для решения о продолжении контрактных отношений.

. Члены ЕАТА берут на себя ответственность конфронтировать коллег, которые, при достаточно веских основаниях считать так, действуют не этично, и в случае отсутствия решимости сообщать о них в соответствующий профессиональный орган.

. Профессиональные члены ЕАТА берут обязательства продолжать профессиональное и личностное развитие и сохранять квалификацию в своих областях через такие виды деятельности, как обучающие воркшопы, конференции, формальная текущая работа, профессиональные публикации и чтение, вхождение в профессиональные организации.

Мы утверждаем эти принципы как общие для практики всех тех, кто сертифицирован ЕАТА, если только член ЕАТА со всей определенностью не излагает в письменной форме свое собственное понимание этих вопросов. В таком случае клиенту необходимо указать на такое различие, и это должно быть письменно зафиксировано как часть контрактного процесса.

ДВОЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Под двойными отношениями понимают все многообразие контактов терапевта и

клиента, выходящие за рамки «чисто одинарных» терапевтических отношений.

Гринсон (2002) считает, что «аналитик должен уметь ограничивать свои терапевтические намерения, контролировать свои потребности в близости и "скрывать" собственную личность». Он исходит из положений, высказанных Фрейдом, что психотерапевт должен играть роль зеркала в терапевтических взаимоотношениях и не привносить в процесс терапии личную историю. Вместе с тем анализ взаимоотношений Фрейда с наиболее известными клиентами ставит под сомнение его способность следовать собственным рекомендациям. Линн и Вайлант (Lynn, Vaillant, 1998) проанализировали 43 случая взаимоотношений Фрейда с его клиентами и пришли к следующему заключению:

«В 72% случаев у него были неформальные отношения с пациентами или пациентами были его близкие знакомые. В 86% случаев Фрейд не придерживался рекомендованных им самим нейтральных отношений, в 53% была нарушена конфиденциальность лечения. Примерно в половине случаев он делился с пациентами информацией о других больных. И, тем не менее, практические подходы Фрейда полностью соответствуют современным данным о том, что эффективный курс психотерапии требует установления доверительных, поддерживающих отношений между врачом и больным»

Проблема двойных отношений длительное время сводилась к финансовому и сексуальному злоупотреблению клиентами. Подобные одиозные формы взаимоотношений достаточно жестко конфронтируются в этических и юридических кодексах, а случаи их применения становятся достоянием гласного обсуждения. Однако спектр рассмотрения, например сексуальных проблем, достаточно широк: это проблема касания клиента терапевтом в ходе сеанса, это сексуальные отыгрывания и попытки сексуального сближения со стороны терапевта, это и соблазнение, и «игра на слабостях» терапевта, которые принимает клиент.

Клод Штайнер (2003а) вспоминает запрет Эрика Берна на прикосновение к пациенту. Берн боялся, что трансактный анализ может превратиться, как это уже произошло с гештальт-терапией, в разновидность терапии, позволяющей психотерапевту вовлекаться в отношения с пациентами, носящие сексуальный оттенок. И хотя целью запрета не было ограничение поглаживаний между людьми, запрет, тем не менее, привел именно к такому последствию. Анализируя сценарий Берна, Штайнер также замечает, что Берн не умел ни просить о поглаживаниях, ни принимать их.

В суггестивно-ориентированных психотерапевтических школах проблема опасности сексуальных отношений рассматривается и так, что «мужчине-врачу, лечащему пациентку, не следует давать повода к встречающемуся изредка со стороны истеричных психопатов ложному обвинению его, например, в попытке к соблазнению или к насилию» (Зачепиский, 1979). Вследствие этого не рекомендуется проводить сеансы гипноза исте-

ричным женщинам без постороннего наблюдателя.

Некоторые американские страховые компании отказываются страховать психотерапевтов в случае судебного разбирательства, если терапевт прикасался к клиенту во время сессий (Clarkson, 1994).

Если в рекомендациях первого случая игнорируются реалии эротизированных переносных и контрпереносных отношений, то во втором случае ставится под сомнение правомерность тактильного контакта (прикосновения) в терапии, что, конечно, сказывается на ее эффективности и приводит к феномену оборонительной психотерапии (*defensive psychotherapy*) – когда врачи отказываются от пациента, которому могли бы помочь (или стараются не рисковать), опасаясь судебного преследования со стороны пациента или его семьи (Clarkson, 1994).

Интересно, что этическая «эротическая» дилемма, связанная с контрпереносом или прогнозируемым юридическим преследованием, своеобразно решается молодыми психотерапевтами, имеющими склонность отбирать для психотерапии пациенток с YAVIS-синдромом (Young – молодых, Attractive – привлекательных, Verbally fluent – разговорчивых, Intelligent – интеллигентных, Successful – успешных), с таким же социальным положением и устремлениями, как и у них самих (Райкрофт, 1995). «В начале 1970-х, когда проводилось так много экспериментов по стиранию границ, иногда можно было услышать, как люди явно искренне утверждали, что такое конкретное принятие терапевтом их сексуальности было бы терапевтичным для пациентов. Интересно, что подобные аргументы нельзя было услышать в работе с более старыми, тучными или физически непривлекательными клиентами»

(МакВильямс, 2003). Все же, считает МакВильямс (2003), что

«...принятие культурой феномена притяжения более старшего или более сильного мужчины к более молодой или более нуждающейся в поддержке женщине... оставляет мужчин более уязвимыми перед сексуальным искушением в ходе терапии. И мы только начинаем формировать структуру этики и ответственности за сексуальные отреагирования, которые могли бы помочь им в этой ситуации».

Другой часто обсуждаемой проблемой двойных отношений являются случаи, когда психотерапевт вынужден терапевтически взаимодействовать с близкими, знакомыми или друзьями. В процессе терапии могут пострадать не только родственные или дружеские отношения в результате ограничения самоактуализации терапевта в близком окружении (например, если терапевт соглашается лечить друга по поводу алкогольных проблем, он тем самым объективизирует в глазах друга действительное наличие серьезной болезни – алкоголизма, сознавая невозможность своего участия в «дружеской выпивке» и поддержке безмятежных приятельских отношений), но также и само качество диагностики и

терапии.

«Опасность, которой подвергается эта категория больных, состоит в неосознанном преуменьшении объема и тяжести страдания со стороны лечащего персонала, недооценке серьезности случая, излишнем прогностическом оптимизме. Этот подход понятен чисто по-человечески: не хочется, чтобы у горячо любимого человека было серьезное, неизлечимое заболевание, поэтому при диагностике невольно уменьшается объем исследований и результаты трактуются "от лучшего". Если при обследовании обычного пациента думают о самом тяжелом диагнозе, стараясь его исключить, то у этой категории больных даже самые высокочувствительные методы "не срабатывают" при ранней диагностике или оцениваются шадящим образом. Зачастую лечащий персонал "отрицает" наличие даже явного заболевания. Это отрицание есть одна из форм психологической защиты от тревоги за судьбу знакомого или близкого. Другая форма психологической защиты персонала, рационализация, приходит "на помощь" этим больным в виде ограничения применения к ним травматичных и болезненных методов исследования, а также "ненужных", но обязательных для других, рутинных методов исследования. Например, игнорируя данные клиники, у больного с острым лейкозом "забывают" взять анализ крови. Выражение "врачебный ребенок" прочно вошло в обиход персонала стационара; несмотря на внимание и отличный уход, у такого ребенка появляются различные осложнения и затягивается процесс выздоровления.

Повсеместно распространена практика консультаций близких и знакомых у врачей, состоящих с просителем в дружеских отношениях. Иногда сами врачи просят друзей-коллег "заняться" кем-нибудь из домашних или сами обращаются за лечебной помощью. Считается, что при таких условиях врач проявит максимум внимания к пациенту, но не учитывается субъективный отрицательный эффект.

Поэтому, если врач хочет получить объективную картину заболевания себя или своего близкого, то он с высоты своего профессионального знания мог бы "договориться" о консультации с заслуживающим доверия и не состоящим с ним в дружеских отношениях врачом» (Шустов, 1996).

Похожие отношения прослеживаются и в случаях, когда один из психотерапевтов обращается к другому с просьбой о лечении вне рамок дидактической терапии. Представляется, что общие принципы «терапии врача» помогут избежать смещения границ и «коллегиальных» игр.

МОРАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ

Мне хотелось бы обратиться к большой статье Грэйс МакГрат (McGrath, 1994), где

автор останавливается на возможности в этически-спорных ситуациях применять Взрослый анализ, опираясь на ряд моральных принципов.

«Чтобы помочь клиницистам принимать такие (этические. – Д.Ш.) решения... Китченер и Томпсон... предлагали терапевтам обращаться к основным моральным принципам, сталкиваясь с той или иной этической дилеммой. Моральные принципы, предложенные специально для психотерапевтов, включают:

- Беззлобность (Не навреди)
- Благодеяние (Содействуй добру)
- Верность (Держи слово)
- Справедливость (Будь честным)
- Автономность (Содействуй самоопределению).

В дополнение, принимая во внимание проблему терапевтических границ, Хаас и Малоуф (1989) рекомендовали принцип универсальности (Избегай специфических ситуаций или ситуаций самообслуживания). Предполагают, что эти принципы терапевт должен соблюдать до тех пор, пока они не начнут противоречить друг другу или найдутся какие-либо извиняющие обстоятельства. Эти принципы формируют основу, с помощью которой терапевт может принимать решения о том, что предпринять в случае, если профессиональные кодексы слишком расплывчаты или противоречат друг другу.

Глубокое понимание данных принципов помогает практикам находить выход в этически сложных ситуациях...

Не навреди

Этот принцип утверждает, что терапевт несет ответственность за предотвращение даже ненамеренного нанесения вреда или увечья, явившихся результатом невнимания или добрых побуждений. Психотерапевт должен:

-) осознавать возможный вред в ситуациях, где неизбежны параллельные (двойные) роли и отношения;
-) убедиться, что был поставлен адекватный и точный диагноз;
-) убедиться, что адекватно оценивает опасность эксплуатации.

Берн (1966) утверждал: «Личностное лечение добавляет в терапевтический контракт одностороннее обязательство терапевта, основанное на древнем этическом принципе: благополучие пациента важнее техники лечения». Терапевтические взаимоотношения должны быть важнее других ролей, исключая ситуации, где их продолжение может привести к еще большему вреду. Примерами таких ситуаций могут быть ситуации «долга предупредить», когда клиент угрожает чьей-то жизни или когда неизбежный конфликт ролей так серьезно мешает терапевтическим взаимоотношениям, что компетентная психотерапия перестает представляться возможной.

Этот принцип хорошо проиллюстрирован в работах Борис (Boris). Она изучила отношение 2133 терапевтов к двойным взаимоотношениям и выяснила, что в них существует явная связь между сексуальным и несексуальным поведением. Экстенсивный анализ данных показал, что незначительные нарушения запрета на двойные взаимоотношения часто способствовали возникновению условий для развития сексуальных злоупотреблений, также происходило общее ухудшение условий терапии. Это, конечно же, не означает, что принятие небольшого рождественского подарка от пациента неизбежно приведет к сексуальным взаимоотношениям. Путаница в понятиях причины и следствия может привести к страху и ригидности, помешать принятию ясных клинических и этических решений, которые учитывают каждое специфическое обстоятельство. Принцип «не навреди» предполагает, что клиницисты должны осознавать, что их действия как психотерапевтов, какими бы безопасными они ни казались, уже несут потенциальный вред, который они должны предотвратить. И с клинической, и с этической точки зрения важно признавать эти границы частью терапевтического процесса и обсуждать их смысл с клиентами. Например, в ТА (но не во всех формах психотерапии) считается этичным обсуждать ограничения и возможные изменения напрямую с клиентами при составлении контракта.

Благодеяние

В контрактах, которые клиенты заключают с ТА терапевтами, безоговорочно принимается, что клиенты получают пользу от выполнения этих контрактов. Это разумное допущение значит больше, чем просто желание избежать вреда. Этичный психотерапевт серьезно подходит к выполнению этого обязательства и соглашается работать с данным клиентом, только если уверен в том, что достаточно компетентен, чтобы лечить его. Бартер – хороший пример практики, в которой мы можем применить принцип благодеяния в отношении малообеспеченных клиентов. Долгая и богатая история бартера привела к тому, что он использовался многими терапевтами. Однако в 1981 г., из-за огромного количества жалоб в этический комитет, вызванных тяжелыми нарушениями границ терапевтического вмешательства, которые часто сопровождают бартерные ситуации, бартер между клиентом и терапевтом был запрещен Американской психологической ассоциацией. Хотя кажется, что бартер «приносит пользу», особенно клиентам с ограниченными финансовыми возможностями, весь вопрос состоит в том, действительно ли эта польза перевешивает потенциальные проблемы. Может быть, «пользу» от бартера имеет лишь терапевт, заинтересованный в продукте, который предлагает ему клиент, и не желающий даже обсуждать с клиентом снижение платы за лечение? Очевидно, что бартер – это практика, которая требует более тщательного рассмотрения.

Верность

Этот принцип исполнения обещаний обычно ассоциируют с понятием конфиден-

циальности. Однако существует гораздо больше обещаний – и скрытых, и явных, – которые дает терапевт клиенту. Самое важное из них – обязательство терапевта использовать психотерапевтические умения, чтобы помочь клиенту выполнить терапевтический контракт.

Справедливость

Принцип справедливости требует честного обращения с людьми. В клинической практике это значит, что терапевты должны избегать дискриминации и стереотипов, и это обеспечивают лечение всем нуждающимся. Мерилом справедливой практики является оказание равнозначных услуг всем клиентам. Очевидно, это не означает, что методы лечения всех клиентов будут абсолютно одинаковыми, ведь в самой сущности психотерапии лежит индивидуальный подход к человеку. Однако терапевт должен суметь ясно сформулировать неопровержимую клиническую причину, объясняющую необычные клинические методы, применяемые для одного или нескольких клиентов, особенно если это касается границ терапевтического вмешательства. Это не только обеспечивает этичность практики, но также позволяет терапевту осознавать контрперенос.

Универсальность

Этот принцип призывает терапевта избегать необычных действий или действий по самообслуживанию. Конечно, эти ситуации настолько нетипичны, что обычные инструкции бесполезны или неприменимы. Если позволяет время, терапевтам в таких обстоятельствах лучше всего обратиться за консультацией, но это не всегда возможно. Дальше может возникнуть соблазн признать, что обычные этические предписания не подходят в данном «особом» случае. Например, терапевт может решить принять в подарок дорогостоящее произведение искусства от клиента, если клиент – автор этой работы. В таких случаях терапевту полезно задать себе несколько вопросов: «Это именно тот вид клинического лечения, который я хотел бы для себя и своей семьи? Смогу ли я чувствовать себя комфортно, если мои коллеги узнают о выборе, который я сделал? Порекомендовал бы я своим коллегам и супервизируемым поступать таким же образом в подобных обстоятельствах? Как бы я прореагировал на неодобрение с их стороны? И, наконец, есть ли у меня разумный аргумент, чтобы оправдать свое решение, если мне придется защищать свою честь перед этическим комитетом?»

Автономность

Понятие автономности – решающее в трансактном анализе, принимая во внимание то, что она является детерминантой свободного от сценария поведения. Терапевт обязан убедиться, что и процесс, и цель психотерапии способствуют самоопределению клиента.

Забавно, что терапевты, которых преследовали в суде за сексуальные отношения с клиентами, использовали этот принцип, и часто успешно, как довод в свою защиту. Они

утверждали, что если клиент испытывал желание вступить в сексуальную связь с терапевтом, то глупо предполагать, что клиент не осознавал последствий таких взаимоотношений. Однако этот аргумент не принимает во внимание дифференциал власти, скрытый в терапевтических взаимоотношениях, где фрустрированная личность находит и оплачивает услуги эксперта. Несмотря на усилия, которые предпринимаются в трансактном анализе и других видах гуманистической психотерапии, чтобы демифологизировать роль терапевта и представить терапевта и клиента партнерами в работе, некий дифференциал власти и перенос существуют во всех психотерапевтических взаимоотношениях. Ответственность терапевта – поощрять самоопределение клиента внутри ограничений, вызванных этим дифференциалом власти.

Вопросы власти и переноса становятся наиболее значимыми, когда дело касается границ терапевтического вмешательства, и особенно уровня зависимости клиента от терапевта. Чем большим количеством ролей терапевт обменивается с пациентом – например, дружба, забота, профессиональное развитие и одобрение, – тем зависимее от терапевта чувствует себя клиент, и менее вероятно, что он или она будут самостоятельно искать другие источники удовлетворения своих нужд. И наравне с возрастанием этого вида зависимости возрастает опасность эксплуатации клиента.

Ролевая теория и автономия

Так как полностью избежать двойных взаимоотношений нельзя, важно уметь определять, какие из них могут нанести больший вред, привести к эксплуатации и наиболее сильно угрожать автономии клиента. Анализ ролевой теории, сделанный Китченер (1988), предоставляет полезный способ размышления об автономии в связи с двойными взаимоотношениями. Она доказала, что с увеличением различия между ролями увеличивается потенциальный вред. Она выделила три области, в которых может выражаться это различие:

-) несовместимость ожиданий клиента с двумя ролями, исполняемыми терапевтом;
-) расхождение в обязанностях, ассоциируемых с той или иной ролью, приводящее к потере объективности;
-) различие по объему власти и престижа между клиентом и терапевтом.

Например, модель Китченер может быть использована для анализа обычной для Международной Ассоциации ТА ситуации, когда один и тот же человек выполняет роли и терапевта супервизора. Используя эту модель, мы видим несовпадение ожиданий клиента/тренируемого от терапевта с тем, что он или она ждут от супервизора: терапевт соблюдает конфиденциальность и на первое место ставит нужды клиента/тренируемого, в то время как супервизор оценивает (и эта оценка может быть обнародована) клиента/тренируемого и стоит на страже интересов общества, даже если это не соответствует интересам клиента/тренируемого.

Таким образом, если терапевт и супервизор являются одним и тем же человеком, смешение ролей увеличивает вероятность нанесения вреда и подвергает опасности автономию клиента/тренируемого. Наоборот, когда один и тот же человек выполняет роли супервизора и профессора университета, обе роли несут оценочные функции и обязанности по отношению к студенту и обществу одновременно. Риск причинить вред студенту/супервизируемому уменьшается, ведь значительно уменьшилась несовместимость ожиданий и соблюдаются принципы «Не навреди», «Приноси пользу» и принцип автономности.

Многих трансактных аналитиков обучали на модели, где терапевт и тренер были одним человеком.

Виды клиентов	Не навреди (беззлобность)	Содействуй добру (благодеяния)
Аддиктивные	Антисуицидальные контракты	Поддержание трезвости (абстиненции)
Психотики	Связь с котерапевтом (назначающим психотропные препараты)	Минимизация всевозможных двойных отношений (в том числе с родственниками)
Параноики	Отсутствие двойных ролей	Скруплезное выполнение контракта
Обсессивно-компульсивные	Гибкость контрактного метода	+
Истерики	«Не бить по щекам»	Обращение к внутренним нуждам и уважение к внешним проявлениям
Шизоиды	Не отвергать и «не лезть в душу»	Поддержание питающего окружения
Антисоциальные	Соблюдение контрактов и границ	Конфронтация криминального и отклоняющегося поведения

Таблица 1

Применение моральных принципов как терапевтического фактора у различных типов клиентов

Верность (держи слово), конфиденциальность	Справедливость (будь честным)	Автономность (содействуй самоопределению)
Жесткий административный контракт, анонимность	Поддержание уверенности в излечении, конфронтация поведения, но не личности (ОК+ОК+)	Не быть Спасателем и Преследователем
Толерантность к проявлениям болезни (стрессоустойчивость терапевта)	Поддержание ОК+ОК+	Стимуляция и отзеркаливание малейших проявлений автономии. Антипсихотический контракт (В-В)
Поддержание конфиденциальности, особенно в общении с родственниками	Точное обоснование методов вмешательства	Избегание любых игровых ситуаций, чтобы не оказаться Жертвой
Создание возможности пересечения границ со стороны клиента – принятие подарков «очень тронут»	Конфронтация драйвера "Будь сильным". Терапевт, как любой человек, имеет свои слабости	Способствовать появлению и стимулировать развитие новых долговременных отношений
Соблюдение границ	Осторожная честность (искренность), конфронтация манипулятивного поведения	Всяческое поощрение участия мышления, не быть Спасателем
Ясность и точность в проявлениях мысли, чувств и поведения	Отсутствие любых форм эксплуатации. Не обещать быстрых результатов	Поощрение в выражении чувств
Терпимость к поступкам (мудрая толерантность)	Поощрение позитивных изменений и конфронтация негативных (дача ясных положительных и	Поощрение принятия ответственности

	отрицательных поглаживаний)	
--	-----------------------------	--

Некоторые тренирующие и супервизирующие транзактные аналитики продолжают использовать эту модель. Вероятно, эта модель была полезна и успешна в ряде случаев, но она не исключает значительных осложнений и трудностей. Ответственный супервизор, использующий такую модель, должен трезво оценивать, отвечает ли наличие тренера/супервизора/терапевта важнейшим интересам клиента. Вопросы, которые он может себе задать, состоят в следующем. Чьи интересы обслуживаются: клиента/тренируемого или тренера? Какое влияние оказывается на общество в целом и, соответственно, на будущих клиентов клиента/ тренируемого? Это смешение ролей может привести даже не просто к двойным, а к множественным ролям, где клиент/ тренируемый действует как коллега, друг или подчиненный. С увеличением количества ролей увеличивается риск и потенциал нанесения ущерба.

Таблица 1 иллюстрирует возможности использования моральных принципов в качестве терапевтического фактора.

ФИНАНСОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

Говоря о деньгах, мы подразумеваем, во-первых, их функцию компенсации за оказанную помощь, как в сфере государственной, так и в частной практики. Во-вторых, их способность отражать субъективные ожидания получающего и дающего их.

В государственной медицине функция компенсации регулируется величиной заработной платы психотерапевта, о которой пациент может только догадываться и не соотносить ее со сложностью своего случая и душевными и материальными затратами терапевта. В частной же практике компенсаторная функция денег может выступать в качестве терапевтического фактора. Пациент, как распорядитель кредитов, ощущает материально выраженную ответственность за результаты лечения, которую он в полном праве разделить с врачом, требуя соответствующее качество лечения. Ответственность пациента будет распространяться на его поведение: ему будет более выгодно соблюдать режим и предписания врача, чем он делал бы это, будучи пациентом государственной больницы (феномены же сопротивления и психологической защиты дезавуируются при этом в большей степени). Пациент становится собственником своего здоровья, наглядно представляя преимущества его приумножения перед бездумной растратой.

Заключая контракт, договаривающиеся стороны всесторонне обсуждают величину гонорара; лучше это сделать именно вначале. Сумма гонорара определяется исходя из ме-

стных традиций, учитывается минимальный прожиточный минимум. Иногда сумма будет зависеть и от платежеспособности клиента. При таком дифференцированном подходе рекомендуется договор о сохранении в тайне суммы гонорара; это делается исключительно для того, чтобы не ущемлять чувств менее состоятельных клиентов.

Несмотря на высказывания многих аналитиков, в частности Фрейда, где он говорил о недопустимости бесплатных сеансов и приводил в качестве примера, что он за всю жизнь провел только один бесплатный психоанализ – самому себе (а еще Леонардо да Винчи, Достоевскому, Ибсену. – Д.Ш.), некоторые все же полагают, что какой-то суммой следует «жертвовать» (Урсано и др., 1992). Учитывая наличие психологических защит и сопротивления, о которых пациент сознательно не подозревает и которые могут действовать вне зависимости от уплаты-неуплаты гонорара, а также могущий сформироваться в сознании врача своеобразный денежный фетиш, бесплатная работа в частной практике допустима, если не необходима.

Вместе с тем этическая сторона финансового контракта заключается в поддержании автономности клиента. «Оплата ... отбрасывает всякую необходимость в чувстве зависимости и благодарности, когда терапевтическая цель достигнута. Услуги оплачены. Обе стороны чем-то пожертвовали в ходе работы», – считает Карл Роджерс (2002).

Рефлексивная функция денег особенно ярко проявляется при обсуждении вопроса о подарках и благодарности. Вот что пишут по этому поводу авторы медицинского руководства по психодинамической психотерапии (Урсано и др., 1992):

«В идеальном случае подарки брать не стоит, но необходимо исследовать желания и фантазии больного, связанные с таким доверием. Однако иногда, когда имеешь дело с ранимым пациентом, отказ от подарка может нанести такой удар по его самолюбию, что он значительно перевесит все преимущества, получаемые от отказа принять подношение. В таких случаях необходимо здравое клиническое суждение. Подарок можно принять, особенно если понимание и интерпретация такого шага со стороны пациента становится частью обычного лечения. Само собой разумеется, что если пациент хочет сделать какой-то очень дорогой подарок, то такие подарки нельзя принимать с этической точки зрения. В любом случае нужно выбирать такие действия, которые позволяют пациенту выражать широкий спектр своих чувств и не приводят к торможению его ассоциаций либо в силу испытываемого им чувства своей исключительности, либо в силу ощущения того, что он для терапевта ничего не значит».

Считается, что благодарность может быть принята, если она выражена в цивилизованной форме, не противоречит более высоким принципам (гуманизм, духовность) и принципам действующего законодательства.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ РАВЕНСТВА И ДЕНЕЖНЫЙ КОНТРАКТ

Если психотерапия – это совместная работа терапевта и клиента, то, собственно, за что платит клиент?

Многие на месте клиентов хотели бы платить за результаты проведенной терапевтом работы. Результат – это облегчение симптомов, принятие нового решения относительно сценария и излечение. Согласно общепринятой ТА-модели, все эти виды благоприятных результатов терапии достигает сам клиент: он включает Взрослый контроль симптомов, он на уровне Ребенка принимает новое решение и начинает эффективно использовать вновь обретенные паттерны поведения, мыслей и чувств. Терапевт играет роль проводника, «идущего вместе» и не опережающего (конгруэнтного) попутчика. То есть клиент оплачивает лоцманские услуги или услуги психотерапевтического сопровождения.

Клиент также может использовать материал, содержащийся в «психотерапевтически образованном Взрослом» терапевта, для расширения своего Взрослого понимания ситуации. Что и происходит на уровне консультирования при получении грамотного и компетентного совета. То есть клиент платит за информирование. Этот вид работы иногда недооценивается (киевский профессор И.А.Сикорский (1896) признавал вопиющую непроплаченность врачебных советов как одну из косвенных причин повышенного числа самоубийств среди русских врачей).

Часть клиентов могут попросить займы Эго – силу терапевта. Например, чтобы сделать продвижение клиенту, требуется заменить неадекватного новой ситуации «слабого» Родителя на сильного защищающего Родителя терапевта. Терапевт демонстрирует нужные Родительские качества и позволяет клиенту провести репарентинг. Несколько иная ситуация складывается тогда, когда терапевт использует прогностические способности своего Взрослого и силу Родителя, чтобы уберечь пациента от самого себя, предлагает или организует, например, госпитализацию для суицидального или психотического клиента. Понятно, что первая ситуация предполагает предоплату за использование необходимых клиенту психических свойств терапевта, а вторая – оплату постфактум, чуть только клиент сможет осознать значение интервенции, сделанной терапевтом.

Поскольку любая работа занимает время, то иногда терапевты объясняют клиентам, что необходима оплата за время, проведенное совместно. Такое объяснение выглядит наиболее правдоподобно, если терапия стоит на месте, клиент начинает регрессировать или прерывает терапию, уступая сопротивлению. Терапевты объясняют также и принцип «аренды времени», когда клиент оплачивает время своего отсутствия на запланированном сеансе в случаях, когда он не смог прибыть к терапевту, заболел или забыл точное время.

В более мягких вариантах клиент может быть «прощен», если он отсутствовал на сессии по уважительной причине или успел заранее предупредить терапевта о планируемом «неприходе», а терапевт смог использовать высвободившееся время. Наиболее эффективное в финансовом отношении использование терапевтического часа наблюдается в групповой терапии. Более того, терапевт может экономить свой психический резерв за счет аккуратного подключения к терапии клиента других участников группового процесса. Понятно, что индивидуальная терапия стоит дороже. Она объективно будет удорожаться по мере старения терапевта и даже не столько из-за более качественных и мудрых его интервенций, сколько из-за возрастания ценности самого времени, которого у терапевта остается все меньше и меньше.

В любом из приведенных случаев клиент оплачивает условия равенства. Предполагается, что он осознает вышеописанные условия, то есть является достаточно продвинутым, чтобы не требовать от терапевта еще и нечто волшебное: волшебную палочку, волшебный совет или магический тренинг. Однако на практике мы часто встречаемся с клиентами, готовыми оплачивать неравные отношения и пожертвовать частью своей автономности.

Как показано на рисунке 16, эти отношения могут быть в рамках (а) контракта заботы (care contract), (б) договора на краткосрочный контракт, заключенный между Маленькими Профессорами (B1) терапевта и клиента, а также (в) манипуляционного «соглашения» между Ребенком (Pe1) клиента и Грандиозным Ребенком (P1B1) терапевта-Спасателя, приглашающего к зависимым симбиотическим отношениям.

Именно два последних варианта вносят этическую сумятицу в денежные отношения.

Вариант (б) возникает в случаях актуальных неврозов, когда невротический конфликт имеет недавнее, постстрессовое происхождение и лежит на поверхности. Следовательно, психотерапия может быть быстрой (1-2 сеанса) или краткосрочной (не более 10 сессий), направленной на устранение симптома. Например, впечатлительный клиент, который участвовал в снятии с петли соседа-суицидента, жалуется, что, как ему кажется, каждую ночь погибший «простаивает» у него в коридоре. Терапевт соглашается, что такое ощущение возможно и что оно обычно проходит через 5 дней после похорон. Действительно, через указанный срок симптом «исчезает». Такой вариант работы, способствующий быстрому излечению, этичен, поскольку экономит душевные силы и деньги клиента, а также время терапевта.

С другой стороны, этот метод нельзя назвать стимулирующим автономность, поскольку Взрослый (B2) клиента был лишен осознания ситуации и не участвовал в процессе, который был решен на уровне Pe2 и был понятен только Маленькому Профессору клиента. Многие профессионалы стоят перед выбором: либо использовать краткосрочное вмеша-

тельство с возможными рисками (если состояние не нормализуется, то трудно перейти к обоснованию долговременных отношений, когда смущенный Ребенок клиента «инициирует» переносный процесс по типу: «Опять обманули, как когда-то в детстве»), либо работать над созданием альянса и контракта, сознавая, что время для быстрого решения проблемы (или разрешения не испытывать симптом) может быть упущено и клиенту придется дополнительно доплачивать за нерешительность и излишнюю осторожность терапевта. Бывает, что Ре терапевта остается недоволен и положительным результатом, поскольку может печалиться об упущенной финансовой выгоде.

Вариант (в) более проблематичен. Наиболее ярким выражением этого варианта является работа по спасению всех страждущих Грандиозным Терапевтом. Харизма спасения привлекает не только гипнотерапевтов, но и разного рода парамедиков – экстрасенсов, колдунов и проч. Этические моменты здесь больше связаны с необходимостью долговременного личностного лечения самого терапевта. Другое дело, когда грандиозный Ребенок, не достигая степени нарциссической патологии, лишь дает о себе знать, приглашая к спасению на уровне двойных транзакций.

Предположения о потенциальном всемогуществе делает терапевта ответственным исключительно за положительный результат работы с любым обратившимся клиентом, тогда как неизбежные отрицательные результаты (именно терапевт и считает их таковыми) расцениваются на уровне личностного и профессионального краха.

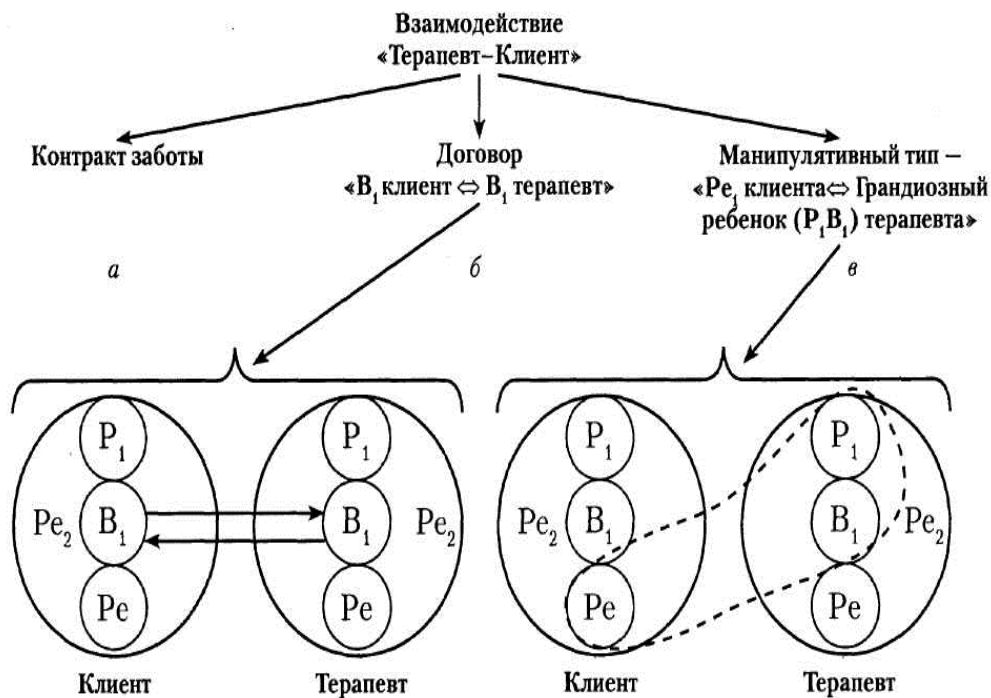


Рис. 16. Неравные отношения в психотерапии

Естественно, что односторонняя гиперответственность порождает ложные этические дилеммы, в том числе связанные с оплатой за лечение.

Терапевты, решая их, либо вообще склонны отказываться от денежной компенсации в процессе лечения, либо стремятся получать деньги «по факту» положительного результата, уже одним этим «планируя» возможную неудачу в ходе известной игры «Я только хотел помочь Вам». Отражением существующего напряжения можно считать большое число супервизионных запросов начинающих терапевтов, сомневающих в своей компетенции, фрустрированных, по их мнению, отрицательными результатами терапии и разделяющими обывательское представление о несовместимости врачебного искусства и денежной компенсации.

КАК МОЖНО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФАКТОР ОПЛАТЫ

Если терапевт свободен в своем отношении к денежному вопросу, он может эффективно использовать оплату в виде мощного терапевтического инструмента. В таблице 2 мы суммировали наш опыт такого рода работы с различными категориями клиентов.

Первая колонка таблицы характеризует тип психической организации клиента.

Вторая колонка, «Деньги как защита», обращает внимание на факт легитимности оплаты как способа защиты клиента, например, от преследования налоговых или других государственных органов, отслеживающих законность денежных взаиморасчетов. Подразаумевается, что если терапевт работает в частной практике, то, следовательно, он должен иметь лицензию, платить налоги и выдавать клиентам чек (или другой документ) на полученную сумму. Иногда клиенты могут отказываться от сиюминутной «бухгалтерии», например, предполагая, что таким образом может быть нарушена конфиденциальность, либо демонстрируя свое особое отношение к денежному вопросу, а через него – и к терапевту. Такие случаи требуют постепенного исследования, поскольку могут вскрыть особенности отношений клиента к такому важному аспекту жизни, как финансовое регулирование. Поэтому в ряде случаев терапевт по согласованию со своим Взрослым или администрацией может не требовать от клиента строгого и «с первого визита» документального финансового оформления терапевтических отношений.

Третья колонка, «Деньги как средство платежа», уделяет внимание самому процессу оплаты как возможному способу конфронтирования сценарных паттернов либо, как в случае с обсессивно-компульсивными клиентами, способу присоединения и уважения личностных границ.

Четвертая колонка, «Деньги как терапевтический фактор», раскрывает более подробно содержание и смысл двух предыдущих колонок.

Таблица 2

Терапевтическое использование денег

Кли- енты	Деньги как защи- та тера- певта	Деньги как сред- ство платежа	Деньги как терапевтический фактор
Аддик- тив- ные	Злоупот- ребля- ющие наркоти- ками – обяза- тельна ле- гитим- ность (в том числе защита терапевта)	Наркоманы – же- лательна предоп- лата и серьезные цены за услуги. Алкоголики – предоплата не обязательна, же- лательно соблю- дение принципа «аренды време- ни», чтобы избе- жать роли Спаса- теля	Наркоманы – деньги, уплаченные вперед, сти- мулируют очередные посещения врача и орга- низируют внутренний локус контроля пациента. Высокая сумма за услуги позволяет избежать обесценивания в глазах клиента работы тера- певта, а также подчеркивает всю серьезность сегодняшних проблем клиента. Платное лече- ние для алкоголика имеет первостепенное зна- чение, деньги являются символом вложенной в процесс терапии энергии пациента, позволяют терапевту избежать роли Спасателя. Сумма курса лечения не должна быть меньше суммы, которую тратит («пропивает») алкоголик в те- чение одного запоя.
Пси- хоти- ки	Деньги повышают мотива- цию и стрессо- устойчи- вость те- рапевта к возмож- ным кри- зисам в процессе терапии, снижают его гран-	Обычно распла- чиваются за се- анс. По МакВиль- ямс (2003), «по- литика сдержива- ния цен» при ле- чении психотика сравнима с аргу- ментом, «что ра- ковые больные должны получать аспирин». Психо- терапия психоти- ка эффективна и принимается с	Часто имеют «тайны и весьма своеобразные представления о значении денежного обмена». МакВильямс (2003) советует говорить психо- тику: «Я беру плату, поскольку зарабатываю себе на жизнь, помогая людям разрешать их эмоциональные проблемы. Кроме того, я на практике понял: когда я беру меньшую плату, то обнаруживаю, что начинаю чувствовать обиду на пациента, и думаю, что не смогу как следует помочь тому, на кого лично обижен».

	диозность	благодарностью.	
Пара- ноид- ное лич- ност- ное рас- строй- ство	Абсолют- ная леги- тимность, как защи- та и тера- певта, и клиента от игр.	Плата по оконча- нии каждой сес- сии. Обратить внимание на точ- ность сдачи.	Оплата, безусловно, важна, но терапевту го- раздо важнее доверительные отношения. По- ощряется благотворительность.
Обсес- сивно- ком- пуль- сив- ное лич- ност- ное рас- строй- ство	Легитим- ность в течение всего кур- са лече- ния. Воз- можность отказа от жесткой регламен- тации -как показа- тель пози- тивного движения клиента.	Плата по оконча- нии каждой сес- сии. Обратить внимание на точ- ность сдачи. В отличие от пара- ноика, где нечет- кость может трак- товаться клиен- том как преследо- вание или обес- ценивание, здесь соблюдение точ- ности подчерки- вает уважение к границам клиен- та.	Способ, с помощью которого клиент ощущает близость с терапевтом и имеет возможность давать позитивные условные поглаживания те- рапевту.
Исте- риче- ское лич- ност- ное рас- строй- ство	Легитим- ность и формаль- ная сторо- на расче- тов не обяза- тельны на первых	После сессии в точно оговорен- ной сумме (не брать больше де- нег), чтобы ис- ключить возмож- ность манипуля- ционного поведе- ния клиента. Со-	Оплата как способ установления границ между рабочими и дружескими отношениями. Оплата как ясный и недвусмысленный в плане сексу- альных отыгрываний и других форм эксплуа- тации клиента) эквивалент благодарности за терапевтическую помощь.

	сессиях, затем обязательны для установления ясных границ рабочих взаимоотношений.	блюдение принципа «аренды времени»	
Шизоидное личностное расстройство	Прозрачность и понятность в процедуре приема денег	Возможна предоплата, а также оплата перед сессией как приемлемая форма близости, которая сопровождается позитивными поглаживаниями со стороны терапевта. Возможно повышение оплаты по инициативе клиента из тех же соображений.	Оплата как способ установления близости, демонстрации серьезности намерений. Отказ от взятия платы за лечение из благих побуждений терапевта может быть интерпретирован клиентом как очередное обесценивание. Следует также иметь в виду замечание К. Штайнера (2003а), относящееся, по нашему мнению, к шизоидной части клиентов, о том, что «...отношения с терапевтом часто становятся для пациента самыми важными в жизни... моделью "идеальных отношений", которые он позднее будет искать в своей жизни; нередко пациенты относятся к терапевту с такими же чувствами, как к лучшему другу или возлюбленному. Я нахожу такое положение дел тем печальнее, чем выше плата за час работы терапевта. Отношения с терапевтом не могут быть моделью настоящих близких отношений, так как имеют особенность немедленно прекращаться, когда у клиента кончаются деньги, что при наличии настоящей дружбы было бы невозможно»
Анти-социаль-	Обязательная легитим-	Обязательная предоплата, соблюдение прин-	Оплата как способ присоединения к ценностям клиента. «...При обсуждении вопроса оплаты терапевту следует, не защищаясь, признать

ное личностное расстройство	ность	ципа «аренды времени», в том числе и для стимуляции визитов. Если не было предоплаты, то должна быть ясная просьба терапевта об оплате в начале сессии, вплоть до отказа работать, если клиент не оплатил сессию. Защита клиента от «садистического триумфа над терапевтом» (Мак-Вильямс, 2003)	эгоистичность и жадность в качестве разумного объяснения платы» (МакВильямс, 2003)
-----------------------------	-------	---	--

ЛИТЕРАТУРА

- Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Пер. с англ. М: Прогресс, 1988.
- Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003.
- Зачепиский Р.А. Психотерапия истерии // Руководство по психотерапии под ред. В.Е. Рожнова. 2 изд. Ташкент: Медицина, 1979. С. 343-357.
- Кокс М. Взаимоотношения равенства в психотерапии: роли, права и ответственность // 5 лет Рязанской Ассоциации транзактного анализа. Сборник статей под редакцией доцента Д.И. Шустова. Рязань: Пресса, 2000. С. 16-25.
- Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности и клинический процесс / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2003.
- Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995.
- Рейтель-Тейль С. Этика в клинической психологии // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб: Питер, 2002. С. 101-120.
- Роджерс К. Консультирование и психотерапия // Искусство консультирования и терапии / Пер. с англ. М.: Апрель Пресс, Эксмо, 2002. С. 5-321.
- Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики. Анализ жизненных сценариев / Пер. с англ. М.: Апрель Пресс, Эксмо, 2003.
- Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2003а.
- Шустов Д.И. Учебное пособие по медицинской психологии (Психотерапия в практике врача). Рязань: Пресса, 1996.Р. In Recognition Of Dual Relationships // TAJ (Ethics). 1994. Vol.24, №1. P. 32-38.W.F.//TKJ. 1991. Vol. 21, №2. P. 114-115.D.J., Vaillant G.E. (AmJ. Psychiatry 155:163-171, 1998). Анонимность, нейтральность и конфиденциальность в психоанализе Зигмунда Фрейда: обзор 43 примеров психоанализа, 1907-1939 // Избранные статьи из ежегодного издания по психиатрии и проблемам психического здоровья. 1999. Т. 3. С. 7-8.G. Ethics, Boundaries, and Contracts: Applying Moral Principles // TAJ (Ethics). 1994. Vol. 24, № 1. P. 6-14.

ГЛАВА 4. КОНТРАКТНЫЙ МЕТОД В ТРАНСАКТНОМ АНАЛИЗЕ

Бэргойн: ...Ну, хорошо, мистер Даджен, вот о чем я хотел просить вас. Кто такой (заглядывает в письмо) Уильям Мэйндек Паршоттер?

Ричард: Мэр Спрингтауна.

Бэргойн: А что, этот Уильям ... Мэйндек и так далее – человек слова?

Ричард: Вы у него покупаете что-нибудь?

Бэргойн: Нет.

Ричард: Тогда можете на него положиться».

Бернард Шоу. «Ученик Дьявола»

ЧТО ТАКОЕ КОНТРАКТ?

Использование контрактного метода отличает ТА от других психотерапевтических школ. Предложив контрактный метод, Эрик Берн радикально изменил отношения между терапевтом и клиентом, полагая клиента равным терапевту по своим возможностям думать и нести ответственность за результаты терапии. Одним из условий такого равенства является принятый в ТА человеческий (в отличие от профессионально-медицинского диагностического сленга) язык, который совместно используют обе стороны в терапевтическом процессе. Понятный клиенту язык включает Взрослое мышление пациента, а также не смущает его Ребенка, в котором ожидаются наибольшие терапевтические изменения. Что касается взаимной ответственности за результат лечения, то ближайший друг и сподвижник Берна Клод Штайнер (2003) определяет вклад каждого участника лечебного процесса как пятьдесят процентов.

Элементы контрактного метода всегда использовали в медицине, сообразуясь, однако, с патерналистической этикой

Гиппократ – ограниченно, в лучшем случае, исследуя финансовые и временные возможности клиента.

Например, Зигмунд Фрейд в своей работе «Конечный и бесконечный анализ» приводит вариант подобной терапии с русским пациентом, где в условиях «самозатормаживания лечения» Фрейд ограничил свою последующую помощь годичным сроком (контракт на лечение в течение года). При этом «...Его (пациента. – Д. Ш.) сопротивления ослабевали, и за оставшиеся месяцы он смог воспроизвести все воспоминания, установить все связи, казавшиеся необходимыми для понимания прежнего и устранения нынешнего неврозов». Назвав данный прием «шантажирующим», Фрейд замечает, что «он эффективен лишь в случае применения в нужное время, но не дает никаких гарантий полного ре-

шения задачи. Напротив, можно быть уверенным: если одна часть материала становится доступной под давлением угрозы (в данном случае – прекратить лечение. – Д.Ш.), то другая остается закрытой и тем самым заброшенной, потерянной для терапевтических усилий».

Понятно, что в контексте «бесконечного анализа» завершение терапевтического процесса, немислимое без заинтересованного участия пациента, было обесценено Фрейдом. Штайнер (2003а) отмечает, что Берн требовал от своих учеников «умения вылечить клиента в течение первого сеанса совместной работы. Если ему это не удалось, всю неделю до следующего сеанса он должен думать, что он сделал не так и что нужно будет сделать, чтобы вылечить пациента во время второй встречи, и так далее, пока пациент не будет излечен или психотерапевт не признает своего поражения».

Берн определил контракт как четко выраженную двустороннюю приверженность строго определенному плану действий. Наиболее популярное и краткое определение контракта мы находим в книге Джеймс и Джонгвард «Рожденные выигрывать» (1993), где «контракт – это договор с самим собой и/или с кем-нибудь еще об изменении».

Контракт включает, по меньшей мере, две части: административную, когда договаривающиеся стороны обсуждают административный (лечение в государственном учреждении, частной фирме или в рамках индивидуальной частной практики) и финансовый контексты их совместной работы, а также профессиональную, содержащую профессиональную цель терапии, «которая будет изложена в таких терминах, как «лечение симптомов», «реорганизация личности», «социальный контроль», «переориентация» или «психоанализ» (Берн, 2001). Данная терминология должна быть понятна для клиента.

Что касается административного контракта, то в большинстве случаев лечения в организациях, а также когда терапевт имеет дело с несовершеннолетними детьми, за лечение которых платят родители, контракт принимает форму трехстороннего соглашения (English, 1975), где все имеющиеся трансакции (на социальном и психологическом уровнях) между организацией, терапевтом и клиентом должны быть прояснены (рисунок 17). В процессе работы над построением валидного контракта должны быть учтены четыре базовых требования, предложенные Клодом Штайнером (2003, 2003а), в которых воплощен юридический опыт по составлению долговременных контрактов. Эти требования следующие:

Взаимное согласие, которое включает просьбу клиента о терапевтическом вмешательстве, предложение определенных методов и условий терапии со стороны терапевта и принятие этого предложения клиентом.



Рис. 17. Трехсторонний контракт (English, 1975)

Вознаграждение.

В ситуации терапии это означает, что как терапевт, так и клиент извлекут некую выгоду из самого процесса. Клиент получает от терапевта квалифицированную помощь в избавлении от указанного в договоре симптома, а терапевт в качестве вознаграждения получает заранее оговоренную сумму денег.

Компетенция.

Этот требование ограничивает возможность подписать договор со стороны несовершеннолетнего (лучше, если это сделают и подросток, и родители, чтобы последние не могли прервать терапию без согласия ребенка), недееспособного – то есть того, чьи умственные способности повреждены настолько, что он не в состоянии осознать значение подписываемого материала (в основном лица с органическим поражением ЦНС и слабоумием, лица в состоянии острого психоза).

Законность.

Ни сам терапевтический договор, ни вознаграждение не должны нарушать существующие в стране законы, наносить ущерб общественному благу или нравам.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРАКТ. СТОП-КОНТРАКТЫ

Стратегии, позволяющие заключить хороший лечебный контракт между Взрослым пациентом и Взрослым терапевтом, предусматривают согласие Ребенка и одобрение положительного Воспитывающего Родителя пациента.

Ян Стюарт и Вэнн Джойнс (1996) предлагают учитывать ряд обстоятельств для построения эффективного контракта.

Они считают, что одна из целей контрактной работы – это сделать скрытый план взаимоотношений пациента и терапевта явным. Обнаружение скрытых посланий и ясная формулировка условий контракта блокируют психологические игры и помогают терапевту и клиенту оставаться вне Драматического Треугольника (Жертва – Преследователь – Спасатель).

Например, впервые обратившаяся пациентка просит терапевта о помощи. После получасовой консультации она также просит записать его «блестящие» рекомендации в амбулаторную карточку приличных размеров, которую в конце визита она достала из сумочки. Изучая карточку, терапевт отметил, что в ней имеются записи, по крайней мере, еще десяти его коллег, сделанные в течение последних месяцев. На вопрос терапевта, что будет, если он откажется вписать и свое имя в столь впечатляющий кондуит, пациентка, явно испытывая смущение и растерянность Жертвы, говорит, что тогда она придет в следующий (и последующий) раз, пока запись не окажется в ее карточке. Продолжая исследование мотива обращения, терапевт замечает, что если она считает запись единственной целью ее визита, то терапевт немедленно это сделает, тем самым подтверждая, что цель контракта – это диагностика с последующей записью в карточку. После некоторой паузы пациентка не согласилась с этим предложением, уверяя, что ее настоящая цель – вылечиться (см. главу 13).

Другой пример иллюстрирует разницу в мировосприятии терапевта и клиента, где терапевт принимает свое понимание того, в чем нуждается клиент, за истинные намерения клиента. В ходе двадцатой сессии и терапевт, и клиентка «забывают» составить промежуточный контракт на сессию. Клиентка говорит о своих трудных отношениях с матерью и противоречивых чувствах, которые она испытывает. Терапевт, «забывая» исследовать природу чувств, предоставив для этого нужное клиентке пространство, ориентируется на свой прошлый опыт работы с ней, бросается спасать ее, приглашая выразить вину за «неудовлетворительное», по его мнению, поведение клиентки по отношению к матери. Терапевт «не слышал» возражений со стороны клиентки, а между тем напряжение и непонимание в ходе сессии нарастали. Оказывается, пациентка хотела убедиться, что ее чувства раздражения и тревоги, которые, заметим, терапевт расценил как депрессивные,

встречаются не только у нее, что это не она – не О'кей, а отношения – не О'кей, и материнский вклад в них не менее важен, чем ее собственный. Таким образом, контракт должен быть заключен на «нормализацию чувств», а не «на выражение чувства вины».

Заключение эффективного контракта возможно при ориентации на цели изменения путем смещения акцента с самой проблемы на картину желаемого результата в ходе совместной терапевтической работы. «Если терапевт и клиент акцентируют свое внимание на проблеме, то они будут неосознанно заниматься негативной визуализацией (в отличие от креативной визуализации. – Д.Ш.), направляя свои внутренние ресурсы не на решение проблемы, а на ее изучение» (Стюарт, Джойнс). При этом цель изменения должна быть представлена позитивными словами, без частицы «не», поскольку нельзя определенно и однозначно представить «не плохую жизнь» или «недорогую машину». В наркологической практике основная трудность первого этапа заключения контракта – позитивное переформулирование желания «не пить», где сама работа по переформулированию становится работой, высвечивающей последующие мишени терапии. Анализ позитивных выражений алкоголиков типа «завязать» или «остановиться», так щедро предлагаемых пациентами, мог бы послужить основой логотерапевтическому поиску или поиску того смысла, который вкладывает сценарный Ребенок во Взрослые уста пациента. Например, в случае «завязать» это может быть «завязать узел» на патологически измененную память или «завязать» петлю на шее алкогольного аутоагрессанта, который в отсутствии выпивки становится лишенным последнего средства совладания с ситуацией. В случае «остановиться» это может быть «остановиться и осмотреться» кругом, найти новый экзистенциальный смысл (смысл существования) вне алкогольной сценарной гонки, а может быть «остановиться» в своем личностном и профессиональном развитии, лишившись водки – стимулятора всякого рода творчества и контактов. В любом случае, время, которое высвобождается после прекращения запоев, требует самого пристального внимания в плане нового структурирования, а человек, оставшийся один на один (без смягчающей водочной прокладки) с проблемами, лежащими в основе алкогольного сценария, требует терапевтического вмешательства.

Контракты, принятые с частицей «не», в трансактном анализе называются «не-контракты» или «стоп-контракты», поскольку они не могут работать долго.

Стюарт и Джойнс (1996) сообщают по этому поводу:

«В теории ТА имеется хорошее объяснение неэффективности «стоп-контрактов». Вспомним, что любое сценарное поведение является отражением стратегии Ребенка, направленной на выживание, получение поглаживаний и удовлетворение насущных потребностей. Тогда что же произойдет, если вы заключите контракт с целью «не вести себя» по сценарию? В лучшем случае вы не дадите своему Ребенку ясной цели относитель-

но сценария – вы просто добавите еще один пункт в бесконечный список того, что «нельзя», «не надо», «запрещается» делать, полученный вами в детском возрасте от родителей. В худшем случае вы накладываете запрет на то, что в своем Ребенке воспринимаете как существенное в выживании».

Заключение терапевтического контракта в ТА предусматривает и хорошую обратную связь. Иными словами, ТА-практики спрашивают клиента, по каким признакам мы (терапевт и клиент) будем судить о том, что движемся в правильном направлении, и как изменения, которые будут происходить, будут восприниматься другими, значимыми для клиента, людьми? Полезно вербализировать и защитные стратегии, которые могут использовать и терапевт, и клиент, чтобы не добиться планируемого результата, а также оценить те затраты «в виде времени, денег, обязательств, неприятностей, прощания с кем-то или чем-то, страха перед последствиями изменения и т.д.» (Стюарт, Джойнс, 1996).

И если клиент все же скажет, что вылечиться для него -значит, «не быть инвалидом, т.е. потерять право на пенсию», то стоит отнестись к нему с пониманием и уважением, дать ему время подумать и сделать осознанный выбор.

КОНТРАКТЫ, ПЕРЕКРЫВАЮЩИЕ АВАРИЙНЫЕ СЦЕНАРНЫЕ ЛЮКИ

Теория сценариев жизни, развиваемая в ТА, послужила основой уникальному психотерапевтическому подходу, позволяющему пациенту безопасно исследовать самые крайние варианты возможных сценарных исходов: суицид, убийство и сумасшествие.

Сценарии, имеющие такие исходы, называются гамартическими (hamartia – в поэтике Аристотеля «роковая ошибка»). Холлоуэй (Holloway, 1973) в изданной частным образом монографии назвал эти выходы спасательными люками (escape hatches). Он считал, что люди с гамартическими сценариями оставляют за собой право прибегнуть к этим выходам в случаях непереносимых жизненных обстоятельств, более того – они поддерживают запас плохого самочувствия, чтобы сохранять доступность трагического сценария даже в ситуациях, когда ничто не угрожает их жизни.

Гарри Бойд и Лаура Каулиз-Бойд в своей замечательной статье «Блокируя трагические сценарии» (Boyd, Cowles-Boyd,

), развивая идеи Холлоуэй, предложили и обосновали технику закрытия спасательных люков. Ниже мы приводим подробную выдержку из этой статьи и не только потому, что она не была переведена на русский язык, но и из-за многочисленных дискуссий, развернутых вокруг самой статьи и техники.

«Мышление Ребенка, которое обычно связывают со спасательными люками, следует формуле: "Если дела пойдут совсем плохо, я всегда могу (убить себя / убить другого /

сойти с ума)". Несмотря на кажущуюся экстремальность этих трех исходов, Ребенок (P2) воспринимает их как окончательные решения непереносимых ситуаций. Пациенты с открытыми спасательными люками поддерживают запас плохого самочувствия для того, чтобы сохранять доступность трагического сценария, таким образом прерывая работу жестких контрактов и контрактов, ориентированных на изменение. Когда терапевт позволяет пациенту проходить терапию, предварительно не закрыв его спасательные люки, он ограничивает курс лечения этого клиента применением мягких (с возможностью быть пересмотренными в одностороннем порядке. – Д.Ш.) контрактов.

Когда спасательные люки, наконец, закрыты, терапевтический процесс сразу же выигрывает в нескольких направлениях.

. Над трагическими исходами сценария у пациента устанавливается социальный контроль.

. Теперь пациент может завершить контракт, ориентированный на изменение, с минимальной тревожностью и сопротивлением.

. Пациент осознает собственную ответственность за жизненную ситуацию, в которой находится, и то, что в его власти изменить эту ситуацию.

. Пациент становится способен испытывать всю гамму чувств и владеть ими без страха "потерять контроль".

. Теперь пациент получает доступ к информации относительно тех игр и рэкетов, которые он использует, чтобы поддерживать жизненную позицию текущего сценария и убеждения.

. Значительно уменьшается интенсивность и вредность игр и рэкетов пациентов.

. Терапевт может использовать вновь доступную энергию для контрактов, ориентированных на изменение.

Мы полагаем, что спасательные люки нужно закрывать в процессе работы со всеми пациентами на столь ранней стадии в курсе лечения, насколько это возможно; при этом не нужно ждать, пока диагностически подтвердится действие гамартического сценария. Более того, практично и важно закрыть все спасательные люки во время одной сессии. Холлоуэй подчеркивал, что у пациента всегда имеется более чем один люк; закрытие всего лишь одного из них повышает вероятность того, что пациент немедленно использует запасной или запасные.

Конечно, некоторые пациенты приходят на терапию с уже закрытыми всеми или несколькими спасательными люками – и все равно не повредит закрыть их вновь. Говоря терминами структурного анализа, закрытие спасательных люков требует специфической деконтаминации Взрослого первого порядка для того, чтобы освободить процесс приня-

тия решений пациентом от влияния чувств и решений архаического Ребенка.

Когда деконтаминация завершается, пациент становится способен принять твердое Взрослое решение закрыть все спасательные люки, и это решение не требует консенсуса с Эго-состоянием Ребенка. Терапевты должны уделять большое внимание тому, чтобы различать действие Взрослого/В2 от сверхадаптации Адаптированного Ребенка в принятии этих решений. В этом случае результатом будет социальный контроль гамартического сценария, а не решение сценарных проблем. Как и при большинстве деконтаминации первого порядка, принятие этого решения – относительно простой и ясный процесс. Терапевты должны усвоить, что закрытие спасательных люков вовлекает решение (Goulding, 1972), а не контракт. «Контракт» подразумевает соглашение, действующее в определенных обстоятельствах или условиях, "решение" подразумевает твердое, безусловное решение. "Контракты" можно обсуждать, менять или разрывать, они могут содержать скрытые пункты – в решениях всего этого не наблюдается. Поэтому важно использовать слово "решение", а не "контракт".

Закрывая спасательные люки, пациентов просят повторить ряд предложений, которые звучат критично. Для каждого люка используется одна и та же общая структура: "Я могу хотеть (убить себя, убить другого, сойти с ума), но я не сделаю этого". Каждый пациент вставляет каждое из трех утверждений в данную формулу. После того, как пациент повторяет какое-либо утверждение, ему задается вопрос: "Вы хотите, чтобы это высказывание соответствовало вашей жизни?" Именно при ответе на этот вопрос пациент принимает настоящее решение. Важно отметить, что чувства пациента не обесцениваются и что пациента не вынуждают "чувствовать" что-то или изменять свои чувства каким-либо способом. Наш опыт показывает, что любое сопротивление пациента в процессе принятия этих решений сигнализирует о незавершенности процесса деконтаминации. В этом случае мы продолжаем первичный процесс деконтаминации до тех пор, пока сопротивление пациента не будет устранено. Тогда мы просим пациентов ответить на последний вопрос: "Если вы обнаружите открытые лазейки, закроете ли вы их немедленно?" Процесс интегрирования этих решений часто занимает несколько месяцев, и его свидетельством будет перестановка ценностей и приоритетов. Именно в течение этого времени пациент начинает осознавать дополнительные способы поведения, которые противоречат направленности их решений (т.е. ловушки) на закрытие спасательных люков. Например, один пациент "забросил" свой уличный мотоцикл, предпочтя ему горный велосипед; другие пациенты прекратили курить спустя несколько месяцев после принятия решения не кончать жизнь самоубийством. Терапевт не должен позволить соблазнить себя ролью психического детектива. Ответственность за закрытие и поддержание люков закрытыми лежит на пациенте. Терапевт и пациент тогда могут безопасно продолжать раскрывать проблемы сцена-

рия, зная о том, что действия пациента не приведут к гамартическому исходу сценария.

Пациенты часто просят сделать для них два "исключения" при окончательном закрытии люков, т.е. разрешить:

- суицид при смертельном заболевании;
- убийство в целях самозащиты или защиты семьи.

Такие исключения всегда увеличивают опасность для пациента; эта опасность гораздо выше для тех, у кого имелся трагический / гамартический сценарий. Ни терапевт, ни пациент не должны недооценивать находчивость и способность Адаптированного Ребенка организовывать обстоятельства, в которых могут возникнуть данные исключения. Например, человек со сценарием убийства, скорее всего, обнаружит себя в ситуациях, требующих самозащиты; человек с суицидальным сценарием – прямой кандидат для обнаружения заболеваний сердца, рака или других неизлечимых заболеваний. Пациенты, сделавшие выбор в пользу сохранения исключений, должны осознавать возросший риск и свою ответственность за него.

В определенных случаях терапевту может понадобиться принять "ограниченный во времени" контракт на закрытие спасательных люков, пока полностью не завершится де-контаминация. Терапевт должен помнить, что для исследования на протяжении этого периода применимы только мягкие контракты (контракты, невыполнение которых жестко конфронтируется). Опасности и трудности ограниченных временем решений, касающихся спасательных люков, для пациентов так велики, что терапевт должен вообще, если возможно, избегать их. При лечении пациентов, которые не могут или не хотят заключать даже ограниченный по времени контракт, терапевту, вероятно, придется рассмотреть возможность госпитализации клиента. Очень важно, чтобы спасательные люки терапевта были закрыты, иначе ему или ей не будет доставать силы, требуемой для закрытия спасательных люков у пациентов. По нашему опыту мы убедились, что когда терапевтический процесс с каким-либо пациентом заходит в тупик, то есть за несколько месяцев не возникает никакого терапевтического изменения, это связано с активным действием открытой лазейки в одном из спасательных люков. Когда эта лазейка обнаружится и будет закрыта, терапия вновь будет развиваться эффективно».

Параллельно с работами Холлоуэй и Бойд, в 1973 году в «Американском Психиатрическом Журнале» была опубликована статья Драй и супругов Гулдинг о «Несуицидальных решениях» (Drye, Goulding, Goulding, 1973), в которой авторы делились опытом использования не-суицидальных контрактов в стационарных психиатрических учреждениях, а также книга супругов Гулдинг «Психотерапия нового решения. Теория и практика» (1979) (в 1997 году переведена на русский язык), где рассматривались вопросы закрытия всех трех люков с позиций нового подхода в ТА, названного вскоре второй школой

ТА – «школой перерешения».

Гулдинги предлагали заключать антисуицидальные контракты со «склонными к самоубийству или убийству» клиентами, где сам контракт они определили как «утверждение, сделанное Взрослым клиента, о том, что он будет внимательно следить за собой, чтобы вовремя подавлять в себе позывы к самоубийству или убийству» (Гулдинг, Гулдинг, 1997). «Я никогда не убью себя ни намеренно, ни случайно», – звучит такой контракт. Гулдинги полагают, что если клиент заключает такой контракт на ограниченное время (неделя или месяц), ответственность терапевта – следить за его выполнением так, что «...когда клиент пропускает хотя бы один прием, мы немедленно связываемся с ним и либо подтверждаем контракт, либо уговариваем его лечь в больницу... Когда клиент осознает, что не убьет себя в течение действия контракта, он обычно рассказывает об изменениях в своих чувствах или демонстрирует эти изменения. Он может отметить наступившее сразу облегчение оттого, что у него есть время отдохнуть от мучительной поглощенности вопросом "быть или не быть". Он может отметить и чувство безысходности оттого, что выход из проблем закрыт для него еще до разрешения этих проблем. В любом случае его голос крепнет, а жесты начинают соответствовать мыслям» (Гулдинг, Гулдинг, 1997).

Мери и Боб Гулдинги четко определяют категории клиентов, с которыми необходимо заключать антисуицидальный контракт. Это депрессивные клиенты (в т.ч. и не высказывающие активно суицидальных намерений), пациенты с алкогольной или наркотической зависимостью, истерики с импульсивностью, суицидальные психотики, а также клиенты

«...недепрессивные клинически, но которые находятся в опасности, исходящей от них самих, из-за того, что они неосторожно водят машину или самолет, рискуют, лазая по горам или занимаясь подводным плаванием, или потому что, как они рассказывают, "несчастные случаи так и липнут к ним". Подобные же контракты мы предлагаем людям, не заботящимся о себе: диабетикам, пренебрегающим диетой, гипертоникам, не следящим за давлением, и всем, кто медленно убивает себя наркотиками, никотином, алкоголем или перееданием» (Гулдинг, Гулдинг, 1997).

Антигомицидные контракты рекомендуется заключать с клиентами, воображающими убийство или ведущими себя агрессивно.

«Они заключают контракт не причинять никому вреда и никого не убивать, несмотря ни на какие провокации... Антиубийственный контракт может быть настоящим облегчением для параноидного клиента...

...Если клиент не может или не собирается заключать подобный контракт, мы хотим, чтобы клиент находился под опекой.

...Иногда врачи рассматривают в качестве потенциальных убийц только преступников или сумасшедших и забывают о важности антиубийственных контрактов с теми, кто может убить случайно. Мы добиваемся антиубийственного контракта от тех, кто пьяным водит машину, доказывая, что их поведение может привести к убийству. По этому контракту они должны прекратить садиться за руль в пьяном состоянии» (Гулдинг, Гулдинг, 1997).

Основные возражения относительно методики закрытия аварийных люков со стороны суицидологов, не практикующих ТА, сводятся к тому, что антисуицидальный контракт более необходим терапевту для нейтрализации собственной тревоги, нежели клиенту, что контракт не должен быть альтернативой собственно кризисному вмешательству и иметь какой-либо юридической ценности (Leenars, Wenckstern, 1999).

Размышления относительно целесообразности и процедуры закрытия аварийных люков со стороны некоторой части.

Трансактных аналитиков приводит в своей статье Хелена Харгаден (Hargaden, 2001). Она полагает, что заключение антигамартических контрактов сродни адаптации Ребенка – приспособлению к новому существованию вместе с терапевтом. Она также говорит, что для многих начинающих аналитиков процедура закрытия люков представляется в виде ритуала, который проводится механически в первую (первые) сессии вне зависимости от клинической необходимости. И, наконец, она указывает на опасность контракта, который «ограничивает потенциал для трансформации» клиента, его способность исследовать гамартические области сценария.

Запрет смертельного переживания, согласно Хиллману («Самоубийство и душа», 2004), может ограничивать путь для трансформации, поскольку «без отмирания старого порядка в мире не оказывается места для обновления, потому что ... наши надежды на то, что рост – не что иное, как аддиктивный процесс, не требующий ни жертвы, ни смерти, иллюзорны. Душа предпочитает смертное переживание возвещению о наступлении перемены. Рассматриваемый таким образом порыв к самоубийству является стремлением к трансформации». И далее: «Когда смертное переживание продолжает настаивать на суицидном образе, это может означать, что Я пациента и все, что он полагает своим Я, подходит к своему концу. Все хитросплетения условий и вся структура должны быть разрушены, каждая связь ускользает, каждое обязательство теряет силу. Я будет полностью и безусловно отпущено на свободу...Смертное переживание есть подлинный и полный кризис, и мы не можем пережить одно без другого...Данная идея подразумевает, что кризис самоубийства, поскольку он является одним из способов переживания смерти, должен также рассматриваться как необходимый для жизни души». Хиллман, говоря о необходимости смертельного переживания, утверждает, что реальное самоубийство не так необхо-

димо. Он предлагает аналитику (психологу, но не медику) «не отрицать эту потребность умереть... а продолжать работу с ней. Его (аналитика. – Д.Ш.) задача заключается в оказании помощи душе в ее странствии. Он не осмеливается сопротивляться ей в превентивных целях, так как сопротивление только усиливает непреодолимость побуждения, а конкретную смерть делает еще более привлекательной... Он не придает особой весомости физическому виду смерти, но концентрируется на переживаниях. Подтверждением психической смерти это побуждение можно освободить от навязчивой идеи осуществить самоубийство на органическом уровне. Искренне сознавая безнадежность данного состояния (состояния отчаяния. – Д.Ш.), аналитик констеллирует некое стоическое мужество в самом себе и в другом человеке. Сохраняя такой бодрствующий режим, он уменьшает угрозу панического действия... Не препятствуя в чем-либо развитию событий, аналитик обеспечивает возможность смертному переживанию пациенту, то есть то, в чем ему отказывают повсюду... Пациент знает, что может положиться на аналитика, так как понимание между ними не в силах разрушить даже смерть. Не создавая помех, аналитик, тем не менее, делает максимум возможного, чтобы препятствовать действительной смерти. Проникая, насколько это возможно, в положение другого, он дает возможность этому «другому» не ощущать себя больше в полной изоляции. Пациент не способен теперь спокойно разрушить их скрытый союз и сделать свой шаг самостоятельно».

Полемизируя с Харгаден, Ян Стюарт (Stewart, 2001) считает, что люки не могут быть закрыты из адаптивной позиции и эта процедура по определению означает, что человек принимает решение только на уровне Взрослого. Спасательные люки вряд ли будут закрыты, если терапевт расценивает этот процесс как автоматический или «священный ритуал», поскольку вынужденная сверхадаптация терапевта практически всегда идет параллельно со сверхадаптацией клиента и спасательные люки не будут конгруэнтно закрыты.

«Трансактная терапия имеет широкий спектр концепций и техник для определения контрактов, которые не имеют владельца или носят адаптивный (только согласие Ребенка. – Д.Ш..) характер. Эта сверхадаптация может быть определена с помощью различных внешних признаков: лингвистической структурой утверждений клиента, невербальными знаками, например, недостаточностью визуального контакта, или паравербальными знаками, такими, как необычный тон голоса или слишком быстрое согласие на заключение контракта на несаморазрушение» (Mothersole, 1996).

Для качественного закрытия спасательных люков, считает Стюарт, терапевту необходимо очень внимательно отнестись к процедуре и тщательно просчитать темп на той стадии терапии, которая наиболее подходит каждому клиенту. Некоторые клиенты могут закрыть люки на первой сессии или в течение первых нескольких. Другим могут понадо-

биться месяцы, и даже годы. В таких случаях решение о закрытии спасательных люков может стать центральным изменением, которое произошло с человеком в процессе терапии. Относительно тезиса «ограничение потенциала для трансформации» Стюарт пишет:

«Мне, например, сложно представить себе, что кто-то может ограничить свой "потенциал для трансформации", приняв решение не убивать себя, других людей или не сходить с ума. Говоря обычным языком, вы вряд ли измените свою личность, если лежите в могиле. Тюремное заключение за убийство также не позволит вам измениться. И большинство людей все-таки предпочитают осуществлять личностный рост вне стен клиники для умалишенных.

Когда человек закрывает спасательные люки, он добровольно выбирает жизнь, здоровье и ясный ум».

Модерсол (Mothersole, 1996) подчеркивает, что решение о самоубийстве должно быть основано на крепкой терапевтической связи между терапевтом и клиентом. Если такая связь существует, то клиент, скорее всего, воспримет приглашение заключить такой контракт как самостоятельную осознанную необходимость и заботу психотерапевта, основанную на эмпатийном понимании. В других случаях возникает серьезная опасность, что клиент воспримет это приглашение как запрет на дальнейшее исследование себя, или даже на свое существование, что вызовет новые саморазрушительные мысли и чувства.

С нашей точки зрения, неконгруэнтность антисуицидального предложения терапевта клиенту может выявиться в результате самого этого акта или подготовки к нему.

Нижеприведенный пример свидетельствует о подобной возможности.

НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка К., 30 лет, швея, замужем, имеет дочь 8,5 лет. Наблюдалась с диагнозом экзогенной тревожной депрессии, которая дебютировала без каких-либо значимых причин, если не считать в большинстве своем надуманные претензии к поведению мужа. Уже в течение первых сессий мы обратили внимание, что пациентка скрывает некоторые анамнестические данные, считая их малосущественными, не относящимися к ее основной проблеме, опасаясь, в то же время, что о них может узнать муж. В ходе терапии, убедившись в конфиденциальности и безопасности, она рассказала, что с 10-летнего возраста вместе со старшим братом воспитывалась бабушкой, поскольку мама К. покончила жизнь самоубийством, в предсмертной записке обвинив мужа – отца К. К суициду матери относится сейчас спокойно, с «пониманием», в отличие от старшего брата, который и сейчас считает поступок матери предательством по отношению к детям. Вместе с тем К. стыдится рассказать о суициде матери мужу, бережно хранит материнскую предсмертную за-

писку. Брат матери, дядя К., также в 33 года «неожиданно» покончил с собой. В контексте изложенного необходимо отметить, что бабушка К. по материнской линии в молодости родила двойняшек, которые умерли от неизвестной болезни в младенчестве. Именами умерших детей бабушка К. назвала и последующих детей – маму К. и ее младшего брата, дядю К., тем самым сообщив им неблагоприятный жизненный сценарий, сердцевиной которого и стало предписание: «Не живи». Одна из гипотез «происхождения» депрессии могла быть следующей: дочь К. постепенно приближалась к возрасту, когда сама К. потеряла мать, а обострившаяся семейная ситуация с мужем могла напоминать К. последние трагические годы родительской семьи.

Терапевтический план подразумевал анализ негативного сценария К., поскольку игнорирование столь сильного травмирующего материала было бы не оправданным. Предполагалась работа, направленная на снятие с материнского суицида покровы загадочности и таинственности с последующей проработкой чувств стыда и, возможно, вины – как следствие неадекватной детской ответственности за материнский суицид. На одном из этапов этой работы К. было предложено открыть «семейную тайну» мужу, принести и уничтожить предсмертную записку матери. К. согласилась, обнаружив, что муж был обо всем осведомлен. К. также в присутствии терапевта сожгла предсмертную записку: процедура расставания была трогательной, К. плакала и говорила, что тем самым сняла с себя огромную тяжесть. В течение трех последующих дней К. не чувствовала симптомов депрессии. По мнению терапевта, К. была подготовлена и к принятию процедуры анти-суицидального контракта: терапевту казалось, что она понимала природу своей депрессии, суть психотравмирующей ситуации. Однако, когда терапевт зачитал приблизительный текст контракта, который предстояло совместно подписать, К. реагировала травматически – с чувствами удивления и страха: оказывается, терапевт думает (и уверен), будто бы она способна совершить самоубийство, как мама и дядя, и, более того, стоит на грани между жизнью и смертью. К. отказалась подписать контракт, мотивируя это решение тем, что она никогда не собиралась совершить суицид, и сама постановка вопроса, записанная на бумаге пусть даже в самых «безопасных» формулировках, будет ее тревожить и напоминать о потенциальной возможности рокового поступка. В последующие дни депрессия К. резко обострилась, и выраженный тревожно-фобический компонент мог купироваться только антидепрессантами. К. отказалась продолжать терапию и настаивала на госпитализации и фармакотерапии. Она была госпитализирована и в течение двух месяцев получала среднетерапевтические дозы антидепрессантов. Состояние ее улучшилось, и она была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Примерно через полгода К. позвонила терапевту и пожаловалась на продолжающиеся депрессивные эпизоды, несмотря на прием транквилизаторов. Во время разговора она спросила, действительно ли,

как говорил терапевт, ее депрессия пройдет, когда ее дочери исполнится 10 лет? Еще через 8 месяцев К. вернулась к психотерапевтической работе, заключила антисуицидальный контракт. Раз в месяц, пока дочери не исполнилось десять лет, она приходила на поддерживающие сессии. Проявления депрессии были незначительны и не требовали приема транквилизаторов и антидепрессантов. Психотерапия была прекращена, когда К. попросила об этом, будучи уверенной в собственных силах.

КОНТРАКТИРОВАНИЕ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ

Процесс заключения контракта подразумевает серию трансакций со стороны терапевта, которая должна быть конгруэнтно встречена клиентом. При обращении за психотерапевтической помощью клиент ничего не знает о контрактном методе и своем участии в терапевтическом процессе. Поэтому, отвечая на вопрос терапевта о целях его визита, клиент может попросить нечто нереалистичное или фантастически грандиозное, а терапевт, в свою очередь, может принять запрос клиента «за чистую монету» и согласиться, например, с потенциальным самоубийцей, стоящим на пороге рокового решения, работать над пониманием его интеракций с давно умершей матерью, вместо того, чтобы предложить и обеспечить клиенту немедленную защиту и госпитализацию.

Теория контрактирования Лумис (Loomis, 1982) предлагает учитывать таковые возможности, ориентируясь на уровни контрактирования – или стадии контрактной работы терапевта и пациента. Каждая более высокая стадия контрактирования предусматривает, что предварительно терапевтическая работа уже завершена на более низкой стадии. Иногда, если терапевтическая ситуация того требует, необходимо возвращаться на более ранние стадии, чтобы подкрепить или подтвердить прежние контрактные достижения клиента или перезаключить контракт вновь. В таблице 3 приведены стадии контрактирования, а также фокусы терапевтического вмешательства и лечебные техники, соответствующие каждой стадии контрактирования, в соответствии с пониманием автора (Loomis, 1982).

Контракты 1-го уровня, или контракты заботы, применяются терапевтами в тех случаях, когда из-за недостатка времени (терапевт работает как консультант в приемном покое или амбулатории), специфических условий работы (учреждения, призванные осуществлять опеку и заботу), невозможности достаточной катекции Взрослого Эго-состояния (психотики в острых состояниях, суициденты накануне принятия рокового решения) клиенты не могут осознать психологическую причину их страданий, либо, формально осознавая таковую, не видят возможности для изменения. Профессиональный психотерапевт, понимая специфические условия своей работы, держится подальше от игр

и расплат по сценарию такого клиента, заботясь о его физическом состоянии, опекая его и обеспечивая уход за ним.

Контракты 2-го уровня, или контракты социального контроля, отражают терапевтическую работу, направленную на устранение временного дисбаланса в жизни клиента (носящего или иногда не носящего сценарного характера, как в случаях случайных событий – смерть близкого, или кризисы развития) через усиление его ресурсов по преодолению и контролю над ситуацией. Контракт второго уровня предполагает методы кризисного вмешательства и краткосрочной психотерапии с использованием методов анализа контаминации и исключений в рамках структурного анализа, укрепления и стимуляции поведения, исходящего из положительных Родителей клиента – Контролирующего (избежание опасных решений и ситуаций, контроль за своим поведением) и Воспитывающего (дача самопоглаживаний и позволение принимать поглаживания от терапевта).

«... Необходимо помочь клиенту справиться с текущей проблемной ситуацией прежде, чем вы объясните ему, что его трудности носят повторяющийся характер. Терапевты должны осознавать, что определенный процент клиентов хотят заключить контракт лишь для изменения второго уровня (или нуждаются в нем). Как только они начинают чувствовать себя лучше, они перестают видеть причину для продолжения лечения. Другая часть клиентов хочет заключить контракт на другом уровне, чтобы разобраться со сценарием или игровыми паттернами, которые, как теперь клиенты осознают, повторяются в их жизни, работе и взаимоотношениях вновь и вновь» (Loomis, 1982).

Таблица 3

Уровни контрактов для изменения

Уровень и тип контракта	Фокус интервенции	Лечебные техники
I. Контракты заботы	Избежание рэкетов, игр и расплаты по сценарию	Предоставление защиты – физической или... заботы
II. Контракты социального контроля	Использование В2 при решении проблем. Контаминации и эксклюзии (исключения). Структурирование времени. Экономия поглаживаний.	Кризисные интервенции. Структурный анализ.
III. Контракты взаимоотношений	Сценарные решения. Паттерны взаимоотношений. Высокий вклад или травматические сцены в детстве.	Быстрая (краткая) терапия. Гештальт и релаксационная терапия. Переструктурирование мышления. Трансактный

		анализ. Анализ рэкетов и игр. Анализ сценария.
IV. Контракты структурных изменений	Родительские модели. Устойчивые родительские предписания. Паравербальное, кинестетическое следование образцам	Анализ сценария. Редисижн. Репарентинг. Рефрейминг.

Контракты третьего уровня, или контракты взаимоотношений, выявляют циклический характер повторяющихся поведенческих проблем и расстройств (игры и использование двойных трансакций, рэкеты, сценарий), относительно которых они и заключаются. Терапия носит долговременный характер – около года или более. Помимо вышеприведенных техник, терапевт адресует свою активность к Ребенку клиента, поощряя переносный процесс и процесс воспоминаний. Изменения, которые осуществляет клиент, не достигают степени реорганизации всей личностной структуры и отказа от сценарного поведения, однако важность и значительность этих изменений позволяют клиенту не чувствовать себя контролирующим и боящимся наказания за отказ от опасных Родительских предписаний.

«Результаты, на которые направлены контракты третьего уровня, влияют на все три Эго-состояния. Они характеризуются улучшением уровня жизни и взаимоотношений, большей непосредственностью и открытостью чувств и потенциально неограниченным выбором возможностей для управления ситуациями здесь и сейчас» (Loomis, 1982).

Вместе с тем, чуть только ситуация напоминает травматическую (актуализируются негативный опыт, аккумулированный в Ребенке клиента, или предписания), возможно либо быстрое включение защитного драйверного (актуализация контрпредписания) поведения, что иногда требует продолжения терапии и подталкивает к заключению контракта 4-го уровня, либо инкорпорированный в Р2 клиента Родитель терапевта так хорош, что позволяет пациенту справиться не только с ситуацией, но и с Детскими чувствами, и не обращаться за дополнительной терапией.

Контракты 4-го уровня, или контракты структурных изменений, заключаются в случаях, когда пройдены все три предыдущие этапа и клиент показал, что умеет находить и сохранять необходимую для процесса изменения энергию.

«Иногда случается, что поддержание изменений на 3-м уровне требует такого быстрого расхода энергии со стороны клиентов, что они стремятся перейти на 4-й уровень. Одна такая клиентка, молодая женщина с маниакально-депрессивным синдромом, закончила лечение с ясным пониманием того, что она может вернуться, когда будет в этом нуждаться. Она смогла избавиться от роли Спасателя в семейной драме, вернулась на кур-

сы, чтобы получить степень бакалавра, и стала нормально общаться с друзьями и коллегами. Ей был необходим шанс, чтобы интегрировать знания, полученные на терапии, в обычную жизнь. Через полтора года она снова пришла в группу, будучи готова бороться с ранней оральной яростью и анальным гневом, который она хранила в своем ригидном теле. В течение этой работы нахлынули детские воспоминания о плохом обращении и отверженности, с которыми она была готова начать сражение. Решение этих проблем из прошлого на четвертом уровне контракта освободило ее энергию для близких отношений в настоящем» (Loomis, 1982).

Под изменением структуры подразумевается глубокое перерешение, сделанное клиентом так, что он имеет и демонстрирует возможность полного отказа от сценария. Терапевт использует такие техники, как репарентинг, детская регрессия и рефрейминг истории детства. Акцент в контрактах четвертого уровня ставится на переработке всей патологической структуры и всего процесса взаимоотношений.

ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЛУМИС

Рассмотрение контрактного процесса в ходе лечения синдрома, или «расстройства», предполагает использование ясного долговременного терапевтического алгоритма.

В таблице 4 представлены варианты такой работы с суицидальными клиентами.

СВЯЗЬ ПРОЦЕССА КОНТРАКТИРОВАНИЯ С КОНЦЕПЦИЕЙ ПОТРЕБНОСТИ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ

Эрскин и Траутманн (Erskine, Trautmann, 1997) выделяют восемь первичных потребностей во взаимоотношениях (Primary Relational Needs). Развивая эту теорию применительно к процессу контрактирования, мы предлагаем учитывать основные положения этой концепции.

Таблица 4

Контрактирование с суицидальными клиентами

Уровень и тип контракта	Клинические проблемы	Терапевтические техники
Контракты заботы	Диагностирование суицидальных намерений, тестирование способности клиента контролировать ситуацию через эмпатическое выслушивание	→ Поддержка со стороны +ВР терапевта и деконтаминация В клиента со стороны Ре клиента («Ты не одинок, Я могу понять тебя и позаботиться о тебе»)
	Госпитализация или 24-часовая опека	→ Защита со стороны +КР терапевта («Если ты не сможешь позаботиться о себе сам, то смогу я») (Loomis, 1982)
Контракты социально-социального контроля	Получение от клиента информированного согласия на госпитализацию или на 24-часовой контроль со стороны родственников	→ Катектирование В клиента
	Кризисное вмешательство и формирование навыков для понимания и совладания с кризисной ситуацией	→ Деконтаминация В клиента со стороны Р клиента («Всегда есть несколько альтернативных выборов»). Катексис В и +КР клиента
	Обещание не совершать суицид	→ Антисуицидальный контракт*
Контракт взаимоотношений	Получение согласия на продолжение лечения	→ Продолжение деконтаминации
	Движение к пониманию источников аутоагрессивного поведения	→ Переносная работа с Ребенком клиента (осознавание детского травматического опыта, предписаний и контрпредписаний). Анализ игр
	Формирование постоянного хорошего самочувствия	→ Терапевтическое разрешение: «Живи!»

Контракт структурных изменений	Приглашение продолжать терапию Осознание собственной ответственности за свою жизнь и судьбу Изменение кредо, жизненных установок и стратегий. Расширение чувственного спектра	Анализ сценариев Репарентинг Редисижн
--------------------------------	---	---------------------------------------

Лаура Бойд (Boyd, 1986) предлагает пациенту после закрытия всех трех аварийных люков принять «четвертое» решение относительно любых аутодеструктивных форм поведения, которое она называет «суицидальными элементами повседневной жизни». Четвертое решение звучит так: «Я не буду сотрудничать с моим умиранием».

. Потребность в безопасности

(Человек должен знать, что взаимодействие и все, с ним связанное – безопасно).

Этот принцип подразумевает обязательное заключение контракта на конфиденциальность, особенно с учетом параноидной (послание «не доверяй») части личности клиента, а также предъявляет ряд требований и к офису (закрытая дверь) психотерапевта. Для шизоидных клиентов будет полезной оценка дистанции, как физической, так и эмоциональной, с которой ведется процесс контрактирования.

. Потребность быть оцененным в результате общения с заботой и уважением.

Особенно эффективно понимание этого принципа при контрактировании с клиентами, получившими послание «не будь важным». Терапевт в этих случаях на начальных процессах взаимодействия не подчеркивает ценность временного контракта, а также не обесценивает важность любых высказываний клиента. Приведем пример.

Клиент: «Сколько у меня времени?» Терапевт: «Мы не ограничены во времени».

. Потребность в принятии другим.

Клиенты с Родительскими посланиями «не принадлежи», «не будь близок» и, отчасти, «не думай» могут выглядеть растерянными и не способными четко и понятно сформулировать проблему. Такие клиенты нуждаются в поощрении и ненавязчивом приглашении рассказывать и думать. Может быть, главная ошибка терапевта при контрактировании с ними – это дать им понять, что они в очередной раз могут быть отвергнуты.

. Потребность во взаимности

(Потребность быть рядом с понимающим человеком, который заинтересован в поддержании общения и разделяет ваш образ мыслей)

Для тревожных и обсессивно-компульсивных клиентов важно быть присоединенным к терапевту еще и как к человеку, который не вызывает опасений, возникающих на религиозной, расовой или другой культуральной почве. Тонкая подстройка под систему

ценностей клиента требует от терапевта понимания и толерантности. Например, при обсуждении этого принципа в тренинговой группе один терапевт заметил, что бывают случаи, когда он не может искренне полностью разделить систему ценностей клиента, тогда он говорит: «О'кей, у меня есть друг, который думает так же».

Вместе с тем несовпадение ценностей или их диаметрально противоположность может в этом случае сделать терапевтический процесс невозможным.

. Потребность в самоопределении

(Потребность быть уникальным, где уникальность должна быть оценена и принята другими)

Следование этому принципу при контрактировании будет полезно при взаимодействии с неуверенными и застенчивыми клиентами («не будь уникальным», «не высовывайся»), а также с личностями, имеющими в своем арсенале истерический радикал («не следуй своим потребностям», «угождай другим»).

Терапевт говорит клиенту:

Вы очень необычный, интересный человек, или

Почту за честь быть вашим терапевтом.

. Потребность влиять на другого, изменяя его мысли, чувства и поведение

Иногда напористый и требовательный клиент может восприниматься как потенциальный Преследователь, если не брать во внимание тот дефицит обратной связи (отзеркаливания), в котором он воспитывался. Поэтому не будет ошибкой при контрактировании учитывать «влияние» клиента, например, назначая сессию в удобное для него время или, подчеркивая его правоту («О, вы действительно оказались правы!») в каких-либо обсуждаемых бытовых вопросах. Уважение к грандиозности клиента особенно необходимо, если учесть, сколь масштабных изменений может ожидать от него терапевт в будущем.

. Потребность испытывать влияние другого, что подчеркивает его желание находиться рядом с вами

Часть зависимых клиентов, воспитывавшихся в ситуации брошенности или отвержения (в том числе пола или каких-либо внешних фенотипических признаков), получали послание «ты никому не нужен», «не существуй». Иногда само обращение таких лиц «без серьезных намерений» и с недостаточно востребованной Взрослой частью служит единственной целью восполнения дефицита взаимоотношений. Терапевты должны осознавать эту потребность клиентов и, работая с ними в рамках контракта заботы, не пугаться быть симбиотически доступными. Своим существованием терапевт как бы обеспечивает место, куда такого рода клиенты могли бы постоянно возвращаться. Библейская притча о Блудном Сыне является прекрасной иллюстрацией таких взаимоотношений.

Также подобный контракт поддержки необходим клиентам, отказавшимся от пато-

логических форм структурирования времени – игр и сценариев – для экспериментирования и нормализации новых вариантов активности вне сценария.

. Потребность выражать заботу и любовь

Терапевт, который может не отвергать подарка, знака хорошего расположения или предложения дружбы, тем самым не будет фрустрировать эту потребность клиента. Со своей стороны, терапевт может быть свободен для бескорыстных отношений с клиентом, не фетишизируя финансовых обязательств.

ЛИТЕРАТУРА

Берн Э. Групповая психотерапия (Principles of Group Treatment) / Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.

Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика. (Changing Lives Through Redecision Therapy) / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1997.

Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Трансактный анализ с гештальт-упражнениями / Пер. с англ. М: Прогресс, Прогресс-Универс, 1993.

Стюарт Я., Джоше В. Контракты на изменение // Современный Трансактный анализ / Пер. с англ. СПб: Социально-Психологический Центр, 1996. С. 275-282.

Фрейд З. Конечный и бесконечный анализ // Психоанализ в развитии: Сб. переводов. Екатеринбург: Деловая книга, 1998. С. 5-42.

Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2003а.

Boyd L. Closing Escape Hatches: Decisions for Healthy Living// TAJ. 1986. Vol. 16, № 4. P. 247-249.

Boyd L., Boyd H. Blocking Tragic Scripts // TAJ. 1980. Vol. 10. P. 227-230.

Drye R.C., Goulding R.L., Goulding M.E. Nonsuicide decisions // Am. J. Psych. 1973. Vol. 130. P. 171-174. F. Three-cornered contract // TAJ. 1975. Vol. 5, № 4. P. 383-384.

Erskin R.G., Trautmann R.L. Methods of an Integrative Psychotherapy // Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis. A Volume of Selected Articles. San Francisco: TA Press, 1997. P. 20-36.

Hargaden H. Escape Hatch Closure and No-suicide Contract // The Script. 2001. №4. P. 1,3,7.

Leenars A., Wenckstern S. Suicide prevention in schools: the art, the issues, and the pitfalls // Crisis. 1999. Vol. 20. P. 132-142.

Loomis M. Contracting for Change // TAJ. 1982. Vol. 12, № 1. P. 51-55.

Mothersole G. Existential realities and no-suicide contracts // TAJ. 1996. Vol. 26, №2. P. 151-159.

Stewart I. Closing Escape Hatches: Always Therapeutic, Never Routine // The Script. 2001. № 5. P. 5.

ГЛАВА 5. ЦЕЛИ ТЕРАПИИ В ТРАНСАКТНОМ АНАЛИЗЕ

«... Дорога на восток его не интересовала – она могла привести только назад, к прошлому».

Габриэль Гарсиа Маркес. «Сто лет одиночества»

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ. ИЗМЕНЕНИЕ

Главной целью терапии ТА является ее ориентация на изменение личности. Понимание проблем личности не рассматривается как конечная цель. Напротив, осознание проблем представляет собой инструмент для изменения личности, которое состоит из принятия решения на изменение, а затем активного процесса по его реализации (Стюарт, Джойнс, 1996).

С точки зрения ТА, наиболее простое и вместе с тем емкое определение изменения, как движения из одного состояния в другое, мы находим у Дюсэй (Dusay, 1977), где изменением называется процесс переключения энергетического баланса в Эго-состояниях.

Трансактный анализ развивался из психоанализа (история Берна – см. Стюарт, Джойнс, 1996; Штайнер, 2003а), параллельно интегрируя идеи гуманистического направления в психотерапии – идеи Фредерика Перлза и Карла Роджерса. Во многом находки Берна и представителей этих школ совпадали. Например, идея Физис (Physis) Берна (1957, 1972) о непрерывности природной человеческой тенденции к личностному росту перекликается с принципом самоактуализации гуманистической теории. Так, говоря о мотивации к изменению, Роджерс (2002) замечает:

«Постепенно мой опыт заставил меня сделать вывод о том, что человек внутри себя обладает потенциалом и тенденцией (латентной или очевидной) к движению к зрелости. В подходящем психологическом климате эта тенденция реализуется и становится актуальной в противоположность потенциальной... Такая тенденция может глубоко скрываться под многими слоями уже затвердевшей психологической защиты, под тщательно продуманным фасадом, который отрицает ее существование; но я верю в то, что она существует у каждого и ждет только подходящих условий для того, чтобы освободиться и реализовать себя» («Становление личности», 2002, с. 765-766).

Роджерс (2002) считает, что «подходящий психологический» климат создает помогающие специфические отношения. «Если я смогу создать определенный тип отношений с другим человеком, он сможет раскрыть их потенциал и использовать для собственного роста, что приведет к изменению и развитию его личности» («Становление личности», 2002, с. 763)

На языке ТА подобного рода отношения, стимулирующие личностный рост и позитивный потенциал, заложенный в Ребенке, создаются положительным воспитывающим Родителем.

Вместе с тем другой ценностью подхода ТА и его целью является стимулирование осознания, стимулирование Взрослого отношения к своему прошлому, настоящему и будущему, особенно развиваемой и почитаемой цели классического психоанализа.

«Психоаналитическая терапия – каузальная терапия, она пытается уничтожить причины, вызывающие невроз, – пишет Ральф Ромео Гринсон (2003). – Ее цель – разрешение невротических конфликтов пациента, включая инфантильный невроз, который служит центром взрослого невроза. Разрешение невротических конфликтов означает воссоединение с сознательной частью Эго той части Ид, Супер-Эго и бессознательной части Эго, которые были исключены из процессов созревания здоровой части личности».

Фактически Гринсон говорит об интеграции Взрослого Эго-состояния. Таким образом, идеи об излечивающих отношениях, потенциальной возможности изменения для каждого и осознания послужили основой для выдвижения и развития Берном одной из ключевых концепция практического ТА – концепции излечения.

КОНЦЕПЦИЯ ИЗЛЕЧЕНИЯ В ТА

Эрик Берн (1961, 1972) считал, что активный процесс реализации лечебной цели важен не столько сам по себе, сколько он приводит к достижению желаемого и терапевтом и клиентом результата – излечения от заболевания. Термин «излечение» Берн противопоставлял принятому в психоанализе термину «прогресс», когда психоаналитик искренне считает непринципиальное улучшение в состоянии клиента достаточным и окончательным результатом, при котором не имеет смысла ставить вопрос о полном избавлении от психического заболевания.

Берн подчеркивал, что работа практика ТА заключается в том, чтобы вылечить пациента, а не просто добиться прогресса в лечении (Стюарт, Джойнс, 1996). В своей книге «Принципы групповой психотерапии» (1966) он писал:

«...Каждый человек рождается на свет принцем или принцессой; ранний опыт убеждает некоторых, что они – лягушки, и отсюда вытекает все последующее патологическое развитие...

С этой точки зрения существует два типа терапевтических целей. Первый тип – стремление добиться так называемого улучшения, или «прогресса», что на самом деле позволяет лягушке чувствовать себя более комфортно; второй тип – нацеленность на выздоровление, или «излечение», что означает, что пациент должен сбросить лягушачью кожу и возобновить прерванный когда-то процесс развития принца или принцессы. ТА ориен-

тирован на цели второго типа. Он не пытается сделать шизофреника более отважным, способным социализироваться, найти работу и «улучшиться» настолько, чтобы жить с лягушачьей точки зрения прекрасно; ТА направлен на то, чтобы превратить шизофреника в не-шизофреника, сделать принцев из лягушек. Из своего горького опыта пациенты узнают, что одного «прогресса» недостаточно, что единственное средство, дающее постоянные и удовлетворительные результаты, – это выздоровление, которое вновь сделает их полноправными членами человеческой расы. Для терапевта же дело заключается главным образом в том, чтобы дать пациентам убедительное разрешение на такое выздоровление (курсив мой. – Д.Ш.). Они начинают жизнь как принцы, но их родители мешают или запрещают им продолжать жизнь принцев и настаивают на том, чтобы они стали какими-нибудь не столь важными персонами. Терапевт с помощью группы должен отменить это вредоносное воздействие и дать пациенту разрешение быть тем принцем, которым он начинал когда-то свою жизнь. Вот в чем заключается ценность работы Максвелла Джонса, который позволяет пациенту присутствовать на той конференции персонала, на которой речь идет о его случае; такое разрешение (курсив мой. – Д.Ш.) представляет собой внятное указание пациенту на то, что нет двух человеческих рас – «людей» и «пациентов» – и что он может и должен занять свое полноправное место среди людей» («Групповая психотерапия», 2001, с. 310-312).

Клод Штайнер (2003), друг и человек, длительное время лично общавшийся с Берном, замечает:

«Берн верил, что человека с психическим нарушением можно вылечить. Имеется в виду не только пациент с умеренной формой невроза, но и наркоман, и человек в глубокой депрессии, и «больной шизофренией» – любой человек с функциональным психическим расстройством (т.е. с нарушением, в основе которого не лежит физическое нарушение или значительный биохимический дисбаланс) излечим...

Тот факт, что психиатрам, работающим в традиционной манере, не удастся помочь свои клиентам избавиться от алкоголизма, шизофрении и депрессии, не значил для Берна, что эти расстройства не излечимы сами по себе. Для него это значило, что психиатрия пока не разработала достаточно эффективного подхода к лечению этих расстройств. Отношение психиатров к людям, которых они не могут вылечить (и которых они считают либо неизлечимыми, либо недостаточно мотивированными), для Берна было неприемлемо».

Подобный взгляд на принципиальную «излечимость» психического расстройства обуславливает здоровые взаимоотношения между терапевтом и пограничным, а также психотическим (излечимость именно этих категорий пациентов и, в меньшей степени, алкоголиков и наркоманов вызывает если не грубую критику, то значительную долю скепсиса со стороны биологически ориентированных психиатров) клиентами, где терапевт не

делает вид, что лечит, играя в «Я только пытаюсь помочь вам», предвосхищая неизбежность фиаско, но и клиент всячески обращается к своему разумному, контролирующему ситуацию «Я», избегая двойных транзакций априорно неизлечимого «Калеки». Терапевт может настроиться на то, чтобы помочь пациенту самым кардинальным образом: не лечить, но вылечивать.

Некоторая экстремальность высказываний Берна по поводу излечения уже не кажется таковой, когда Берна говорит о стадиях терапии на пути к излечению, или «фазах излечения».

Берн (1961, 1992) выделяет следующие фазы излечения:

-) симптоматический контроль;
-) облегчение симптомов;
-) переносное излечение;
-) психоаналитическое излечение, позже названное сценарным.

Эти фазы определяют динамику единого процесса – процесса излечения.

В настоящее время (Tilney, 1998) под стадией социального контроля понимают способность клиента взять Взрослый контроль над своим состоянием, даже если содержание его Родителя и Ребенка остается неизменным, что наблюдается на ранних стадиях терапии.

Под стадией симптоматического облегчения понимают ту стадию, когда начинающиеся изменения в Ребенке и/или Родителе снижают потребность следовать сценарию. Это также означает, что пациент обеспечивает саму возможность протекания процесса излечения на этих стадиях, заключая с терапевтом контракт на социальный контроль (Loomis, 1982).

Под переносным излечением понимают стадию терапии, когда терапевт бывает интроецирован клиентом в качестве хорошего Родителя. Хорошее состояние клиента будет наблюдаться стабильно, если клиент постоянно поддерживает интроект, сохраняя терапевта в своей голове.

«В неаналитических формах психотерапии реакции переноса не анализируются, но удовлетворяются, или ими манипулируют. Терапевт присваивает себе роль какой-то фигуры из прошлого, реальной или фантазируемой, и удовлетворяет какие-то инфантильные желания пациента. Терапевт может действовать как любящий, ободряющий родитель или как карающий моралист, и пациент может чувствовать временное улучшение, или даже "излечение". Но эффект от этого "лечения переносом" мимолетен и длится лишь столько, сколько идеализированный перенос на терапевта остается нетронутым» (Гринсон, 2003).

С другой стороны, нет большего страха у психоаналитика, чем страх быстрого излечения.

Клиент следует контрактам взаимоотношений и понимает цикличную природу своего поведения (Loomis, 1982).

Сценарное излечение соответствует фундаментальным изменениям, сделанным в Ребенке клиента при поддержке его Взрослого Эго-состояния так, что человек становится полностью свободным от сценарного поведения. Заключая контракт на структурные изменения, клиент осознает, что в основе его текущего поведения лежат решения, принятые им самим в детстве (Loomis, 1982).

ПЕРЕНОСНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ И РАЗРЕШЕНИЕ

Переносное излечение (рисунок 18) – наиболее частый результат психотерапевтического лечения. Максимальное количество клиентов прекращают терапию, достигая стабильных результатов, проявляющихся в нормализации психической жизни. Поддержание достигнутых результатов клиенты обеспечивают, посещая дополнительные или поддерживающие положительный перенос сессии, где терапевту предлагается просто быть, избегая каких-либо активных интеракций. Ричард Эрскин называет подобное поведение клиентов, приходящих к терапевту лишней раз убедиться в достигнутых долговременных результатах, «рециклингом». Он предлагает терапевтам чаще сообщать клиентам о такой возможности, а также намеренно обращать внимание клиентов (или «якорить» – термин Нейро-Лингвистического Программирования) на периоды хорошего самочувствия даже тогда, когда стабильно хорошее состояние еще не достигнуто.

Клод Штайнер (2003) называл переносное излечение наиболее впечатляющим результатом терапии, приводя пример алкоголика, готовящегося броситься с моста вниз и вдруг слышащего внутри себя голос психотерапевта: «Не прыгай!»

Помещение Хорошего и Сильного Психотерапевта в собственного Родителя, производимое клиентами, помимо долговременного и стабильного результата, приводило к чувству физической защищенности и психической наполненности, обеспеченной терапевтом, – некоему подарку.

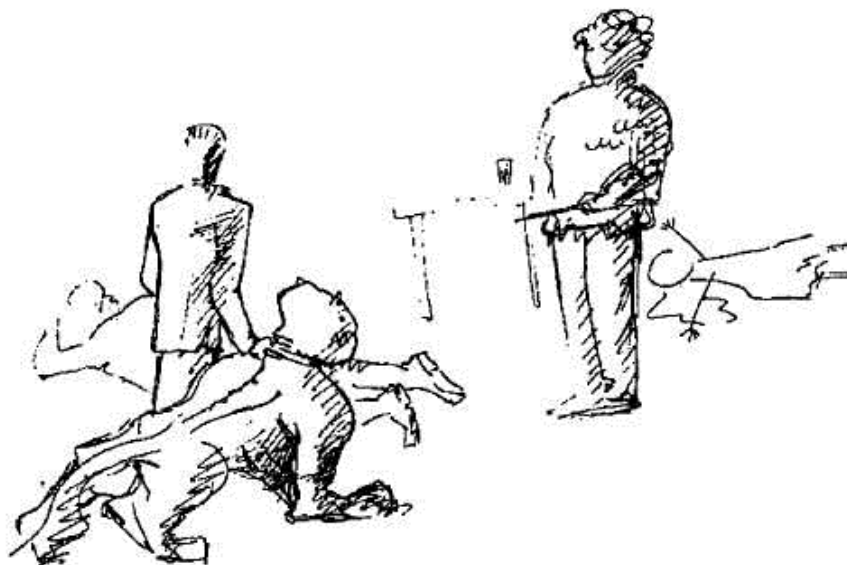


Рис. 18. Терапевт держит в руке волшебную палочку и встает на защиту своей клиентки (прячется позади терапевта), разрешая ей не бояться родительских фигур из прошлого (рисунок из архива автора)

Берн в книге «Трансактный анализ и психотерапия» (1992) писал об этом:

«Одна пациентка метафорически резюмировала переносный курс, рассказав свой сон: «Я принимала ванну, а вы унесли всю мою одежду, оставив только пеньюар. Не знаю почему, но мне стало от этого даже лучше. Я думаю, что своим лечением вы убрали все мои экстравагантные игры, но то, что вы дали мне вместо них, стоит намного дороже». Этим она хотела сказать, что врач был к ней добрее и внимательнее, чем родители».

Для многих Трансактных аналитиков переносное излечение и процесс его достижения ассоциировался с классическим использованием Трансактного анализа. Наиболее концентрированно этот подход ТА терапии был выражен в знаменитой статье Патрисии Кроссман «Разрешение и Защита» (1966), где автор развивала идеи Берна относительно использования разрешения как терапевтического инструмента и обосновывала место разрешения в сценарии.

Согласно Берну (2001), разрешение – это:

-) родительская лицензия на независимое поведение;
-) вмешательство, которое дает индивидууму лицензию на неповиновение родительскому предписанию, если он готов, желает и способен ее принять, или освобождает его от родительской провокации.

Кроссман считает, что терапевт может дать такое разрешение в противовес роковому родительскому предписанию только в том случае, если он поймет полностью сцена-

рий своего пациента, «познакомится» с его Профессором (В1), «предоставив ему больше информации, например, указав, что на самом деле пациенту предоставлены другие альтернативы для выбора». Это важно сделать потому, что, согласно логике Маленького Профессора, «если пациент прекратит жить по сценарию (т.е. следовать предписаниям. – Д.Ш.), он будет наказан, покинут и, вероятно, оставлен умирать». Далее Кроссман (1966) пишет:

«Во-вторых, терапевт должен быть сильнее, чем настоящий родитель пациента. В процессе разрешения типа ... "Вы не обязаны убивать себя" терапевт может вроде бы исходить из Взрослого, но Ребенок пациента будет воспринимать его как Родителя. Терапевт разрешает Ребенку пациента послушаться инструкций его Родителя, а это возможно только в том случае, если Ребенок пациента считает, что терапевт лучше, сильнее и эффективнее. Когда терапевт дает разрешение, он предоставляет защиту; т.е. послушание матери или отца не приведет к тому, что Ребенок будет покинут, умрет или будет наказан за послушание. Я заметила, что даже в случаях, где сценарий вроде бы изменился или был закрыт, за временным восторгом может последовать депрессия или какая-либо форма демонстрации, когда пациент, в минуту страха, что терапевт, которого нет рядом, его бросил, пытается реанимировать собственного Родителя. Пациент, который ввязался и был избит в уличной драке вскоре после того, как начал разбираться в своем сценарии "Не будь мужчиной", описал это состояние как "возвращение папочки".

Когда сценарий наконец сломан, у пациента возникает большой выбор путей, которым он может следовать. Если пациент хорошо поработал над собой, контрсценарий может предоставить новое направление для жизни. Например, мужчина, чей сценарий содержал послание: "Будь глупым и не преуспевай в научной деятельности", – вполне вероятно, прилежно и отчаянно трудился, годами приобретая знания и степени. Теперь, притормозив, он мог бы получать плоды от их эффективного использования. Но в других случаях пациент может стать самостоятельным только после того, как заменит Родителя терапевта собственным Родителем, обретя защиту со стороны своего собственного сильного, информированного и умелого Взрослого. В течение этого времени зависимости пациент может интересоваться, чем терапевт занимается, а чем – нет. Алкоголик может спросить терапевта: «Вы пьете?» – и хотя ответ будет звучать примерно так: «Это на самом деле вас не касается», – такие вопросы нужно воспринимать серьезно (так как они могут оказаться исключительно важны для определения защитной ценности терапевта)».

Мы должны здесь отметить, что основное изменение, которое делает клиент, опираясь на терапевта, относится к инкорпорации нового Родителя, а также к пассивному отказу Ребенка следовать сценарным предписаниям и негативным контрпредписаниям. Однако мы не отмечаем здесь работы, которую активно провел бы Ребенок пациента, отка-

завшись следовать старым инструкциям и приняв новые, позитивные инструкции (разрешения), которых он ранее не замечал. В последующем изложении данный тип работы, сделанной в Ре пациента, будет называться перерешением.

СЦЕНАРНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕРЕШЕНИЕ

Перерешение предусматривает принятие нового решения Ребенком жить не по сценарию, что не наблюдается, по мнению ряда аналитиков, при переносном излечении.

Один из них, Холлоуэй (Holloway, 1980) убежден, что традиционная психотерапия в ТА приводит к излечению при помощи «ЗР» (или PPP) – Protection (Защита), Potency (Сила), Permission

(Разрешение), – оставляя клиента зависимым от терапевта, но не автономным. Результатом разрешающей трансакции, по мнению Холлоуэй, явится то, что пациент прекратит следовать предписанию, а это «может означать только то, что пациент переживает контрсценарий, который, возможно, был предложен терапевтом». Изменение в результате Разрешения будет наблюдаться до тех пор, пока пациент или клиент носят «терапевта в кармане». «Излечившийся» пациент, который «носит терапевта в своем кармане», мало чем отличается от человека, который прекращает принимать лекарства, но навсегда сохраняет несколько таблеток «на всякий случай».

Напротив, изменение, сделанное в Ребенке, о котором пишут супруги Гулдинг, является решением начать новую жизнь, жизнь, которая не является сценарием или «новым» терапевт-индуцированным сценарием, а выбирается самим человеком и включает в себя свободу выбора, непосредственность, креативность и близость.

Автор знал две семьи, где воспитывались дети с синдромом Дауна. И для первой, и для второй семьи рождение слабоумного ребенка явилось трагедией, поводом для поиска виновных, самообвинения и депрессии. Обе семьи также вскоре поняли, что жизнь для них не закончилась, и стали предпринимать попытки повысить качество жизни. И обе семьи поменяли свои взгляды на себя и окружающий мир.

Первая семья, у которой всегда был хороший семейный Взрослый и возможности обратиться за помощью к знакомым значимым Родительским фигурам, а также зарубежному опыту, изменили свои Родительские ценности и представления о воспитании «нормального ребенка», принялись вкладывать энергию и финансы в обучение сына и добились значительных успехов. Однако они никогда не забывали о том, что их ребенок – инвалид, они сами – родители «ненормального» талантливой малыша, и чуть только они теряли Взрослый контроль, а поддержка окружающих их людей и психотерапевта ослабевала, им становилось больно на уровне их внутреннего Ребенка.

Вторая семья сделала иное изменение. Выплакав последние слезы, они перестали считать себя обделенными, принимая сына не как испытание, но как счастье. Они научились наслаждаться его голосом и чрезвычайно развитым музыкальным слухом, а также его наивностью и добротой. И самое главное – они сумели не выделять его из череды других детей как качественно отличного, но научились считать его уникальным, как считают все родители всех своих детей.

В случае первой семьи изменение было сделано на уровне переноса путем инкорпорирования в голову новых Родительских ценностей. Во второй семье Ребенок сумел не только отказаться жить жизнью родителей психического инвалида, но и принять новое решение – получать удовольствие от общения с собственным сыном.

Таблица 5

Принципиальная схема работы «PPP» с предписаниями и контрпредписаниями

Ранние решения – предписания (Injunctions)	Разрешение (Permission)	Защита (Protection)	Потенция – сила (Potency)	Возможные новые решения пациента
Впишите предписание, диагностированное Вами у Вашего пациента	Впишите разрешение, которое Вы могли бы дать Вашему пациенту, чтобы нейтрализовать действие предписания	Впишите, как Вы обеспечите защиту Вашему пациенту в контексте этого предписания	Впишите, каким образом Вы продемонстрируете свою силу и способности, которые бы были эффективнее действий биологических родителей Вашего пациента	Что решил Ваш пациент?
Впишите следующее предписание, диагностированное Вами у Вашего пациента				Что решил Ваш пациент?
Впишите следующее предпи-				Что решил Ваш паци-

сание, диагностированное Вами у Вашего пациента				ент?
Впишите следующее предписание, диагностированное Вами у Вашего пациента				Что решил Ваш пациент?
Впишите контрпредписания *, диагностированные Вами у Вашего пациента	Впишите один из позволенных*, нейтрализующий соответствующий драйвер		Я подтверждаю твою способность не следовать драйверам и не быть наказанной за это	Что решил Ваш пациент?

*Согласно Калер и Кейперс (Kahler, Capers, 1974), каждому из пяти драйверов-контрпредписаний

соответствует свой «позволитель», а именно, драйверу:

«Будь лучшим» – позволитель «Ты и так достаточно хорош»;

«Радуй других» – «Радуйся сам»;

«Будь сильным» – «Открыто говори о своих желаниях и потребностях»;

«Пытайся» – «Просто сделай это как сумеешь»;

«Спеши» – «Не спеши».

С одинаковой частотой 2 раза в год автор принимает двух клиенток – женщин примерно одного возраста. Одна из них приняла новое решение относительно своей судьбы и возвращается в терапию, чтобы еще раз удостовериться, где она находится (рециклинг по Эрскину, Erskine, 1997). Другая – в прошлом завсегдатай психиатрической больницы, автор трех парасуицидов – растет профессионально, воспитывает дочь-студентку университета и поддерживает трезвое решение мужа-алкоголика «Жить без водки», возвращается в терапию, чтобы еще раз удовлетворить желание психотерапевта видеть ее здоровой («переносное излечение»). Будучи ОК во взаимоотношениях с ними, я уважаю, прежде всего, темп их продвижения. Я верю, что и разрешение, и перерешение – звенья одного и того же процесса, процесса освобождения от лягушачьей кожи.

В таблице 5 приведен терапевтический алгоритм работы со сценарными сообщениями и решениями с точки зрения «PPP», что, собственно, и является основным подходом к терапии сценария в ТА.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

Эрик Берн считал (2001), что психотерапевт должен представлять цели психотерапии для каждого пациента и быть в состоянии планировать оказываемые воздействия для последовательного достижения этих целей.

Берн (2001) писал:

«В самом общем виде можно констатировать, что психически больные находятся в замешательстве и цель психотерапии – освободить их от этого замешательства при помощи хорошо спланированной серии аналитических и синтетических воздействий (операций). Опять же, в самом общем виде, эти воздействия состоят из деконтаминации, рекатектирования, прояснения и переориентации.

Деконтаминация означает, что когда реакции, чувства или мнения фальсифицированы или искажены, ситуация исправляется посредством процесса, аналогичного анатомическому препарированию. Рекатектирование означает, что изменяется действенное акцентирование, осуществляемое пациентом на различных аспектах своего опыта.

Прояснение означает, что пациент начинает сам понимать, что происходит, вследствие чего получает стабильную возможность управлять новым состоянием, и есть надежда, что он сможет без помощи терапевта перенести эти процессы на новые ситуации, с которыми будет сталкиваться после окончания лечения.

Переориентация означает, что, как результат всего предыдущего поведения, реакции и стремления пациента изменяются таким образом, что приобретают достаточную согласованность, чтобы стать конструктивными» («Групповая психотерапия», с. 229).

В этом контексте планирование лечения означает заранее предусмотренную последовательность терапевтических интервенций, разрешенную условиями контракта терапевта и клиента, позволяющую осознавать, где в каждый временной отрезок находятся терапевт и клиент и как далеко еще им идти до финальной сессии.

Концепции планирования лечения популярны в ТА, поскольку контрактный метод требует понимания совместного пути к изменению. Осознавание себя в терапевтической ситуации, самой терапевтической ситуации и обязательства разъяснить клиенту то, «где тот находится», требует как принцип открытых коммуникаций, так и сам Взрослый подход к лечению. Осознавание этана терапии способствует большей свободе терапевта от контрпереносных влияний (сомнений, ощущения безысходности или беспомощности) и, следовательно, большей доли активности Взрослого для осмысливания материала, предоставляемого пациентом.

Предложенные в ТА методы планирования учитывают специфический личностный

контекст или личностную адаптацию, устанавливающие очередность адресации терапевтических усилий либо к мышлению, либо к поведению, либо к эмоциям (Ware, 1983). Другие концепции рассматривают аспект планирования, обращаясь к уже известным ТА-моделям (Joines, Stewart, 2004; Giusti, 2002), а некоторые осознанно эклектичны и обозначают "сигнальные пункты" для терапевтического суждения об уровне (стадии), на котором пациент принимает ответственность за свое поведение (Ergskine, 1997):

Стадия 1 – Защитная

На первой стадии отмечается защитное поведение, что становится ясным при проведении структурного анализа, когда пациент определяет свои рэкеты и их источники. Либо Критический Родитель, либо Адаптированный Ребенок катектированы; защищается статус и рэкетов пациента, и рэкетов его родителей как подлинных чувств.

Стадия 2 – Гнев

Стадия гнева наступает, когда пациент осознает, что повторяет в своей жизни рэкет, которым он научился от родителей, и что большинство его детских желаний не были реализованы. Позиция, которую занимает пациент на этой стадии: "Я – ОК; родители – не ОК". Предложив защиту и разрешив осознавать чувства, терапевт снимает смущение у разгневанного Адаптированного Ребенка.

Стадия 3 – Боль

Прекратив гневаться, пациент начинает чувствовать боль, что в детстве его нужды не были удовлетворены. Он или она принимают позицию "Я – не ОК; родители – ОК". Используя "резинки" (rubberbands) (Kupfer, Haimowitz, 1971), Естественный Ребенок сможет теперь осознать ранние решения чувствовать себя плохо (не ОК), испытывая боль. Достигнув этой точки терапии, пациент может приравнять инсайт к проблеме излечения и попытаться прекратить курс лечения.

Стадия 4 – Я как проблема

Четвертая стадия лечения включает осознание пациентом того, что родители давали ему много посланий, но феноменологически он или она принимали только отдельные послания. Когда пациент говорит: "Я сам написал свой сценарий", – это значит, что он или она начали осознавать свой симбиоз с родителями. При помощи анализа сценария терапевт может деконтаминировать Взрослого.

На этой стадии пациент осознает, что он или она ответственны за свое поведение и могут попытаться прекратить лечение для того, чтобы не переписывать сценарий и сохранить симбиоз.

Стадия 5 – Принятие ответственности

Пятая ступень вовлекает обязательство измениться. Теперь, после получения разрешения и защиты для изменения, лечебным контрактом овладевают три Эго-состояния

пациента: Заботливый Родитель, Взрослый и Естественный Ребенок. Так что Свободный Ребенок может воскликнуть: "Теперь мне не придется вести себя в соответствии со сценарием".

Стадия 6 – Родители прощены

Последняя стадия наступает тогда, когда пациент получает цельный прилив энергии из трех Эго-состояний и говорит от лица каждого: "Мои родители делали все, что было в их силах".

Пациент может начать терапию, находясь на любой из этих стадий. Хотя все стадии выстроены по направлению к автономности линейно, пациенту может понадобиться перескочить на несколько стадий назад, чтобы добиться прогресса» (Erskine, 1997).

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ТА

ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ

Удачен, на наш взгляд, психоаналитический подход к ТА и планированию лечения, развиваемый итальянскими авторами (Moiso, 1985; Novellino, Moiso, 1990). Они предлагают разделять процесс терапии на 4 стадии:

-) терапевтического альянса,
-) деконтаминации,
-) деконфузии (или распутывания Эго-состояния Ре),
-) переучивания.

Безусловно, каждая стадия подразумевает свой уровень контрактирования и временной континуум, свой набор технических приемов и свой уровень излечения.

Терапевтический альянс.

О начальном этапе формирования терапевтического альянса мы писали во 2 главе, считая наиболее важным достижением этой стадии упрочение базового доверия и формирование на его основе (и на основе идентификации) доверительных эмпатических отношений, позволяющих клиенту (или дающих ему разрешение) участвовать в терапевтическом процессе.

Терапевтический альянс – психоаналитический термин, употребленный Фрейдом в значении слова раппорт*, как если бы между клиентом и аналитиком устанавливалась связь на уровне рациональных частей того и другого, в то время как иные личностные части находились бы в условиях переноса (или гипнотического транса – откуда, кстати, и был взят термин раппорт).

*(Под «раппортом» понимают связь гипнотизера с гипнотиком, благодаря чему врач может воздействовать на пациента, а пациент воспринимать слова и команды гипно-

тизера. Различают два вида раппорта: изолированный и генерализованный. При изолированном раппорте гипнотик тонко дифференцирует слова гипнотизера, интонацию его речи, тембр его голоса, и потому реагирует только на слова усыпившего, а при генерализованном раппорте любой присутствующий на сеансе гипноза может вступить в контакт с гипнотиком («передача раппорта» другому лицу). Явления раппорта сходно с феноменом «сторожевого пункта» при физиологическом сне. При естественном сне раппорт может быть создан искусственно. Так, мать, спящая у постели больного ребенка, воспринимающая во сне малейшие его движения, реагирующая на них, несомненно, находится с ним в отношениях раппорта (Слободяник, 1977)).

Основная цель построения терапевтического альянса – это создание надежных рабочих взаимоотношений с терапевтом, что помогает клиенту целеустремленно работать в терапевтической ситуации. Считается, что базисом формирования надежных рабочих отношений является мотивация клиента. Поскольку ТА имеет психоаналитические корни, то подход психоанализа к выбору мотивированного клиента, безусловно, интересен. Согласно Гринсону (2003), мотивированным клиентом считается тот, чьи болезненные симптомы или дисгармоничные черты характера вызывают достаточно сильные страдания, значимость преодоления которых перевешивала бы все трудности долговременного лечения. Страдания должны мешать основным аспектам жизни пациента, где тривиальные проблемы или желания родственников или работодателей не являются достаточным основанием для проведения длительной и дорогостоящей терапии. Пациенты, которые требуют быстрых результатов или имеют вторичные выгоды от своей болезни, эмоционально невовлекающиеся люди не подходят для психоаналитической терапии. Научный интерес или интересы профессионального роста также не рассматриваются психоаналитиками в качестве мотивирующих факторов, способствующих формированию альянса.

Изучая мотивационный компонент болезни, терапевт может уяснить, какие глубинные внутриличностные мотивы лежат в основе болезни. Он также может оценить стратегические (осознанные и неосознанные) цели пациента относительно своего страдания: искренне ли желание больного выздороветь или хронизация болезни отвечает его внутренним, невысказанным, а то и тщательно скрываемым запросам.

Известны 4 вида мотивационного компонента болезни:

- болезнь как выигрыш,
- болезнь как наказание и самонаказание,
- болезнь как угроза и вызов,
- болезнь как утрата.

Болезнь как выигрыш.

Самая частая мотивация. Идет из детства, когда родители обращают внимание на

малыша, только когда он болен. Выигрышами могут стать не только любовь и внимание со стороны близких, но избегание ответственности, уход от принятия решений, когда молодой человек ломает ногу, «спеша» на свидания к уже нелюбимой им девушке. Рентные выигрыши наиболее быстро диагностируемы и связаны с получением больным человеком каких-либо преимуществ: денежного (получение страховки, пособия или премии, выигранной в суде и проч.) или социального (получение группы инвалидности, отсрочки от армии, квартиры или инвалидной коляски). Выигрышные стратегии, которые избирают люди, хорошо известны. Это, во-первых, реальное заболевание, приключившееся «кстати» или «к месту», во-вторых, симуляция (имитация заболевания или «сознательная продукция симптомов»), в-третьих, аггравация (преувеличение тяжести течения и длительности заболевания), в-четвертых, диссимуляция (преуменьшение тяжести заболевания, например, при попытке получить водительские права).

Болезнь как наказание и самонаказание.

Болезнь расценивается как расплата за действительный или мнимый грех, как «наказание Божье». Большое количество этих заболеваний носит реальный психогенный характер.

Болезнь как угроза и вызов.

Мотив угрозы и вызова со стороны болезни ведут к тактике открытой борьбы с болезнью. Возможные последствия болезни гипертрофируются, сравниваются с прежним негативным опытом подобного страдания у кого-либо из близких родственников (наследственные болезни). В некоторых случаях такая тактика приветствуется (пример летчика Маресьева или силача Дикуля). Бывает, что эта тактика усугубляет болезнь и не дает личности дистанцироваться от болезни, заставляя всю жизнь проводить в профилактической ажитации.

Болезнь как утрата.

Иштван Харди (1988) пишет, что переживания утраты «не всегда ясны, могут носить косвенный символический характер. Снижение умственных, сексуальных способностей, ограниченность физических возможностей...может сопровождаться утратой прежнего самоощущения. В результате возникает подавленность настроения, депрессия». Цель переживания утраты – переживание беспомощности и регрессии к детскому возрасту, когда не нужно было думать, как менять ситуацию, ибо эти решения принимал кто-либо из взрослых людей. Явления деперсонализации («утраты прежнего самоощущения») сходны с фантомными явлениями (существование психического образа утраченного органа) своей инфантильной надеждой, что в один миг все изменится само собой (Конечный, Боухал, 1983; Харди, 1988).

Рабочий альянс формируется между разумным Эго пациента и анализирующим Эго

аналитика (Sterba, 1934. Цит. по: Гринсон, 2003) или в ситуации Взрослый-Взрослый. Понятно, когда пациент не может поддерживать отделение разумного Эго от иррационального Эго (например, при психозах), рабочий альянс не формируется, что является противопоказанием для психотерапии вообще или требует значительной модификации психотерапевтической техники (при психозах, у пограничных пациентов, пациентов с импульсивным характером, маленьких детей).

Вклад со стороны терапевта в создание рабочего альянса заключается в демонстрации им терапевтического намерения всерьез работать с предоставляемым ему пациентом материалом и быть готовым «посвятить годы труда благополучию пациента» (Гринсон, 2003). Последнее вовсе не означает, что терапевт намеренно будет так рассчитывать свои интервенции, чтобы их хватило на «годы труда» для «достижения прогресса». Отнюдь, подобное намерение пациент будет способен оценить, как если бы терапевт действовал вразрез с Родительским утверждением «Не будь важным». Терапевт поощряет клиента быть важным во всех своих здоровых и патологических проявлениях, предлагая ему понять, что он (терапевт) будет со всей серьезностью и вниманием относиться ко всему, что ему скажет или продемонстрирует иным способом (различные формы сопротивления терапии) клиент.

Поскольку терапевтический альянс – стадия терапии, которая проводится (или происходит параллельно) порой вне полноценно завершенного диагностического процесса, то терапевту следует быть осторожным и не откликаться на провокации Адаптированного Ре клиента, например, не поддерживать смех висельника или не соглашаться с его депрессивными выводами относительно самого себя. В психоанализе данное правило называется правилом абстиненции, которое говорит о том, что «...важно не удовлетворять инфантильные и невротические желания пациента. Иногда может быть необходимо временно удовлетворить какое-нибудь невротическое желание пациента. Причем фрустрацию невротических желаний следует осуществлять таким образом, чтобы не унижить и не травмировать пациента» (Гринсон, 2003).

Мне не думается, что у стадии рабочего альянса есть четкая граница перехода к следующей стадии – деконтаминационной. Наоборот, мне не раз приходилось убеждаться, что договор и желание совместной работы постоянно тестируются клиентом, причем иногда очень односторонне: так клиент радуется той степенью откровенности и открытости относительно своих проблем и порой огорчается, будучи излишне критичным к человеческим слабостям терапевта.

СТАДИЯ ДЕКОНТАМИНАЦИИ

Согласно Новеллино и Мойзо (Novellino, Moiso, 1990), на этой стадии происходит усиление неопсихических границ Взрослого Эго-состояния. Через анализирование трансакций и Эго-состояний пациент начинает понимать и осознавать проективные маневры, в которые он вовлечен с терапевтом и членами группы, и, таким образом, достигает социального контроля. На этой фазе терапевт использует терапевтические операции Взрослого – интервенции и интерпозиции (Берн, 2001), заботясь о понимании клиентом того факта, что люди, вовлеченные пациентом в его игры, являются не более чем «теньями», которые более-менее верно воспроизводят значимые фигуры его детства.

Подробнее о деконтаминационных техниках и «философии» деконтаминации мы остановимся в главе, посвященной терапевтической работе с Эго-состояниями.

Следует все же подчеркнуть, что на этой стадии клиент задает любые значимые вопросы, на которые он не получил ответов в детстве или получил в том виде, в котором они, как он все больше и больше убеждается, не соответствуют истинному положению дел, а порой и заводят в тупик.

Терапевта в этом случае подстерегает опасность быть излишне прозрачным (не выполнять функцию зеркала), поскольку готовность пациента установить социальный контроль над симптомами сценария убеждает терапевта в значимости и правильности не только его терапевтических стратегий, но и чисто жизненных убеждений и кредо. Терапевту на этой стадии важнее воздержаться от инвестирования своего Родителя клиенту в пользу поощрения диалога между собственным Родителем клиента и его Ребенком, называя источник предрассудка или источник иллюзии, обозначая их, маркируя, помогая высвобождению энергии Взрослого клиента, пониманию им неэффективности стратегий, предложенных ему когда-то биологическими родителями.

СТАДИЯ ДЕКОНФУЗИИ

На данной стадии основное внимание уделяется переносным и контрпереносным реакциям, позволяющим открыть скрытый травматический материал Ребенка.

Пациент приглашается к регрессивной работе и техникам, основанным на извлечении травматического опыта и его замене в Ребенке, при конфронтации с записями (а иногда и перезаписи), сделанными в Родителе, которые долгое время были адаптивными для клиента. Это очень ответственная и этически непростая работа (Многим вопросам, в том числе и этическим, при использовании регрессивных техник был посвящен специальный выпуск ТАЖ (1998, Vol. 28,1).).

Особенностям деконфузии, работе с переносом и контрпереносом будут посвящены специальные главы.

СТАДИЯ ПЕРЕОБУЧЕНИЯ

На этой стадии пациент стабилизирует свои перерешения, узнавая и принимая «здесь и сейчас» различия между его собственным «Я» и «Я» терапевта. Уровень автономии пациента анализируется через исследование осознанности, спонтанности и интимности, выраженных пациентом в отношении терапевта (Novellino, Moiso, 1990).

«Уверенностью в собственной зрелости» называет эту заключительную стадию терапии Карл Роджерс (2002). «В целом оно (переобучение. – Д. Ш.) подразумевает накопление достаточного опыта по применению достигнутых инсайтов, для выработки у клиента чувства уверенности и способности к здоровому, нормальному существованию без поддержки терапевта... Пациент приобретает способность мужественно встречать свои проблемы и решать их конструктивным образом... Из этого следует, что переобучение не является, как это иногда представляют, переподготовкой индивида по всем аспектам его жизни».

ФИНАНСОВЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ТЕРАПЕВТА И КЛИЕНТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Этот интересный вопрос был затронут на одном из тренингов с практикующими и обучающимися психотерапевтами. Должен ли финансовый контракт быть неизменным у одного и того же клиента? Не является ли темп продвижения клиента к выздоровлению своеобразным показателем того, что он должен платить терапевту больше (или меньше)? Насколько оплата может быть стимулятором процесса излечения или его тормозом?

В ходе обсуждения этих вопросов наиболее яркие пункты дискуссии нашли свое выражение в нижеприведенной таблице 6, где колонка 3 предполагает описание психологических затруднений терапевтов, а колонка 4 – описание путей их возможного разрешения.

Таблица 6

Психологические затруднения и пути их разрешения по вопросам финансовых отношений на протяжении терапевтического процесса

Тип контракта	Стадия излечения	Затруднения и вопросы	Пути разрешения
Кон-	Начало	Можно ли требовать деньги	Терапевт мог бы сказать клиенту:

тракт за-боты	построе-ния те-рапевти-ческого альянса	за безусловное признание? Сплит 1 уровня: Я даю без-условные поглаживания и в то же время говорю клиенту о необходимости оплачивать сессии, то есть тем самым обесцениваю свое «безус-ловно» хорошее отношение к нему	«Ты платишь мне не за чувства – их невозможно оплатить, а за то время моей жизни, что я провожу с тобой здесь и сейчас».
Кон-тракт соци-ального контроля	Облегче-ние сим-птомов	Терапевт «легко берет» день-ги за свою работу на этой стадии, так как убежден в полезности такой работы для клиента (например, закрытие аварийных люков), а также видит впечатляющие резуль-таты терапии. Сплит 2 уров-ня: Или я заканчиваю работу с пациентом с хорошими ре-зультатами в виде редукции симптома или я должен при-гласить его на более глубо-кий уровень терапии, где наши отношения плохо предсказуемы? Может быть, я должен снизить при этом плату?	Снижение цены предполагает нега-тивный контрперенос и даже бунт со стороны Ре терапевта. Все это может сказаться на терапевтических отно-шениях. Рекомендуется оставить це-ну на прежнем уровне или даже по-высить ее, объяснив необходимость повышения клиенту. Уважать выбор клиента. Переход к следующей ста-дии требует от терапевта соответст-вующей компетентности и силы, что может им учитываться при пере-смотре финансового договора
Кон-тракт взаимо-отноше-ний	Стадия перенос-ного из-лечения	Эта стадия подразумевает глубокий и интенсивный уровень взаимоотношений «терапевт-клиент». Терапевт находится под двойным дав-лением: давлением переноса клиента и давлением мате-риала собственного опыта (контрпереноса). Сплит 3	Относительно «трудного клиента»: клиент не должен платить за некомпетентность терапевта. Ответствен-ность терапевта – проходить постоян-ное обучение, терапию и суперви-зию. Трудный клиент – это подарок, новый опыт и стимул к личностному росту терапевта. Грамотный терапевт может учитывать заранее «трудно-

		уровня: Я должен стимулировать переносный процесс и учитывать свой контрперенос. При этом возникают тупики и личностные трудности, относительно которых я должен просить своего спонсора и своего терапевта о супервизии и терапии (то есть платить им за эту работу). Должен ли я требовать повышения платы, если мой клиент относится к категории «трудных»?	сти» с переносно-контрпереносным давлением и не огорчать Ре клиента требованием повысить плату за «трудность случая»
Контракт структурных изменений	Стадия перерешения	Сплит 4 уровня: Могу ли я принять благодарность клиента в виде дополнительной оплаты, инициируемой им самим? Могу ли я рассчитывать и принимать спонсорскую помощь и финансовую поддержку моего клиента после лечения (т.е. вне рамок терапевтического контракта)? Могу ли я отказаться от благодарности, не фрустрируя (обесценивая) клиента?	Вопрос для супервизии: «Способен ли я отпустить клиента?» Не следует путать дополнительную оплату и благодарность клиента. Думается, что потребность терапевта в получении искренней благодарности, выраженной нематериально, будет отражением его способности функционировать на духовном уровне (за рамками Эго). Вопросы получения финансовой поддержки вне рамок какого-либо контракта относятся к компетенции этики. Спонсорская помощь также может регулироваться контрактом.

Примечание:

В обсуждении участвовали психотерапевты Н.Л. Бондарева и С.Н. Шишонков.

ЛИТЕРАТУРА

Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия (Transactional Analysis in Psychotherapy) / Пер. с англ. СПб.: Братство, 1992.

Берн Э. Групповая психотерапия (Principles of Group Treatment) / Пер. с англ. М.: Академический Проект,

2001.

Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа / Пер. с англ. М: Когито-Центр, 2003.

Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине / Пер. с чеш. Прага: Авиценум, 1983.

Роджерс К. Становление личности // Искусство консультирования и терапии / Пер. с англ. М.: Апрель Пресс, Эксмо, 2002. С. 759-964.

Роджерс К. Консультирование и психотерапия // Там же, с. 6-321.

Слободяник А.Л. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев: «Здоров'я», 1977.

Стюарт Я., Джойнс В. Современный Трансактный Анализ / Пер. с англ. СПб.: Социально-Психологический Центр, 1996.

Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Пер. с венг. Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1988.

Штайнер К. Сценарии жизни людей. Школа Эрика Берна / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2003а.Р. Permission

and Protection // ТАВ. 1966. 5 (19). P. 152-154..М. Egograms: How I See You and You See Me. N.Y: Har-

per&Row, 1977.R.G. Six Stages of Treatment // Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis.

A Volume of Selected Articles. San Francisco: TA Press, 1997. P. 229-230.R.G. Script Cure: Behavioral,

Intrapsychic and Physiological // Ibid. P. 151-155.M.A. Therapeutic Stages and Intervention Plans // TAJ. 2002.

Vol. 32, №2. P. 92-106.W.H. Beyond Permission // TAJ. 1974. Vol. 4, № 2. P. 15-17.T. with Capers H. The

Miniscript // TAJ. 1974. Vol. 4, № 1 P. 26-42.. Contracting for Change// TAJ. 1982. Vol. 12, № 1. P. 51-55.

Moiso C Ego States and Transference // TAJ. 1985. Vol. 15. P. 194-201.

Novellino M., Moiso C The Psychodynamic Approach to Transactional Analysis // TAJ. 1990. Vol. 20, № 3. P.

187-192.T. Dictionary of Transactional Analysis. London: Whurr Publ. Ltd., 1998.P. Personality Adaptations

(doors to therapy) // TAJ. 1983. Vol 13 P. 11-19.

ГЛАВА 6. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ. РЕГРЕССИВНЫЙ АНАЛИЗ. РАБОТА С ЭГО-СОСТОЯНИЕМ РОДИТЕЛЯ

«Меня зовет какой-то тайный голос – Я не могу противиться ему».

К. Аксаков

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ КАК НЕГАТИВНЫЙ ОПЫТ ПРОШЛОГО. КОНЦЕПЦИЯ ПАМЯТИ В ТА

Под терапевтическим материалом мы понимаем содержание сознательного и бессознательного клиента, относительно которого (содержания) производится терапевтическая работа. Терапевтический материал оформляется клиентом в виде конкретных жалоб на свое психическое или физическое состояние (головная боль, преждевременная эякуляция), а также в виде существующей проблемы, снижающей качество жизни (я постоянно чувствую неудовлетворенность собой). Другими словами, жалобы (симптомы, синдромы, состояния) – это формальная сторона терапевтического материала.

В ряде случаев формальная сторона терапевтического материала становится мишенью психотерапии, если причины расстройства очевидны и осознаны. Такое случается при реактивных состояниях (неврозы и реактивные психозы) – состояниях, отвечающих трем критериям Карла Ясперса: реактивное состояние возникает в ответ на стресс или психогенное воздействие (психогению), психогения «звучит» в клинической картине, заболевание проходит при устранении психогении или изменении к ней отношения.

В большинстве случаев терапевтический материал активно не осознается. Другими словами, клиент «не знает» истинное содержание материала, предоставляемого им терапевту. Терапевту и клиенту требуется проделать определенную работу, чтобы восстановить истинную причину симптома или состояния. Уже сама работа по восстановлению в памяти истинных истоков заболевания представляет собой процесс терапии и процесс излечения, т.к. осознание травмирующей ситуации приведет, как считал Фрейд, к отказу от симптома и интеграции. Если осознания (инсайта) окажется недостаточно для излечения, то негативный опыт может быть терапевтически переработан и интегрирован в приемлемом для личности виде так, что ни симптом, ни состояние уже не будут беспокоить ее дальше. В большинстве случаев неосознанный или малоосознаваемый терапевтический материал представлен пережитым ранее, чаще всего в детстве, негативным или патогенным (приводящим к психическим и поведенческим расстройствам) опытом.

В таблице 7 мы приводим соотношения типа патогенного опыта и методов иссле-

дования, которые могут быть применимы для его прояснения.

Остановимся на первых трех строках таблицы подробнее.

. О причинах, вызвавших реактивное состояние (актуальные психические травмы), пациент в силах сообщить самостоятельно, если только он не страдает реактивным мутизмом (потеря возможности произносить слова). Материал о реактивных психозах см.: Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. М: Медицина, 1968. 292 с.

. Недавние «забытые» психические травмы (вытеснение или игнорирование), находясь на пути в бессознательное, могут быть воспроизведены в специальных поддерживающих условиях. Опытный терапевт, ориентируясь на жалобы клиента, может структурировать интервью, опираясь на «академическое» знание наиболее значимых травматических событий, приводящих к возникновению подобного рода жалоб. Например, вы можете познакомиться с методикой психотерапевтического интервью для выявления аутоагрессивных тенденций в психике (Шустов, Меринов, 2000). Забытые травматические события могут быть воспроизведены при использовании гештальт-техник, когда клиента просят представить и подробно описать место, где могли разворачиваться предполагаемые травматические события (контекст-зависимая память) (McNamara, Lister-Ford, 1995), – как если бы, детализируя фон, в памяти вдруг проявилась забытая фигура. Иногда значимость травматического события игнорируется и событие отправляется «на обочину» памяти, оставаясь, впрочем, доступным для воспоминания. Такого рода травмы часто носят ятрогенный (когда повреждение исходит из медицинской среды) характер. Известен классический случай, когда молодой врач, пытаясь поддержать больного, сказал, что тот умрет на третий день после его, врача, смерти. Через несколько месяцев после этого разговора врач погиб в автомобильной катастрофе, а его пациент умер от сердечной недостаточности ровно через три намеченных дня.

Таблица 7

Терапевтический материал и работа с ним в зависимости от его локализации в психике

п / п	Области нахождения патогенного прошлого опыта	Тип патогенного опыта	Методы исследования патогенного опыта
1	Сознательное психическое	Актуальные психические травмы	Интервью
2	Предсознательное	Недавние, «забытые» психические травмы	Простое произвольное воспоминание в поддерживающих или специальных условиях. Особым образом структурированное интервью для проверки идей, возникающих в голове терапевта
3	Индивидуальное бессознательное (З. Фрейд)	Негативный опыт раннего детства, довербальный опыт	Регрессивный анализ (возрастная регрессия), анализ произвольных воспоминаний, анализ описок, оговорок и очиток. Анализ сновидений и невербальных телесных знаков. Метод свободных ассоциаций. Гипноанализ. Анализ переноса и контрпереноса
4	Семейное бессознательное (Сонди), сценарий жизни (Э. Берн)	Негативный опыт семьи, семейный секрет, патологический семейный стереотип	Анализ жизненного сценария, построение геносоциограмм (см Шутценбергер А.А. Синдром предков).
5	Коллективное бессознательное (К. Юнг)	Негативный культуральный (расовый, национальный) опыт	Анализ сказок и мифов, анализ исторического контекста развития нации, анализ культурального сценария
6	Трансперсональное бессознательное (С. Гроф)	Негативный экзистенциальный опыт	Метод холотропного дыхания, анализ «коматозных» переживаний и их вербализация

Иногда чувство вины лежит в основе вытеснения неприятных травматических со-

бытий. Фрейд (1990) описывает случай собственной амнезии:

«Я просматриваю 1 января свою врачебную книгу, чтобы выписать гонорарные счета, встречаюсь при этом в рубрике июня месяца с именем М-ль и не могу вспомнить соответствующего лица. Мое удивление возрастает, когда я, перелистывая дальше, замечаю, что я лечил этого больного в санатории и что в течение ряда недель я посещал его ежедневно. Больного, с которым занимаешься при таких условиях, врач не забывает через какие-нибудь полгода. Я спрашиваю себя: кто бы это мог быть – мужчина, паралитик, неинтересный случай? Наконец, при отметке о полученном гонораре, мне опять приходит на мысль все то, что стремилось исчезнуть из памяти. М-ль была 14-летняя девочка, самый примечательный случай в моей практике за последние годы; он послужил мне уроком, который я вряд ли забуду, и исход его заставил меня пережить не один мучительный час. Девочка заболела несомненной истерией, которая под влиянием моего лечения обнаружила быстрое и основательное улучшение. После этого улучшения родители взяли от меня девочку; она жаловалась на боли в животе, которым принадлежала главная роль в общей картине истерических симптомов. Два месяца спустя она умерла от саркомы брюшных желез. Истерия, к которой девочка была, кроме того, предрасположена, воспользовалась образованием опухоли как провоцирующей причиной, и я, будучи ослеплен шумными, но безобидными явлениями истерии, быть может, не заметил первых признаков подкрадывавшейся неизлечимой болезни» (Фрейд 3. Психопатология обыденной жизни, 1990).

. Негативный опыт детства, находящийся в бессознательном и пережитый иногда на доречевом этапе развития, тесно связан с понятием «детской амнезии».

Джон Боулби (1988) идентифицировал три категории переживаний, которые имеют тенденцию к изоляции и предшествуют когнитивным расстройствам:

-) переживания, о которых родители не хотели говорить своим детям;
-) способы, которыми родители лечили ребенка и которые он считает непереносимыми для обдумывания;
-) периоды, когда ребенок чувствовал переполняющую вину или стыд по поводу чего-то, что он сделал или думал сделать, включая вину и стыд в отношении действий родителей. Боулби выделил две ситуации, которые часто ведут к когнитивным, поведенческим и эмоциональным нарушениям в последующей жизни и особенно склонны способствовать формированию амнезии:

во-первых, когда ребенок оказывается свидетелем смерти, суицида или угрозы суицида родителя; и,

во-вторых, когда ребенок знает о сексуальной активности родителей, или участвует в ней, или является жертвой сексуального злоупотребления (цит. по: McNamara, Lister-

Ford, 1995).

Дженни МакНамара и Кристин Листер-Форд (1995), авторы замечательной статьи о психологии памяти, обращаются к анализу так называемых экранирующих воспоминаний. Экранирующие воспоминания впервые описал Фрейд (1990) как ранние воспоминания подчас незначительных событий, которые призваны скрывать действительно важные, с психопатологической точки зрения, заряженные аффектом сцены.

«Например, когда женщина, которую мы назовем Кэти, начала психотерапию, ее наиболее раннее и сильное воспоминание было о падении с велосипеда в возрасте «около четырех». С явным удовольствием она вспоминала сильное растяжение связок на ноге и своего улыбающегося и перевязывающего ее лодыжку отца. Для нее существенным аспектом было то, что отец дал ей физическую близость. Для нее также важно было то, что хотя она и сломала пряжку на своих сандалиях, ее повели в магазин для покупки новой пары «без наказания».

Кэти пришла на психотерапию «за комфортом». В действительности, главным элементом ее текущих взаимоотношений было то, что о Кэти заботились родители, ее друзья и даже ее дети. Всю свою жизнь она обнаруживала себя в ситуации, когда она была ранена и нуждалась в присмотре. Эти инциденты всегда включали мужчину, и обычной кульминацией их было физическое или сексуальное нападение. Очень эффективным подходом к Кэти было исследование ее экранирующего воспоминания. Хотя сначала она мало помнила о своей ранней жизни, глубокое исследование экранирующего воспоминания и его взаимоотношения с ее текущей ситуацией оживило темную сторону ее детства. По ходу терапии Кэти стала медленно устанавливать связь между физическим повреждением и прикосновением, и она вспомнила, что ее часто оскорбляли. Долгое время она не могла себе позволить понимать степень того, что она пережила. Однако, по мере деконтаминации ее Взрослого, она начала вспоминать больше. Часть экранирующего воспоминания о покупке новых сандалий была значимой, поскольку в реальности Кэти ходила босой большую часть своего детства. Она была вынуждена воровать одежду, которую вывешивали сушить другие люди, и после начала терапии иногда все еще делала это, хотя «не знала, почему» она вела себя подобным образом. Постоянное возвращение к первому воспоминанию стимулировало память Кэти. После каждой сессии она могла думать о том, что обсуждалось в экранирующем воспоминании, и затем вспоминать новые аспекты ее ранней жизни, которые способствовали ее пониманию, когда она соединяла кусочки своей истории. В других случаях за сессией следовали яркие сновидения, и через исследование снов в терапии она могла понять, что это были действительно части ее воспоминаний. В случае Кэти мы обнаружили, что в целом ценность идентификации экранирующего воспоминания лежит в его исследовании, через которое открываются скрытые вос-

поминания клиента и взаимосвязи с текущей ситуацией клиента» (McNamara, Lister-Ford, 1995).

Также для осознания травматического события важно использовать не только контекст-зависимую память, но и эмоционально-зависимую память. В случае эмоционально-зависимой памяти роль фона выполняет детализация часто повторяющихся приступов физического, психического или эмоционального напряжения («Вспомните, когда ранее вы испытывали подобное физическое состояние?»).

Процессу воспоминаний и осознанию способствует классическая психоаналитическая техника Зигмунда Фрейда – анализ описок, оговорок, – с блеском представленная в его «Психопатологии обыденной жизни», а также методы свободных ассоциаций и анализа сновидений.

При развитии отношений «переноса-контрпереноса» между пациентом и терапевтом скорость процесса воспоминания и осознания травматических сцен увеличивается. Воспринимая терапевта как значимую фигуру прошлого, клиент позволяет себе регрессировать, двигаясь слой за слоем ко все более раннему психическому опыту, постепенно осваивая (интегрируя опыт во Взрослое Эго-состояние) его. В свою очередь, терапевт, отзываясь на перенос и прикасаясь к собственным «забытым» областям, может проверить собственные терапевтические идеи, предлагая клиенту исследовать его (клиента) похожий опыт.

Материал 4 и 5 строк таблицы подробно представлен в соответствующей доступной литературе.

ВОЗРАСТНАЯ РЕГРЕССИЯ И РЕГРЕССИВНЫЙ АНАЛИЗ

В своей книге «Трансактный анализ и психотерапия» Берн (1992) говорил, что «окончательной целью трансактного анализа является структурное изменение и восстановление целостности (реинтеграции)». Он считал, что эта цель требует две фазы лечения – реструктурирование и реорганизацию.

На протяжении реструктурирования пациент развивает социальный контроль и усиливает Взрослого, причем последний дает разрешение на развитие рабочего альянса с терапевтом. Берн указывал, что эти качества должны быть приобретены прежде, чем будет предпринята попытка деконфузии Ребенка или разрешения внутренних конфликтов. В конце курса человек находится в особенно удачной позиции, чтобы попытаться разрешить архаические конфликты и расстройства, так как тестирование на реальность становится для него доминантой (Berne, 1961).

Даже несмотря на то, что для достижения окончательных целей ТА необходима еще одна фаза лечения – реорганизация, Берн предусмотрел возможность заканчивать лечение после завершения фазы реструктурирования. Однако, хотя реструктурирование эффективно в целях установления социального контроля, сегодня наше понимание психологии развития, а также изменения среди контингента пациентов, привели к тому, что его одного для выздоровления недостаточно, поскольку большинство клиентов, обращающихся к психотерапевту за психологической помощью, не являются ни невротиками (социальный контроль), ни психотиками (прояснение границ Взрослого). Они страдают от болезненных эндопсихических или бихевиоральных нарушений, которые являются проявлением более глубоких расстройств целостности, постоянства, силы и гармонии их личности (Clark, 1991). Поэтому психотерапевты и прибегают к следующей фазе – фазе реорганизации, даже несмотря на явное «симптоматическое улучшение» (см. выше). Фаза реорганизации характеризуется восстановлением Ребенка, при исцелении или замещении Родителя. Вслед за этой динамической фазой реорганизации следует вторичная аналитическая фаза, которая представляет собой попытку деконфузии (состояние смущения) Ребенка.

Таким образом, оптимальный вариант перестройки и реинтеграции личности предусматривает, чтобы Ребенок выражал себя в присутствии Взрослого и Родителя (Берн, 1992), поскольку изменения в Ре и будут обуславливать длительный терапевтический результат.

Археопсихика Ребенка является своего рода вместилищем для терапевтического материала – библиотекой, где на полках «по годам или месяцам» расставлены архивные папки, содержащие вместе с нормальным опытом развития и травматический опыт Ре-

бенка. Задача и психотерапевта, и клиента – достать нужную папку и, возможно, прочитать ее заново. Однако доступ в кладовую травматического опыта часто закрыт, попытки прорваться через закрытые двери могут закончиться встречей с ужасным «Библиотечным Полицейским» (персонаж из одноименного романа Стивена Кинга) – Родителем, стоящим на страже «интересов» Ребенка. Поэтому многие терапевтические школы стремятся избежать прямого обращения к Ребенку с просьбой посетить хранилище, используя не прямые доступы – анализируя сновидения и свободные ассоциации (психоанализ) или врываясь через двери, «насильно» усыпляя и Родителя (что иногда и неплохо), и Взрослого (что плохо по большей части) (гипнотерапия).

Требование, чтобы Взрослый и Родитель находились «при исполнении» своих функций при «оглашении» (вербализации) травматического опыта, выполняется при использовании различных методик возрастной регрессии, когда Взрослый терапевта напрямую обращается к Ребенку пациента соответствующего возраста, причем в состоянии бодрствования. Взрослый терапевт при этом может выполнять работу умного и ответственного Библиотекаря, знающего направление к нужной полке.

«Когда прошлое впечатление как бы оживлено во всей свежести, оно находится полностью в распоряжении врача и пациента, которые могут изучить его самым подробным образом. Ребенка можно окружить заботливым вниманием, чтобы он расцвел как цветок, выставил напоказ все сложности своей внутренней структуры. Можно поворачивать его во все стороны и рассматривать качества, которые раньше были в тени, а теперь высветились» (Берн, 1992).

Слово «регрессия» часто имеет негативную коннотацию как возврат к менее совершенному или менее развитому «Я» или переход к более примитивному или менее взрослому паттерну поведения. Джеймс Гулдинг (James Goulding, 1998) предпочитают термин «резкспириенс» (повторение опыта), так как он подразумевает возвращение в памяти и воображении как к негативным, так и позитивным сценам из детства. Клиенты могут вновь пережить радость от выдувания мыльных пузырей или знакомства с чем-то новым, также как и возвращаться к печальному или трагическому опыту.

Возрастные регрессии, или просто «регрессии», в настоящее время стали важным инструментом гуманистически-ориентированных психотерапевтов. Приглашая пациента к регрессии, терапевт говорит что-то типа:

«А теперь представь, что тебе пять (восемь, десять) лет. Что с тобой было тогда? Где ты был? Кто был с тобой рядом?»

или: «В каком возрасте ты впервые почувствовал (испытал) это? Мог бы ты представить ту, первую ситуацию? Где это было?... и т.д.»

Многие терапевты помогают клиенту регрессировать и вспомнить травматическую

сцену, предлагая клиенту описать внешность окружающих его людей, обстановку, одежду, погоду и запах во время «первичной сцены», следуя рекомендациям гештальт-психологов уделить внимание фону, на котором выветится нужная фигура. Иногда регрессия проводится в форме игры, например, в день рождения, либо в форме медитации под соответствующую музыку (без потери раппорта со своим Взрослым).

«Когда человек возвращается в прошлое (регрессирует), он не принимает участия в ролевой игре. Он не является взрослым человеком, который ведет себя как ребенок или просто вспоминает детский опыт. В данном случае Эго-состояние Ре катектируется, бодрствует, осознает, чувствует и считает, что он или она действуют на более ранней стадии развития. Другими словами, в сознании возвращающегося в прошлое человека с новой яркостью оживает архаическое Детское Эго-состояние. В процессе регрессии Родитель и Взрослый не декатектируются, как при гипнозе, а находятся в состоянии расщепленного катексиса (по Берну), будучи в определенной степени активны, наблюдая и осознавая работу, которую осуществляет Ребенок и, таким образом, изучая свою роль в будущем» (Osnes, Clarke, 1998).

В регрессивной работе терапевт осуществляет защиту процесса, регламентируемую контрактом на регрессивную работу. Обычно контракт предусматривает сохранение конфиденциальности, физическую защиту в течение регрессии (непричинение себе физических повреждений), а также устанавливает рамки взаимоотношений между терапевтом и клиентом или «выполняющим роль терапевта» товарищем по терапевтической группе.

Эрик Берн (1992) писал: «Размышление и опыт заставляют верить, что Ребенок выражает себя наиболее свободно тогда, когда имеет дело с другим Ребенком».

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД, КОГДА ВРАЧ ВЕДЕТ ДИАЛОГ С РЕБЕНКОМ ПАЦИЕНТА ИЗ ЭГО-СОСТОЯНИЯ СВОЕГО РЕБЕНКА, БЕРН НАЗВАЛ РЕГРЕССИВНЫМ АНАЛИЗОМ

«В данных обстоятельствах врач играет роль ребенка, который не знает ни трудных слов, ни понятий. Эта роль особого типа, она привычна врачу, ему надо только вспомнить, каким он был в пять лет.

Не так просто составить отчет о результатах сеанса регрессивного анализа. Положение врача не совсем свободно: он должен быть наполовину Ребенком, наполовину Взрослым, чтобы наблюдать за поведением пациента и своим собственным, то есть поддерживать оба состояния активными одновременно...

Отец господина Веата, собеседника врача, умер, когда мальчику было два года. Помимо Родительских проблем, у него на момент сеанса были и сексуальные.

Терапевт: Мне пять лет, я еще не хожу в школу. Вам не более восьми. Теперь начинайте.

В: Мой папа умер. А где твой?

Терапевт: Он пошел лечить больных людей. Он доктор.

В: Я тоже буду доктором, когда вырасту.

Терапевт: А что значит "умер"?

В: Умер – это когда ты такой, как мертвая кошка, или птица, или рыба.

Терапевт: Это не так, потому что, когда умирает человек, его хоронят, и все.

В: Откуда ты знаешь?

Терапевт: Знаю, потому что это так. У них есть могилки, и их хоронят на кладбище. Твой папа на кладбище?

В: Да. И еще в раю.

Терапевт: Как это: и на кладбище, и в раю?

В: А вот так.

Терапевт: Где же рай?

В: Это высоко на небе.

Терапевт: Если твой папа на небе, он не может быть на кладбище.

В: Нет, может. Есть что-то такое, что вылетает из него на небо, в рай, а остальное они хоронят на кладбище.

Терапевт: Откуда это вылетает?

В: Это вылетает через рот.

Терапевт: Ты смешной. Я тебе не верю. Почему через рот, ты это видел?

В: Нет, но это не так важно, что я не видел. Терапевт: Если ты не видел, откуда же тогда знаешь?

В: Потому что мама мне говорила: "Твой папа улетел на небо, только его тело везут на кладбище".

Терапевт: Как же это он может быть в двух местах? Что он делает на небе?

В: Сидит рядом с Иисусом и смотрит на нас. А ты сам смешной, у тебя маленькая голова.

Терапевт: А ты глупый, раз считаешь, что твой папа может быть в двух местах.

В: Я очень хотел, чтобы у меня был настоящий папа. (Он заплакал.) Ну все, я больше не могу»

(Трансактный анализ и психотерапия, 1992).

На рисунке 19 представлено место Возрастной регрессии в ряду основных методов Трансактного анализа.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗЛИЧНЫМ ЭГО-СОСТОЯНИЯМ

В статье Кларксон и Фиш (Clarkson, Fish, 1988) подробным образом представлены и обсуждаются все существовавшие на тот период методы вмешательства в Эго-состояния.

Заметим, что в большинстве методов предполагается использование возрастной регрессии.

Во избежание путаницы мы остановимся только на основных методах, имеющих четкую и понятную философию и убедительные отличия друг от друга. Эти методы приведены в таблице 8.



Рис. 19. Возрастная регрессия (BR) и основные методы вмешательства в Эго-состояния

Таблица 8

Терапевтические методы вмешательства в Эго-состояния

Эго-состояние	Название вмешательства и автор идеи	Краткое определение
Родитель	Репарентинг как полная долговременная регрессия в условиях	Проведение замены Р Эго-состояния путем полной возрастной регрессии и воспитания «вновь» в условиях «новой» семьи терапевта.

	отделения от биологической семьи (Schiff et al., 1975)	Проводится пациентам со значительными повреждениями в ходе развития: психотикам и имеющим тяжелые личностные расстройства. Известен под названием «Институт катексиса семьи Шиффов».
	Спот-репарентинг (точечный репарентинг) (Osnes, 1974)	Проводится как обычная еженедельная психотерапия либо в виде Развивающих Минитонов (Osnes, Clarke, 1998). Техника включает проведение возрастной регрессии к травматическому опыту и проведение позитивного парентинга терапевтом. Вмешательство фокусируется на специфических точках в опыте клиента там, где было недостаточно родительской поддержки или она была неэффективной*.
	Саморепарентинг Games, 1974)	Метод включает образование нового Родительского содержания для того, чтобы дополнить или заменить существующего неэффективного Р. Взрослый клиента активно вовлекается в эту работу, используя внутренние ресурсы (идеи, решения, воспоминания) позитивных Р фигур. Эта работа может вестись как самостоятельно, так и под руководством терапевта, но при этом терапевт не должен брать на себя роль родителя, как в других формах репарентинга*.
	Репарентинг Родителя (Reparenting the Parent) (Mellor, Andrewartha, 1980)	Метод предлагает проекцию во вне Р Эго-состояния клиента и работу с ним через предоставление эффективных и хороших опытов парентинга для устранения недостатков развития. Работу с проекцией Р Эго-состояния называют «Родительским интервью» (McNeel, 1976). Клиента приглашают спроецировать Р фигуру (интроект) на пустое кресло. Затем клиент садится на это кресло и становится «интроектом», которого и интер-

		вьюирует терапевт. Терапевт, таким образом, дает терапию интроекту*.
Взрос- лый	Деконтаминирование и воссоздание целостности Взрослого (Интегрирование Взрослого)	Для этой цели Берном (1966) предложены «терапевтические операции»: опрос, спецификация, конфронтация, объяснение, иллюстрация, подтверждение, интерпретация, кристаллизация (цит. 2001).
Ребенок	Деконфузия (Берн, 1961 – цит. 1992; 1966 – цит. 2001), или «распутывание»	«Берн часто использовал метафору «деконфузия детских Эго-состояний», но не указал на источник происхождения конфузии (confusion – смятение, замешательство, неразбериха, крушение планов, надежд). Я думаю, что ребенок часто находится в замешательстве по поводу «законности» и безопасности его нужд и эмоциональных состояний» (Clark, 1991).
	Редесижн (Goulding, Goulding, 1979) или «перерешение»	Техника работы с Детским Эго-состоянием предусматривает регрессию для соприкосновения и осознания первичной травматической сцены (когда было принято негативное решение в сценарной матрице Штайнера – предписание). При поддержке терапевта и в гештальт-технике «двух стульев» Ребенок клиента отказывается от старого и принимает новое решение жить не по сценарию.
	Речайлдинг (Clarkson, Fish, 1988)	Терапевтическая техника по образованию нового Детского Эго-состояния с целью предоставления основы для функционирования интегрированного В. Клиента приглашают регрессировать до возраста, в котором он имеет дефицит в опыте или развитии. Клиент позволяет себе создать новые Детские Эго-состояния, содержащие позитивные реакции на большое количество ситуаций. Это обеспечивает существование корректирующего опыта, который располагается в заново соз-

	данном Детском Эго-состоянии, но который становится исторической реальностью для интегрированного Взрослого*.
--	---

* Определения из «Словаря ТА» (Tilney, 2001)

РЕГРЕССИВНЫЙ РЕПАРЕНТИНГ ДЖЕКИ ШИФФ

Метод предложен социальным работником из Калифорнии Джеки Шифф для лечения психотиков и лиц с тяжелыми личностными расстройствами.

Джеки полагала, что шизофрения заучивается в ранних взаимодействиях ребенка с родительскими фигурами и окружением и что регрессия, так часто наблюдаемая при этом психозе, является здоровой попыткой Эго-состояния Ребенка вернуться к претравматической точке развития. Джеки полагала также, что в специально созданной поддерживающей среде терапевтического сообщества, функционирующего как семья, все, что когда-то было «выучено», может быть «переучено» вновь.

Джеки и ее «коллеги» (в основном муж Моррис, биологические дети и многочисленные «родственники» Джеки – «переродительствованные» – вылеченные клиенты, которые затем сами включались в работу по Репарентингу и составляют понятие семьи Шиффов) пришли к выводу, что искусственная, длительно поддерживаемая новыми родителями и окружением возрастная регрессия позволяет Эго-состоянию Ре вновь двигаться по стадиям развития, полностью копируя детские травматические опыты и приобретая новую, здоровую реакцию на них в терапевтической семье. Новый позитивный опыт замещает в личности негативный, приведший к дисфункциональному развитию опыт, в результате чего личность излечивается. Ре последовательно проходит все стадии развития до тех пор, пока возраст терапевтического развития не сравняется с хронологическим возрастом. На этом этапе завершается инкорпорация нового Родителя в личность клиента.

Эрик Зигмунд (1998), сам прошедший регрессивный Репарентинг, вспоминает:

«До конца 1968 года проводились эксперименты с полностью поддерживаемыми регрессиями. Прежде регрессивный репарентинг регулировался контрактом на сессию или на марафон – т.е. в течение строго ограниченного промежутка времени. Полностью поддерживаемая регрессия позволяет индивидууму вернуться к очень раннему детству и часто – к пренатальному периоду. Проигрывание родов было скорее правилом, чем исключением в поддерживающих регрессиях.

Окружение было структурировано так, чтобы оказывать полную поддержку нуждам развития регрессировавшего человека на столь долгом промежутке времени, которое

требовалось, чтобы пройти через все стадии развития и достигнуть своего хронологического возраста. Из четырех пеленок нормального размера шили одну большую. Строились ясли больше 6 футов в длину. Покупались бутылочки для кормления и витамины. Для "переросших" детишек собирались пропорционально большие игрушки, строили гигантскую песочницу. Все аспекты нормального процесса развития регрессировавшего человека – от оральных потребностей до тренировки навыков ходить в туалет и разрешения первичного симбиоза; от потребностей в образовании до «взросления и ухода из дома» – встречали ответную реакцию семьи Шиффов. Мы все вышли из дисфункциональных семей (включая Моэ и Джекки), и опыт бытия внутри принимающей и заботливой группы был и новым, и сильно мотивирующим. Мы хотели разделить наш восторг от этого опыта с другими».

Основные идеи и качественные дополнения к теории развития и модели ТА, выявленные в ходе регрессивного репарентинга, были следующие:

- . Шизофрения является результатом выученного в детстве поведения, когда ребенок систематически подвергается предписаниям из четвертой жизненной позиции «Я – не ОК (ха-ха), другие – не ОК (ха-ха), и вообще мир – страшное место».

- . Шизофрения излечима.

- . Регрессия при психозе – здоровая попытка Эго-состояния Ре вернуться к претравматической точке развития.

- . При полностью поддерживаемых регрессиях люди проигрывают детские травматические опыты и способны принимать интервенции новых опекунов и поддерживающего окружения.

- . При полностью поддерживаемых регрессиях возраст людей соответствует стадиям развития, по которым они спонтанно движутся.

- . Полностью поддерживаемые регрессии соотносят 2-3 недели регрессии с 1 (одним) хронологическим годом жизни человека. Годы, содержащие больше травматического опыта, требуют больше времени, в отличие от годов, где такого опыта было меньше.

- . Регрессивное лечение вне стационара возможно до тех пор, пока существует контракт на решение проблемы, определены временные рамки регрессивного опыта и метод, которым терапевт окончит регрессивный опыт, и план того, как человек безопасно вернется к своей обычной жизни в конце сессии.

Таким образом, согласно Джеки Шифф (1975), регрессивный репарентинг вовлекает полный декатексис (лишение энергии. – Д.Ш.) ранее инкорпорированного Эго-состояния Родителя и полную замену этой структуры новым Родительским Эго-состоянием. Одним из недостатков (а может быть, преимуществ) этой методики является

то, что клиент на долгие месяцы (и годы) приглашается в новое родительское, терапевтическое окружение – «усыновляется», прекращая контакт, на время лечения, с биологическими родителями.

СПОТ-РЕПАРЕНТИНГ

Другой вариант репарентинга – спот-репарентинг, или «точечный» репарентинг, предложил Рассел Оснес (Osnes, 1974). Этот метод применяется к клиентам, которым не требуется длительный и всесторонний репарентинг. Метод особенно эффективен в рамках групповой психотерапии, сфокусированной на том, в чем клиенты нуждались в детстве, а не на том, чего они не получили (Osnes, Clarke, 1998).

Сущность метода: в процессе возрастной регрессии переродительствуется негативный материал Родителя клиента так, что терапевт представляет необходимый клиенту и недополученный им в соответствующем возрасте материал. Терапевт как бы инвестирует часть своего положительного Родителя клиенту для интроекции, при этом обесценивая (рекатегируя) «неправильный» (негативный, психогенный) поведенческий набор Р биологического родителя клиента.

Оснес (Osnes, 1974) описывает следующие шаги в процессе спот-репарентинга.

- . Заключение контракта на Репарентинг.
- . Приглашение к возрастной регрессии. Автор замечает, что если клиент чувствует страх или тревожится перед регрессией, то терапевт приглашает его мысленно посетить какое-либо безопасное место, а затем возвратиться и начать регрессировать.
- . Терапевт с разрешения клиента берет того за руку и, чувствуя готовность клиента, спрашивает, сколько тому лет, где он находится, что случилось. При этом терапевт просит описывать события в настоящем времени.
- . Когда клиент начинает описывать свой травматический опыт, терапевт прерывает клиента на самом ключевом месте и спрашивает: «Что тебе нужно сейчас вместо того, что с тобой сейчас происходит?» Ответ обычно касается какой-либо потребности: чтобы обняли, взяли за руку, сказали, что любят и ценят его. Иногда упоминается конкретный человек, как то: «Мне необходимо, чтобы мама сказала мне, что выражать свой гнев – это нормально». Терапевт позволяет желающему члену группы позаботиться о клиенте, если такая потребность прямо выражена.

Несколько иной аспект принимает парентинг, если травматическое событие случилось в раннем детском или довербальном возрасте и оно выражено, например, в виде страха перед неведомой опасностью. Терапевт дополнительно просит клиента рассказать информацию о своих ранних годах, которую тот, возможно, слышал от родственников.

Терапевт просит клиента выбрать «мать» или «отца» из группы до того, как они станут маленькими:

«А теперь молча, без разговоров, ползи или иди к тому человеку и возвращайся к тому раннему переживанию». Они пойдут, их будут держать за руку и дарить им тепло, любовь и физические поглаживания от «Нового Родителя» и других членов группы. Даются также Разрешения от терапевта и других членов группы:

«Жить – это ОК для тебя»,

«Я люблю тебя»,

«Ты больше не в больнице»,

«Ты снова можешь дышать, ты больше не в кислородной палатке»,

«Тебе больше не нужно бояться»,

«Ты сейчас здоров»,

«Никто сейчас не пытается причинить тебе боль» (Osnes, 1974).

Ниже мы приводим случай спот-репарентинга, взятый из статьи Оснеса (Osnes, 1974):

Нэнси хотела работать над проблемой боязни авторитарных людей, и особенно ее отца. Я спросил ее, хочет ли она снова стать маленькой и посмотреть, какие ответы могут быть даны на ее страх. Она согласилась. Наша работа происходила так:

«Закрой глаза, Нэнси... что ты чувствуешь?» «Я боюсь».

«ОК. Давай перенесемся в твоей фантазии в тихое, уединенное место, где совершенно безопасно, и тебе нечего бояться? Здесь тебя ничто не напугает».

Через короткий промежуток времени я попросил ее вернуться в «сейчас». Я все еще мог видеть напряжение и страх, быстрые движения глазных яблок за закрытыми веками. Я попросил ее пойти в другое место, как уже делал раньше. Это переживание тоже не помогло ей успокоиться.

Затем я спросил ее, хочет ли она, чтобы я пошел с ней.

Она ответила «да». [Ретроспективная цитата: «Я чувствовала себя в безопасности, потому что шла не одна – Я не замешкаюсь, возвращаясь обратно, у меня есть твоя Защита, и меня не побьют».]

Я взял ее за руку, и она быстро переместилась в маленького.

«Сколько тебе лет?»

«Пять».

«Где ты находишься?»

«Наверху в своей комнате с сестрами».

«Что происходит?»

«Они пытаются торопить меня, чтобы я быстрее одевалась, потому что отец дал

нам всего пять минут на сборы. Я бездельничаю, воображаю, что я принцесса на балу, прохаживаюсь перед сестрами». [Побыть несколько минут принцессой стоило мне хорошей взбучки от сестер.]

«Что происходит потом?»

«Они оставляют меня и идут вниз».

«А что происходит сейчас?»

«Отец стоит внизу и требует, чтобы я немедленно спустилась».

«Ты идешь?»

«Да, я спускаюсь. Я очень напугана и стараюсь натянуть пижаму, пока иду вниз».

«Итак, ты – внизу. Что происходит?»

«Отец ударил меня. Я напугана и плачу...»

«Нэнси, что нужно тебе сейчас вместо того, что отец сейчас делает с тобой?»

Ответа нет. [«Я не смею отвечать. Если я заговорю, меня снова ударят».]

«Нэнси, что нужно тебе сейчас вместо того, что отец сейчас делает с тобой?»

«Мне нужно, чтобы меня любили, а не били».

«Есть ли в группе кто-нибудь, чтобы поддержать тебя?»

«Да, это – Джордж». [Ее муж.] «Ты возьмешь меня за руку?»

Она села к Джорджу на колени, прижалась к нему; ее коснулись и поддержали другие члены группы. «Джордж убаюкивал меня. Я не помню, чтобы кто-нибудь когда-нибудь убаюкивал меня – это было здорово!»

Держа ее на коленях, Джордж сказал: «Я люблю тебя. Ты – прекрасный человек!»

Я дал ей несколько Разрешений. «Тебе больше не надо бояться, Нэнси, твой отец больше не причинит тебе вреда». «Это – ОК, когда твои потребности удовлетворены и тебя любят».

[«У меня есть потребности – это ОК – иметь потребности! Другое знание включает в себя осознание того, что гнев на лице отца больше не был моей виной. Я больше не боюсь этого гнева. Я чувствую себя живой и достаточно сильной немедленно последовать своему опыту. Другие Разрешения, которые я получила и которые остались со мной, – это «я заслуживаю право жить» и «я могу просить то, чего мне хочется». Оба были прежде не-ОК для меня».]

СЕЛФ-РЕПАРЕНТИНГ

Процедура селф – или саморепарентинга была предложена Мюриэл Джэймс (1974) и названа так потому, что «каждый клиент независимо решает, каким именно будет его новое родительское Эго-состояние».

Необходимость саморепарентинга определяется наличием реальных исторических (имеющих номера телефонов) отрицательных родительских фигур в Эго-состоянии Р клиента.

К негативным родительским типам, препятствующим росту Детской автономии, Джеймс относит: сверх критичного родителя; конфликтующего родителя; непоследовательного родителя; сверх защищающего родителя; безучастного родителя; сверх организованного родителя, очень нуждающегося родителя. При этом автор предлагает клиенту определить у себя в голове доминирующий Родительский тип и найти у него какие-либо положительные черты, поскольку «ОК-ность в Родителе дает Ребенку чувство комфорта и одобрения. Она может быть небольшой, даже если она выглядит так: «Мама была ОК, когда готовила, хотя она и была несколько ненормальной», – или: «Папа рассказывал мне замечательные сказки, когда я был маленьким, хотя и становился просто омерзительным, когда напивался». Старые родители в Эго-состоянии Р, будучи историческими фигурами, не могут быть модернизированы, но при помощи процесса саморепарентинга это Эго-состояние может быть реструктурировано, так что в Р Эго-состоянии клиента появляется Новый Родитель, созданный им самим.

Характеризуя процесс создания Нового Родителя, Джеймс (1974) пишет:

«Естественные родители в Родительском Эго-состоянии являются тем, чем они были и состоят из исторических фигур с именами, адресами и телефонами. Новому Родителю, тщательно разработанному Взрослым с помощью Творческого Ребенка, не нужно становиться исторической фигурой. Воображаемый родитель, созданный так же, как создаются герои романов и пьес, может быть умным и любящим.

Воображаемые герои романов и пьес часто оказывают большое влияние на жизнь человека. Когда авторы придумывают таких героев, они объединяют идеи и переживания из многих источников, чтобы создать необходимый характер. Процесс, в который вовлечен человек, создающий Нового Родителя, похож на творческий процесс писателя. Идеи для создания Нового Родителя могут быть взяты из разных источников».

Процедура саморепарентинга складывается из нескольких этапов, где терапевт, если он есть, действует как помощник.

На первом этапе необходимо осознание потребности в Новом Родителе, который будет возмещать, добавлять и обезвреживать негативные части старого Р. Проводится исторический диагноз Р Эго-состояния клиента, в процессе которого определяются негативные родительские типы. Поскольку создание Нового Родителя прежде всего необходимо Ребенку, то в процессе внутреннего диалога между Взрослым клиента и его Ребенком (Ре2) определяются нужды каждой части Ребенка (Естественного Ребенка, Маленького Профессора, Родителя в Ребенке). Внутренний диалог предполагает возрастную рег-

рессию с помощью самых разнообразных техник, например, 2-х стульев.

Следующий этап предполагает Взрослый анализ данных, полученных от Р, Ре и окружающего мира. Старый Р расценивается как неадекватный и нуждающийся быть дополненным и сбалансированным Новым Родителем.

Затем на стадии контракта и практики «Взрослый заключает контракт стать замещающим Родителем для внутреннего Ребенка и практиковать специфическое Родительское поведение. Это доставляет удовольствие Ребенку, чьи потребности, наконец-то, были удовлетворены».

«Узнавание Нового Родителя. Первое время Родительское поведение может показаться некомфортным, поверхностным и даже фальшивым (как изучение иностранного языка или нового ремесла), с практикой оно становится автоматическим» (James, 1974).

На рисунке 20 графически показаны различные виды ре-парентинга.

РЕПАРЕНТИНГ И ПСИХОТЕРАПИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Все родители когда-то запрещали своим сыновьям/дочерям курить. И поскольку они делали это в раннем подростковом возрасте их чад, искренне полагая, что пришло, наконец, время для этого вида запрета, то запрет воспринимался в форме контрпредписания (см. матрицу Штайнера), защищающего от чего-то неизвестного и грозного.

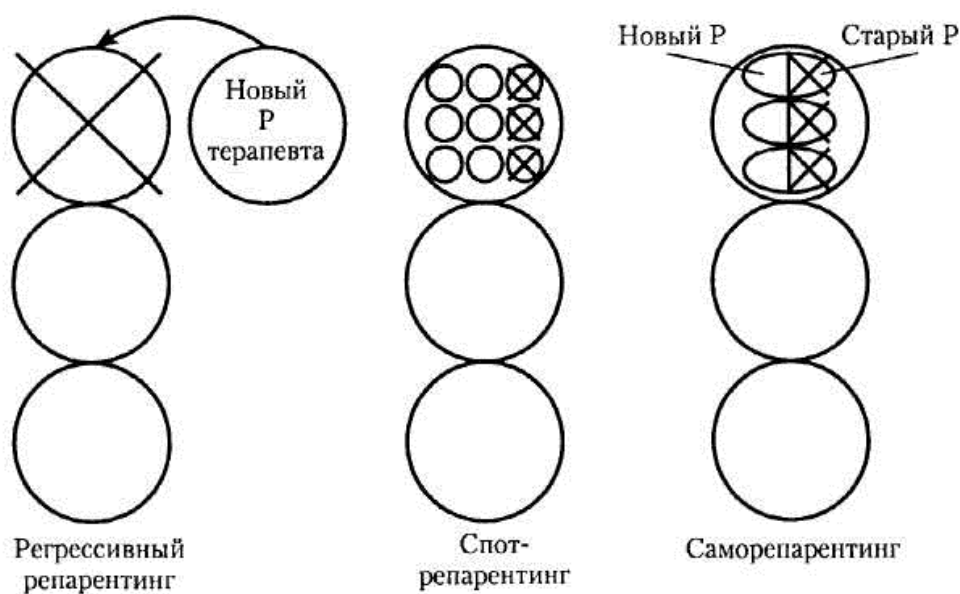


Рис. 20. Виды репарентингов

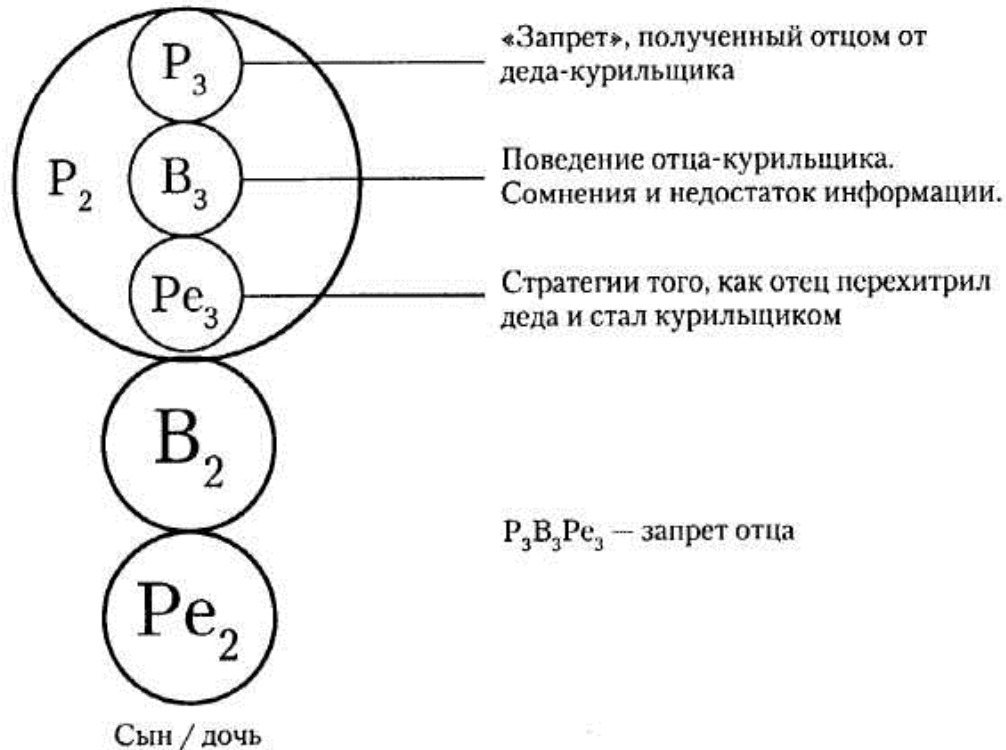


Рис. 21. Структура родительского запрета «Не кури!»

Запрет инкорпорируется в P_2 сына/дочери (рисунок 21) и существует там в форме голоса отца. Вместе с вербально выраженным запретом в P_2 сына/дочери будут содержаться и противоречащие запрету сообщения в Pe_3 (как отец перехитрил своего отца и стал курильщиком или как отец относится к своему закадычному другу-курильщику), в B_3 (отец может сам курить или «понимающе» относиться к другим курильщикам, обесценивая информацию или не имея достаточной информации о вреде курения) и в P_3 (где содержится запрет такого же качества от курильщика-деда).

Таким образом, «контрпредписанный» запрет крайне непоследовательный и слабый, так что Pe сына/дочери способен в скором времени его нарушить (или даже просоответствовать невербальному Родительскому посланию «кури, ха-ха», данному на уровне предписания).

Нарушая запрет, Pe сына/дочери вскоре формирует то, что называется психической и физической зависимостью от никотина, получая массу психологических и физиологических «преимуществ» над некурящими. К таким преимуществам относится принадлежность к особой субкультуре, понимание друг друга с первого щелчка зажигалки, а также стимуляция нейрохимической системы поощрения с выработкой релаксационных медиаторов и переживанием удовольствия.

ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

Существующие системы психотерапии табакокурения могут адресоваться к Родительским структурам в психике, например, реанимируя Родительский запрет (РЗВЗРеЗ), как делает это терапевт-гипнотизер, внушая: «Не курить!» – или разрешая: «Не курить» (переносное излечение). В любом случае решение «Не курить» принимает Ре. Смысл репарентинга – формирование нового Родительского содержания, позволяющего Ре принять новое решение. «Для того, чтобы новое решение было всегда эффективным, оно должно поддерживаться поощряющим новым Родителем» (James, Goulding, 1998)

Подобные виды терапии бывают эффективными, если проводятся талантливо. Мне представляется, что любая работа, сделанная талантливо (творчески, красиво), затрагивает структуры Естественного Ребенка, лишённого способности препятствовать красиво. Красиво – значит верно.

Вспомним хотя бы телевизионное обращение к курильщикам смертельно больного раком Юла Бриннера – героя «Великолепной Семерки».

Профилактическая работа и информирование Взрослого недостаточно эффективны, поскольку в том и другом случае точки приложения терапевтической активности расположены далеко от «зоны боевых действий».

Методы, адресующиеся к Ре, должны были бы произвести эффект, если бы не были столь биологически односторонни и лишены философии. Эти методы позволяют облегчить синдром отмены, отвлечь внимание Ре от переживания удовольствия в акте курения или же испортить это удовольствие. Во всех случаях предлагается Естественному Ре отказать от привычки, доставляющей больше радости и преимуществ, нежели хлопот. Естественному Ребенку трудно понять, ради чего он должен это делать.

СОДЕРЖАНИЕ ЕСТЕСТВЕННОГО РЕБЕНКА

С другой стороны, оснований бросить курить предостаточно. Но являются ли они конкурентоспособными релаксирующему или транквилизирующему (снимающему тревогу) действию никотина?

Случай 1.

Пожилой человек, фронтовик, сознательно бросает курить и не испытывает тяги к табаку только после повторной (более высокой) ампутации культей обеих ног. Пациент страдал облитерирующим атеросклерозом.

Случай 2.

Известный врач-психиатр, тяжело больной онкологическим заболеванием, таясь от

окружающих, просит молодого врача составить ему компанию покурить и испытывает облегчение, затягиваясь папиросой, обретая, казалось бы, навсегда утерянные детские черты.

В свете этих двух примеров мы могли бы задаться вопросом: чем должен пожертвовать человек, чтобы его Естественный Ребенок перестал получать удовольствие от курения? В первом случае, у Естественного Ребенка ветерана был предел – повторная, выше колен, ампутация культей ног. Заметим, что после первой ампутации, несмотря на категорический запрет хирургов, ветеран не отказался от калечащей привычки. Во втором случае такого предела не было: Естественный Ребенок психиатра был готов получать удовольствие даже ценою собственной смерти.

И здесь мы сталкиваемся с парадоксом Естественного Ребенка – личностной структурой, позволяющей нам чувствовать себя счастливыми (Джеймс, Джонгвард, 1993).

Характеризуя Естественного Ребенка, многие авторы вместе с «милыми чертами» описывают его агрессивность, порой деструктивность и общественную опасность.

«Например, у одного человека его Приспособившийся Ребенок может чувствовать робость или свое отличие от других и не хотеть идти в гости. Затем Маленький Профессор обнаруживает, что алкоголь одолевает сдерживающего Родителя и личность становится менее робкой. В конце концов, алкоголь одолевает и Взрослого, оставляя человека во власти неосмотрительного Ребенка, который берет на себя управление всей личностью. Потеряв внутренний контроль, человек может проявлять непредсказуемое поведение из любой части состояния Я Ребенка – спорить, ругаться, петь, плясать, оскорбить хозяйку или влюбиться. В результате ребенок может окончательно «уступить» алкоголю и личность «исчезнет» (Джеймс М., Джонгвард Д. «Рожденные выигрывать», с. 165).

Тридцатилетний «подросток» получает наслаждение, мчась во весь дух на мотоцикле по тротуару, угрожая здоровью и жизни пешеходов. Один из моих клиентов, врач по образованию, бывший алкоголик, рассказывал, что в определенные моменты опьянения у него включалась личностная структура, названная им Внутренним Негодяем, которая переживала полное удовольствие и самодостаточность, не беря в расчет какие-либо Взрослые доводы (интересы семьи, детей и собственного здоровья), слушаясь и удовлетворяя малейший инстинктивный позыв – будь то позыв к сексу (промискуитет) или позыв к разрушению и выражению неудовольствия (конфликт, физическое насилие, разрушение).

Естественный Ребенок словно черпает энергию сразу из двух источников: либидо (энергия любви и жизни) и мортидо (энергия деструкции и смерти). В этом смысле, черпая энергию из реки смерти, Естественный Ребенок переживает наслаждение, поведенчески осуществляя саморазрушительные или аутоагрессивные акты. Реестр подобных форм

поведения известен благодаря работам Фрейда и Меннингера (2000). Курение относится к их числу.

САМОРЕПАРЕНТИНГ

Возвращаясь к терапии Ре-курильщика и принимая во внимание вышеизложенное, не трудно представить себе ситуацию доктора Фауста, пытающегося запугать Мефистофеля адом. В одном случае, терапевт пытается «убить» наслаждение, накладывая антиникотиновый пластырь или предлагая рвотное средство (аверсивная терапия), в другом – применяя эмоционально-стрессовые методики (кодирование), пугая Ребенка-висельника (Естественный Ребенок Марка Твена: «Бросить курить легко: я сам это делал около трехсот раз») смертью при нарушении терапевтического запрета курения. Многие курильщики отмечают особенно острое наслаждение от первой сигареты, выкуренной в нарушение запрета. Чем сильнее наслаждение, тем более оправданным кажется нарушение запрета. Феномен отрицания оставляет за пределами осознания, какого рода энергия питает никотиновое (алкогольное, наркотическое и проч.) наслаждение.

И все же любой терапевт, применяющий эти методики, может сказать о случаях выздоровления.

Так же, впрочем, и любой человек может привести множество примеров того, как кто-либо из его знакомых или родственников бросил курить.

Случай 3.

Тридцатилетний мужчина на спор бросил курить и не курил семнадцать лет. Мой знакомый Р. дал сам себе обещание перестать курить. Не курил шесть с половиной лет.

Случай 4.

Сразу же после сеанса кодирования пациент М. стал испытывать сильное влечение к никотину («тягу»). Вспоминая сеанс кодирования и представляя, как психотерапевт водил над его головой руками и говорил: «Не курить», – пациент подумал, что его «провели, как лоха», обиделся и сам бросил курить. Не курил пять лет. Через пять лет снова стал курить. Обратился к другому психотерапевту (первого по-прежнему считал обманщиком) с просьбой «дать толчок, стимул» для того, чтобы он снова сам бросил курить на длительный срок.

Случай 5.

Сразу же после сеанса кодирования пациент Н. стал испытывать сильное влечение к никотину («тягу»). В течение двух суток он боролся с влечением, при этом не мог продуктивно работать или чем-либо отвлечься. Через два дня он обратился к врачу за «раскодированием» (снятием врачебного запрета «не курить») и после процедуры «раскоди-

рования» почувствовал необычную легкость и отсутствие влечения к курению. Н. закурил только через два дня. Количество выкуриваемых сигарет резко сократилось, и через год он сам бросил курить. Не курил четыре года, сейчас изредка выкуривает одну-две дорогих сигареты в сутки.

Первое, что объединяет эти случаи, – это самостоятельное решение отказаться от курения, принятое Ре пациента в ответ на измененное содержание Родителя (Репарентинг).

В случаях 3 и 4 клиенты выделяли для себя новую позитивную Родительскую фигуру, которой обещали не курить. Затем новую Родительскую фигуру интроецировали в собственного Родителя, который, находясь в постоянном диалоге с Ре, помогал последнему сдерживать обещание в течение длительного срока. В виде новой Родительской фигуры могла выступать фигура Бога, которой давали «зарок», фигура собственного позитивного Родителя (например, бабушка или родственник, которые никогда не курили) или Родительская фигура участника спора, которая могла символически наказать нарушителя обета.

Случай 5 интересен тем, что Р контрпредписание «кури!», которое закрывало более опасное предписание, вошло в противоречие с мощным и авторитетным посланием терапевта «не кури!». В данном случае «Не будь психически здоров». У пациента некурящие дядя и младший брат перенесли психотические приступы.

На протяжении двух суток Ре пациента делал выбор: либо все оставить как есть, то есть противоречить мощному влиянию уважаемого терапевта, либо отказаться от курения и сойти с ума. В результате «раскодирования» терапевтическое разрешение курить совпало с контрпредписанием, а сила и успех Ре, который в течение двух суток так и не сошел с ума, позволило личности Н. найти новые, менее одиозные, нежели курение, контрпредписания и разрешения «не сходить с ума».

Второе, что объединяет эти случаи, – их кратковременность, поскольку решение «не курить» было принято Адаптированным Ребенком под нажимом нового Родительского содержания и не было новым решением, принятым Естественным Ребенком. Подобного рода нестойкость решения клинически проявляется в постоянных внутренних диалогах, обострениях влечения при стрессе или наличии условно-рефлекторного стимула – то есть внутриличностной борьбе. Вместе с тем успех подобной терапии обеспечивался и новым содержанием, которое поддерживает позитивную часть Естественного Ребенка (питающуюся от либидо), когда новая инкорпорированная Родительская структура вместе с запретом опасного поведения (курения) давала новое разрешение – «живи!»

САМОРЕПАРЕНТИНГ И ПЕРЕРЕШЕНИЕ

Вариант саморепарентинга для принятия нового решения был описан Мюриел Джеймс (James 1974) и конкретизирован в совместной статье с Мэри Гулдинг (James, Goulding, 1998).

Данная методика предусматривает саморепарентинг (формирование нового позитивного Р содержания), контроль В и перерешение, осуществленное путем структурного преобразования Естественного Ребенка.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

. Пациент осуществляет следующий внутренний диалог на уровне внутренней, либо внешней речи. Диалог может осуществляться в присутствии и при поддержке терапевта либо лечебного окружения (терапевтической группы). Желательно, чтобы диалог был осуществлен на фоне актуализировавшегося влечения к никотину.

. Взрослый пациента обращается к деструктивному Естественному Ребенку пациента. Далее следует примерный текст, апробированный автором:

«Я узнал тебя, отвратительный негодяй. Ты не думаешь, ты только удовлетворяешь свои желания: сладко есть, пить или курить, пусть даже за счет смерти всей личности и всего тела. Тебе ни до чего нет дела. Ты усмехаешься. Тебе на все плевать – плевать на мое здоровье и жизнь, плевать на моих детей, которые могут в одночасье стать сиротами, плевать на мои успехи и дела, которые никогда не осуществляются на благо другим людям. Я узнал тебя, и я буду узнавать тебя всякий раз, как только ты будешь просить свою долю смертельного удовольствия. И всякий раз я буду отказывать тебе, негодяй».

. Деструктивный Естественный Ребенок пациента – Взрослому пациента:

...(молчание, так как мотив деструктивного Естественного Ребенка становится очевидным).

Показателем перемещения энергии от деструктивного Естественного Ребенка к положительному Естественному Ребенку служит отсутствие влечения к никотину и радость совладания с ситуацией. Так проявляется Естественный Ребенок, который принял новое решение – «жить».

. Родитель пациента (это может быть интроект терапевта, или уже существовавший ранее интроект, или функционально положительный Воспитывающий Родитель, за которым структурно скрывается неопознанный положительный интроект) обращается к Естественному Ребенку. Родитель любит и поддерживает Ребенка и хочет, чтобы тот жил:

«Ты молодец! Ты принял правильное решение. Я на твоей стороне. Я всегда, чтобы ни случилось, буду поддерживать твое решение».

. Естественный Ребенок отвечает Новому Родителю:

«Спасибо. Как только я буду испытывать влечение (т.е. отдавать энергию деструктивному Ребенку), я буду звать на помощь В, чтобы он контролировал события, и буду звать тебя, чтобы ты поддержал мое решение не курить».

Подобного рода терапия может быть самостоятельной. Желательно, чтобы клиент был достаточно продвинут в транзактном анализе, мог избежать попыток сопротивления: игнорирования со стороны неинформированного Взрослого и отрицания со стороны отрицательного Естественного Ребенка.

Также Репарентинг может осуществляться как следующий этап после кодирования (интроецирования нового Родительского запрета) в ситуациях актуализации влечения.

ЛИТЕРАТУРА

Берн Э. Транзактный анализ и психотерапия / Пер. с англ. СПб.: Братство, 1992.

Берн Э. Групповая психотерапия / Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.

Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Транзактный анализ с гештальт-упражнениями / Пер. с англ. М.: Прогресс, Прогресс-Универс, 1993.

Фрейд З. Психопатология обыденной жизни // Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1990. С. 202-309.

Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью (Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов). М.: Секция наркологии МЗ РФ, 2000.

Clark B.D. Empathic transactions in the deconfusion of Child ego states // TAJ. 1991. Vol. 21, № 2. P. 92-98.P., Fish S. Rechilding: Creating a New Past in the Present as a Support for the Future // TAJ. 1988. Vol. 18, № 1. P. 51-59.M., Goulding R. Changing lives through redecision therapy / New York: Bruner/Mazel, 1979.#., Sills C. Deconfusion of the Child Ego State: A Relational Perspective // TAJ. 2001. Vol. 31, № 1. P. 55-70.M. Self Reparenting: theory and Process // TAJ. 1974. Vol. 4, № 3. P. 32-39.M., Goulding M. Self-reparenting and redecision // TAJ. 1998. Vol. 28, №1. P. 16-19., Andrewartha G. Reparenting the Parent in support of redecisions // TAJ. 1980. Vol. 10, № 3. P. 197-203., Lister-Ford C. Ego States and Psychology of Memory // TAJ. 1995. Vol. 25, № 2. P. 141-149.. The Parent interview // TAJ. 1976. Vol. 6, № 1. P. 61-68.

Osnes R.E. Spot Reparenting // TAJ. 1974. Vol. 4, № 3. P. 40-46.R.E., Clarke J.I. The Developmental Minithon // TAJ. 1998. Vol. 28, № 1. P. 71-82.J.L., Day B. All my children. New York: Pyramid Publications, 1970.J.L. et all. Cathexis reader: Transactional Analysis treatment of psychosis. New York: Harper & Row, 1975.E. The Conscious Natural Child // TAJ. 1998. Vol. 28, № 1. P. 20-30.

ГЛАВА 7. РАБОТА С ЭГО-СОСТОЯНИЕМ РЕБЕНКА

«...И как не видит матери отлученного дитя многие лета, а увидит – возвеселится и возрадуется зело весело и радостно, такожде меня, раба Божьего (имярек), увидев, возрадовались бы и возвеселились цари-царицы, короли-королицы, князи и княгини, все вельможи и все православные роды христианские...»

Из заговора на подход к важному лицу с просьбой, с покорностью или с повинной головой.

(Забылин М. Русский народ: Его обычаи, предания, обряды и суеверия. М.: Эксмо, 2002)

ДЕКОНФУЗИЯ ИЛИ РАСПУТЫВАНИЕ

Любая аналитическая психотерапия имеет дело с архаическими пластами личности. В ТА эти пласты называются Эго-состоянием Pe , или археопсихикой. Детский возраст уязвим не только для острых психических травм, но и для влияния окружения, в котором находится ребенок. Окружение может быть патологическим или сценарным, но маленький ребенок не может его изменить или покинуть. Он еще не знает, к чему он может стремиться и где есть места безопасней и лучше его родительского дома.

Вместе с тем, чтобы выжить, ребенок формирует и поддерживает невербальную связь с родителями (матерью) и «надеется», что эти связи будут чувствительны к его изменяющимся потребностям.

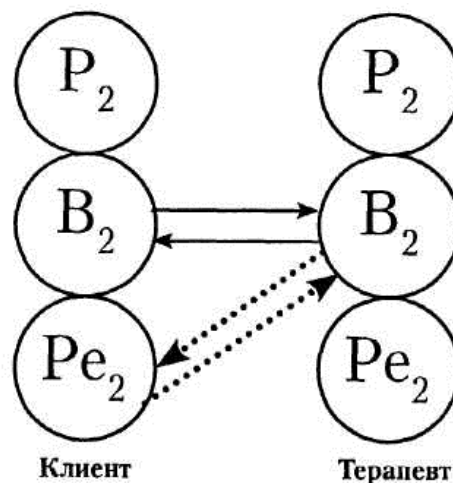


Рис. 22. Эмпатическая трансакция (Harhaden, Sills, 2001)

По мнению Кларк (Clarke, 1991), ребенок часто находится в замешательстве (конфузии) по поводу «законности» и безопасности его нужд и эмоциональных состояний (confusion (англ.) – смятение, замешательство, неразбериха, крушение планов и надежд. Берн часто использовал метафору «деконфузия детских Эго-состояний», но не указал на источник происхождения конфузии). В замешательство ребенка приводит то, что каждый раз, когда у него возникает эмоциональное стремление или побуждение, могущее нарушить привычную «обязательную» связь с родителями, он испытывает сильное беспокойство. Беспокойство становится основой детского убеждения, что с ним что-то не так, что он не ОК, вследствие чего формируется негативное восприятие себя. Такие интенсивные чувства не интегрируются, поскольку они не получают гармоничного ответа со стороны взрослых, заботящихся о ребенке. Вокруг неинтегрированного аффекта и сопутствующих ему потребностей развития выстраивается защита, которая способствует превращению их в фиксированные Детские Эго-состояния, нуждающиеся в последующей психотерапии – деконфузии.

Кларк (Clarke, 1991) предлагает для деконфузии Детского Эго-состояния использовать эмпатические трансакции (рисунок 22), устанавливающие между терапевтом и клиентом новые гармоничные эмпатические связи, которых в должной мере и степени у клиента не было с его матерью.

Таким образом, эмпатическая трансакция возникает, когда терапевт общается, понимая, что ощущает пациент, а пациент чувствует, что его понимают. Деконфузия Ре подразумевает весь спектр воздействий, призванных освободить зафиксированные в Ре травматические опыты, которые, не будучи разрешены, могут вмешиваться в функционирование интегрированного Взрослого Эго-состояния. Одним из методов деконфузии является психоанализ. Мы не говорим здесь о психоанализе и его возможностях для деконфузии только лишь потому, что об этом будет сказано ниже, например, в главе о переносе.

Об установлении эмпатических отношений, как первой фазы деконфузии Ребенка, также сообщают Харгаден и Силз (Hargaden, Sills, 2001), описывая психоаналитическую (переносную) модель деконфузии:

«Если определять задачу терапевта при деконфузии в рамках переносных взаимоотношений, то она имеет две стороны. Во-первых, терапевт должен быть открыт влиянию неинтегрированных опытов и проекций пациента, чтобы понять смысл проблемы и помочь пациенту интегрировать расщепленные части. Во-вторых, он или она должны распознать неудовлетворенные потребности во взаимоотношениях, переносимые из Ребенка, и в процессе общения ответить на них соответствующим образом. Обе задачи деконфузии вовлекают добровольное согласие со стороны терапевта на переживание аффективных

процессов и одновременное сохранение наблюдающего, объективного Взрослого Эго-состояния».

ЭТАПЫ ДЕКОНФУЗИИ

. Согласно Кларк (Clarke, 1991), на первом этапе установления эмпатической связи полное принятие терапевтом и его эмпатическое понимание аффективных состояний и потребностей пациента придает последнему силы для психотерапевтической работы, раскрытию архаических Эго-состояний. И принятие, и эмпатия необходимы еще и постольку, поскольку пациенты испытывают ужас от того, что и с терапевтом могут повториться те же травматические разочарования, отвержения или лишения, которые они испытали в детстве.

. После установления эмпатической связи начинает развиваться процесс интегрирования аффекта. Дезинтегрированный аффект обычно состоит из болезненных чувств, возникающих после эмоциональных травм, и / или разрыва связи с заботящимся взрослым. Чувствительность терапевта к болезненным эмоциональным реакциям пациента помогает излечивать раны, интегрирует аффект и способствует процессу личностного развития.

Следует помнить, что поддержание эмпатической связи – сквозной процесс, который воспроизводится на различных стадиях лечения Детского Эго-состояния.

Осуществляя деконфузию на этом этапе, терапевт должен обладать следующими навыками для эффективного эмпатического контакта:

(а) Конфирмация ценности

В самом начале пациенты могут испытывать смущение и стыд, сознавая, что они нуждаются в чуткости терапевта, и высказывают предположение, что они слишком стары, чтобы иметь такие (детские) потребности. Терапевт разубеждает клиента и подтверждает («процесс конфирмации») ценность потребностей клиента, подчеркивая тем самым ценность «Я» клиента вообще.

(б) Позволить слиться

На каком-то этапе деконфузии клиенты имеют потребность слияния с терапевтом в единое целое, даже за счет потери части своей индивидуальности. Настраиваясь на одну волну с клиентом, терапевт не препятствует этому желанию клиента и не пытается убедить его, что он уже и так целостен.

(в) Позволить идеализировать

Пациенты могут испытывать потребность в идеализации терапевта, потребность считать его совершенным. Терапевт не демонстрирует свою человеческую природу и по-

зволяет клиенту считать, что его (клиента) понимает и принимает человек, обладающий качествами, которых недостаточно у клиента.

«Пациентам необходим кто-то, на кого можно было бы смотреть с почтением, кто может дать вдохновение и придать сил для поддержания стабильности, когда они испытывают страх, фрустрацию или ищут смысл собственной жизни» (Clark, 1991).

(г) Позволить самоопределиться и самоутвердиться.

Многие пациенты «прерывали» развитие, поскольку на этапе самоопределения их поведение казалось родителям опасным. Чтобы сохранить необходимую связь с родителями, они блокировали свое стремление к самоопределению. Терапевты должны быть чуткими и позволяющими в отношении к соперничающему и напористому стилю поведения клиента.

«Поэтому, когда пациенты развивают самоопределение, важно, чтобы они испытывали терапевтическую связь как освобождение, а не ограничение. В этом процессе терапевты часто воспринимают действия пациентов как сопротивление, хотя на самом деле пациенты пытаются защитить себя от вторжения и агрессии терапевта» (Clark, 1991).

(д) Позволить влиять на себя

Пациент также нуждается во влиянии на терапевта, что отражает потребность «быть эффективным».

«Когда пациенты добиваются удовлетворения своих потребностей терапевтом, они испытывают чувство компетентности» (Clark, 1991).

. Толерантное отношение клиента к периодам, когда интерпретации и реакции терапевта не совпадают с внутренними убеждениями и опытом клиента, служат показателем перехода на новую, более продвинутую стадию лечения.

Клиент не боится неудач и чувства фрустрации, позволяя обсуждать эти моменты, не убегая от них, и тем самым воссоздавая прерванные связи в своем раннем личностном развитии. «Несмотря на то, что чувство и выражение неудовлетворенной нужды или эмоций способствует излечению, без понимания и восстановления целостности пациент неизбежно будет снова и снова проигрывать пьесу своего прошлого. Важной частью этого интеграционного процесса станут пояснение и интерпретация» (Hargaden, Sills, 2001).

ХОЛДИНГ

Термин «холдинг» ввел Винникотт в 1960 г. Он подчеркивал, что терапевт должен создать возможности для развития «подлинного Я» пациента и для этой цели ему не следует «сталкиваться» с пациентом в некоторые моменты терапевтической регрессии. Оптимальная функция терапевта при этих условиях, говорил он, – быть объектом, который

«осуществляет холдинг», кем-то вроде матери для того, кому не хватает нормальной материнской заботы. В такие моменты происходит регрессия вплоть до самой примитивной зависимости от аналитика, воспринимаемого как «держашая на руках мама» (цит. по: Кернберг, 2001)

Холдинг – особая безконфронтационная терапевтическая среда. Харгаден и Силз уточняют:

«Всегда бывает очень сложно понять, когда необходимо предложить пояснение или интерпретацию. Важно осознавать, что иногда пациент нуждается в "холдинге", а не в пояснении, интерпретации или любой другой интервенции, направленной на что-то большее, чем просто присутствие неосуждающего терапевта, который воспринимается как человека, способный предложить защиту и необходимое разрешение».

Холдинг становится необходимым в трех случаях (Slochower, 1996): (1) когда пациент регрессировал до полной зависимости; (2) когда пациент нуждается исключительно в отражении и все, кроме одобрения и эмпатии, воспринимается им как атака; и (3) когда пациент соединен с яростью и ненавистью Р (негативная часть Родителя (P1) в Ребенке (Pe2)) и любая попытка интерпретации будет восприниматься как наказание, отвержение или не имеющий значения процесс» (цит. по: Hargaden, Sills, 2001).

ПРИНЯТИЕ НОВОГО РЕШЕНИЯ (ПЕРЕРЕШЕНИЕ)

Метод предложен супругами Мери и Робертом Гулдингами. В настоящее время перерешение является методом терапии Эго-состояния Ре (1), одной из школ ТА (2), видом терапевтического излечения (3).

В данной главе перерешение интересует нас как метод быстрой терапии Эго-состояния Ре.

Гулдинги считают центральным моментом терапии сценария регрессию к тому возрасту в Ре клиента, когда тот принял сценарное решение под воздействием родительских предписаний или даже детских фантазий.

«...Мы считаем, что многие предписания вообще никогда не давались!

Ребенок придумывает, изобретает и неправильно интерпретирует и таким способом сам себе дает предписания. Смерть брата вызывает у ребенка уверенность, что его ревность убила братишку, а не какая-то там непонятная пневмония. И, обуреваемый чувством вины, ребенок дает себе предписание "Не будь". Если умирает любимый отец, сын или дочь может решить ни с кем больше не сближаться. Чтобы в будущем избежать боли, подобной той, что причинила ему смерть отца, ребенок дает себе предписание "Не сближайся". На самом деле он говорит себе следующее: "Я никогда больше не полюблю, а

значит, не буду испытывать боли"» (Гулдинг, Гулдинг, 1997, с. 43).

Обычно клиент, отталкиваясь от проблем настоящей жизни, может вспомнить такой момент.

«Наша формула проста, – пишут Гулдинги (1997), – вместе с клиентом мы находим в его детстве сцену, где он сталкивался с той же проблемой, что и сейчас... Закройте глаза и вернитесь назад в прошлое. Как ваши сегодняшние проблемы соответствуют вашим детским проблемам? Найдите сцену».

И далее: «Клиентам доступно несчетное количество ранних сцен, поэтому важно, чтобы выбранная сцена соответствовала решению – предписанию клиента. Только такая сцена будет способствовать принятию нового решения».

Если клиенту удалось вспомнить первичную сцену, то его просят говорить о ней (сцене) и людях, присутствующих в сцене, в настоящем времени. Затем клиенту предлагается перерешить или сделать новый выбор, отказавшись от своего первоначального решения. В течение всего сеанса терапевт или терапевт и терапевтическая группа поддерживают пациента, а в конце сеанса поздравляют пациента и одобряют его новое решение.

Пример:

Терапевт (После того, как с разрешения Маши взял ее за руку): Что сейчас происходит с тобой?

Маша: Меня всю трясет. Какая-то дрожь, озноб. Кажется...

Терапевт: Что произойдет?

Маша (плачет и глубоко дышит): Кажется... что я могу умереть...

Терапевт: Сколько тебе сейчас лет?

Маша: Три или пять. (Возраст, когда, по словам клиента, она надела на лицо «маску силы», за которую прячет эмоциональную жизнь).

Терапевт (сжимает Машину руку): Ты не умрешь, не бойся. Тебе совсем не обязательно умирать... И совсем не обязательно беременеть, только чтобы почувствовать жизнь внутри себя (Маша считала, что она сможет родить, только если кто-нибудь из ее близких умрет. Может быть, даже она сама). Ты сама можешь жить! (Гладит руку Маши).

Маша (тихо): Да, я могу жить.

Терапевт: Скажи это громче, как сказала бы 5-летняя девочка. (Именно в 5 лет Маша надела «маску» и стала опекать и поддерживать маму, когда отец вынужден был уехать на заработки и оставить их. Маша стала «мальчиком» – мужчиной для мамы.)

Маша: Я боюсь, что не смогу это сказать так, как ребенок.

Терапевт (игнорируя предыдущую фразу Маши): Скажи это громче, еще раз!

Маша: Я могу жить ... (Послушный Ребенок Маши)

Терапевт: Ты хочешь прямо сейчас снять маску?

Маша: Да ... но ...

Терапевт: Ты не знаешь, как это сделать?

Маша утвердительно кивает.

Терапевт: Хочешь, я помогу тебе?

Маша: Да.

Терапевт: Положи обе ладони на лицо и сильно прижми их (терапевт своей рукой прижимает ладони Маши к ее лицу). Когда маска крепко приклеится к ладоням, резко убери руки от лица!

Терапевт убрал свою руку от рук Маши, чуть отстранился от нее, наблюдая «борьбу»: уберет ли Маша руки или нет. Убрать руки Маша должна сама.

Маша (не привычный для Маши детский голос): Мне смешно. (Резко убирает руки от лица. «Маски» нет. Совсем другое, живое, эмоциональное лицо.) «Эй, люди, привет!» – говорит Маша, обращаясь к группе.

Группа аплодирует Маше.

Заметим, что один важный момент отличает школу перерешения от классической школы Берна.

Согласно Берну и Патриции Кроссман, для того, чтобы Ре мог принять новое решение (или отказаться от старого), он должен получить Родительское разрешение. Терапевт дает такое разрешение, будучи инкорпорируемым в Родителя клиента в ходе терапии, демонстрируя при этом, что он сильнее, гибче и надежнее, чем биологические родители клиента.

Гулдинги же считают, что Ре клиента может опираться на своего собственного Родителя, которого он сам в себе строит. Так, Гулдинги (1997) замечают:

«Терапевту, возможно, лестно думать, что он требуется в качестве родителя, однако, за исключением молодых людей и психотиков, пациент с большим успехом может сам выполнять эту функцию».

Таблица 9 демонстрирует эти возможности клиентов.

Таблица 9 Изменение сценарных решений в ходе редисижн-терапии (таблица составлена автором по тексту монографии Гулдингов (1997)).

Предписание и персонажи, ему соответствующие	Сценарное решение	Новое решение
«Не будь», «Не живи», «Не суще-	– «Я умру, и затем вы меня полюбите», – «Я докажу вам,	– «Я не убью себя», – «Я достоин любви», – «Я

«Ствуй» (Долохов, «Война и мир»)	даже если это убьет меня»	люблю себя и буду о себе заботиться»*
«Не думай» (Бальзаминов, «Женитьба Бальзамина»)	– «Сам я не могу принимать решения», – «Я глупый», – «Я не умею сосредоточиться», – «Я всегда неправ», – «Я не открою рта, пока не узнаю, что думают остальные»	– «Я умный», – «Я все понимаю», – «Я всегда знал о вашем семейном секрете»
«Не чувствуй» (Базаров, «Отцы и дети»)	– «Эмоции – это потеря времени», – «Я ничего не чувствую», – «Я не буду злиться... злость может быть смертельно опасна», – «Я не знаю, что я чувствую», – «Что я должен чувствовать? Что бы вы чувствовали на моем месте?»	– «Я буду чувствовать (гнев, боль), не смотря на все твои возражения, мама», – «Я способен чувствовать», – «Я покажу вам мои слезы (радость)»
«Не взрослей» (Митрофанушка, «Недоросль»)	– «Ладно, я останусь маленьким» или «беспомощным» или «несексуальным». Это решение часто проявляется в детских манерах одеваться, в голосе, поведении	– «Я вырос, даже если вы желали навсегда оставить меня ребенком»**
«Не будь ребенком» (Сонечка Мармеладова, «Преступление и наказание»)	– «Я больше ничего не попрошу, я сам о себе позабочусь», – «Я всегда буду заботиться о них», – «Я никогда не буду развлекаться», – «Я больше никогда не сделаю ничего ребячливого»	– «Я имею право гулять (мочить штанишки), а не присматривать за маленьким братишкой»
«Не делай этого» (Обломов, «Обломов»)	– «Я никогда ничего не сделаю правильно», – «Я глупый», – «Я никогда не выиграю», – «Я покажу вам, даже если это убьет меня», – «Неважно, что я хорошо сделал, так как я должен был сделать	– «Я сделаю это, даже если ты не захочешь, чтобы я делал», – «Я успешен, даже если мой неуспех тебе, папа, нравится больше», – «Я пойду дальше тебя»

	еще лучше, поэтому я буду чувствовать растерянность (стыд, вину)»	
«Не сближайся» (Евгений Онегин, «Евгений Онегин»)	– «Больше я никогда никому не буду доверять», – «Я больше никогда ни с кем не буду близок», – «Я никогда не буду сексуальным (плюс все ограничения на физическую близость)»	– «Я буду близок с друзьями, даже несмотря на то, что вы не были близки со мной», – «Я буду сексуальной, даже несмотря на то, что вы боялись секса», – «Я позволю себе быть зависимым, даже несмотря на то, что мне не удавалось быть зависимым от вас». – «Ты умерла, и я решил никогда больше не любить. Сейчас я люблю... даже несмотря на то, что ты умерла. Я разрешаю себе любить»
«Не будь здоров или нормален» (Князь Мышкин, «Идиот»)	– «Я сумасшедший», – «Моя болезнь здесь самая серьезная, и я могу умереть от нее (плюс запрет на использование телесных или мыслительных запретов)»	– «Я нормален», – «Я нормален, даже несмотря на то, что вы никогда не понимали меня, моих интересов и увлечений», – «Ты сумасшедшая, мама, поэтому не важно, что ты говоришь», – «У меня свое тело, и я не буду чувствовать боль вместо тебя, бабуля», – «Я не простужусь, даже если буду одеваться не по сезону», – «Я не умру от рака крови»
Предписание и	Сценарное решение	Новое решение

персонажи, ему соответствующие		
«Не будь собой, своим полом» («Кавалерист-девица», Дурова)	– «Я покажу им, что я так же хорош/хороша, как и любой/любая мальчик/девочка», – «Неважно, как я сильно буду стараться, я никогда не ужожу», – «Я настоящая девочка, только с пенисом», – «Я настоящий мальчик, хоть и выгляжу как девочка», – «Я никогда не буду так счастлив», – «Мне всегда будет стыдно», – «Я притворюсь мальчиком/девочкой»	– «Я буду любить себя таким, как я есть», – «Я имею право быть мальчиком/девочкой»
«Не будь важным» (Акакий Акакиевич, «Шинель»)	– «Никто никогда не позволит мне сказать или сделать что-нибудь», – «Здесь все главнее меня», – «Я никогда ничего не буду стоить», – «Я могу стать значимым, но никогда не проявлю этого»	– «Вы все выслушаете меня, даже если вам этого не хочется», – «Я важен, как важны мои чувства и мысли»
«Не принадлежи» (Чацкий, «Горе от ума»)	«Я никогда не буду никому принадлежать» или «ни к какой группе», – «Никто никогда меня не будет любить, потому что я никому не буду принадлежать»	– «Я знаю, что меня ждут», – «Я буду играть с ними, даже если вам это не нравится», – «Двор сделан для всех»

* Гулдинги пишут:

«Чтобы принять такие решения, клиент находит сцену передачи предписания и, оставаясь в ней, заново решает: «Я достойна любви, пусть даже ты, папа, и не умел любить»». Это относится и к принятию других решений.

** Гулдинги: «Часто мы берем у родителей «интервью», спрашивая, почему они боятся взросления своего ребенка...»

РЕЧАЙЛДИНГ

Речайлдинг представляет собой процедуру формирования нового Эго-состояния Ре, которое бы действовало как стабильная и надежная поддерживающая система и как банк памяти для функционирования интегрированного Взрослого.

Метод был предложен Кларксон и Фиш (Clarkson, Fish, 1988) по аналогии с процедурой репарентинга. Авторы также ссылаются на идею Гродер, который описал случай, когда он намеренно помогал своей клиентке получить доступ к здоровым, архаическим психофизиологически развитым Эго-состояниям для того, чтобы улучшить функционирование ее целостного Взрослого Эго-состояния в ситуации «здесь-и-сейчас». Клиентка, которой было за сорок, не могла получить лицензию пилота. Гродер добился того, что она регрессировала до более раннего Детского Эго-состояния в момент, когда она уверенно, творчески и эффективно танцевала, будучи молодой девушкой. Гродер предложил ей «потанцевать с аэропланом». Необычно ярко ощутив этот оживший опыт танца на психофизиологическом уровне, так, как будто она танцевала в данный момент, она смогла перенести вышеупомянутые качества на управление самолетом.

Фактически в процессе речайлдинга клиенты совершают контрактную регрессию, достигая физиологически более ранних возрастов, в которых имеется дефицит опыта или развития, и в конечном итоге создают новые Детские Эго-состояния и показывают позитивные, здоровые и эффективные реакции на различные стрессовые ситуации. При этом новое Эго-состояние Ре является одновременно новым, вновь созданным и архаичным – «новым сегодня, но архаичным реликтом завтра» (Clarkson, Fish, 1988).

Эффективный результат речайлдинга означает, что новые Эго-состояния Ребенка и нового Взрослого (который предпочтет иметь дело с заново созданным опытом) «приживутся» так, что в условиях дистресса останутся стабильными, причем старые Детские Эго-состояния и соответствующие им старые Родительские Эго-состояния перестанут функционировать (рисунок 23).

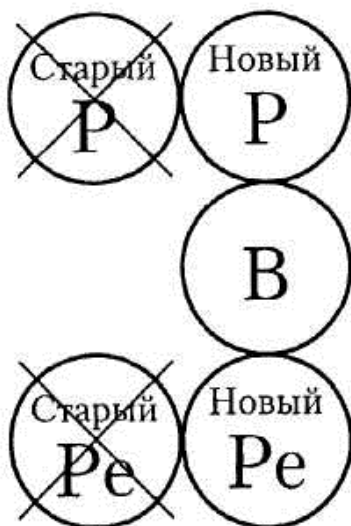


Рис. 23. Речайлдинг. Прекращение функционирования старого Родительского и Детского Эго-состояний по Clarkson, Fish (1988)

Следующий пример воспоминаний клиента иллюстрирует работу вышеупомянутых авторов по речайлдингу.

«Я помню, как приехала в четвертую семью, испытывая радость от предстоящей встречи с двумя детьми, с которыми познакомилась в другом доме. Я сразу же пошла в сад и очень обрадовалась при виде яблоневых и грушевых деревьев. Груши были большими и спелыми. Только я собралась сорвать одну, как услышала крик позади и надо мной, доносившийся откуда-то сверху дома, где я должна была остаться. Голос звучал как строгий и ужасающий приказ: «Стоп!» Я примерзла к месту, где стояла, и решила, что я должна быть тихой и послушной, ни к чему не прикасаться и помнить, что я не принадлежу этому дому.

Психотерапия:

Я проиграла сцену, проведя катексис Ребенка («маленького»). Когда я близко подошла к фрукту, один из терапевтов закричал: «Стоп!», – а другой воодушевил меня накричать в ответ, показать свою ярость. Я это успешно выполнила. Затем она предложила мне позволить себе возбудиться и, по мере того, как голос будет кричать: «Стоп!», – усиливать мое возбуждение по крещендо, несмотря на выкрикиваемые предписания: «Не возбуждайся!» и «Не достигай того, чего ты хочешь!»

Новый опыт Ребенка:

В течение регрессивного слота воркшопа я попросила, чтобы после того, как я позвоню, постучу и вообще произведу огромное количество шума, мне откроют дверь и кто-нибудь устроит для меня экскурсию по дому и ответит на мои вопросы. Я исполняла бы

роль дружелюбного семилетнего ребенка, каким, я уверена, и была когда-то. Мой терапевт широко раскрыла дверь и сказала: «Здравствуй! Мне так приятно тебя видеть». Она убедила меня, что меня ждут и хотят видеть. Позже я бродила по дому. Я обнаружила, что особенно меня заинтересовали комнаты, в которых можно было бы много чем заняться, где лежали бумага, клей, пружинки, печатная машинка. Теперь у меня появилось интернализированное детское воспоминание о приезде, добродушном приеме, удовлетворении любопытства и интереса в доме, где я была желанным гостем (прежде у меня практически не было реальных детских воспоминаний о приятных домашних сценах). Теперь я чувствую, что меня приняли, и я могу использовать это воспоминание, если я когда-либо почувствую страх перед поездкой на новое место, или почувствую, что я никому не принадлежу. У меня появилось новое чувство уверенности в существовании там, где я провожу большую часть времени».

Таким образом, процесс речайлдинга представляет собой создание нового позитивного Детского воспоминания с позволения нового Родителя и с последующей интеграцией во Взрослое поведение.

ЛИТЕРАТУРА

Гулдинг ММ., Гулдинг Р.Л. Психотерапия нового решения. Теория и практика. М.: Независимая фирма «Класс», 1997. (Goulding M., Goulding R. Changing lives through redecision therapy /New York: Bruner/Mazel, 1979)

Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. B.D. Empathic transactions in the deconfusion of Child ego states // TAJ. 1991. Vol. 21, № 2. P. 92-98. P., Fish S. Rechilding: Creating a New Past in the Present as a Support for the Future // TAJ. 1988. Vol. 18, № 1. P. 51-59. H., Sills C Deconfusion of the Child Ego State: A Relational Perspective // TAJ. 2001. Vol. 31, № 1. P. 55-70.

Глава 8. Эго-состояние Взрослого:

ДЕКОНТАМИНАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ

«Сердце мне говорило: "Тебя обидели, тебя сравнивали с говном. Поди, Веничка, и напейся. Встань и поди напейся как сука". Так говорило мое прекрасное сердце. А мой рассудок? Он брюзжал и упорствовал: "Ты не встанешь, Ерофеев, ты никуда не пойдешь и ни капли не выпьешь". А сердце на это: "Ну ладно, Веничка, ладно. Много пить не надо, не надо напиваться как сука; а выпей четыреста грамм и завязывай". "Никаких грамм! – отчеканил рассудок. – Если уж без этого нельзя, поди и выпей три кружки пива; а о граммах своих, Ерофеев, и помнить забудь"».

Венедикт Ерофеев. «Москва – Петушки»

«Два я боролися во мне...»

Ф. Глинка. «В защиту поэта»

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ВЗРОСЛОГО И ДЕКОНТАМИНАЦИЯ

В психотерапии вмешательство во Взрослое Эго-состояние клиента осуществляется, по крайней мере, с двумя целями: с целью активизации, катектирования и поддержания рациональных форм поведения (в отличие от невротических, пограничных или психотических), а также с целью укрепления границ Взрослого путем конфронтации терапевтом контаминации или «заражений» Взрослого со стороны Эго-состояния Родителя (предрассудков) и/или Эго-состояния Ребенка (иллюзий).

Первая цель осуществляется, согласно Мюриэл Джеймс (1993), через образование, использование контрактного метода, постановку правильных вопросов, изучение проекций и сновидений.

«Опытные люди используют своего Взрослого для изучения отчужденных сторон своей личности с помощью проекций... Люди могут проецировать любую положительную или отрицательную черту, которая отчуждена в их сознании. Неосознанно они могут обвинять других в том, что те раздражены, в то время как в действительности сами испытывают раздражение. Они могут воспринимать других как излишне впечатлительных и мягких, хотя в действительности за их внешностью людей с холодным сердцем скрывается способность к нежности. Они могут заявлять, что супруг/супруга не любит их, хотя в действительности сами не испытывают любви к своему супругу/ супруге» (Джеймс, 1993).

Вторая цель осуществляется через информирование, консультирование и лечение, с использованием терапевтических операций Берна (Берн, 2001).

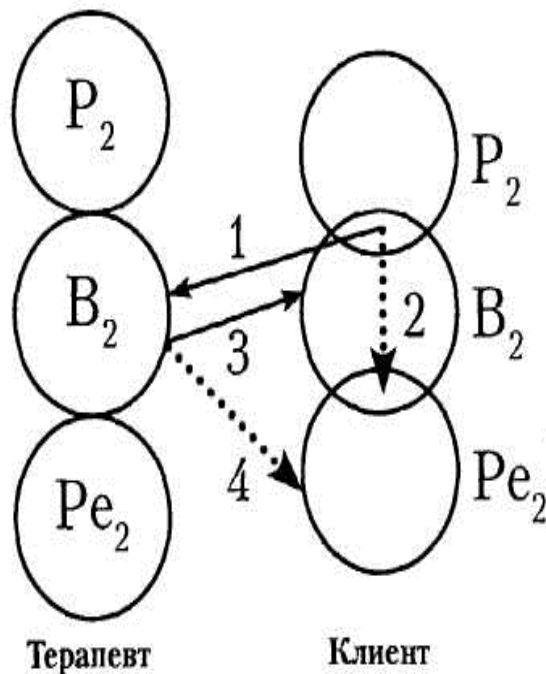
В работе по деконтаминации обе цели совпадают, поскольку представляют две стороны одной медали.

Следует различать деконтаминационную трансакцию и деконтаминационную стадию терапии.

Деконтаминационная трансакция может использоваться на любой стадии терапии в зависимости от необходимости такой интервенции, как показано на рисунке 24.

Длительность деконтаминационной работы на соответствующей стадии терапии зависит от уровня повреждения клиента.

Например, при психотической симптоматике показателем удачной деконтаминации в психиатрической клинике может служить редукция галлюцинаций (контаминация со стороны P), страха и депрессии (контаминация со стороны Pe), и бредовых идей (двойная контаминация со стороны P и Pe).



1. Клиент → Терапевту:
«А правда, что если зимой в комнате появляются мухи, то в доме скоро будет покойник?»
2. Контаминированный Родителем Взрослый клиента → Контаминированному Ребенку Взрослому клиента:
«Если терапевт подтвердит это, то ты умрешь».
3. Терапевт → Клиенту:
«Нет, не правда».
4. Взрослый терапевта → Ребенку клиента:
«Ты можешь успокоиться и продолжать жить».

Рис. 24. Деконтаминационная трансакция

В качестве примера сошлемся на случай самолечения Виктора Кандинского (1849-1889 г.г.), знаменитого русского психиатра, который усиленной умственной работой преодолевал у себя галлюцинации. Он писал:

«...Без энергичного вмешательства воли мои галлюцинации, вероятно, превратились бы в стабильные, и оставшаяся без пищи интеллектуальная деятельность погасла бы окончательно. Вполне освоившись с галлюцинациями, я, не боясь "утомлять себя", принялся за книги. Сначала читать было трудно, потому что занятию постоянно мешали галлюцинации слуха и зрительные образы становились между глазами и книгой...

С возобновлением же правильной умственной деятельности галлюцинации стали более бледными, редкими, но прекратились совершенно только спустя несколько месяцев после того ... соразмерные с силами больного умственные занятия чрезвычайно помогают в период выздоровления избавлению от галлюцинаций» (цит. по: Рохлин Л.Л. «Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х. Кандинского»)

При работе в консультировании, с менее поврежденными клиентами, показателем окончания деконтаминационной стадии может служить смена мировосприятия («frame of reference»). Кристина Листер-Форд (Lister-Ford, 2002) различает четыре этапа деконтаминационной работы: исследование существующей проблемы и углубление в нее; определение (диагностика) внутренних сценарных посланий относительно того, как проживать нашу жизнь и взаимодействовать с другими людьми; конфронтация и терапевтический вызов (challenging) нездоровых внутренних посланий, приводящих к дистрессу и тревоге; мобилизация способностей клиента использовать силу Взрослого для того, чтобы обдумать новые способы жизни и бытия с другими людьми.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

В своей книге «Принципы групповой психотерапии» (2001) Берн предложил группу методов, «имеющих своей главной целью катексис и деконтаминацию Взрослого» (помимо нижеотмеченных шести операций, применяемых для деконтаминации, Берн в своей книге предложил еще две – интерпретацию и кристаллизацию, направленные на деконфузию Эго-состояния Ребенка).

. Опрос

Провоцирует мыслительную деятельность Взрослого. При этом, считает Берн, следует избегать простых вопросов, если терапевт не уверен, что ему ответят из В Эго-состояния. Во время опроса не следует стремиться собрать как можно больше информации, поскольку пациент начнет играть в «Психиатрический анамнез». Многие клиници-

сты используют опрос не только как средство добывания информации, но и как инструмент, могущий поставить важные вопросы перед В клиента. Например, в ходе интервью для прояснения аутоагрессивного анамнеза полезно спросить: «Вы действительно хотели умереть в тот момент?» Или в ходе повышающего терапевтическую мотивацию интервью вопрос: «Что Вы будете делать, когда откажетесь от спиртного?» – может стимулировать позитивное мышление.

. Спецификация

Цель спецификации – зафиксировать в сознании терапевта и клиента определенную информацию, чтобы затем использовать ее более решительным образом. Спецификация может носить характер подтверждения, как в недирективной психотерапии («Вы пошли по темной стороне улицы...»), или информативного сообщения («Я думаю, что здесь мы имеем дело с вашим Ребенком»). Берн предостерегает использовать спецификацию, если она может испугать Ре клиента («Анализируя эти примеры, можно заключить, что вы не пропускаете случая спровоцировать агрессора»), а также не давать спецификацию того, что на самом деле еще не уточнено («По-видимому, любая ваша выпивка вызывает последующую депрессию», хотя может быть и наоборот: «Я понял вас так, что когда у вас снижается настроение, вы начинаете пить»).

. Конфронтация

Цель конфронтации – используя извлеченную путем спецификации информацию, привести в замешательство Р, Ре или контаминированного В. Психика пациента утрачивает равновесие и происходит перераспределение энергии между другими Эго-состояниями более здоровым образом. Структурно конфронтационная трансакция направляется из В терапевта. Функционально же конфронтационный стимул может исходить как из Родителя терапевта («Стоп! Дайте своему ребенку передышку!»), так и из его Ребенка («Фантастика! Я тоже хотел бы так непосредственно вывалиться в грязи!»).

В психоанализе техника конфронтации – одна из четырех аналитических процедур (помимо конфронтации, это – прояснение, интерпретация и проработка (Гринсон, 2003)), она применяется для того, чтобы сделать феномен очевидным для сознательного Эго пациента («Я не думаю, что Ваше легкое недомогание – причина пропуска сессии, скорее это сопротивление»).

В ТА успех конфронтации означает прямое попадание в неконтаминированный участок Взрослого пациента, о чем будет свидетельствовать «задумчивое молчание» («М-м-да, а ведь я действительно загнал своего Ребенка») и/или «инсайтный смех» пациента («О, нет, вы шутите, – клиент смеется, словно представляя пьяного терапевта в Миргородской луже. – Именно, вывалиться в грязи! И как я раньше этого не понимал!») Конфронтация показана, когда пациент явно обманывает, или дурачит терапевта, или играет в

«Тупицу».

Берн говорит, что может стать неудачной слишком ранняя и неподготовленная конфронтация. При этом пациент может усилить неадекватное Эго-состояние (которое и подвергалось конфронтации) и проявить гнев или защиту, используя активированного Взрослого как соучастника (Преследующий Р пациента: «Я не нахожу ничего смешного в той ситуации, в которой я оказался по болезни»).

Берн предлагает избегать конфронтации, когда есть соблазн почувствовать себя более сообразительным, чем пациент, говоря: «Если вы начинаете конфронтацию с Родительского "Но...", считайте, что вас перехитрили».

. Объяснение

Способ, с помощью которого терапевт усиливает, деконтаминирует или переориентирует Взрослого пациента. Объяснения должны быть ясными, четкими и убедительными («Вы можете заметить, что это повторяется снова и снова. И каждый раз во все более непривлекательной форме. Я думаю, это и есть ваша Игра»). Во время процедуры объяснения терапевт должен следить, из какого Эго-состояния следует отклик. И если из Взрослого, то вмешательство было эффективно.

Использование объяснения очень заманчиво для начинающих терапевтов, желающих произвести впечатление и показать свой ум. Опытные клиенты не преминут этим воспользоваться, чтобы поймать терапевта в ловушку («А вчера вы говорили нечто противоположное!») или сыграть с ним в «Да..., но...» («Да, по-видимому, Вы правы, Вы – ученый, но я – маленький человек и приучен страдать»).

. Иллюстрация

Следует за конфронтацией и служит для ее усиления и смягчения ее возможных нежелательных последствий. Берн считал иллюстрацию своего рода попыткой терапевта поместить (вклинить) нечто между Взрослым пациента и его остальными Эго-состояниями, тем самым сделать Взрослого более устойчивым и затруднить соскальзывание пациента в Эго-состояния Ребенка или Родителя. Иллюстрацией может служить история, сравнение или аналогия. Иллюстрация может идти сразу за конфронтацией или же быть отсроченной, содержать внешний материал (из вне группы) или материал внутренний (из группы).

Например, терапевт только что конфронтировал попытку пациента А. выбежать из терапевтической комнаты (acting out), физически препятствуя ему в этом. Спросив пациента, сможет ли тот продолжать оставаться в группе один, без удерживания, и получив утвердительный ответ, терапевт на время обращается к другим членам группы. Убедившись, что А. вновь мог катектировать своего Взрослого, терапевт поделился своим опытом бывшего футболиста и рассказал о случае, когда покинувший поле защитник так и не

смог продолжить матч, наблюдая, как на последней секунде соперники забили победный гол.

. Подтверждение

Терапевтическое вмешательство, необходимое для подтверждения проведенной ранее конфронтации. Цель подтверждения – усилить понимание клиентом своей проблемы, то есть усилить Взрослого клиента.

Например, терапевт обращается к пациенту: «Заметьте, что Вы снова, как несколько минут назад, предлагаете всем посмеяться над Вашей неудачей. Так что я считаю, что Вам всегда нужно сделать что-либо не совсем нормальное, чтобы повеселить окружающих».

Подтверждение не должно носить характера преследования и не нести в себе скрытое послание: «Ты так ничему и не научился». Поэтому Берн не рекомендует использовать подтверждение в случаях, когда сама исходная конфронтация или иллюстрация были неудачными, или же когда у терапевта возникает ощущение самодовольства. «Не цепляйтесь, не приставайте, не изводите пациента своим подтверждением, пока не убедитесь в том, что он сможет вытерпеть это» (Берн, 2001).

ТРЕБОВАНИЯ К ЭГО-СТАТУСУ ВЗРОСЛОГО

- . Осознавание ситуации и способность к инсайту.
- . Умение поддерживать социальный контроль за симптомом или поведением.
- . Умение поддерживать контакт и контрактные взаимоотношения с другими людьми.
- . Умение образовываться или получать и использовать информацию для личного и профессионального роста.
- . Умение дистанцироваться от проблем и видеть свое «Я» со стороны (Эгодистонность и критика).
- . Способность к восприятию неприятной реальности без использования примитивных защитных механизмов типа отрицания (Сила Эго).
- . Умение принимать или допускать в сознание свое прошлое, адекватно на него реагировать и правильно использовать пережитый опыт.
- . Гибкость и способность умело использовать зрелые защитные механизмы (например, интеллектуализацию).
- . Возможность четкого разделения и обозначения экстеропсихических (Родительских) и археопсихических (Детских) паттернов поведения мыслей и чувств в каждый данный момент времени (Наблюдающее Эго) и понимания – какая часть личности нуждается в терапии (Переживающее Эго).

Гибкость и способность Взрослого выслушать Детские потребности и Родительские «нет», его способность к компромиссу между ними проиллюстрирована в эпиграфе к этой главе.

ИНТЕГРАЦИЯ

Любые вмешательства во Взрослое Эго-состояние способствуют его интеграции. Интегрированный Взрослый фильтрует поведение, осознавая Родительские и Детские вызовы (Джеймс, Джонгвард, 1993), и соответствует основным требованиям, описанным выше.

Трансакция, обеспечивающая интеграцию Взрослого в полной мере, называется «глаз быка», поскольку транзактный стимул направлен одновременно и к Родительской, и Детской частям, контаминирующим Взрослого. Например, терапевт говорит: «Я с уважением отношусь к Вашим ценностям (обращение к Р), принимаю Ваше желание сделать это (обращение к Ре) и, между тем, намерен ориентироваться на принцип реальности (обращение к В)».

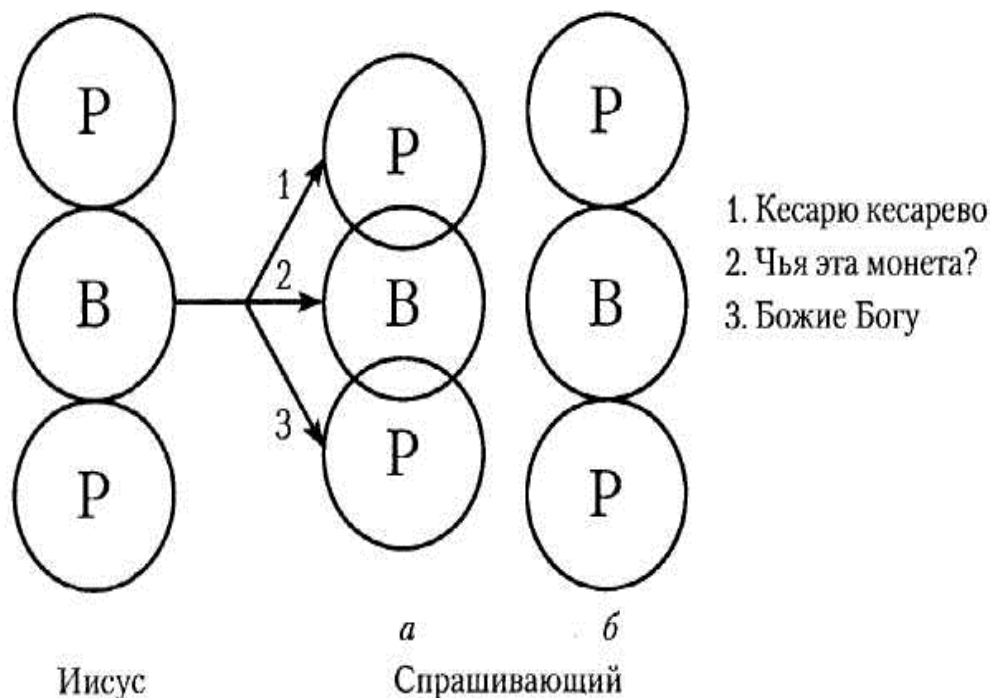


Рис. 25. Трансакция «Бычий глаз»
а, б — спрашивающий «до» и «после» контаминации

Другой пример содержится в Евангелии:

Как-то Иисуса спросили:

Иисус, нужно ли платить подать Кесарю или нет?

(Спросивший сына Бога рассуждал, что если Иисус скажет «да», то народ будет против него, потому что люди (Ре) не хотят платить податей Риму; а если скажет «нет» – римляне (Р) схватят его как изменника).

Иисус просит, чтобы ему дали римскую монету, и спрашивает:

Чье это изображение?

Кесарево.

Итак, отдавайте кесарево кесарю, а Божие Богу.

Трансактная диаграмма знаменитого ответа Иисуса «Динарий кесаря» приведена на рисунке 25.

ЛИТЕРАТУРА

Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия (Transactional Analysis in Psychotherapy) / Пер. с англ. СПб.: Братство, 1992.

Берн Э. Групповая психотерапия (Principles of Group Treatment) / Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.

Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Трансактный анализ с гештальт-упражнениями / Пер. с англ. М.: Прогресс, Прогресс-Универс, 1993. Ford C. Skills in Transactional Analysis Counseling & Psychotherapy. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publ., 2002.

ГЛАВА 9. ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС

«... Отношения между врачом и пациентом представляют собой личные отношения внутри безличных рамок врачебной работы. И лишь из лукавства можно не признавать того, что лечение представляет собой продукт взаимного влияния, в котором принимает участие все существо пациента, равно как и врача. При лечении происходит встреча двух иррациональных данностей, а именно двух людей, которые не представляют собой ограниченные, измеримые величины, но привносят с собой, наряду с потенциально определенным сознанием, неопределенно широкую сферу бессознательного».

К.Г. Юнг. «Проблемы современной психотерапии» (1958) (Энциклопедия глубинной психологии. Т. IV. Индивидуальная психология. Аналитическая психология. Пер. с нем. / Общ. ред. А.М. Боковой. М.: Когито-Центр, МГМ, 2004.)

«Перенос – это союз двух человек и в горе, и в радости, а временами и против всех остальных».

Дж. Хиллман. «Самоубийство и душа» (1964) (Хиллман Дж. Самоубийство и душа / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2004.)

ПЕРЕНОС И ОТНОШЕНИЯ ПЕРЕНОСА

Перенос был открыт Зигмундом Фрейдом. Он наблюдал возникновение неадекватных любовно-дружеских или агрессивно-враждебных чувств у больного по отношению к врачу:

«...тогда как ситуация лечения представляет собой совершенно недостаточный повод для их возникновения ... пациент, которому следовало бы искать выхода из своих болезненных конфликтов, проявляет особый интерес к личности врача. Все, что связано с этой личностью, кажется ему значительнее, чем его собственные дела, и отвлекает его от болезни. Функция переноса «отвлекать от болезни» широко используется в медицине: неосознанно в соматической, когда хирург поощряет тяжело больную пациентку следить за своей внешностью, и вполне намеренно – в психотерапии, когда терапевт оставляет пациенту свою визитку или фотокарточку. Общение с ним на какое-то время становится очень приятным; он особенно предупредителен, старается, где можно, проявить благодарность, обнаруживает утонченность и положительные качества своего существа, которые мы, может быть, и не стремились найти у него. Врач тоже составляет себе приятное мнение о пациенте и благодарит случай, давший ему возможность оказать помощь особо значимой личности» (Фрейд, 1991).

Анализируя ситуацию переноса, Фрейд и его последователи пришли к выводу, что

пациент в этой ситуации демонстрирует и приписывает терапевту те чувства, которые были испытаны им ранее к родителям или иным людям из своего прошлого. Не всегда это дружеские или любовные чувства (позитивный перенос). Часто это негативные чувства, как чувство зависти к отцу у мальчика или ненависти к матери у девочки (негативный перенос). Любой человек, взаимодействуя с окружающими, проецирует на них свои представления, воспоминания и опыт прошлых, зачастую детских и ранних детских – младенческих – лет. И чем интенсивнее эти взаимодействия, тем более переносного материала появляется в отношениях «терапевт-клиент».

Согласно Гринсону (2003), перенос – это переживание чувств, влечений, установок, фантазий и защит по отношению к личности в настоящем, которые не соответствуют ей, а являются повторением реакций, образованных первоначально по отношению к значимым людям раннего детства и бессознательно смещенным на фигуры настоящего.

К числу значимых людей или важных объектов прошлого относят родителей и других воспитателей, дающих любовь, комфорт или наказание, братьев, сестер и других соперников. Иногда фигуры переноса происходят от более поздних и даже современных фигур, однако анализ вскрывает, что эти фигуры вторичны и отражают отношения между ранними фигурами детства.

Перенос не осознается клиентом, поэтому пациент склонен повторять или воспроизводить ранние отношения, например, в виде игр, вместо того, чтобы вспоминать источники своего проблемного поведения. В этом смысле Гринсон (2003) считает перенос сопротивлением по отношению к функциям памяти.

(«Описание вынужденного повторения, данное Фрейдом, применимо преимущественно к травматическим ситуациям и основывается на потребности справиться с травмой и вернуться к неразрешенному конфликту и связанной с ним тревогой. Однако является ли такая динамика единственной? Удовольствие, получаемое от повторения, ощущение комфорта от привычных вещей, и тот факт, что экспериментирование и повторение, по-видимому, являются комплементарными способами функционирования, вероятно, также хорошо объясняет данное явление. По крайней мере, в некоторых случаях. Однако идеи травмы и конфликта оказали такое сильное влияние на наши представления о переносе, что многие теоретики допускают, что повторяются только специфические травматические события» (Allen, Allen, 1991)).

Однако при правильном подходе анализ переноса приведет к воспоминанию, реконструкции и пониманию, а в конечном счете – и к прекращению повторений.

В Трансактном анализе этот процесс называют интеграцией во Взрослое Эго-состояние.

Чтобы процесс интеграции мог происходить, терапевт, согласно психоаналитиче-

ской школе, должен выполнять два правила.

Первое – это «правило абстиненции», или непоощрения, где «аналитик – суровый надсмотрщик» (термин Гринейкр (Greenacre, 1954), см. Гринсон, 2003) и одновременно человек, эмпатически реагирующий на переносный материал пациента. Аналитик, стремясь дать возможность наиболее полно проявиться переносному процессу (а возможно, и забытому, вытесненному событию), не вовлекается в эмоциональный поток пациента, не оценивает его ни положительно, ни отрицательно, поскольку такие оценки могут остановить переносный процесс.

Вместе с тем, «если при этом аналитик не проявляет никакого сочувствия пациенту», можно ли ожидать, что тот раскроет самые интимные, самые уязвимые аспекты своей эмоциональной и интеллектуальной жизни?

Ответить на этот вопрос довольно сложно. Именно терапевтическое обязательство аналитика по отношению к пациенту должно лежать в основании всего того, что он делает. Оно не обязательно должно выражаться в словах, нужно, чтобы разумное Эго пациента почувствовало его...

Наша задача состоит в колебании между противоположными позициями или в совмещении их: позиции вовлеченного человека, испытывающего эмпатию, и позиция бесстрастного сортировщика и осмыслителя данных; сдержанного, но сочувствующего проводника инсайта и интерпретаций» (Гринсон, 2003).

Второе правило – это «терапевт как зеркало», что означает «непрозрачность» аналитика для пациента. «Терапевт как зеркало» не должен отражать ничего, кроме того, что предъявил пациент. «Личные ценности и предпочтения аналитика не должны вторгаться в анализ конфликтов» (Гринсон, 2003).

ПЕРЕНОС И ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ

В «Трансактном анализе и психотерапии» (1992) Эрик Берн определил «классическую реакцию переноса» в виде пересечения трансакций, где стимул идет от Взрослого Эго-состояния терапевта к Взрослому пациенту, а ответ из Эго-состояния Ребенка пациента направлен к Родителю терапевта (рисунок 26).

Подобный тип реагирования, считал Берн (1992), есть, пожалуй, самая распространенная причина недоразумений и разногласий в семье, на работе и в общественной жизни.

Мы не встречаем у «несостоявшегося» психоаналитика Берна частого упоминания этого термина. Между тем, цикличные и повторяющиеся феномены в человеческой жизни – игры, и сам сценарий «принадлежат области переносных феноменов» (Берн, 1992).

В ТА есть свои способы описания переносных явлений (резиновая лента, драматический треугольник, игры, сценарии), творческая система обучающей визуализации – трансактные диаграммы и опыт терапевтического использования переноса.

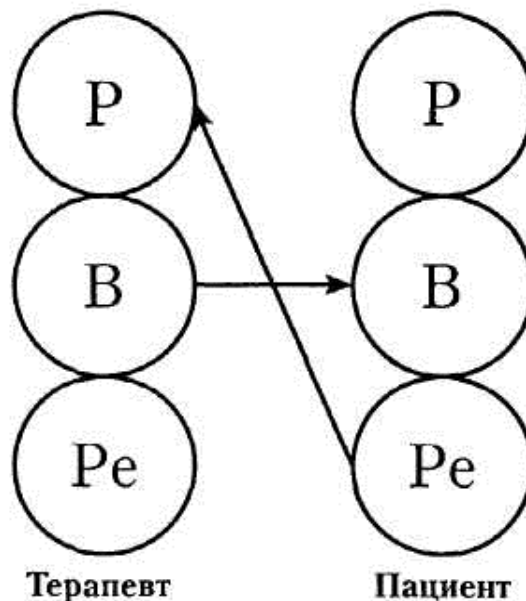


Рис. 26. Трансферентная трансакция

Манера работы ТА-аналитика с переносом также отличается от работы психоаналитика. Например, Кларксон (Clarkson, 1991,б) замечает, что использование распространенной генетической интерпретации (термин Kernberg (1982), см. Clarkson (1991,б)) переноса в виде: «Ты злишься на меня, как на маму, когда она что-то делала плохое для тебя», – где терапевт узнает гнев пациента в ситуации «здесь и теперь» и отправляет его назад в прошлое, опасно, поскольку терапевт может восприниматься как Преследователь. Терапевт мог бы проделать данную работу более элегантно в стиле Мойзо: «Максимилиан, вы не только обесцениваете меня профессионально, но и разрушаете мой образ, который храните внутри себя. Не делайте так, а спросите то, что вы хотите» (Moiso, 1985).

В ТА-терапии аналитик позволяет быть с клиентом в отношениях переноса и не трансформировать их для клиента в факт его сознания. Особенно это важно, если развитие пациента прервано или приостановлено на неразрешенной симбиотической стадии, когда он или она будут проецировать эти нерешенные формы развития и ожидания на терапевтические взаимоотношения. Если пациент затрудняется отделить свое «Я» от мамы, он не может видеть терапевта отделенным (автономным). Подобное рудиментарное «Я» требует симбиотического партнера и будет воссоздавать его. Терапевт может только позволить этот феномен и сконцентрироваться на творческой работе с ним, имея целью

только разрешить перенос. Это может напоминать игру, которую очень важно позволить пациенту, чтобы затем понять и проанализировать ее.

Приглашение к переносу осуществляется в отношении пациентов, которые не могут позволить себе уйти в перенос. Они используют механизмы защиты по типу интеллектуализации и рационализации. «Да, возможно, я мог ненавидеть Джо потому, что он отнял у меня внимание родителей... и, вероятно, я так тогда и чувствовал...» Этот случай демонстрирует, каким образом чувства по отношению к младшему брату были вытеснены и подавлены. Терапевт может конфронтировать рационализацию и отрицание и пригласить пациента вглубь его самого, разрешая чувствовать («Ты можешь чувствовать»), дышать («Ты можешь дышать»), выражать любые эмоции («Ты можешь чувствовать и выражать свой гнев»), тем самым затрагивая раннее Эго-состояние. При этом можно использовать регрессию, гипноз или спонтанную реактивацию раннего Эго-состояния.

Вопросы, приглашающие к переносу, могут быть следующими: «Как ты будешь чувствовать, если скажешь это мне?», «Как я мог бы быть похожим на твоего отца (мату)?», «Когда раньше ты чувствовал что-либо похожее?», «Что ты чувствуешь по отношению ко мне?».

Приглашения к переносу могут быть пассивными в виде отзеркаливания, а могут быть и активными, когда переносная ситуация проигрывается: «Так вот чего ты боялся! Теперь это случилось».

Кларксон (1991,б) предупреждает, что у шизоидных пациентов приглашения должны быть осторожными, поскольку пациенты избегают видеть в психотерапевте родительские фигуры, которые ранее угнетали или физически и эмоционально повреждали его. Терапевт должен с уважением относиться к этому избеганию и позволить пациенту научиться доверять, обеспечивать себе защиту, не отвергая поддержки со стороны.

Временная приостановка переноса. Эту технику следует применять, когда, например, заканчивается сессия. Или когда пациент продолжает видеть терапевта в негативном нереалистическом свете, который базируется на прошлых ожиданиях, заброшенности или насилии. Тогда терапевт может решить прекратить переносную игру и помочь пациенту использовать Взрослого, напомнив их реальные рабочие отношения в рамках альянса: «Ты не поймал меня в ловушку и не поймался со мной сам. Ты платишь мне за услугу, и ты свободна прекратить платить, если ты не удовлетворена. Это совсем другая ситуация, нежели та, когда ты была маленькой девочкой и не могла покинуть родительский дом».

Избегание или минимизация переноса. Трудно или почти невозможно избежать переноса. Иногда нужно оставить плакать пациента, захваченного переносными чувствами, и обратиться к другому пациенту в группе, ожидая, когда первый успокоится и сможет

думать. Также возможно использовать диалог «Взрослый-Взрослый», приглашая пациента думать и анализировать игры.

ВИДЫ ПЕРЕНОСА

Согласно Аллен и Аллен (Allen, Allen, 1991), существует, по крайней мере, четыре абсолютно разных способа «переноса».

Во-первых, существует так называемая ортодоксальная модель. Желания, производные инстинктов и реакции на значимые фигуры детства, особенно фигуры Эдипова периода, переносятся на другого человека в настоящем.

Вторая модель утверждает, что могут переноситься преэдипальные, и даже превербальные, представления о сторонах своего Я (например, я хороший, я плохой) и Я других. Наравне с перемещением в процесс вовлекаются проекция и повторение.

Третья модель вовлекает не повторение, а скорее продолжение или возобновление преждевременно разорванной аффективной связи младенца и другого.

Четвертая модель предполагает, что могут переноситься совместимые стороны развития в раннем детстве, включая выражение чувств, когнитивные и лингвистические модели.

Переносы первого типа чаще всего наблюдаются у пациентов с неврозами. Берн (Berne, 1957) изображал такой перенос с помощью перекрестной трансакции, в которой стимул подается от Взрослого к Взрослому, а реакция идет от Ребенка к Родителю. В тех случаях, когда трансакция становится особенно интенсивной и создает межличностный конфликт, некоторые терапевты говорят о формировании невроза переноса.

Карл Мойзо (1985) в своей знаменитой статье «Эго-состояния и перенос» иллюстрирует этот тип переноса следующим образом (рисунок 27):

«При этом типе переноса пациент проецирует Эго-состояния реальных родителей на экран перед терапевтом через внешнее проявление внутреннего диалога между P2 и Pe2. Затем он чувствует и отыгрывает с терапевтом те чувства, проявляет те потребности и реализует в действии те виды рэкетов и игр, которые являются примером его первоначальных взаимоотношений с родительскими фигурами».

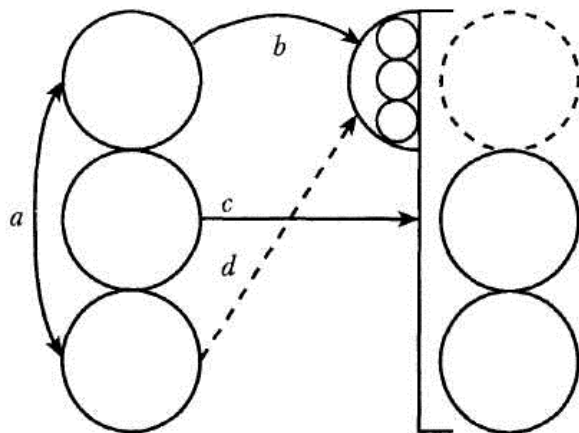


Рис. 27. P₂ трансфер
a — внутренний диалог; *b* — спроецированная структура;
c — социальная транзакция; *d* — трансферентное послание
(скрытая транзакция). (Родитель терапевта показан пунктир-
ной линией, чтобы указать, что его реальное существование
или значение обесценено пациентом.)

В данной ситуации мы можем идентифицировать негативный перенос, когда пациент, включаясь в игры с терапевтом, пытается достичь таких же фрустраций, которые он получал от реальных родителей. Он делает это через активацию таких процессов, которые предназначены для получения опыта, продвигающего вперед его сценарий (так же, конечно, как и условных поглаживаний, которые усиливают его). На этом же уровне мы можем идентифицировать позитивный перенос, когда пациент ищет получения таких разрешений и поглаживаний от терапевта, так как не получил из своего реального окружения. Терапевтический подход требует внимательного анализа транзакций, так же как и функций системы рэкета (Erskine, Zalcman, 1979). На этой стадии пациент эмоционально и поведенчески реагирует скорее на свои собственные проекции, чем на реальное поведение терапевта. Терапевтическая стратегия будет ограничена показом и руководством по разрешению тупика первой степени (Goulding, 1974) или адаптационного тупика (Moiso, 1979).

Клинический пример

Фил: «Сегодня я чувствую себя действительно плохо. Скажите мне, что я могу сделать?»

Терапевт: «Что бы вы хотели сделать по этому поводу?»

Фил: «Вы опять! Всегда мне нужно делать все самому!» (Ребенок 2/3 спроецированный Родитель переносная транзакция, см. рисунок) (В этот момент Фил переопределяет послание терапевта из-за проективного искажения, через которое он воспринимает ответ, как идущий от Родительского Эго-состояния терапевта).

Терапевт: «Фил, сядьте здесь и представьте, что ваш Родитель сидит на стуле напротив вас».

Фил: (Ре сидит на стуле, смотря на Р) «Сегодня я чувствую себя действительно плохо».

Терапевт: «Говорите ему, что вы чувствуете себя плохо, пока не увидите, кто отвечает».

Фил: «Это мой отец».

Терапевт: «Слушайте, что отвечает ваш отец».

Фил: (Пересаживается на другой стул) «Ты должен решать свои проблемы сам. Мужчина не должен зависеть от других людей!»

Терапевт: (Переходит к работе перерешения через повторное переживание ситуации, первоначального выражения гнева, затем страха и, наконец, просьбы о помощи) (Moiso, 1984).

Фил: (Приобретает разрешение открыто спрашивать о том, что он хочет, через понимание, что он может делать это, даже если отец, из-за своих собственных ограничений и сценария, не разрешал ему этого).

Терапевт: «Фил, теперь давайте проанализируем вместе (усиление разрешения) трансакции, с которых вы начали свою работу. (Это привело к прояснению феномена переносной проекции с помощью схемы на рисунке 27)» (Moiso, 1985).

Парадигма переносов второго типа была выработана Кернбергом и переформулирована в терминах трансактного анализа Мойзо (Moiso, 1985), который считал их регрессией к первичным мыслительным процессам, выражаемым, по большей мере, косвенно в фантазиях, сновидениях, оговорках и прямо через отыгрывание вовне (acting out). Этот второй тип (рисунок 28) представлен у пограничных и нарциссических личностей. Данные типы личности переносят на терапевта материал, содержащийся в их P1 который сам по себе состоит из интернализированных объектных отношений, разделенных на «хороший» (P1+) и «плохой» (P1-) объекты. Две стороны P1 отражают качество материнской заботы в фазе сепарации-индивидуации (18-36 месяцев). Мойзо выделяет два подтипа переносов второго типа: А и В.

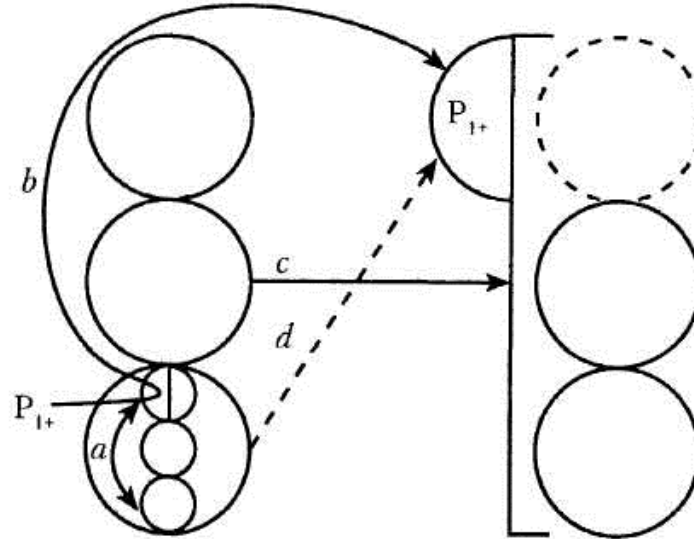


Рис. 28. P_1 трансфер А типа (P_{1+})
a — внутренний диалог; *b* — спроецированная структура;
c — социальная трансакция; *d* — трансферентное послание
(скрытая трансакция)

Здесь пациент проецирует на терапевта образ идеального всемогущего Родителя (P_{1+}). Часто это образ его самого, зафиксированный в кульминации фазы нормального нарциссизма по Кохуту. Вот почему этот тип переноса является наиболее частым у нарциссических личностей.

В P_{1+} переносе пациент обесценивает реальную личность терапевта в попытке избежать признания дефицитарности терапевта для того, чтобы защитить себя от конфронтации своих собственных потребностей и от отчаяния, связанного с чувством оставленности. Таким образом он проецирует на терапевта полностью хорошее всемогущее «Я», источник немедленного и полного удовлетворения, и абсолютную модель, к которой он может стремиться. Терапевтическая тактика, во всяком случае на первой фазе терапии, основана на том, чтобы помочь пациенту перенаправить P_{1+} , которого он проецирует на терапевта. Это устраняет реакцию избегания, которая могла бы последовать за неверным присвоением хорошего объекта (P_{1+}) при существовании плохого объекта (P_{1-}), и беспомощности $Pe1$. Механизм, устраняющий реакцию избегания, таков: пациент, проецируя своего P_{1+} входит, по существу, в симбиотические взаимоотношения. Если терапевт не принимает проекцию, отвергая таким образом симбиоз, клиент останется без защиты от своего собственного деструктивного P_{1-} . Тогда клиент будет воспринимать себя как «ужасного», «опасного» или «придирчивого» (P_{1-}). В качестве защиты ему потребуется воспринимать таким образом терапевта из-за «отвержения» последнего.

P_{1+} проекция и возникающие в ее результате симбиозы являются, таким образом,

принципиально защитными образованиями для пациента, который лишь внешне ищет совершенство в терапевте. В действительности он ищет отражения собственного совершенства для защиты от собственных агрессивных импульсов. Защитная грандиозность, содержащаяся в проекции, обычно проявляется как идеализация терапевта. Если игра «О, профессор, как вы великолепны» конфронтруется слишком рано и слишком резко, это приводит к защитному уходу из терапии. Если терапевт отвергает спроецированную роль мистера Мергетройд, он не справляется со своей функцией переносного зеркала для пациента.

Терапия в этой фазе будет нацелена на помощь пациенту в усилении его нарциссических защит, не затрагивая его идеализацию терапевта.

Клинический пример

Этот пример состоит из двух различных фаз терапии нарциссического пациента. В первой фазе, примерно через четыре месяца после начала терапии, проявился P1+ перенос. Терапевтической стратегией было усиление защит клиента, чтобы позволить ему достигнуть определенного нарциссического равновесия. Во второй фазе был представлен P1 перенос, который проиллюстрирован следующим примером: Максимилиан (глядя на терапевта): «Я вижу, что вы всегда в хорошей форме и понимаете нас». (Отметим, что актуализированные следствия предписаний «Не будь здоров» и «Не существуй» отрицаются, и зеркальный перенос отражает активизацию грандиозного «Я»).

Терапевт: «Макс, что вы хотите продемонстрировать подобным утверждением?»

Максимилиан: «ОК, что я тоже в хорошей форме и что я – любящий человек» (переносная трансакция). Терапевт: «Это определенно что-то, что является и хорошим, и полезным. Подумайте о тех качествах, которые позволяют вам быть в хорошей форме и понимать других» (усиление нарциссических защит).

Максимилиан: «Я люблю и уважаю себя. Я всегда был как... с тех пор, когда я был маленьким мальчиком».

(Последующая регрессивная работа подтвердила гипотезу, что пациент не был принят своей матерью в фазе подтверждения привязанности. Таким образом он развил идеализированный образ себя самого, в связи с сохранением всемогущего образа «Я» фазы разделения)» (Moiso, 1985).

P1 – перенос очевиден в регрессивных вспышках отыгрываний, для которых характерно прямое взаимодействие P1 пациента и спроецированного P1-. В такой ситуации пациент проецирует на терапевта P1 – полюс своего диалога «Pe1-P1», наделяя терапевта всеми негативными эмоциями, разбуженными в своем Pe1 наличием P1 – (рисунок 29).

Затем терапевт видится как садистический объект, полностью плохой, источник наиболее серьезных фрустраций и, таким образом, мишень для гнева и насилия. Терапев-

тическая цель при работе с этим типом переноса требует, чтобы пациент перенаправил спроецированный плохой объект без того, чтобы разрешить себе «деструктивность». В качестве клинического примера Мойзо использует тот же случай, что и с переносом А типа.

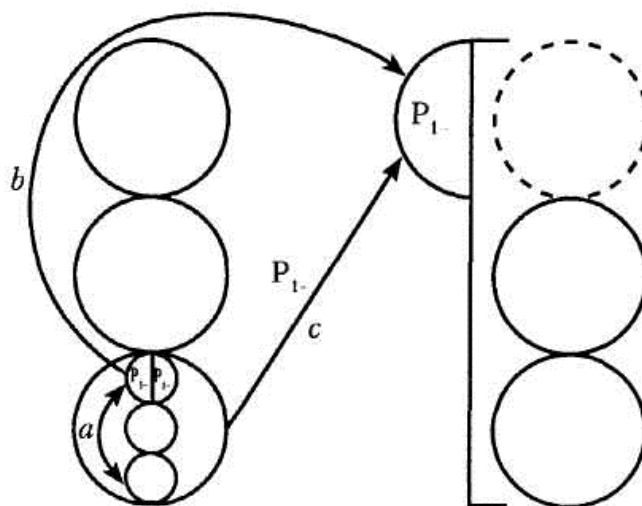


Рис. 29. P_1 трансфер В типа (P_1)
 а — внутренний диалог; б — спроецированная структура (P_1);
 с — трансферентное послание

Через один год терапии клиент начал осознавать эмоциональную пустоту в своей жизни. Тогда терапевтическая стратегия заключалась в конфронтировании его защит и отыгрываний, которые он использовал для избегания своих страданий, чтобы помочь самому себе установить контакт с собственными чувствами гнева, стыда и вины и в итоге принять эти чувства.

Клинический пример

Максимилиан (терапевту с гневом): «В этой группе вы понимаете всех, за исключением меня» (переносная трансакция). Терапевт: «Повторите это и позвольте чувствам проявиться».

Максимилиан (с яростью): «Вы позорите свою профессию! Вы посрамлены. Вы не лечите. Я покидаю эту терапию!»

Терапевт: «Максимилиан, вы не только обесцениваете меня профессионально, но и разрушаете мой образ, который храните внутри себя. Не делайте так, а спросите то, что вы хотите».

Максимилиан: «Мне нужно, чтобы мне помогли». Терапевт: «Кто?» Максимилиан: «Вы».

Терапевт: «Говорите мне: "Мне необходимо, чтобы вы мне помогли" настолько, насколько нужно для того, чтобы соприкоснуться с тем, что вы чувствуете». Максимилиан следует указаниям и плачет. Терапевт: «Я знаю, как вы страдали, когда обнаружили, что не знаете, как делать все самостоятельно. И хорошо, что вы знаете, что вы так же, как любой другой человек, имеете потребность давать и получать любовь. (Слова «как любой другой человек» были произнесены особенным тоном. Это было сделано для того, чтобы дать разрешение быть обычным, которое необходимо в терапии нарциссизма, а также является примером уже упоминавшегося корректирующего переживания)» (Moiso, 1985).

Похожим образом парадигма переносов третьего типа была выработана Кохутом и переформулирована в терминах ТА Кларк (Clark, 1991) и Шмуклер (Schmukler, 1991). Они вовлекают скорее дефицитные состояния, а не конфликты. Теория и эмпатический терапевтический подход Кларк приведены в 7 главе.

Переносы четвертого типа сводятся к удерживанию окружения. В отличие от трех других, они обычно не выступают в роли сопротивлений, поскольку воспроизводят самые ранние ситуации взаимодействия младенца с матерью, которые обеспечивают защиту от внутренних и внешних опасностей. Подобные взаимоотношения лежат в основе «рабочего альянса».

КОНТРПЕРЕНОС

Под контрпереносом понимается эмоциональная реакция терапевта на пациента, В более широком смысле контрперенос представляет собой психологический ответ терапевта, основанный на реактивации его инфантильного опыта. Долгое время считалось, что контрперенос препятствует способности к верному суждению терапевта в ходе терапевтического процесса. Петрушка Кларксон (Clarkson, 1991a) выделяет четыре области, привносимые в процесс терапии:

- Что принес пациент во взаимоотношения (проактивный перенос);
- Что принес терапевт (проактивный контрперенос или патологический перенос терапевта), например, терапевт готов «поделиться» с пациентом своим эпискриптом (English, 1969);

Фанита Инглиш под этим названием описала феномен бессознательной передачи наиболее опасного предписания семейного проклятия. Передача проклятия освобождает прежнего его носителя. Новый носитель стремится также избавиться от проклятия, передавая его как «горячую картошку» по кругу. Инглиш привела случай психолога, который выучился передавать материнское проклятие «Не будь психически здоров» своим пациентам. Эпискрипт делает профессию психиатра небезопасной для клиента с этой точки

зрения, особенно если учесть, что многие психиатры имеют близких родственников-душевнобольных, а некоторые и сами страдают тяжелыми психическими расстройствами, интоксцируются и спиваются.

- Что терапевт отреагировал на пациента (реактивный индуктивный контрперенос), например, контрпереносная ненависть в ответ на враждебные трансакции пациента;

- Что отреагировал пациент в результате того, что принес терапевт (контрперенос пациента или реактивный перенос), например, подобный материал может быть прояснен при совместном анализе терапевтической ошибки терапевта.

Таким образом, мы можем заметить, что перенос и контрперенос составляют как бы две стороны одной медали.

Также необходимо выделить два типа контрпереноса, где первый тип является специфической реакцией на перенос пациента, а второй тип охватывает все реакции терапевта на клиента, которые являются результатом нерешенных конфликтов терапевта и включают убеждения, воспоминания, будущие надежды и планы (Erskine, 1982).

Эрик Берн изображал контрпереносную диаграмму в следующем виде (рисунок 30).

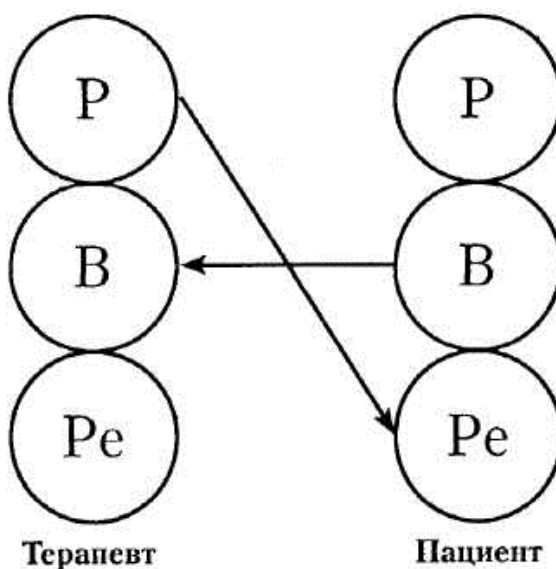


Рис. 30. Контртрансферентная трансакция

Мишель Новеллино (Novellino, 1984) клинически полезным считает выделять четыре вида контрпереноса, причем первые два вида – согласующегося и дополняющего (Racker, 1968) – являются классическими и признанными во всех психотерапевтических

школах.

«Генрих Рэкер, южноамериканский аналитик, находившийся под влиянием Кляйн, предложил клинически бесценные категории согласующегося (конкордантного) и дополняющего (комплементарного) контрпереноса. Первый термин обозначает ощущение (эмпатическое) терапевтом того обстоятельства, что пациент, будучи ребенком, чувствовал по отношению к раннему объекту; второй термин обозначает, что чувства терапевта (неэмпатичные, с точки зрения клиента) соответствуют переживаниям объекта по отношению к ребенку» (цит. по: МакВильямс, 2003).

Итак, 4 вида контрпереноса, выделяемые Мишель Новеллино:

. Согласующаяся идентификация (*conforming identification*): терапевт эмпатически открывает что-то, принадлежащее клиенту, так, как если бы это было его собственное. Например, он чувствует печаль и открывает, что пациент чувствует некоторую утрату без ее осознания. Это идентификация Ребенок-Ребенок, но могут быть вовлечены любые другие Эго-состояния (рисунок 31).

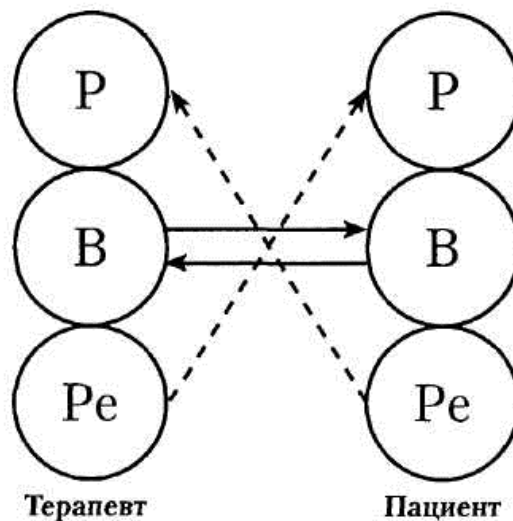


Рис. 31. Согласующийся или «зеркальный» контртрансфер
Терапевт чувствует депрессию и беспомощность как реакции
на депрессию и беспомощность пациента

. Дополняющая идентификация (*complementary identification*): терапевт идентифицируется с объектом, который проецирует пациент. Например, он чувствует раздражение по поводу жалоб пациента, активируя, таким образом, своего Родителя относительно Ребенка пациента (рисунок 32).

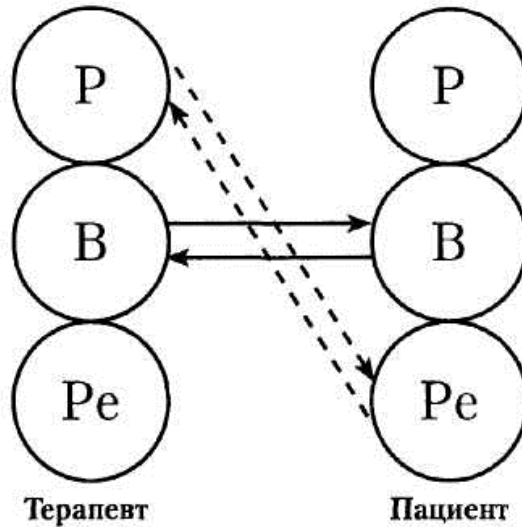


Рис. 32. Дополняющий контртрансфер
Терапевт чувствует вину или становится сверхадаптивным в результате запросов или потребностей клиента

«Тяжелые, враждебно настроенные и агрессивные пациенты могут разрушить самоуважение терапевта, что способно привести к контрпереносной ненависти. Обычно такая ненависть скрывается под маской скуки, отстраненности, ухода в себя, а также вызывает скрытое желание у терапевта, чтобы пациент прервал курс лечения. Когда такой терапевт имеет дело с пограничными, психотическими или суицидальными пациентами, его тайное желание может усилить суицидальный риск, так как такое отношение терапевта свидетельствует об отречении от больного и оставлении его наедине с самим собой. Опытные клиницисты в таких случаях обычно стараются умерить свои эмоции или продемонстрировать умеренное терапевтическое рвение, чтобы защитить себя от такой особенно опасной переносно-контрпереносной позиции... Когда в разгаре переноса пациент приписывает терапевту роль какого-то негодяя, подобного тем негодьям, с которым ему приходилось сталкиваться в своей жизни в прошлом, то терапевт, как правило, сталкивается с дополняющим контрпереносом. Терапевт тогда должен заняться поиском набора согласующихся чувств, чтобы проложить на ощупь путь к пониманию обычного эмоционального состояния пациента» (Урсано, Зонненберг, Лазар, 1992).

В своей практике мы наблюдали несколько случаев значительного повреждения самоуважения терапевтов враждебно-настроенными клиентами, причем сами попытки «оставить» или «бросить» неудачного клиента наносили новые удары по самоуважению.

. Позитивный: внутренний процесс, который предоставляет энергию для понимания пациента и преодоления контрсопротивления терапевта.

Мишель Новеллино (1984) описывает внутренний процесс терапевта, в котором

оживляется его собственный сценарный материал: «Если ответ состоит из контрсценарного послания «Будь сильным» или «Будь совершенным», а предписанием является «Не чувствуй», будет наблюдаться тенденция к подавлению всплывающего контрпереносного материала. Следствием «подавления» будет неизбежное «контрсопротивление»... которое будет угрожать основе терапевтического альянса. Так, терапевт, подавляя свой собственный контрперенос, блокирует для себя чтение сигналов пациента, которые и стимулировали сам контрперенос терапевта. Если контрпереносный материал находится «под контролем» Взрослого терапевта, то внутренний диалог терапевта становится «разрешающим» («То, что ты чувствуешь, – ОК», «фантазируй» и т.д.). Терапевтический альянс и понимание терапевтом клиента состоятся».

. Негативный: внутренний процесс, при котором нет внутренних разрешающих трансакций, вызывает феномен контрсопротивления.

При этом терапевт может проявлять либо враждебность (открытый гнев, враждебность, сверхдетализация, провокации, обсессивные требования, недоверие пациенту, слишком глубокие интервенции, отреагирования – такие, как опоздания и проч., критицизм, замаскированный эротизм, желание избегания, перенесенная враждебность, депрессия, аутоагрессивные фантазии, регрессия, усиление симптомов), либо соблазнительность (соблазнительные комментарии, чрезмерный интерес к сексуальному материалу, чрезмерные упоминания терапевтического материала терапевтом, несоответствующие поглаживания, и в особенности – физические, прямое или замаскированное сексуальное отреагирование, гомосексуальные эскапады, гнев, депрессия, прерывание терапии, регрессия, усиление симптомов).

САМОАНАЛИЗ КОНТРПЕРЕНОСА

Мишель Новеллино выделяет следующие стадии в процессе самоанализа контрпереноса:

-) разрешение иметь контрперенос;
 -) понимание;
 -) избегание интервенции;
 -) анализ контрпереноса (выполняемый через самоанализ, анализ, предпринятый другим терапевтом или супервизором);
 -) использование контрпереноса.
-) На первой стадии либо дается, либо не дается разрешение иметь контрперенос, что приводит к описанным выше затруднениям.
-) Понимание относится к распознаванию следующих сигналов:

а) тревоги: она может быть депрессивной – «Я разрушил пациента», или параноидной – «Пациент хочет разрушить меня»;

б) агрессивности: обычно это случается в реакции на реальную или воображаемую фрустрацию намерений терапевта;

в) чувства вины: терапевт боится получить наказание от своего Родителя, например, при ухудшении состояния пациента;

г) досады: обычно это бессознательная реакция на сепарацию аффекта со стороны пациента, согласно закону «око за око».

Другими важными тревожными сигналами являются:

а) сексуальные или агрессивные фантазии;

б) повторяющиеся сновидения;

в) плохой прогресс в терапии;

г) хроническая антипатия;

д) чрезмерная симпатия;

е) озабоченность пациентом вне сессии.

) Стадия избегания интервенции.

Существует хорошее правило избегать интервенций, в первую очередь, глубинных, пока контрперенос не будет проанализирован. Психотерапевт, который работает под влиянием негативной контрпереносной реакции, будет использовать неадекватную технику или соответствующую технику из негативного функционального Эго-состояния.

) Стадия анализа контрпереноса.

Анализ контрпереноса основывается как на материале, исходящим от пациента (а), так и на материале, принадлежащем терапевту (б). Рассмотрим этот материал более подробно:

а) Значимый материал, возникающий у пациента, состоит из реакций, враждебности или соблазнительности, и из так называемых «ятрогенных синдромов», которые являются острыми психопатологическими реакциями пациента (депрессивные и параноидные синдромы, обсессивные реакции, эротический перенос). «Ятрогении», имея корни в сценарии пациента, запускаются техническими ошибками терапевта, являющимися результатом неразрешенного негативного контрпереноса. В этой связи говорят о так называемом «исцелении через контрперенос» (Money-Kyrle, 1956, цит. по: Novellino, 1984), когда пациент в целях самозащиты от агрессивности или соблазнительности терапевта имитирует, с помощью своего Адаптированного Ребенка, излечение и изменение, не производя сколько-нибудь существенной внутренней перестройки.

б) Анализ материала, порождаемого самим терапевтом, может быть проведен в течение сессий или после сессии в супервизии. Такой анализ имеет две формы, которые

взаимосвязаны: прагматическую и генетическую.

Прагматический анализ имеет дело с вопросом «что?» и является «функциональным» в смысле того, что он соотносится с внешними не-О'Кейными проявлениями контрпереноса, а именно с негативными функциональными Эго-состояниями, ролями в драматическом треугольнике, драйверами и пассивным поведением.

Генетический анализ имеет дело с вопросом «почему?» и является структурным в смысле того, что он соотносится с интрапсихическими корнями не-О'Кейных проявлений. Это основано, принципиально, на самоанализе «резиновой ленты»: «Кого напоминает мне этот пациент?», «С кем я делал похожие вещи или чувствовал также?» Основной вопрос: «Как эта личность зацепляет мой сценарий?» Здесь может быть достаточный инсайт, который зависит от интенсивности контрпереносного ответа и степени тупика. Очень интенсивное повторное переживание сценарного решения при тупике второй или третьей степени требует терапевтической работы перерешающего типа.

) Стадия использования контрпереноса.

Использование контрпереноса является прямым следствием материала, который всплывает во время анализа контрпереноса. Основными вопросами являются:

а) «Что пациент делал, чтобы вызвать мою реакцию, и как я могу использовать это знание в проблеме пациента?»

б) «Какое поведение я проявлял, и какой эффект оно оказало на пациента?»

Метод для использования может быть суммирован следующим вопросом: «Если материал, который всплывает в контрпереносе, принадлежит пациенту, что это говорит мне о его проблеме?»

Примеры терапевтических тупиков
следствий непроанализированного контрпереноса
. Садо-мазохистический контрперенос

Пациент проецирует на терапевта своего собственного «Негативного Заботящегося Родителя», принимает социальную роль «Жертвы» и начинает играть в «Пни меня». Терапевт идентифицирует себя с «Негативным Заботящимся Родителем» пациента (дополняющая идентификация), чувствует себя раздраженным и, таким образом, становится «Преследователем».

. Депрессивно-параноидный контрперенос

Пациент в целях самозащиты от позиции преследуемого идентифицируется со своим собственным «Негативным Заботящимся Родителем», проецируя на терапевта свою собственную психологическую роль «Жертвы». Терапевт принимает это, входя в депрессивно-параноидный контрперенос с возможностью классической игры «Я только стараюсь Вам помочь».

ЛИТЕРАТУРА

- Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия (Transactional Analysis in Psychotherapy) / Пер. с англ. СПб.: Братство, 1992.
- Гринсон Р.Р. Техника и практика психоанализа / Пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003.
- Урсано Р., Зонненберг С, Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство/ Пер. с англ. М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992.
- Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. Двадцать седьмая лекция. Перенесение. М.: Наука, 1991. С. 275-286.
- J.R., Allen B.A. Concepts of Transference: a Critique, a Typology, an Alternative Hypothesis and Some Proposals // TAJ. 1991. Vol. 21, №2. P. 77-91.
- P. Through the Looking Glass: Explorations in Transference and Countertransference // TAJ. 1991a, Vol. 21, № 2. P. 99-107.
- P. Further Through the Looking Glass: Transference, Countertransference, and Parallel Process in Transactional Analysis Psychotherapy and Supervision // TAJ. 1991b. Vol. 21, № 3. P. 174-183.
- F. Episcrpt and the «hot potato» game // TAB. 1969. Vol. 8, № 32. P. 77-82.
- C Ego States and Transference // TAJ. 1985. Vol. 15. P. 194-201.
- Novellino M. Self-Analysis of Countertransference in Integrative Transactional Analysis // TAJ. 1984. Vol. 14, № 1. p. 63-67.
- D. Transference and Transactions: Perspectives from Developmental Theory, Object Relations, and Transformational Processes //TAJ. 1991. Vol. 21, № 3. P. 127-135.

ГЛАВА 10. СУПЕРВИЗИЯ В ТРАНСАКТНОМ АНАЛИЗЕ

«Ежели двое идут, то придумать старается каждый,
Что для успеха полезней.
А что бы один ни придумал,
Мысль его будет короче и будет решенье слабее».
Гомер. «Илиада» (X 224-226)

«Один терапевт при расставании вручил своему супервизору подарок – дорогостоящее экзотическое растение, которое, очевидно, нуждалось в тщательном и регулярном уходе. Супервизор благосклонно принял подарок, поинтересовавшись, почему практикант остановил свой выбор на таком необычном и красивом предмете. Терапевт ответил, что, по его мнению, подарок должен был понравиться супервизору. Помолчав, он добавил: «Это нежное растение, за ним трудно ухаживать, но Вы такой хороший супервизор, что сможете с ним справиться». Терапевт рассмеялся: «Наверное, оно напоминает того пациента, о котором я говорил. Пациент был трудным и требовал деликатного обращения». «Значит, в каком-то смысле Вы передаете его мне?» – спросил супервизор. «Нет, он остается моим пациентом. Но я надеюсь, что смогу обращаться к Вам за советом и впредь. Мне жаль, что мы заканчиваем занятия», – заключил он. Супервизор сказал: «Я считаю, что Вы прекрасно справитесь и самостоятельно. Впрочем, Вы всегда найдете меня здесь, если почувствуете, что Вам нужна консультация. К тому же Вы подарили мне прекрасный подарок, который будет напоминать о Вас, о пациенте и о нашей совместной работе. Желаю Вам успеха».

Якобс, Девис, Мейер. «Супервизорство» (1997)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУПЕРВИЗИИ И ФОРМЫ ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ

Согласно Якобс, Дэвис и Мейер (1997), супервизией называется процесс, во время которого супервизор и супервизируемый вместе узнают что-то новое – о пациенте, друг о друге, о себе. Супервизия развивалась из самоанализа психотерапевта и его потребности оценить и, следовательно, понять процесс его взаимоотношений с клиентом и тех трудностей, которые возникают в ходе терапии и препятствуют продвижению к выздоровлению. Самоанализ, однако, имеет ограничения, в первую очередь определяемые сценарием самого терапевта. Поскольку сценарный материал мало осознан, то, следовательно, и налагаемые им ограничения не могут быть объективно проанализированы самим терапевтом. Терапевт нуждается во взгляде и совете со стороны, причем таких, которые бы не остав-

ляли сомнения в их объективности и осуществлялись бы уважаемыми в сообществе и успешными супервизорами одинаковой психотерапевтической модальности. По мере развития супервизионной практики (параллельно с развитием психоаналитических подходов) был отмечен, по нашему мнению очень важный для обучения психотерапевтов момент, когда вместе с анализом контрпереноса на пациента, осуществляемого в ходе супервизии, высвечивался сценарный материал самого терапевта, требующий терапии.

Супервизия является одним из трех «учебных китов» (вместе с теоретическим, тренинговым обучением и дидактической терапией), на которых зиждется процесс подготовки транзактного аналитика. В основе супервизии лежит супервизионная сессия, которую проводит опытный* психотерапевт-супервизор с общей целью «создания контекста, в котором тренируемые смогут осознать и развить свои возможности как терапевтов, а опытные терапевты смогут улучшить их эффективность, используя ТА» (Barnes, 1977).

*(В ТА супервизором называется опытный психотерапевт, которому соответствующим решением Европейской или Международной ассоциации ТА разрешена супервизорская деятельность, поскольку он сдал соответствующий экзамен (степень TSTA) или готовится к сдаче этого экзамена (степень PTSTA) в выбранной области применения ТА.)

Одной из самых запомнившихся мне интервенций по созданию культурального контекста был вопрос супервизора о связи национальной принадлежности моего клиента-армянина и его тревожно-фобической симптоматики, которая перед окончанием терапии, появившись «ниоткуда», препятствовала нашему расставанию. По возвращении к клиенту я попросил его принести мне книгу, в которой бы наиболее подробно затрагивались вопросы геноцида армянского народа. Очередную сессию клиент пропустил, что само по себе было необычно на фоне его навязчивых просьб о дополнительных сессиях. На следующую встречу он принес мне исторический роман о жизни средневековой Армении, ничего общего не имевший с событиями 1915-16 годов. Обложка романа была забрызгана кровью из случайно порезанного пальца. Я не отметил ни тревоги, ни страха, ни характерных ипохондрических опасений. Эта сессия стала началом нашего расставания. Анализируя этот случай, мы пришли к выводу о возвращении (вытеснении) архаической культуральной памяти и связанных с нею чувств на «свое сценарное место».

Супервизионные сессии могут быть различных типов:

. Представление терапевтического случая (индивидуально или в группе). Супервизируемый (терапевт) устно рассказывает супервизору о своей работе с клиентом и трудностях этой работы, представляет клиента, предлагает контракт на супервизионную сессию – то есть говорит о том, что он хотел бы получить от супервизора.

. Представление магнитофонной или иной кассеты с записью терапевтического случая – обычно пятиминутный отрывок, где представлена основная трудность.

«Живая» супервизия. Терапевт проводит терапевтическую сессию с клиентом в присутствии супервизора. Клиент оплачивает только половину цены обычной терапевтической сессии.

«Аквариум». Проводится в супервизионной группе, где один из участников – клиент, другой – терапевт. Проводится, например, тридцатиминутная сессия, затем терапевт получает обратную связь от супервизора.

Двойная супервизионная модель (Crespelle, 1988). При этом образуются как бы два круга. В первом круге проводится групповая терапия. Во втором круге сидят супервизор с наблюдающими процесс групповой терапии терапевтами. Последние задают вопросы (так, чтобы не мешать терапевтическому процессу в первом круге), а супервизор отвечает на них (например, письменно).

Выслушивание внутреннего процесса (IPR-модель). Проводится в течение групповой супервизионной сессии.

Мини-группа состоит из трех и более человек. Один из участников – супервизор, другой – терапевт. Проводится индивидуальная супервизионная сессия, которая записывается на магнитофон. Затем кассета прослушивается и анализируется. Погружение во внутренний процесс облегчается, когда третий нейтральный участник партии выступает как «задающий вопросы». Он ждет, когда каждый из основных участников остановит магнитофонную кассету на волнующем его месте. Затем, используя набор недирективных вопросов, он помогает им прояснить, что происходило между ними во время оригинального общения, способствуя большему осознанию и интеграции между их мыслями, чувствами и поведением.

Заочные формы супервизии: супервизия по телефону, через письма и интернет.

ФУНКЦИИ И ПРИНЦИПЫ СУПЕРВИЗИИ

В процессе супервизии супервизируемый может попросить совет или поддержку, узнать свои области избегания или получить оценку проделанной работы.

В статье, посвященной супервизии в ТА, Тюдор (Tudor, 2002) останавливается на трех основных функциях супервизии.

Первая функция – административно-нормативная – включает обязанность супервизора оценить работу супервизируемого как соответствующую требованиям этики и практики, закрепленным в этическом и профессиональном кодексах.

Например, супервизируемый в ходе супервизионной сессии осознает некоторые собственные внутриличностные мотивы, которые препятствовали безусловному и полно-

му информированию клиента относительно его ВИЧ-положительного анализа крови.

Вторая функция – образовательно-формативная – охватывает (1) теоретическое, профессиональное развитие транзактного аналитика в процессе клинического тренинга или позже, в процессе тренинга в качестве супервизора или преподавателя, и (2) ответственность ТА-супервизора предоставлять обратную связь о том, на каком этапе развития находится супервизируемый, а также дать ему теоретический формат и направление, в котором тот мог бы рассматривать клинический случай.

Например, начинающие психотерапевты особенно чувствительны к оценке их профессионализма опытным коллегой-супервизором и, зачастую, стараются выносить для супервизии наиболее удачные, с их точки зрения, клинические случаи.

Третья функция – поддерживающе-восстанавливающая – подразумевает ответ супервизора на чувства тревоги, дистресса, боли и даже личностной фрагментации, возникающих у супервизируемого в результате его терапевтической работы с клиентами. В этом отношении важно, чтобы субъекты супервизии могли различать границы между супервизией и личностной терапией.

Например, супервизор обеспечивает поддерживающее пространство для интеграции супервизируемого, работающего с тяжелыми психотическими клиентами.

Существуют и два основных принципа супервизии: уважение к личности супервизируемого и ответственность супервизора, в том числе перед нынешними и будущими клиентами своего ученика.

В супервизии, как ни при каком другом виде обучения, формируется и развивается новый для личности обучающегося вид идентичности – идентичность психотерапевта*, так что одним из первых вопросов к тренеру является нормализующий и предусматривающий разрешение либо запрет вопрос: «А могу ли я вообще быть психотерапевтом?» Уже само получение утвердительного ответа на этот вопрос является мощным поддерживающим и развивающим стимулом.

*(Идентичность ТА-терапевта складывается, согласно стандартам ЕАТА (1999), из его приверженности философии ТА (1), его добровольного желания быть способным к этически оправданным близким контактам (2), его приверженности к продолжающимся личностному и профессиональному развитию (3), способности осознавать свои собственные ограничения (4), использования интуиции и творчества (5), понимания силы и ограниченности личностных ресурсов (6), способности к поиску помощи (7)).

Вместе с тем, профессиональный рост не исчерпывается лишь количественным накоплением суммы профессиональных знаний личностью, и более того, он невозможен без качественного изменения самой личности – личностной трансформации. Рамки супервизии создают уникальную возможность для подобной трансформации, протекающей ино-

гда на фоне личностного и профессионального кризиса. Например, процесс трансформации Джеймс Хиллман связывает с необходимостью глубоких, зачастую смертельных переживаний: «Без отмирания старого порядка в мире не оказывается места для обновления, потому что ... наши надежды на то, что рост – не что иное, как аддиктивный процесс, не требующий ни жертвы, ни смерти, иллюзорны. Душа предпочитает смертное переживание возвещению о наступлении перемены» (Самоубийство и душа, 2004).

Вот как Фелман (Цит. по: Якобс Д., Девис П., Мейер Д. Супервизорство: Техника и методы корректирующих консультаций. СПб.: Б.С.К., 1997. С. 17.) (1991) характеризует процесс состоявшегося преподавания:

«Преподавание как таковое может состояться лишь в условиях определенного кризиса. Преподавание, не содержащее кризисную ситуацию, ситуацию ранимости или эмоционального взрыва, приобретающего (в явном или неявном виде) непредсказуемый масштаб, можно считать несостоявшимся. В таком случае происходит лишь передача определенной информации и обмен документами».

ТЕОРИЯ И ПРОЦЕСС СУПЕРВИЗИИ

По нашему мнению, возможность обучения в ходе заочных (таковы большинство супервизий) супервизионных сессий во многом обусловлена существованием так называемого параллельного процесса (Ekstein, Wallerstein, 1958), отражающего одни и те же закономерности, протекающие как в процессе терапии (процесс А: отношения клиент-терапевт), так и в процессе супервизии (процесс В: отношения терапевт-супервизор) по поводу трудностей процесса А (рисунок 33).

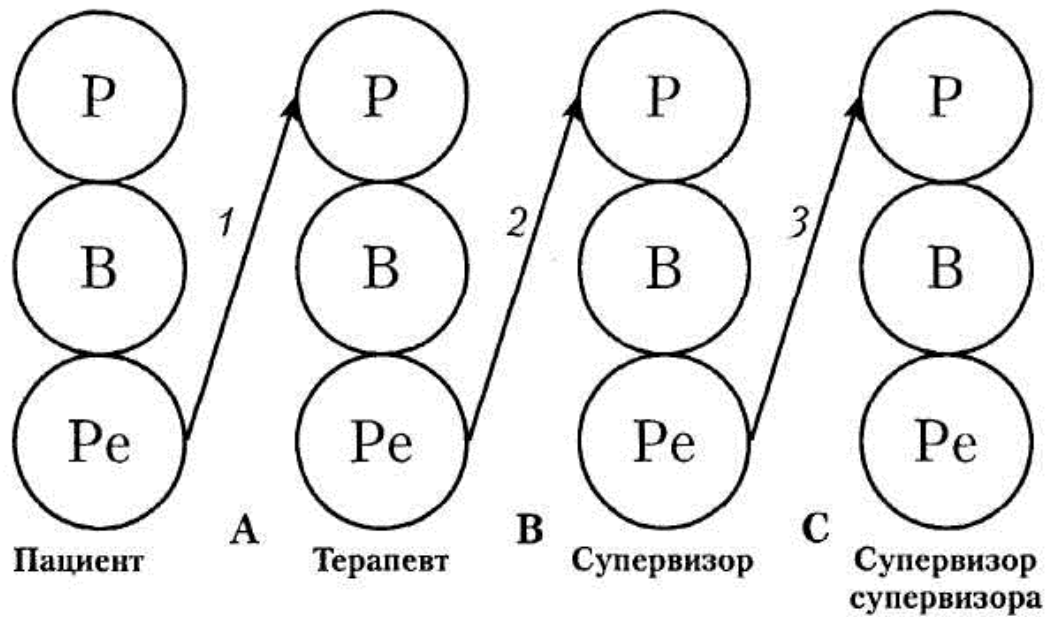


Рис. 33. Параллельный процесс

- 1 – Помоги! Я не могу думать! Я не знаю, что делать!
- 2 – Я, действительно, не знаю, что думать об этом клиенте. Я чувствую себя сконфуженным и беспомощным.
- 3 – Я не понимаю, чем еще я мог бы ему помочь?

Согласно процессуальной модели супервизии Хокинз и Шохет (Hawkins, Shohet, 1989) (рисунок 34), процесс супервидения может отражать события в семи основных областях:

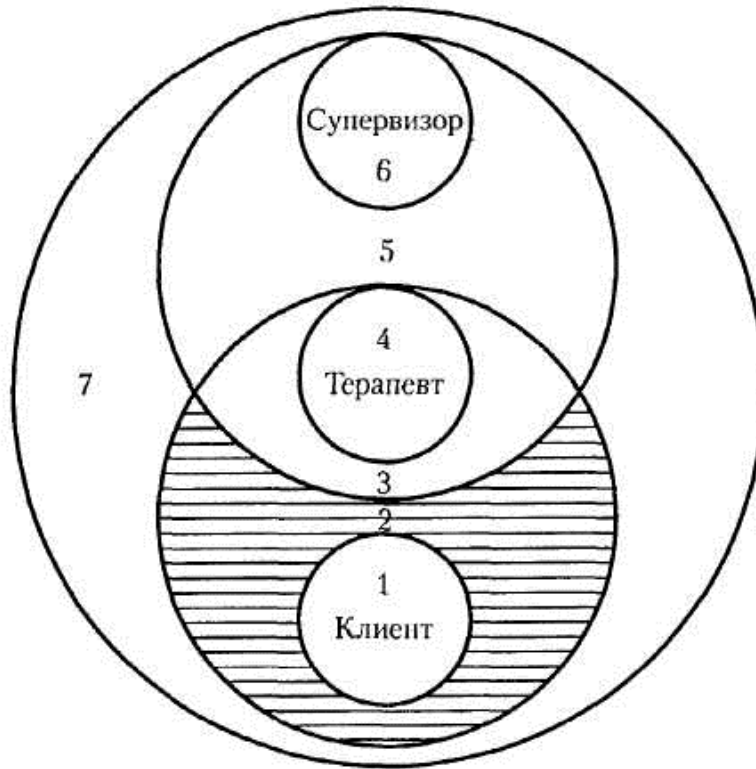


Рис. 34. Процессуальная модель супервизии по Хокинс и Шохет (Hawkins, Shohet, 1989) (пояснения в тексте)

– в содержании терапевтической сессии

Вопросы:

Что хотел клиент?

Над чем выработали?

Какой был контракт?;

– в исследовании стратегий и интервенций терапевта

Вопросы:

Что ты сделал или мог бы сделать?

Какова была твоя цель, когда ты делал это?;

– в исследовании терапевтического процесса и взаимоотношений

Вопросы:

Что ты чувствовал, думал, когда делал это?

Что чувствовал, думал, делал клиент?

В какого рода игры приглашал клиент?

Как игры соотносились со сценарием клиента?;

– в фокусировании на контрпереносе терапевта

Вопросы:

Почему ты стал поддерживать игру клиента?

Что из твоего прошлого напомнило тебе эта ситуация с клиентом?

Почему ты реагировал именно так?

Как твой сценарий мог бы сказаться или сказался на результате терапевтической сессии?;

– в фокусировании на «здесь и теперь» (в супервизии) процессе, как зеркальном отражении или параллельном процессе «там и тогда» (в терапии)

Вопросы:

Не напоминает ли тебе сегодняшний процесс твой процесс с клиентом?;

– в фокусировании на контрпереносе супервизора

Вопросы:

Что твой сценарий принес или мог бы принести в процесс супервидения?

Понимаешь ли ты, что данная сессия отражает твой прошлый ученический опыт?;

– в фокусировании на широком контексте, отрицающем профессиональный кодекс и этику, организационные требования, ограничения и пр.

ФАЗЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СУПЕРВИЗОР-СУПЕРВИЗИРУЕМЫЙ. СТАДИИ СУПЕРВИДЕНИЯ

Взаимодействие с супервизируемым строится в зависимости от его профессионального развития на данный момент и его потребностей. Рабинович с соавт. (Rabinowitz, Herrner, Roehlke, 1986 – материал получен на тренинге по супервизии Северной гильдии психотерапевтов Великобритании (Ньюкасл, июнь, 2000)) выделяют три фазы взаимодействия в ходе супервизии.

Первая, развивающая фаза, содержит:

. Прояснение условий взаимодействия с супервизором (контракт).

. Поддерживающие обучающие интервенции.

. Стимулирование убеждения в том, что супервизируемый имеет достаточно навыков, чтобы быть компетентным.

. Построение лечебного плана.

. Прояснение ожиданий от процесса супервидения.

Вторая, зрелая фаза, содержит:

1. Конфронтацию личностных «белых пятен» (выходов для переноса и контрпереноса).

2. Обеспечение той степени конфиденциальности, когда супервизируемый не

нуждается в руководстве супервизора.

- Рефрейминг, концептуализацию, рефокусирование.

Третья, заключительная фаза, предполагает:

- Понимание клиента в теоретическом плане.

- Уменьшение директивности супервизии, повышение ясности и навыков суммирования.

Применительно к ТА Ричард Эрскин (Erskine, 1997) предлагает ориентироваться в супервизионных сессиях на следующие стадии профессионального развития и объекты супервидения, суммированные им в таблице 10.

Таблица 10

Стадии профессионального развития и объектов супервидения

	Цель	Метод	Концепция
Начальная стадия			
Навыки, развитие	Потребность в информации и техниках, теории терапевтического вмешательства, навыках контакта	Использование магнитофонных записей и живого супервидения, проигрывание ролей клиента, зачитывание, повторение теории. Фокус на содержании	Тренинг наблюдательных навыков; начало планирования лечения; акцент на теоретических моделях
Построение доверия	Развитие чувства "хорошего бытия" и комфорта у терапевта	Дача поглаживаний и поддержки; временное игнорирование неудачной работы; стимулирование терапевтических знаний; фокус на процесс	Важность полного контакта с «Я» и клиентом
Средняя стадия			
Планирование лечения и усовершенствование навыков	Построение идентичности тренируемого как терапевта	Просьба оценить самого себя; использование контракта на супервидение; обсуждение и навы-	Фокус на супервизионном контракте; оценка альтернативных терапевтических выборов; ак-

		ки теоретического суммирования; использование журнала тренингов	цент на построении лечебного плана; стимулирование профессионального роста
Терапия тренируемого	Развитие чувства интегрированно-го «Я» у тренируемого	Личностная психотерапия в контексте супервизии	Фокус на контакте и нарушениях контакта: интроекциях, проекциях, ретрофлексии, симбиозе
Групповая Супервизия "равных"	Стимулирование группового вовлечения в тренинговый процесс	Дефиниция параметров; определение для каждого участника дискуссии «точки отсчета»; прояснение супервизионного контракта	Легкая оценка коллективного знания и опыта; необходимость обзора группового процесса и навыков решения проблем
Продвинутая стадия			
Политеоретическая	Развитие селекционного процесса в области альтернативных выборов и долгосрочного лечебного планирования	Интенсивное использование изучения терапевтических случаев, смерти Эго, анализов рэкетов и сценариев. Инсайтное интервьюирование, направленное на получение навыков самосупервизии	Тренируемый демонстрирует мастерство в описании проблемы при поведенческом наблюдении, концептуальном теоретическом наблюдении, постулировании нескольких гипотез относительно клиента и их связь с теорией, развитии нескольких терапевтических выборов

В любом случае, как считают Столтенберг и Делворт (Stoltenberg, Delworth, 1987),

авторы популярной развивающей модели супервизии, для продвижения супервизируемых необходимо следующее:

- . Большое количество трудных клиентов.
- . Большое количество вопросов.
- . Аффективные конфронтации, сфокусированные на осознании Себя и клиента.
- . Когнитивные интервенции, если супервизируемый излишне погружается в чувства клиента и аффективные конфронтации, если он использует когнитивные прояснения без эмпатического понимания.

ЛИТЕРАТУРА

Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующих консультаций: Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа / Пер. с англ. СПб.: Б.С.К., 1997. G. Techniques of contractual supervision. In M. James and Contributors, Techniques in Transactional Analysis for psychotherapists and counselors. Reading, MA: Addison-Wesley, 1977. P. 166-175. I. An Active Observation Model for Therapists in Training // TAJ. 1988. Vol. 18. P. 249-253. R., Wallerstein R.C. The Teaching and Learning of Psychotherapy. New York: International Universities Press, 1958. R.G. Supervision of Psychotherapy: Models for Professional Developments // Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis. A Volume of Selected Articles. San Francisco: TA Press, 1997. P. 217-226. P., Shohet R. Supervision in the Helping Professions. Milton Keynes: Open University Press, 1989. C.D., Delworth U. Supervising Counsellors and Therapists. A Developmental approach. London: Jossey-Bass, 1987. K. Transactional Analysis Supervision or Supervision Analysed Transactionally? // TAJ. 2002. Vol. 32, № 1. P. 39-55.

ГЛАВА 11. ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА И АЛКОГОЛЬНОЙ АУТОДЕСТРУКЦИИ

«Мы знаем, что именно легкое опьянение шофера представляет собой наибольшую опасность: опьянение это не будет замечено своевременно, шофер не считает себя ничуть пьяным, наоборот, у него появляется уверенность в своих силах, ловкости управления машиной, излишняя бодрость, веселость, оптимизм... очень часто именно в таком состоянии развивается та изумляющая прохожих чрезмерная скорость езды, результатом которой, в свою очередь, являются многочисленные уличные катастрофы.

Таким образом, пытаясь дать точное определение термина "пьяный", мы должны принять точку зрения Стюарт, что "пьяным является всякое лицо, принявшее алкоголь в достаточном количестве, чтобы отравить свою центральную нервную систему настолько, что временно нарушаются нормальные процессы реакции на окружающее и человек становится в тягость или представляет опасность для себя и окружающих».

Рапопорт А.М. Диагностика алкогольного опьянения: Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1928 (Им предложен «метод Рапопорта» для диагностики опьянения, которым пользуются специальные милицейские и наркологические службы вот уже более 65 лет.)

Данная глава посвящена психотерапии алкоголизма. Основываясь на результатах современной статистики, собственных научных исследований и клинической практики, мы убеждены, что рассматривать проблему психотерапии алкоголизма вне контекста добровольного умирания не представляется возможным.

«Самым поразительным качеством алкоголизма как клинической реальности, — пишет Клод Штайнер (2003), — является готовность алкоголика к активным, сознательным и неоднократным действиям, направленным на нанесение вреда самому себе».

Мы также согласны с мнением Меннингера (2000) об алкоголизме, как о хроническом суициде (то есть как об аутоагрессивном заболевании), и более того, считаем, что всякая попытка лечения этого заболевания лишена перспективы, если психотерапевт не касался антивитальной проблематики, лежащей под алкогольной клиникой.

АНТИВИТАЛЬНАЯ ПРОГРАММА И АУТОАГРЕССИВНЫЕ ФЕНОМЕНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ АЛКОГОЛИЗМА

В настоящее время понимание классических форм аутоагрессивного поведения при алкоголизме ограничивается собственно суицидальным поведением (завершенные и незавершенные попытки, мысли, намерения), самоповреждениями, токсическими аутоагрессивными передозировками. Вместе с тем многочисленные фактические данные, соотно-

сящие различные проявления поведенческой активности больных алкоголизмом (подвержение себя опасности заражения ВИЧ, употребление технических жидкостей и суррогатов, аутоагрессивное манипулирование автотранспортом в состоянии опьянения и проч.) с динамикой суицидного акта, заставляют по-иному взглянуть на сам аутоагрессивный алкогольный феномен, проявляющийся в намеренной акцепции различного рода неблагоприятия.

Именно подобные тенденции мы относим к несуйцидальной аутоагрессии, когда поведение больных алкоголизмом направлено на разрушение значимых для личности сфер жизнедеятельности, проявляющееся через рискованное или антисоциальное поведение, акцепцию неблагоприятия в соматической, семейной, профессиональной областях.

Наши исследования, состоящие из материалов двух диссертационных работ, привели нас к убеждению, что в основе аутоагрессивного поведения при алкоголизме лежат особенности родительского окружения и воспитания будущих алкоголиков. Человек, воспитанный в семье, вместе с навыками жизни получает и навыки умирания. Зачастую эти навыки отражают родительские представления о смерти, а также и о желаемом, словно бы «семейном», способе смерти: предки демонстрируют ребенку сценарий ухода, причем не всегда обусловленный естественными причинами. Ребенку предлагается сделать выбор, например, между естественной или трагической смертью. Каким будет этот выбор, зависит и от экзистенциальной позиции самого ребенка, где нужность, законность и желанность его существования имеют определяющее значение. Если ребенок – будущий алкоголик – делает деструктивный выбор, то все последующее его поведение определяется специфическим жизненным сценарием «Не живи». Подобный сценарий в условиях алкоголизма поддерживается за счет избирательного отношения пациента к негативным психогенным факторам, призванным подтвердить детскую установку на самоуничтожение. Как показывает наш опыт, больные алкоголизмом «пропитаны» идеями скорой неестественной смерти, которые соотносятся с известными им трагическими судьбами родственников и знакомых лиц. При этом нередки мистические обоснования неизбежности смерти и, следовательно, пассивное отношение к собственной судьбе, с саморазрушением, деструктивным поведением. В силу особой впечатлительности и повышенной внушаемости больные алкоголизмом склонны к формированию сверхценных образований относительно факта их скорой, а иногда и точно датируемой, в их представлении, гибели. Суицидальное и парасуицидальное поведение мыслятся для многих естественным выходом из любой сложной ситуации и становятся, в случае парасуицидов и самоповреждений, привычными формами реагирования. Следует также отметить, что в условиях алкогольного абстинентного синдрома обнажается и частично осознается старый, вытесненный психический материал, связанный с прошлыми психическими травмами и неразре-

шенными внутриличностными конфликтами; в частности, на фоне токсической похмельной депрессии и тяжелого сомато-неврологического состояния актуализируются архаические психические пласты, отражающие травматические особенности рождения и перцепцию родительского отрицательного отношения к нему, эквивалентные суцидогенной безысходности и одиночеству. По-видимому, этот механизм лежит в основе частых немотивированных самоубийств больных алкоголизмом.

Основная задача традиционного антиалкогольного лечения – это подавление различными способами (психофармакологическими и психотерапевтическими) патологического влечения к алкоголю с формированием стойкой ремиссии. Сравнивая отдаленные последствия лечения у больных алкоголизмом и людей, злоупотребляющих наркотиками (с или без суицидальной попытки в анамнезе), ряд авторов (Hasin, Grant, Endicott, 1988) приходят к выводу, что продолжение злоупотребления этанолом и наркотиками парасуицидентами (лицами с незавершенной летальносуицидальной попыткой в анамнезе) является фактором риска завершённой суицидальной попытки в будущем. В силу этого очевидно, что эффективная превенция аутоагрессивного поведения у больных алкоголизмом немыслима без адекватной терапии основного заболевания. С другой стороны, терапия, имеющая целью подавление влечения к алкоголю, должна учитывать и общую аутоагрессивную направленность больных алкоголизмом, проявляющуюся в неожиданном фатальном суициде как без клинических признаков суицидального поведения (Modestin, 1986), так и без активных или терапевт-индуцированных высказываний относительно желания умереть (Nielsen, Stenager, Brahe, 1993). Понимание этой тенденции особенно актуально, поскольку носители наиболее популярных методик опосредованной эмоционально-стрессовой психотерапии во всех ее вариантах (например, кодирование), применяемых в отношении больных алкоголизмом, настроены на использование темы смерти или тяжелого физического расстройства, могущих появиться в результате употребления алкоголя на фоне терапевтического (суггестивного или фармакологического) запрета.

Основная задача психотерапевта в контексте вышеизложенного – актуализировать в сознании пациента понимание антивитальной направленности его поведения, опасности его заболевания как потенциально смертельного и, следовательно, нуждающегося в неотложной терапии. Терапевт, в свою очередь, должен сознавать, что работа с аутодеструктивными тенденциями в психике больных алкоголизмом требует последовательной ответственности и завершения, поскольку актуализация антивитального психического содержания, до недавних пор находящегося вне активного поля сознания, сама по себе, без последующей терапевтической проработки, может способствовать прогрессированию алкоголизма и стимулировать активные формы аутоагрессии.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Психотерапия как метод лечения с помощью ресурсов психики противопоставляется психофармакотерапии – лечению психотропными препаратами.

Для многих врачей, психиатров и наркологов алкоголизм представляется наследственным (передающимся генетически) биологическим заболеванием, в основе которого лежит недостаток нейромедиаторов, отвечающих за переживание удовольствия, и, следовательно, проявляющимся повышенным влечением к потреблению экзогенного эйфоризирующего вещества – алкоголя. Многие приверженцы этой не лишённой доказательств концепции рассматривают фармакотерапию как основной метод лечения алкоголизма. Своим пациентам они рекомендуют три группы препаратов.

Первые – нейролептики и антидепрессанты, призванные уменьшить влечение к алкоголю. Однако эти препараты не обладают специфичностью, так что они уменьшают всякие иные – как патологические, так и непатологические – влечения (и другие формы активности) за счет общего успокоения и релаксации. Действие их на влечение к алкоголю непродолжительно и спорно. Результаты их применения более оптимистичны при лечении шизофрении и большой депрессии, нежели при лечении алкоголизма.

Вторая группа препаратов – антагонисты опиоидных рецепторов (например, налтрексон) – призваны блокировать повышенное количество рецепторов, с которыми алкоголь опосредованно связывается и вызывает эйфорию и привыкание. Даже теоретически применение этих препаратов для лечения алкоголизма не выдерживает никакой критики, поскольку они блокируют нечто, дефицит (а не избыток) которого и лежит в основе повышенного потребления алкоголя. Применение этих препаратов оправдано при лечении алкогольного абстинентного синдрома для того, чтобы предотвратить новый виток злоупотребления. Однако эти препараты дороги и малоэффективны для купирования абстинентного синдрома по сравнению с той же водкой или препаратами первой группы.

Препараты третьей группы (антабус, эспераль, дисульфирам, тетурам, колме) блокируют ферменты, расщепляющие основной метаболит алкоголя, – ацетальдегид. Последний, будучи токсичнее самого алкоголя в 300 раз, накапливаясь в крови и тканях, вызывает отравление (в более легкой форме – реакцию покраснения лица), которое может закончиться летально. Предотвращая запой, эспераль не действует ни на одно патогенетическое алкогольное звено в «наследственной» теории, а действует исключительно эмоционально-психотерапевтически. Принимая эспераль, алкоголик может длительное время не пить водки, причем не из-за того, что препарат действует на какие-либо мозговые структуры, а из-за страха возможных осложнений. Интересно, что представители наследственной теории алкоголизма десятилетиями с энтузиазмом назначают «психотерапию

тетурамом», не задаваясь излишними вопросами о влиянии препарата на патологическое влечение. Более того, «вера в тетурам» была значительно подорвана из-за его бездарного назначения врачами – представителями наследственной теории: одной рукой они выписывали препарат и проводили алкоголь-антабусные показательные реакции, а другой рукой, фетишизируя биологическое действие препарата, оставляли алкоголиков один на один с маленькой беззащитной таблеткой, которую можно было и не проглатывать под тем или иным предлогом.

В последние десятилетия после работ О'Фарелла и сотрудников (O'Farrell, Bayog, 1986), применившего контрактный метод к приему антабуса, наблюдается некий ренессанс фармакотерапии алкоголизма. Сущность подхода О'Фарелла состоит в заключении трехстороннего контракта между врачом, алкоголиком и его супругой. Алкоголик обещает длительное время и регулярно принимать препарат. Супруга обязуется этот препарат выдавать мужу и каждый прием отмечать в календаре. Оба супруга дают обещание не вспоминать прошлое, связанное со злоупотреблением алкоголем, и приходить вместе на прием к врачу раз в месяц.

Энтин (1990) также призывает родственников к самому активному участию в антабусной терапии алкоголизма, но не на контрактных основаниях, а приглашая их к манипуляциям и обману: «Больному на руки дают рецепт лекарственной смеси без тетурама, а родственникам – с тетурамом. Родственник незаметно для больного заменяет порошки без тетурама на аналогичные с тетурамом». При этом игнорируются важные, известные на сегодняшний день феномены созависимости (Битти, Москаленко, 2002) и игровая (Преследователь-Жертва-Спасатель) природа взаимоотношений в алкогольной семье. Понятно, что результативность такой подмены чрезвычайно низка и больные «теряют веру в тетурам».

Вообще Обещание алкоголика не пить более водки представляется краеугольным камнем терапии алкоголизма как для «соматиков», так и для «психиков». При этом обещание может быть дано Адаптированным Ре в ответ на давление родственников и общества, а может быть дано Взрослым – понимающим и ответственным, сознающим, что те люди (а это может быть терапевт, родственник или священник) поддержат и защитят Ребенка, получившего разрешение жить не по сценарию, то есть не пить. Вот как эту идею озвучивает Клод Штайнер (2003):

«Предложить лечение антабусом – вот самая сжатая и элегантная форма Разрешения в терапии алкоголиков (о терапии Разрешением подробно написано в главе 5). Если антабусная терапия принимается Ребенком пациента от Родителя терапевта и если Взрослый пациента воспринимает прием препарата как «не лишенный смысла», то ситуация устанавливает Разрешение перестать пить. Если антабус признается одним Ребенком,

этим устанавливается антитезис, или временный мораторий, в жизненном курсе, поскольку без признания Взрослым обоснованности полного прекращения пьянства пациент, в конце концов, снова вернется к бутылке. Пациенты, чей Ребенок не желает подчиняться Родительской команде терапевта, не будут принимать антабус, даже если их Взрослый видит в этом смысл».

Мы так подробно останавливаемся на терапии антабусом еще и потому, что человеческая активность, связанная с его назначением и употреблением, предполагает самую широкую гамму как патологических, так и терапевтических отношений.

Мы можем заметить, что патологические отношения складываются тогда, когда Ребенок алкоголика под давлением формально соглашается принимать препарат, а затем отказывается (1), например, не проглатывая таблетку или содержимое чайной ложки. Он также может использовать своих близких в патологических играх (2), стимулируя в них Преследователей или Спасателей, «не догадываясь», какого рода порошок был ему предложен для «усиления половой функции» (Энтин, 1990). Он также может использовать препарат самым мрачным, шантажирующим аутоагрессивным способом (3), например, после очередного семейного конфликта открыто выпить водки с целью либо испугать жену, либо получить соматическое страдание или даже смерть. Последний момент особенно важен, поскольку он еще раз подчеркивает необходимость проработки внутренних антивитальных тенденций перед назначением алкоголику любого вида терапии.

С другой стороны, терапевтические взаимоотношения могут развиваться не только в ходе «разговорной» психотерапии, но и при назначении обычного препарата с известным и пациенту, и терапевту действием. Все дело в философии и понимании потребностей Ребенка.

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА: ВКЛАД БЕРНА И ШТАЙНЕРА

Берн с присущей ему элегантностью вывел алкоголизм за рамки тяжелого, био-психо-социо-детерминированного заболевания с неутешительным прогнозом и сделал его доступным для понимания и психотерапии. Он говорил, что нет таких понятий, как «алкоголик» или «алкоголизм», а есть роль под названием Алкоголик в определенном типе игры.

Он писал, что «если основной причиной чрезмерного употребления спиртного являются, например, физиологические нарушения, то это относится к ведению врача-терапевта. Объект анализа в предлагаемой нами игре совсем другой: те социальные трансакции, которые влекут за собой злоупотребление спиртным» (Берн, 1988). Или: «Пьяница, который позволяет себе вовлекаться в неприятные ситуации на работе, дома, на отды-

хе ... играет в "Алкоголика". Это трансактное различие более значимо, чем химический или медицинский диагноз» (Берн, 2001).

Берн показал, что даже феномены, характеризующие физическую зависимость, такие, как синдром похмелья, имеют игровой психологический смысл, в данном случае – выигрыша. Лица и организации, окружающие алкоголика, имеют свое психологическое место и соответствующую роль. Особенно доставалось от Берна «Анонимным Алкоголикам» – как сообществу Спасателей, «играющих без бутылки», поскольку «известно, что когда недостает людей, которых нужно спасти, те, что были "излечены", снова заболевают» (Берн, 2001а). Интересно замечание Берна о том, что алкоголики не любят посещать групповую психотерапию, где нет других алкоголиков, так как «алкоголик обнаруживает, что нелегко вести свою специфическую игру в группе обычных невротиков или психотиков» (Берн, 2001а).

Таким образом, идея Берна о том, что алкогольные психологические и социальные интеракции более значимы для лечения, чем «химический или медицинский диагноз», находит все большее подтверждение в официальной, научной наркологии.

Так, Ник Хитер в обзоре ВОЗ (Heather, 1999) констатирует расширение профессиональных групп, вовлеченных в ранние стадии антиалкогольного лечения, что ведет к некому «обезмедициниванию» лечения. Медицинский термин «пациент» по отношению к алкоголику предполагает слишком пассивную роль получателя помощи, тогда как считается общепринятым, что успех лечения обусловлен активным участием, решимостью и навыками человека с алкогольными проблемами.

Клод Штайнер (2003) особенно акцентирует внимание на контрактных взаимоотношениях с алкоголиками, устанавливая соответствующий баланс: 50% – вклад терапевта в лечение, и 50% – вклад алкоголика в свое лечение. В развитии концепции Берна его лучший ученик говорит об алкогольном типе сценария жизни, трех видах игры «Алкоголик» и психотерапевтических подходах, свободных от игровых манипуляций внутри драматического треугольника Карпмана.

В отличие от Берна, Штайнер, может быть, чуть более ясно говорит о том, что алкоголизм – это болезнь, которая хорошо лечится.

Об алкогольном сценарии Штайнер (2003) пишет:

«Сценарий, в сущности, является планом жизненного курса. Подобно театральной трагедии, сценарий алкоголика следует Аристотелевским принципам драматургии. Согласно Аристотелю, в сюжете хорошей трагедии содержится три части: пролог, кульминация и катастрофа. Эти три стадии сценария можно соотнести с началом, течением и исходом заболевания. ... Прологом в жизни алкоголика является его детство, а главными действующими лицами – оба его родителя. Кульминационный момент соответствует пе-

риоду во взрослой жизни, когда алкоголик борется против сценария и вот-вот уже избежит своего рока, или катастрофы. Кульминационный момент, по сути, является чрезвычайно нестабильной ситуацией. Он представляет собой битву между двумя силами: сценарием самодеструктивной направленности и желанием избежать катастрофы. Потом кульминация ослабевает, под неудержимым напором грядущего человек сдается, переставая бороться против сценария и позволяя судьбе идти своим ходом.

В дополнение к трем основным требованиям к сюжету хорошей трагической драмы Аристотель постулирует, что трагическим героем должен быть хороший человек с одним, но существенным недостатком или пороком (*hamartia*). Поскольку у людей с трагическими сценариями проявляется и какой-либо существенный порок, их сценарии называют «гамартическими». Алкоголизм является только одной из ряда ситуаций, которые удовлетворяют требованиям гамартического сценария. Сходные типы самодеструктивного поведения, к примеру, наркотическая зависимость, ожирение, чрезмерное курение, суицид, «душевные болезни» и определенные самодеструктивные сексуальные отклонения, тоже можно отнести к разряду гамартических сценариев».

СТРУКТУРА АЛКОГОЛЬНОГО ГАМАРТИЧЕСКОГО СЦЕНАРИЯ

По-нашему мнению, в основе алкогольного сценария лежит предписание «Не живи» и программа «Напейся» или «Выпивай». Контрсценарий и специфичность каждой отдельной алкогольной аутодеструктивной сценарной программой определяется разными контрпредписаниями и дополнительными предписаниями, о чем речь пойдет чуть ниже.

Программа «Выпивай» копируется алкоголиками у родителей и близких лиц. Понятно, что социальные моменты в становлении алкоголизма имеют основополагающее значение, поскольку еще ни один человек, даже имеющий генетически детерминируемый, предрасполагающий к заболеванию метаболизм, не стал алкоголиком, не употребляя спиртные напитки и не употребляя их весьма интенсивным способом. Мы полагаем, что послание «Выпивай» является частью сценарной программы еще и потому, что будущие алкоголики «учатся» у биологических родителей, как справляться с проблемами с помощью водки.

«Не живи». Мы считаем, что одним из основных патогенетических психологических звеньев антивиталяного поведения вообще и аутоагрессивного поведения больных алкоголизмом в частности является негативный опыт, пережитый аутоагрессантом в детстве и преформированный в убеждение неотвратимости быстрой неестественной смерти. При этом негативный опыт может быть самым разнообразным – как явным (попытка инфантицида или аборта будущим алкоголиком, жестокое обращение или брошенность), так

и не явным, например, ощущение себя нежеланным ребенком с самого рождения или самоубийство близкого родственника. Для того, чтобы подобный опыт стал патогенным, необходимы два фактора, а именно сознательная или мало осознанная, постоянная либо временная убежденность родителей будущего аутоагрессанта в том, что своим рождением (существованием) ребенок необратимо воспрепятствовал их физическому и (или) психическому благополучию (фактор экзистенциальной помехи), а также, чтобы ребенок, соотнося эту вербальную или невербальную информацию с условиями своего существования, принял решение так или иначе соответствовать родительским желаниям или ожиданиям (фактор активного выбора самого ребенка или установка «Не живи»).

В психотерапевтически ориентированных исследованиях и психотерапевтической практике существование небιологически наследуемой семейной программы неестественной смерти в рамках описанного Берном «сценария жизни» является давно установленным клиническим фактом, относительно которого строятся психотерапевтические программы. Что касается больных алкоголизмом, то наши исследования установки «Не живи» (Шустов, 2000) показывают, что программа «Не живи», предопределяющая негативный жизненный выбор, является «достоянием» значительного числа больных алкоголизмом в сравнении с людьми без патологического влечения к алкоголю. Частота диагностики этой программы возрастает у пациентов с классическим аутоагрессивным поведением (парасуициды, суицидальные мысли и тенденции, самоповреждения), что дает основания говорить о ее связи с аутоагрессией в будущем.

Обращает на себя внимание и факт наличия данной программы у каждого третьего алкоголика без маркеров суицидального риска. По-видимому, реализация программы у данной категории больных может идти через рискованное, связанное с получением травм и увечий, поведение, а также осуществляться через «неожиданный» фатальный суицид. Наш опыт диагностики «Не живи» свидетельствует, что в отличие, например, от большинства психиатрических пациентов, больные алкоголизмом в ранний постинтоксикационный период (до 2-х недель после последнего употребления алкоголя) на фоне абстинентного синдрома демонстрируют особую актуальность «Не живи», которая легко выявляется в процессе беседы, однако не соотносится в сознании больных с источником их настоящего проблемного поведения. В этом контексте «Не живи» может быть мишенью психотерапии, где в качестве неотложной терапии возможна интенсивная эмпатическая работа по принятию и разделению негативных чувств зависимости, вины и стыда.

Чувства, которые испытывает алкоголик на фоне похмельного синдрома, могут служить определенными маркерами психотерапевтических мишеней, которыми в данном контексте становятся обстоятельства получения трагического предписания. Так, доминирующее чувство стыда свидетельствует об установке на преждевременную трагическую

смерть вследствие негативных моментов раннего детского развития (заброшенность, брошенность, физическое и сексуальное насилие в детстве).

Чувства безнадежности, тоски и беспомощности свидетельствуют об установке на преждевременную трагическую смерть, полученной в соответствии с родительскими мало осознаваемыми ожиданиями относительно будущей судьбы ребенка (попытки инфантицида и аборта, рождения от нежелательной беременности, преждевременного оплакивания).

Чувство вины может быть следствием суицидальной смерти или увечья близкого, к которым ребенок может прямо или косвенно считать себя причастным (суицид родителей, смерть матери в родах, смерть брата или сестры, с которыми ребенок находился в конкурирующих взаимоотношениях, смерть близнеца)

Чувство страха и тревоги свидетельствуют больше о предощущении близкой неестественной смерти.

ВЗГЛЯДЫ КЛОДА ШТАЙНЕРА НА ПСИХОТЕРАПИЮ АЛКОГОЛИКОВ

Клод Штайнер не предлагает каких-либо новаторских методик и, как мы уже видели в случае применения антабуса, он вполне довольствуется тем, что есть. Другое дело – его философский подход:

. Как не стать Преследователем, леча алкоголика

Штайнер (2003) считает, что большинство терапевтов смогут избежать этой роли из-за сильного профессионального табу. И все же, рассердившись на алкоголика, терапевт рискует попасться на его «крючок», проигрывая роль Преследователя в скрытой манере. Например, это происходит тогда, когда терапевт настаивает на необходимости продолжать лечение, когда пациент уже отказался от своего сценария. Он пишет:

«Хотя человек, действительно почувствовавший себя "в порядке", прервет лечение независимо от того, одобряет это терапевт или нет, установка терапевта, тем не менее, подкрепляя точку зрения матери-ведьмы или отца-людоеда, вполне может оборвать ту тонкую ниточку, на которой держится позиция "у меня все в порядке"».

Думается, что в основе Непреследования лежит разумное доверие, и в данном случае – доверие врача к самому себе.

. Как не стать Спасателем, леча алкоголика

Избегать роли Простака-терапевта, который увлечен теоретическими соображениями насчет истоков пьянства, роли переноса и контрпереноса, но, между тем, будучи любезным и вежливым с алкоголиком, «не настаивает на том, чтобы последний бросил пить» или хотя бы приходил трезвым на сессию.

Избегать роли Простака второго типа, который убежден, что алкоголика можно исцелить за один только терапевтический час, и «свято верит, что инсайта или эмоционального катарсиса достаточно, чтобы осуществить излечение». Поэтому он позволяет пациенту не брать ответственности за время, проведенное между встречами.

Избегать роли Простака третьего типа, который «без разбора принимает все заверения своего пациента о том, что он раз и навсегда бросил пить или что теперь он уж точно вылечился».

«Принятие подобных заявлений, не подкрепленных ничем, кроме слов самого пациента, является распространенной ошибкой среди новичков-терапевтов, главным образом потому, что они либо чрезмерно впечатлены собственной эффективностью (Спасатель), либо не желают оскорблять пациента своими сомнениями, которые справедливо оцениваются ими как свойственные роли Преследователя».

. Как не стать Посредником

«Врачи, снабжающие алкоголика препаратами, по сути являющимися заместителями алкоголя, могут играть роль Посредника... важно различать врача, который находится в роли Спасателя и стремится помочь пациенту справиться с кризисным состоянием, и врача, чья практика состоит из назначения алкоголикам лекарственных препаратов и который не играет роль Спасателя, а просто сделал распространение лекарственного продукта своим бизнесом, как бармен или нарко дилер».

. Использование трансакции Антитезиса

При работе с гамартическими пациентами в арсенале терапевта должна быть трансакция со стороны положительного Критического Родителя, например: «Стоп!», «Пошел вон!», «Не убивай себя!», «Не бей своих детей!».

«Эти пациенты часто рассказывают о том, что слышат голос и запрет терапевта всякий раз, когда ими овладевает желание убить себя или избить детей. Пациенты часто бывают искренне благодарны посланию терапевта, без которого, по их словам, они могли совершить суицид или акт насилия».

АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАМАРТИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ. КОНТРПРЕДПИСАНИЯ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРЕДПИСАНИЯ

Очевидные способы воплощения алкогольного гамартического сценария реализуются алкоголиком через так называемое классическое суицидальное поведение: завершённый суицид, парасуицид или незавершённый суицид, самоповреждение (причинение себе физического увечья без декларируемой цели умереть), а также токсические передозировки – эквивалент «неосознаваемого» самоотравления.

Неочевидные – через причинение себе вреда в наиболее значимых областях человеческого функционирования. Мы выделяем семь таких областей, которые сами по себе «выбираются» алкоголиком для аутоагрессии в зависимости от их личностной предрасположенности – личностной адаптации (Ware, 1983) – и, следовательно, от набора специфических родительских посланий (предписаний и контрпредписаний).

В таблице 11 приведены названия областей аутоагрессии и диагностические признаки, статистически достоверно ассоциированные с классическим суицидальным поведением.

Таблица 11 Области аутоагрессивной активности больных алкоголизмом

Области аутоагрессии	Диагностические признаки
Классическая аутоагрессия	Завершенный суицид, парасуицид, самоповреждение, суицидальные мысли и тенденции
Семейная аутоагрессия	Фактор развода и состояние разведенности в настоящее время, субъективная оценка брака как неудавшегося, отсутствие детей, переживание одиночества, безысходность
Соматическая аутоагрессия	Наличие хронического соматического заболевания средней тяжести или множественных заболеваний, наличие последствий ожоговой травмы, ампутации, большое количество оперативных вмешательств, ощущение комплекса сомато-психической неполноценности
Аутоагрессия в виде рискованного поведения	Наличие переломов (больше 2-х и больше 4-х), черепно-мозговая травма с потерей сознания, наличие несчастных случаев (частые или единичные тяжелые несчастные случаи), осознанная склонность к риску, неопределенное отношение к риску, употребление суррогатов алкоголя (одеколон, лосьон, лекарственные настойки), употребление суррогатов алкоголя (технические спиртосодержащие жидкости), отравление алкоголем с реанимационным пособием
Аутоагрессия в виде антисоциального поведения	Эпизодическое употребление наркотиков, провокация физического насилия (в том числе со стороны сотрудников органов МВД), осознанная способность нарушить моральные нормы общества, наличие судимости, подверженность частным обкрадываниям, агрессивность в состоянии опьянения, агрессивность в трезвом виде
Профессиональная аутоагрессия	Потеря работы в течение последнего года, отсутствие работы – статус безработного, убежденность в историческом бессмертии продуктов своего профессионального труда
Группа с двойным диагнозом	Факт обращения к психиатру не по поводу алкоголизма, наличие сопутствующего психопатологического диагноза, суицидальность в анамнезе, посттравматическое стрессовое расстройство, последствия черепно-мозговой травмы, аутохтонные депрессивные эпизоды, эпизодическое употребление наркотиков, алкогольный психоз в анамнезе, пароксизмальные расстройства в состоянии абстинентного синдрома

Как было отмечено выше, специфичность выбора того или иного алкогольного ау-

тодеструктивного сценария жизни определяется комбинацией предписаний и контрпредписаний так, что каждому направлению соответствует вполне определенный личностный стиль поведения, описанный Ва (Ware, 1983), Джойнс (Joines, 1986) и Хойт (Hoyt, 1989) как личностная адаптация.

Следует отметить, что основной жизненный стиль, который позволяет пациентам выживать и достигать зрелого возраста, строится из стратегий, направленных на избежание наиболее одиозной сценарной расплаты, детерминированной предписанием «Не живи». При этом наши пациенты делают это, следуя контрпредписаниям или выполняя менее одиозные предписания. Злоупотребление алкоголем облегчает эти выборы, в особенности на ранних стадиях развития алкоголизма.

Сценарий классического суицидального поведения при алкоголизме приведен на рисунке 35, где патогенное значение «Не живи» наиболее очевидно. При этом родительские суициды служат как источником трагического предписания, так и программой действий. О роли алкоголизма, облегчающего сценарный исход у данной группы алкоголиков, написано достаточно, где наиболее суицидогенными признаются следующие факторы: повышение импульсивности на фоне приема алкоголя, наличие токсической абстинентной депрессии, снижение антимортальных барьеров и появление специфического чувства биологической вины за свое существование.

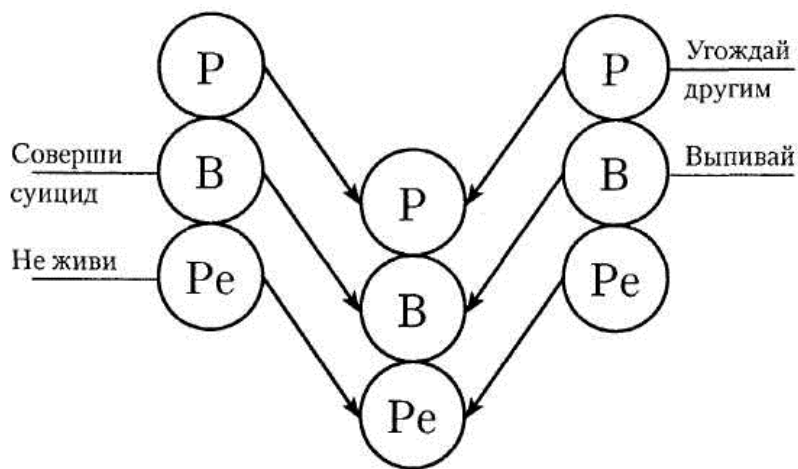


Рис. 35. Сценарная матрица классического суицидального поведения

Сценарий Рискованного поведения (рисунок 36) при алкоголизме соответствует исторической личностной адаптации.

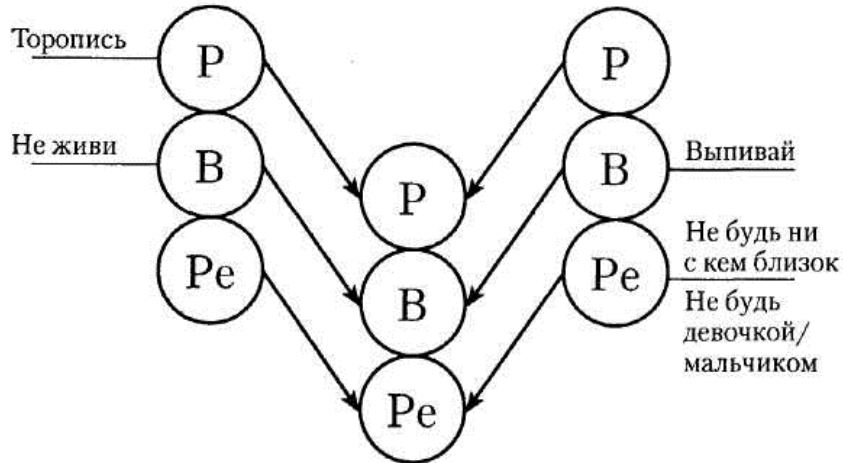


Рис. 36. Сценарная матрица рискованного поведения

Употребление алкоголя в этом случае в сочетании с контрпредписанием «Спеши» приводит к массе необдуманных рискованных поступков, соответствующих имиджу «истерического самовыражения». Создается масса возможностей для реализации «Не живи» косвенными, несуйцидальными способами.

Сценарий Антисоциальной группы (рисунок 37) соответствует антисоциальной личностной адаптации. Алкоголизация делает социально приемлемым совершение нелепых, «детских» поступков, вытекающих из предписания «Не вырастай», а сосуществующая параллельно программа «Будь криминальным» представляет возможности для реализации «Не живи» через криминальную смерть.

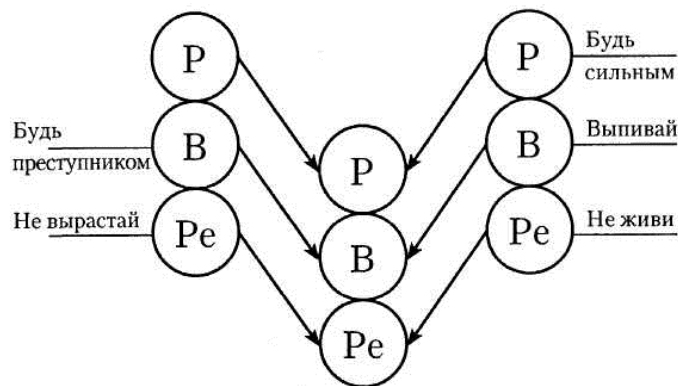


Рис. 37. Сценарная матрица антисоциального поведения

Сценарий Семейной аутоагрессивности (рисунок 38) несет черты как шизоидной («Не принадлежи»), так и параноидной личностных адаптации («Не доверяй»). В этой группе двумя полярными точками поведения становятся развод и сверхценные идеи ревности. Алкоголизация в сочетании с контрпредписанием «Угождай другим» предопределяет «хорошее» поведение для кого угодно, но не для членов семьи алкоголика. Следование же предписанию «Не принадлежи» как контрверсии «Не живи» возводит развод в ранг замаскированного суицида.

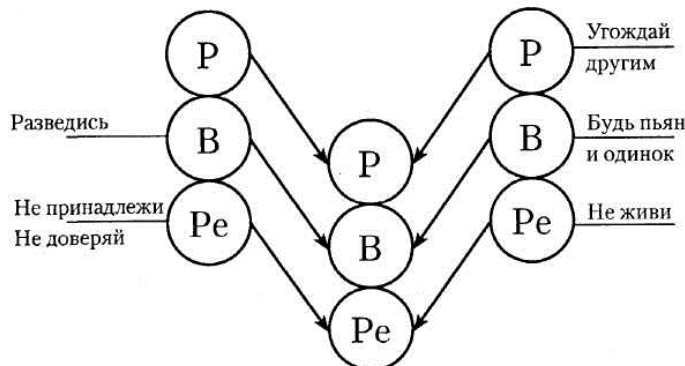


Рис. 38. Сценарная матрица семейной аутоагрессии

Сценарий группы Профессиональной аутоагрессии (рисунок 39) соответствует обсессивно-компульсивной личностной адаптации, или адаптации «ответственного работника», где Сизифов труд, призванный уберечь от суицидальной расплаты, приводит к краху наиболее ценного для данных личностей имиджа успешного работника.

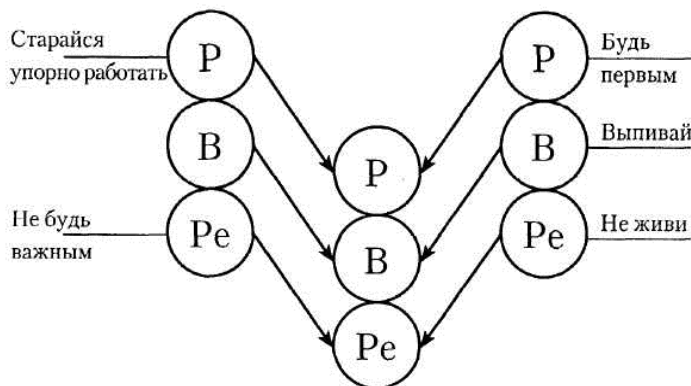


Рис. 39. Сценарная матрица профессионального аутоагрессивного поведения

Сценарий группы Соматической аутоагрессивности (рисунок 40) соответствует пассивно-агрессивному личностному стилю. Алкоголики используют так называемое прямое токсическое действие этанола в рамках предписания «Не будь здоров». С завид-

ным упорством они разрушают свое физическое здоровье алкоголем. Понимая последствия этого и обращаясь к специалистам в области соматической медицины, они, вместе с тем, склонны обесценивать усилия врачей и возможности лекарственной терапии.

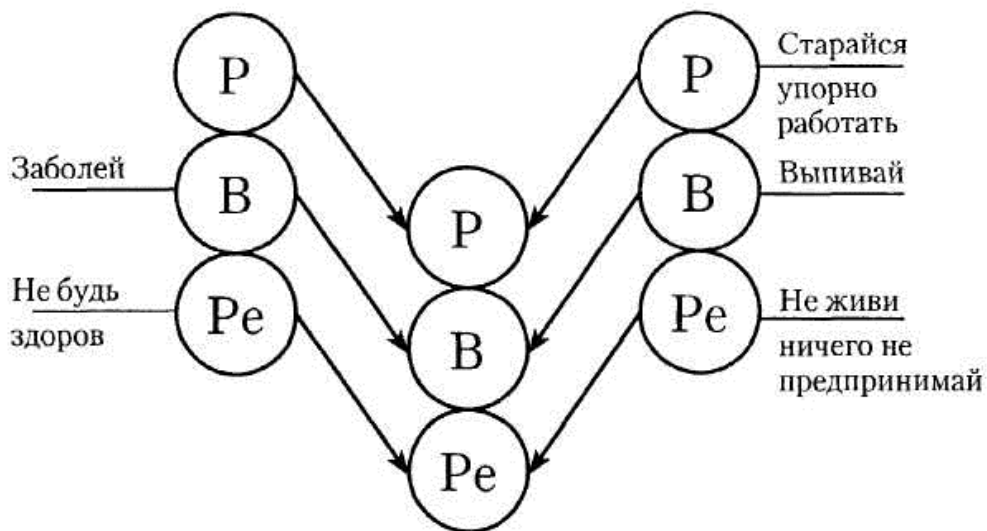


Рис. 40. Сценарная матрица соматического аутоагрессивного поведения

Сценарий группы двойного диагноза (рисунок 41) соответствует как шизоидной, так и нарциссической адаптации. Алкоголизация позволяет данной категории больных чувствовать свою принадлежность к группе, социализироваться.

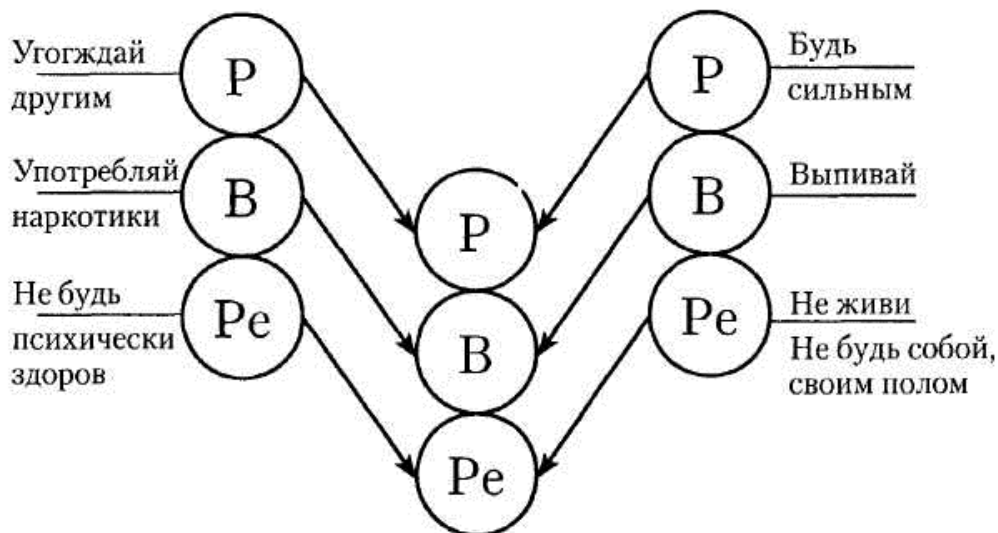


Рис. 41. Сценарная матрица пациентов с двойным диагнозом

Вместе с тем, обнажая эндогенную почву, прием алкоголя разрешает им не выполнять установку «Не живи», постепенно становясь психически больными («Будь сумасшедшим»). На фоне психотического состояния или тяжелой депрессии их аутоагрессивные акты становятся «объяснимы» и «выводимы» из клиники коморбидного расстройства.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Все многочисленные методы психотерапии алкоголизма можно разделить на три большие группы: неспецифические, специфические и комбинированные (учитывающие два предыдущих подхода).

Первый термин означает методы, направленные на терапию и изменения зависимо от алкоголя поведения (в лучшем случае – терапию зависимой части личности), без принятия во внимание особенностей личности пациента.

Второй термин означает лечебные методики, направленные на коррекцию личности алкоголика и, следовательно, терапевтические подходы будут лишены универсализма, как в первом случае, и будут специфичны или строго соотнесены с особенностями личности пациента. К данной группе относятся психоанализ и аналитические методы психотерапии, ориентированные на структурные изменения личности.

Методики первой группы многочисленны и среди них ведется поиск наиболее эффективных. К ним относятся различные бихевиоральные методики: эмоционально-стрессовая (запретительная) психотерапия в модификациях Рожнова и Довженко, кон-

фронтационное консультирование (Миннесотская конфронтационная модель) и методы самоконфронтации, мотивационное консультирование Миллера (1993) и «модель поэтапных изменений» Прохазки (1992), гипнотерапия по Стрельчуку (1973) (внушение отвращения к вкусу, цвету и запаху алкоголя) и Григорьеву (1970) (внушение отвращения к состоянию опьянения), условно-рефлекторная терапия с апоморфином и другими фармакологическими препаратами, имеющими эффект «токсического плацебо» (никотиновая кислота), дисульфирамового «наказания» (алкоголь-антабусные реакции), лечение в сообществе Анонимных Алкоголиков.

К комбинированным методам относятся групповая психотерапия, информирование, «подход с широким спектром» (клиентам с высоким уровнем тревоги показан тренинг по уменьшению тревожности, клиентам с соответствующими проблемами – тренинг социальных навыков, клиентам с семейными неурядицами, обусловленными пьянством, – семейная терапия. См. Heather, 1999), подход общественного усиления, или ПОУ (Согласно Сиссон и Ацрин, ПОУ состоит из 7 компонентов: (1) назначение антабуса; (2) «контроль приема антабуса» другим лицом; (3) непрерывное семейное консультирование; (4) поиск работы; (5) тренинг общественных навыков; (6) консультирование по вопросам социальной активности и досуга; (7) помощь в осуществлении контроля за искушением выпить – см. Heather, 1999).

В настоящее время наиболее популярными методиками психотерапии алкоголизма являются неспецифические методики, которые направлены на терапию (изменение) некоего общего, что лежит в основе заболевания у различных типов людей. Общее – это «психо-физиолого-социальный» синдром зависимости, который проявляется определенным поведением (Меморандум ВОЗ, 1982).

Большинство людей склонны устанавливать отношения зависимости от других, более значимых или менее значимых людей, веществ, изменяющих настроение, и даже определенных форм социальной активности (зависимость от азартных игр или интернет-зависимость).

Истоки подобного поведения универсальны и основываются на способности одного существа запрашивать отношения зависимости, а другого – предоставлять эти отношения. Без подобного рода отношений было бы невыносимо выживание беспомощных детей и слабейших в человеческом племени. Как следует из работ Джона Боулби (2004), зависимые отношения формируются из поведения привязанности, свойственного и животным, и птицам. Термин симбиоз, или взаимопользное и взаимовыгодное функционирование двух существ в виде одной системы, наиболее удачно иллюстрирует отношения зависимости. По мере взросления индивида интенсивность симбиотических отношений ослабевает настолько, что становится возможным автономное функционирование.

Современная психиатрия делает различия между зависимостью от психоактивных веществ (аддиктивное поведение) и зависимостью от отношений и людей (зависимое личностное расстройство). Аддиктология – наука о зависимостях, она описывает все новые вещества и формы человеческой активности (работоголизм, например), в отношении которых формируется зависимое поведение.

Общее, что объединяет все виды зависимостей, несмотря на кажущуюся клиническую разнородность, это потребность «снова и снова», во все возрастающем количестве, переживать удовольствие, которое проявляется чувством радости и экзальтации (эйфории) и, по мнению известного исследователя эмоций Изарда (Izard, 1977), ассоциируется с улыбкой на лице, удовлетворением от общения с другими людьми, ощущением принятия окружающими, уверенностью в себе и спокойствием, а также ощущением способности справиться с жизненными проблемами (Аргайл, 1990). Подобного рода психофизиологическая реакция объединяет все виды зависимости, которые и устанавливаются для достижения комфорта и «беспроблемности», быть может, тех, что существовали до рождения в материнской утробе и были внезапно и грубо прерваны.

Другое дело, что в рамках зависимости, для достижения эйфории (или хотя бы расслабления) требуется все больше и больше психофизиологических исчерпываемых ресурсов, что в конечном итоге оборачивается проблемами с физическим и психическим здоровьем, социальным функционированием. Именно поэтому принято различать негативные зависимости (зависимости от алкоголя и психоактивных веществ, азартных игр, рискованных видов времяпрепровождения и проч.) и позитивные, например, коллекционирование, спорт, медитации.

В контексте нашей работы нам важно выделить два главных момента.

Во-первых, у каждого человека существует психофизиологический паттерн, который он мог бы в подходящих условиях использовать, формируя зависимость. И здесь мы говорим о зависимой стороне личности, которая есть у всех людей, коль скоро они когда-либо вступали в симбиотические отношения. Причем не всегда качество и продолжительность детского симбиоза будет прямо коррелировать с силой зависимого поведения. Иногда, в случаях антисоциальных личностей (см. 15 главу), стремление к переживанию «кайфа» (вспомним определение Изарда) в настоящем словно призвано восполнить дефицит подобных переживаний в прошлом опыте.

Во-вторых, существуют негативные зависимости, в которых, по мере повышения толерантности и уменьшения различного вида ресурсов, естественный Ребенок аддикта (наркомана, алкоголика, игромана) в поисках искусственного счастья теряет ориентиры и начинает «с успехом» использовать, наряду с энергией Эроса, энергию Танатоса (см. главу о психотерапии табакокурения).

Итак, возвращаясь к психотерапии алкоголизма, следует отметить, что широкое распространение и эффективность неспецифических методов обусловлены их адресацией к психофизиологическим механизмам зависимого поведения и зависимой стороне личности.

- Часть этих методов вносит сумятицу в ощущения отрицательного Естественного Ребенка и его стратегии получения удовольствия, когда прием спиртного вызывает рвоту или реакцию покраснения лица с падением артериального давления.

- Другая часть методов – запретительная или конфронтационная – осуществляет репарентинг алкоголика, инъецируя в его непоследовательного и слабого Родителя новые грозные запреты.

- Третья часть препятствует стратегиям Адаптированного Ребенка, который, используя ложь и отрицание, устанавливает симбиотические отношения в рамках драматического треугольника Карпмана.

ПСИХОТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГАМАРТИЧЕСКОГО СЦЕНАРИЯ

. Психотерапия «ЗП» или формирование нового контрсценария («Ты можешь не пить спиртное, можешь жить и искать новые способы получения удовольствия»).

Данный вид психотерапии алкогольного сценария относится к терапии «тремя П» (Кроссман, 1966) или даче разрешения.

Согласно Эрику Берну (2001), разрешение – это вмешательство, которое дает индивиду лицензию на неповиновение родительскому предписанию, если он готов, желает и способен ее принять.

Патриция Кроссман (1966) добавляет, что терапевтическое разрешение может быть дано терапевтом, который гибче и эффективнее биологических родителей клиента и способен обеспечить клиенту защиту от «невыполнения» патологических родительских предписаний.

Фактически большинство методов неспецифической запретительной психотерапии алкоголизма с разной степенью эффективности осуществляется в этих рамках.

В России наибольшую популярность получил метод А.Р. Довженко (1984, 1988) «кодирование». «Кодирование» осуществляется в три этапа.

Первый, подготовительный этап необходим для формирования представлений о необыкновенной, волшебной Родительской фигуре врача, когда будущие пациенты встречаются и индуцируются от уже прошедших лечение, их родственников и знакомых.

На втором этапе, который наступит никак не меньше чем через 14 дней после последнего употребления алкоголя, во время коллективного группового 2-х часового сеанса

приемы рациональной психотерапии сменяются эмоционально-волевыми императивными суггестиями с элементами драматизации и ритуальными действиями, завораживающими Ре алкоголика. Тактика врача направлена на актуализацию инстинкта самосохранения и развитие стрессового состояния ожидания. Больному внушают, что его мозг будет «закодирован» на трезвость на тот срок, который он выбрал (год, два, три, на всю жизнь), и что употребление спиртного в этот период приведет его к смерти.

У больного берут расписку, что он предупрежден о смертельной опасности, которая ему угрожает при нарушении запрета. Оригинальной методикой предусмотрена и процедура «раскодирования», существование которой многие последователи Довженко недооценивают. Третий, индивидуальный, этап осуществляется при резком запрокидывании головы больного, надавливании на точки выхода тройничного нерва с последующим орошением области глотки струей хлорэтила, оказывающего замораживающее действие. При этом врач строгим голосом говорит: «А теперь я закладываю в Ваш мозг специальный код!» Основной суггестивной формулой метода является утверждение, что не воля больного, а воля врача-психотерапевта избавляет пациента от болезни. Автор считал, что очаг возбуждения (новая Р программа. – Д.Ш.), возникающий в мозгу больного вследствие такой психологической обработки, вступает в конкурентные отношения с патологическим влечением к алкоголю (старой Р программой. – Д.Ш.) и «блокирует» его.

Эффективность психотерапии методом «кодирования» достаточно высока в сравнении, например, с медикаментозными методами (Энтин, Беляева, Динеева, 1994) еще и потому, что данная эмпирически разработанная в отечественной наркологии форма соответствует реальному алгоритму работы с зависимой частью личности. Так, Поль Ва (Ware, 1983) показал, что тот или иной тип личностной адаптации контактирует с психотерапевтом в большей степени одной своей стороной (или эмоциями, или мышлением, или поведением), образно названной им «открытой дверью». Через «открытую дверь» осуществляется первичный контакт, устанавливается раппорт и заключается контракт на лечение. К «закрытой двери» он относил наиболее проблемную часть личности, требующую соответствующих изменений (например, изменений аддиктивного поведения или изменений в характере чувствования – эмоциональных изменений, или изменений в когнитивной сфере, – изменений образа мыслей). Третья «дверь», или «дверь-мишень» для терапии, нужна в психотерапевтическом альянсе для того, чтобы, используя ее энергию или воздействуя на нее, обходить защитные механизмы в «открытой двери» и добиваться необходимых изменений в «закрытой». У зависимых личностей «открытой дверью» являются чувства, «дверью-мишенью» – мысли, «закрытой дверью» – аддиктивное поведение. Такие лица, встречаясь с трудностями, часто и легко используют суицид в качестве инструмента быстрого решения проблемы.

Естественно, контактируя с чувствами пациента через «открытую дверь», терапевты используют недирективный подход при проведении первого терапевтического интервью (Шустов, Меринов, 2000), добываясь доверия и создавая атмосферу безопасности, избегая конфронтации в области ментальных механизмов алкогольного отрицания, т.е. напрямую не объявляя обратившегося алкоголиком. На этом этапе необходимым элементом была психотерапевтическая проработка чувств пациента, в особенности депрессии, стыда и вины. Двигаясь в направлении мышления («двери-мишени»), акцентируют внимание пациента на реальных алкогольных соматических проблемах, создавая своего рода «терапевтическую ятрогенную ситуацию», демонстративно преувеличивая степень алкогольных органических поражений – одного из механизмов самопроизвольного прекращения алкоголизации, прогнозируя неутешительное будущее. Все это позволяет задействовать когнитивные механизмы согласия и понимания необходимости Кардинального изменения ситуации. В качестве инструмента такого изменения предлагались конкретные методики, проводившиеся в ситуации «саногенного (излечивающего) стресса» (термин Рожнова, 1996).

Таким образом, пациент получает новую Родительскую программу, которая, конкурируя со старой, сценарной, становится, как показывали многочисленные статистические исследования, достаточно устойчивой. Понятно, что глубинные проблемы, находящиеся в Ре, подобными методиками, к сожалению, не затрагиваются. Вместе с тем пациент получает мощные инструменты против гамартического сценария: во-первых, разрешение не пить и, вместе с тем, жить; во-вторых, отсутствие алкогольных эксцессов в течение длительного времени (а срок один год – это минимальный срок «кодирования») не позволяет развиваться синдрому похмелья, что, в свою очередь, минимизирует эпизоды актуализации сценарного предписания «Не живи» и снижает количественно аутоагрессивные импульсы; в-третьих, замечателен сам значительный период трезвости, который внушает оптимизм, стимулирует позитивную грандиозность и производит «оздоравливающий» эффект во всех сферах человеческого функционирования.

ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ДАЧЕ РАЗРЕШЕНИЯ «ЖИТЬ И НЕ ПИТЬ»

Несмотря на распространенность «запретительных» (запрещающих пить, разрешающих жить) методик и простую психотерапевтическую философию, эффективность их применения различна. Какие же основные ошибки приводят к неудовлетворительным результатам?

Одна из самых частых ошибок – это принудительная терапия, когда пациент не может и не хочет получить новое разрешение. Лечение проводится без должной мотивации для изменения.

«В Листре некоторый муж, не владевший ногами, сидел, будучи хром от чрева матери своей, и никогда не ходил. Несчастный пожирал глазами Апостола Павла, который встретился с ним взглядом и увидел, "что он имеет веру для получения исцеления". Тогда Павел устремил взор на калеку и громким голосом приказал: "Стань на ноги твои прямо" (Деян. 14:8-10). Человек понял по интонации, что ему предлагают. Он подчинился. Он вскочил. И вот он уже идет».

Другая ошибка – когда терапевт переоценивает свои силы в ущерб гибкости и пониманию. Алкогольное поведение – зачастую единственно возможный компромисс, сделанный Ре алкоголика с предписанием «Не живи» («Я растяну свою смерть») и различными сценарными контрпредписаниями («Я растяну свою смерть, если буду выпивать после тяжелой работы или скандалить в семье, буду жестоким или буду скрывать чувства»). Поэтому запрет должен всегда иметь альтернативу нового разрешения и адекватно соотноситься с положительными сторонами совладающего поведения. Например, если пациент вкладывает массу деструктивной энергии в семейную систему, то разрешение «жить» предполагает и разрешение «жить в семье». Если аутодеструктивная энергия направлена в профессиональную сферу, то разрешение «жить» предполагает и разрешение «жить, успешно работая», и др.

Следующая ошибка проистекает из-за игнорирования принципа «потенции» или возможности дачи разрешения. Терапевт не должен быть сам алкоголиком и злоупотреблять алкоголем. Иногда это положение вызывает возражения, хотя признается всеми, что лечение табакокурения или наркомании врачом-курильщиком или наркоманом абсолютно неэффективно. Терапевт также должен вызывать уважение у алкоголика и, по возможности, минимизировать с ним всякого рода двойные отношения.

Новое поведение клиента должно быть защищено. Клиент спрашивает: «Что будет со мной, если я откажусь от компромиссного и совладающего поведения? Как ты сможешь меня защитить и поддержать мое новое трезвое поведение?» Терапевт должен недвусмысленно и определенно заявить, что он будет доступен для клиента на всем протя-

жении «трезвого» периода. Клиент должен знать, что при сильном стрессе он может обратиться к терапевту за разрешением выпить («раскодирование»). Он должен знать, что при случайном нарушении терапевтического запрета у него всегда есть четкий алгоритм дальнейших действий.

ПСИХОТЕРАПИЯ ВЗРОСЛОГО ЭГО-СОСТОЯНИЯ

Заккрытие «аварийных люков» и антисуицидальный контракт (см. главу 4)

Исходя из гипотезы аутоагрессивной природы алкоголизма, процедура закрытия аварийных люков в наркологии должна проводиться по возможности в 100 процентах случаев.

Импульсивность больных алкоголизмом общеизвестна, так что вмешательства, усиливающие Взрослый контроль и препятствующие «включению электрода» (P1), лишают Ре алкоголика одной из смертельных стратегий.

Обязательно эта процедура должна проводиться у алкоголиков с парасуицидами, с самоповреждениями и суицидальными намерениями в анамнезе, диагностированным предписанием «Не живи» в случаях, когда установка на суицид была поверхностной и активной, например, в случаях самоубийства близких родственников или друзей пациента. Контракт на несамоповреждение (мягкий вариант предыдущего) должен заключаться с пациентами, аутоагрессивное поведение которых проявляется в токсических передозировках, частых несчастных случаях с получением увечий или травм; имеющих «опыт» выпивок на фоне терапевтического запрета («кода» или имплантированного препарата эспераль). Любая другая терапия без заключения контракта с этими контингентами алкоголиков не имеет смысла и даже опасна.

Деконтаминация

Деконтаминация Взрослого от материала Ре описана в монографии автора (Шустов, 2005) под названием «терапия актуальных невротических переживаний».

У значительного числа наших пациентов был диагностирован и пролечен психастенический симптомокомплекс «страха срочной смерти» (Михайлов, 1914), заключающийся в навязчивом убеждении наступления смерти к определенному сроку. В процессе интервью пациенты говорили об известной им дате собственной смерти, которую «нагадала цыганка», «бабушка сказала», «я знаю, что умру, как и отец, в 40 лет». Пациенты охотно делились этой информацией, демонстрируя «улыбку висельника» – показатель субъективной значимости и уверенности в необратимости гамартического сценария. Конфронтируя «улыбку висельника», мы выяснили, что алкогольное поведение «привязывалось» к роковой дате в двух вариантах: (1) «лечебном», когда алкоголь «лечит», по-

зволяя забыться перед неизбежностью смерти, и (2) аутоагрессивном, когда «все равно» и «лучше бы скорей» наступила трагическая развязка.

К подобным случаям мы относили и случаи различного рода математических подсчетов и выкладок относительно своего рождения или неблагоприятных, роковых чисел, а также соотнесение дат трагических смертей родственников с собственной судьбой.

Для Детской деконтаминации мы чаще применяли эмоциональную психотерапию, используя возрастную регрессию и элементы краткосрочной терапии перерешения, если предписание умереть давалось близким родственником или значимой Родительской фигурой из прошлого. Широко использовалась методика Родительского интервью в виде «разговора с трагически умершим родственником» и получения от него разрешения жить. В случаях действительно актуальных или недавних повреждений («цыганка нагадала») мы использовали медитативные техники перенесения в будущее и «успешного проживания рокового возраста», фактически изменяя смертельную программу Ре, производя разминирование.

АЛГОРИТМ КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ АЛКОГОЛИЗМА

- . Просьба о лечении со стороны зависимого от алкоголя клиента и заключение жесткого терапевтического и административного контрактов.
- . Интервью.
- . Проработка антивитаальных тенденций, антисуицидальный контракт.
- . Информирование: знакомство с процедурой эмоционально-стрессового воздействия («кодирование», «программирование» и проч.), техникой безопасности («раскодирование», или процедура снятия терапевтического запрета выпивки), частотой поддерживающих сессий.
- . Получение информированного согласия на процедуру с учетом реальной опасности для жизни и здоровья.
- . Написание расписки.
- . Эмоционально-стрессовое воздействие, во время которого пациент инкорпорирует терапевтический запрет выпивки в Родителя, одновременно получая в Ре новое разрешение «жить».
- . Поздравления и поддержка.
- . Поддерживающие сессии с частотой от 1 до 3 встреч в течение полугода.

ЛИТЕРАТУРА

- Берн Э. Групповая психотерапия. М.: Академический Проект, 2001.
- Берн Э. Трансактный анализ в психотерапии: Системная индивидуальная и социальная психиатрия. М.: Академический Проект, 2001а.
- Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости / Пер. с англ. М: Физкультура и спорт, 1997.
- Григорьев В.И. Алкоголизм в клиническом и биологическом аспектах и вопросы его лечения: Дис.... докт. мед. наук. Рязань, 1970.
- Довженко А.Р. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: (Метод, рекомендации МЗ СССР), 1984.
- Довженко А.Р. и соавт. Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Журнал невропатол. и психиатр, им. Корсакова. 1988. Вып. 2. С. 94-97.
- Меннингер К. Война с самим собой / Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
- Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕР СЭ, 2002.
- Рожнов В.Е. О роли эмоционально-стрессового внушения в психотерапии алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 2. С. 153-154.
- Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М.: Медицина, 1973.
- Штайнер К. Игры, в которые играют алкоголики / Пер. с англ. М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО, 2003.
- Шустов Д.М. Родительская программа «Не живи» у больных алкоголизмом // Алкогольная болезнь. 2000. № 11. С. 1-4.
- Шустов Д.М. Состояния «Я» за шаг до суицида (анализ предсмертных записок) // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3. С. 30-34.
- Шустов Д.М., Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. 1998. № 3. С. 86-95.
- Шустов Д.М., Валентик Ю.В. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме (литературные и собственные данные) // Вопросы наркологии. 2001. № 4. С. 32-43.
- Шустов Д.М., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью / Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М.: Секция по наркологии УС МЗ РФ, 2000.
- Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.
- Энтин Г.М., Беляева К.Н., Динева Н.Р. Сравнительная оценка эффективности различных методов опосредованной психотерапии алкоголизма // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 1. С. 90-95. D., Grant B., Endicott J. Treated and untreated suicide attempts in substance abuse patients // J. Nerv. Ment. Dis. 1988. Vol. 176, № 5. P. 289-294.
- Heather N. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам. Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, 1999 (рус).
- Hoyle M.I. Psychodiagnosis of personality disorders // TAJ. 1989. Vol. 19, № 2. P. 101-113. V. Using re-decision therapy with different personality adaptations // TAJ. 1986. Vol. 16, № 3. P. 152-160. J. Three different types of clinical suicide // Eur. Arch. Psych. Neurol. Sci. 1986. – Vol. 236, № 3. P. 148-153. A.S., Stenager E., Brake U.B. Attempted suicide, suicidal intent, and alcohol // Crisis. 1993. Vol. 14, № 1. P. 32-38. Farrell T.J., Bayog R.D. Antabuse Contracts for Married Alcoholics and Their Spouses: A Method to Maintain Antabuse Ingestion and Decrease Conflict About Drinking // J. Subst. Abuse. Treat. 1986. Vol. 3, № 11. P. 1-3. J.L. et al. Catexis Reader. Transactional Analysis Treatment of Psychoses. N.Y.: Harper and Row, 1975. P. Personality Adaptations (Doors to Therapy) // TAJ – 1983. Vol. 13, № 1. P. 11-19.

ГЛАВА 12. ПСИХОТЕРАПИЯ ИСТЕРИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ

Верно, это цикада Пенъем вся изошла?

Одна скорлупка осталась

«Бабочки полет»

(Бабочки полет: Японские трехстишия / Пер. с японск. В.Н.Марковой.М.: ООО Изд. дом Летопись, 2000.)

«Новые и чистые зеркала становятся тусклыми при смотреии в них женщин во время месячных очищений ... их взгляд ядовит и несет порчу ... из-за ненависти в душе, которая выходит из глаз»

Я. Шпренгер, Г. Инститорис. «Молот ведьм» (Шпренгер Я., Инститорис Г. «Молот ведьм» / Пер. с лат. М.: Из-во СП «Интербук», 1990.)

ПЕРСПЕКТИВА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

В настоящее время термин «истерический» нуждается в реабилитации.

В отечественной медицине, далекой от психоаналитической традиции, данный термин стал синонимом искусственного, театрального, внешнего и поверхностного. До самого последнего времени клиницистами-непсихиатрами разделялось архаическое представление, что заболевание «истерия» встречается исключительно у женщин, поскольку у мужчин нет матки – органа, от названия которого и произошел данный термин. Больных истерией называли обладающими «бешеной маткой» эгоистами и симулянтами.

Подобное отношение сказывалось и на терапевтических подходах к этой категории пациентов. Замеченную склонность к регрессии и повышенному внушению эксплуатировали всякого рода гипнотерапевты-фокусники, так что диада «женщина сомнамбула – харизматический психотерапевт, чаще брюнет» стала фактом общественного сознания. На Западе, применительно к рассматриваемой теме, такая диада состояла из послушной истерической женщины, чаще блондинки, и криминального антисоциального мафиози (МакВильямс, 2003). Истерические черты характера, замеченные врачом-интернистом у пациентки с жалобами на соматические расстройства, автоматически служили веским основанием для отказа от специализированной помощи и диагностики и направления ее на консультацию к невропатологу и психиатру. Недодиагностирование реальных соматических расстройств (например, онкологических заболеваний мозга и рассеянного склероза) соперничало с гипердиагностикой («истерия – большая притворщица»). Истерическое соматическое расстройство (если оно появлялось сразу после стресса) всегда было пря-

мым показанием к гипнозу. Когда же недостаточно образованный психотерапевт использовал неадекватную природе истерического конфликта гипнотическую формулу и не добивался терапевтических результатов, для него всегда оставалась возможность использования другой широко рекомендуемой техники – «отшлепывания по щекам» в моральном, а иногда и в прямом, физическом смысле. Если и это не помогало – симптомы оставались, несмотря на эмоциональное унижение и намеки на специально придуманную природу симптомов, число дней нетрудоспособности по больничному листу приближалось к критическому (четыре непрерывных месяца), – то все это вместе взятое служило поводом к пересмотру диагноза в пользу шизофрении, так как «слишком истеричная истерия есть шизофрения».

И еще одно заблуждение, сопровождающее истерию. Считается, что истерический стиль реагирования происходит из семей, где ребенок воспитывался по типу «кумира семьи». «Кумиру» все было доступно, но он требовал все большего и большего, и когда не получал, то «закатывался истерическим криком». Следовательно, жесткий и продолжительный по времени мотивированный отказ мог явиться действенным терапевтическим аргументом.

Интересно, что сущности истерического невротического конфликта, описываемого отечественными авторами на одной странице монографии, могли значимо отличаться. Так, согласно В.Н. Мясищеву, при истерическом неврозе конфликт обусловлен завышенными притязаниями, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных, реальных условий (Захаров, 1988), а согласно самому А.И. Захарову (1988):

«При истерическом неврозе ведущим является противоречие между заостренной потребностью эмоционального признания и возможностью его удовлетворения со стороны родителей, проявляемое страхом "быть никем", т.е. не значить, не представлять ценности, быть забытым и нелюбимым».

Причем последнее определение рискует быть гуманным и точным.

Как мы увидим ниже, отечественная традиция «борьбы» с истериками, в которой закалялась нарциссическая (здесь в смысле всемогущества) психотерапия, используя удачные клинические описания и не заботясь о сколь-нибудь приемлемой по глубине теории, делала примитивные терапевтические выводы, словно бы заражаясь поверхностностью и непоследовательностью – всем тем, что ставила в упрек истерическому мышлению.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

(Написана по материалу: МакВильямс Н. Психодинамическая диагностика, 2003.)

Фрейд считал, что истерически-организованные люди жаждут орального удовлетворения, любви, внимания и эротической близости. Он и его последователи выдвинули гипотезу о «двойной фиксации» при истерии на оральных и Эдипальных проблемах. Будучи неудовлетворенной материнской заботой, маленькая, голодная и чувствительная девочка обесценивает свою мать и переключает свое внимание на более привлекательный объект – отца. По мере развития сексуальности она начинает, идентифицируясь с матерью, соревноваться с ней за отца. При этом она продолжает видеть мужчин как сильных и восхитительных, а женщин как слабых и незначительных.

Позднее, в теории объектных отношений, истериогенную ситуацию описывали как мучительное осознание маленькой девочки того, что один или оба родителя значительно больше расположены к ее брату или что родители хотели, чтобы родился мальчик, а не девочка. Или же маленькая девочка замечает преимущества мужской роли – то, что отец и братья пользуются большей властью, чем ее мать, она сама и сестры. По мере того, как девочка становится все старше, она замечает, что отец отстраняется от нее и кажется неудовлетворенным ее развивающейся сексуальностью. Она ощущает себя глубоко отвергаемой по причине своего пола и в то же время чувствует, что женственность обладает странной властью над мужчинами. Зависть и ненависть к мужчинам – вот два чувства, которые доминируют в психике истерической женщины.

Ощущая себя как маленького, пугливого и дефективного ребенка, преодолевающего трудности мира, населенного властными мужчинами, истерическая женщина начинает манипулировать другими, чтобы контролировать ситуацию и достичь «островка безопасности», где ей не было бы необходимости заниматься сексом и подтверждать свою успешность. Соблазнение и повышенный интерес к сексуальной стороне общения призваны сообщить ей, что она физически оценена, сильна и достойна уважения. Половой акт не является целью соблазняющего поведения, и она не всегда в должной мере осознает сексуальное предложение, кроющееся в ее поведении. В ряде случаев такой тип поведения может провоцировать сексуальное насилие. Определенная театральность и желание быть в центре внимания имеют антидепрессивную природу, поскольку бессознательно истеричные люди нуждаются в постоянном подтверждении того обстоятельства, что их принимают – особенно если ценится их пол (в противоположность детскому опыту).

К основным защитным процессам при истерии относятся подавление (репрессия), сексуализация и регрессия. Им свойственно и противофобическое отреагирование во вне (acting out), связанное с озабоченностью вымышленной властью и опасностью, исходящей от противоположного пола.

Собственно, эти три феномена и являются предметами психотерапии у истериков.

ПОДАВЛЕНИЕ

Подавленные воспоминания и связанные с ними аффекты стали центральным объектом психоанализа, а высвобождение репрессированного – основной терапевтической задачей. У людей, воспитанных так, чтобы сдерживать свои эротические побуждения, энергия либидо, ищущая выхода, может трансформироваться в соматические симптомы. Например, женщина, приученная отвергать эротическую самостимуляцию как заслуживающую порицания, может потерять чувствительность и возможность двигать рукой, которой бы она пыталась мастурбировать. Это явление называется «перчаточным параличом»,...когда поражается только кисть руки (при органической природе паралич охватывает всю руку).

Известен случай, произошедший с Махатмой Ганди, когда, «поддавшись на уговоры друга, он пошел с ним в публичный дом, но там внезапно оглох и ослеп, так и не совершив греха. Это случилось не потому, что он боялся женщин: как и все члены его касты, Ганди женился в тринадцать лет, но ни разу не изменил своей жене» (Шувалов А.В. Безумные грани таланта: Энциклопедия патографий. М.: АСТ – Астрель – ЛЮКС, 2004.).

Подобные факты позволили Фрейду рассматривать истерические заболевания, как имеющие первичную (разрешение конфликта между желанием и запретом) и вторичную (привлечение внимания и заботы окружающих) выгоды.

Терапия пациентов, имеющих истерическую конверсионную симптоматику, должна учитывать эти выгоды.

Например, проводя диагностическую беседу с пациенткой Р., у которой внезапно утром «опустились руки» и которая долгое время лечилась в неврологической клинике по поводу «рассеянного склероза», терапевт выяснил, что ее заболеванию предшествовал инсульт и паралич у свекрови, проживавшей в деревне. Планировался переезд свекрови в город для обеспечения ей ухода, которого «не могли бы оказать матери» ее три деревенские дочери. Болезнь Р. помешала этому переезду {первичная выгода}. Терапевтический контракт, заключенный и успешно реализованный Р., содержал письменно оформленный запрет покидать свою квартиру в течение последующего года и длительно принимать там кого бы то ни было (имелись в виду взрослые дети Р.) (Техника заключения договора с В1 («Маленьким Профессором» клиента) описана в главе 3 (рисунок 16).).

Другой случай вторичной выгоды (получения заботы окружения) наблюдал автор, когда проходил стажировку после окончания университета.

Пациентка М. поступила в клинику с явлениями преходящей астазии-абазии. Нарушения равновесия не беспокоили М. только тогда, когда она спешила на свидание к любовнику. М. осознавала эту особенность заболевания, поэтому и обратилась не в нев-

рологическую, а психотерапевтическую клинику. Госпитализированная, она аккуратно выполняла все процедуры и лечилась гипнозом, во время которого свободно ходила. Несмотря на интенсивное по тем временам лечение, состояние М. прогрессивно ухудшалось: бывали дни, когда она не только передвигалась, держась за стены, но и вообще не вставала с кровати и была окружена заботой других пациентов. Когда М. отправлялась на процедуры, обычно в сопровождении кого-либо из подруг, она однажды случайно опрокинула большой цветок, а другой раз разбила аквариум с рыбками. Между тем количество дней нетрудоспособности приближалось к критическому (то есть пять месяцев с перерывами – держать далее на стационарном лечении, не оформляя группу инвалидности, клиника не имела юридического права) (даже после продления через специальную комиссию), а диагноз истерической астазии-абазии исключал получение М. группы инвалидности. М. решено было выписать. За день до выписки состояние М. ухудшилось до такой степени, что она уже не могла ходить. Ей выписали и оформили больничный лист и, основываясь на ее замечании, что сама она не сможет дойти до дома и подняться на восьмой этаж, клиника предоставила ей больничный УАЗик и санитаря, чтобы тот нес вещи. Многие пациенты негодовали, когда М. укладывали на носилки, чтобы поместить в машину, высказывались, мол, что это за медицина, когда человек пришел на своих ногах, а выписывается на носилках. Около подъезда М. не смогла встать с носилок в кузове УАЗика и тогда, в соответствии с полученными инструкциями доставить больную до двери квартиры, санитар и шофер решили поднимать ее на восьмой этаж на носилках. Как рассказывал персонал, услышав о такой перспективе, М. вскочила с носилок, подхватила вещи и с грубой бранью в адрес клиники «взлетела» на восьмой этаж. Через пять месяцев лечащий врач встретил М. на рынке. Она прошла мимо, отягощенная покупками, не поздоровавшись.

СЕКСУАЛИЗАЦИЯ И СОБЛАЗНЕНИЕ

Поведение по типу сексуализации и соблазнения рассматривается как попытки получить признание, власть или возможность отомстить, представив мужчину в негативном свете.

Несмотря на убеждение истерических лиц, что мужской пол имеет преимущества, их Я-презентация непоколебима женская. Поскольку такие пациентки считают, что единственным потенциалом женственности является их сексуальная привлекательность, они чересчур обеспокоены собственной внешностью и более всего боятся постареть.

Любого клиента с истерическими наклонностями, мужчину или женщину, нужно поощрять к развитию других областей, кроме внешней привлекательности, в которых

можно находить и реализовывать самоуважение.

РЕГРЕССИЯ

Чувствуя незащищенность, опасность отвержения или сталкиваясь с затруднениями, которые стимулируют подсознательное чувство вины и страха, они могут стать беспомощными и ребячливыми в попытке защититься от неприятностей, обезоруживая потенциальных обидчиков и людей, чьего отвержения боятся.

ОТРЕАГИРОВАНИЕ ВОВНЕ

Имеет противобюбическую природу: пациенты стремятся к тому, чего боятся. Сблзнение при страхе перед сексом – только один пример. Они также склонны к эксгибиционистской демонстрации своего тела при том, что сами его стыдятся, стремятся находиться в центре внимания, в то время как субъективно чувствуют, что сами хуже других; бравируют и совершают героические поступки и подвергаются различного рода рискам, бессознательно опасаясь агрессии; провоцируют лиц у власти, будучи напуганы их силой.

ТА-ПЕРСПЕКТИВА И ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТНЫХ АДАПТАЦИИ ПОЛЯ Ва

Поль Ва (Ware, 1983) предложил концепцию, показывающую, каким образом личности, имеющие те или иные наследственно обусловленные особенности, могут адаптироваться к условиям их существования в родительской семье, специфическим образом интегрируя свою персональную роль и различного рода послания (предписания и контрпредписания), полученные от родителей.

Адаптации отличаются от соответствующих личностных расстройств, описанных в медицинских классификациях (DSM-IVR и ICD-X), тем, что учитывают не только патологические, но и здоровые формы приспособления к среде. Адаптации скорее характеризуют особенный личностный стиль, чем патологию и личностное расстройство. По классификации немецкого психиатра Леонгарда, адаптации больше соответствуют так называемым акцентуациям характера (заострениям личностных черт), нежели психопатиям (врожденность личностного уродства, его относительная стабильность на протяжении жизни, социальная и внутриличностная декомпенсация) в понимании их Ганнушкиным.

Поль Ва считает, что у каждого есть, по крайней мере, одна адаптация «выживания» и одна адаптация «приспособления». Адаптации «выживания» – это шизоидная, антисоциальная и параноидальная. Они начинают формироваться в первые 18 месяцев жиз-

ни как способ позаботиться о себе в момент потери доверия и чувства угрозы своему существованию. Адаптации «приспособления» – это пассивно-агрессивная, обсессивно-компульсивная и гистрионическая (истерическая). Они формируются в период от 1,5 до 6 лет как способ удовлетворять ожиданиям родителей и других значимых персон, чтобы быть ОК.

Люди с различными адаптациями различным же образом вкладывают энергию либо в свои чувства, либо в мышление, либо в поведение. Поль Ва назвал область (чувства, мышление или поведение), из которой люди контактируют друг с другом «открытой дверью». Область, которую они старательно прячут и где сосредоточены их проблемы и защиты, – «дверью-ловушкой». «Дверь-цель» предназначена для терапии. Это дверь, куда предпочтительно направлять терапевтические интервенции для того, чтобы избежать прямых конфронтации защиты клиента. Будучи подверженной изменению, эта «дверь» способствует стратегическим изменениям в «двери-ловушке», что, собственно, и является целью личностно-ориентированной психотерапии.

ИСТЕРИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТНАЯ АДАПТАЦИЯ

Люди с истерической адаптацией общаются с миром в первую очередь через свои чувства. Чувства – это их открытая дверь. В чувства они вкладывают львиную долю своей энергии. Если кто-то хочет завязать с ними эффективный контакт, надо воздействовать на их чувства. Самое лучшее средство – это забота о них. Для них очень важно знать, что кто-то ценит их чувства. Если о них кто-то заботиться, то они чувствуют, что нравятся людям. Другой способ затронуть их чувства – быть веселым (игривым, шутливым); они ответят на это с радостью. Им необходимо интегрировать часть своей личности, чтобы их личность приобрела завершенность в их мышлении. Мышление – это дверь-цель для решения проблем и изменения.

Люди с истерической адаптацией чувствуют скорее поверхностно, чем глубоко. Если вы попросите их рассказать вам поподробнее о том, что они чувствуют, они начнут размышлять, чтобы иметь возможность это описать.

Как только они интегрируют свое мышление и чувства, вы сможете наблюдать величайшую перемену в их поведении. Они перестанут выражать острые и сильные эмоции. Эта перемена придет как результат взаимодействия с дверью-целью – мышлением.

Если вы попытаетесь иметь дело напрямую с их поведением, вы скоро увязнете. Поведение – их дверь-ловушка, это место, где у них сосредоточена мощная защита. Послание, которое они получили, будучи детьми, чтобы быть ОК, было «Радуй других», и они уже делают это, так как знают, как это делать. Если вы будете критиковать их пове-

дение, они почувствуют, что не радуют вас и скоро начнут ощущать себя не-ОК.

ТА-психотерапевты (Ware, 1983; Joines, 1986; Joines, Stewart, 2002) считают, что главными предписаниям, полученными истерическими особами в детстве, являются «не думай», «не вырастай (не становись взрослым)», «не будь значимым», «не будь собой». (У мужчин с истерической адаптацией последнее предписание иногда трансформируется в «будь другого пола»). Эти предписания будут важными моментами в процессе терапевтического изменения. Основное контрпредписание, следование которому может как-то уравновесить действие негативных предписаний, «Радуй других». Основным спасительный люк или способ, с помощью которого возможно всегда патологически совладать с дистрессовой ситуацией, – это убежание, в том числе убежание в самоубийство.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИСТЕРИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИЕЙ ПО ДЖОЙНС И СТЮАРТ (JOINES, STEWART, 2002)

Заклучайте контракт на то, что они не бросят терапию, несмотря на возникновение неприятных чувств

Когда истерики чувствуют боль или гнев, их первый импульс – убежать от людей, которые расстраивают их, и найти кого-нибудь, кто позаботится об их чувствах. Они часто предпринимают попытку «географического лечения». Они склонны переходить с одного места работы на другое или от одних отношений к другим с целью найти «правильные». Важно заключить с ними контракт на то, что они не уйдут, будучи расстроенными, а, напротив, будут говорить о своих чувствах и прорабатывать с терапевтом эти моменты.

Строго определяйте сексуальные границы

Для терапевтов противоположного пола важно прояснить, что человек с истерической адаптацией может стать к вам ближе, но у вас не может быть сексуальных отношений. Они хотят получать много внимания и близости, но боятся, что другой человек сблизится с ними в сексуальном плане. Именно поэтому необходимо сразу прояснить сексуальные границы, чтобы они могли расслабиться и чувствовать себя в безопасности.

Помогайте им различать чувства и реальность

Истерики часто смешивают чувства и реальность. Для них важно понять, что если даже что-то и чувствуется как истинное, в реальности оно не обязательно истинно. Им также необходимо знать, что они не могут заставить что-либо произойти, если будут чувствовать определенным образом.

Помогайте им соприкоснуться со своим гневом и восстановить свои возможности

Так как истерики должны радовать других, они часто склонны подавлять свой гнев

и не использовать его для установления определенных рамок в отношениях с другими. Важно помочь им прочувствовать, как они упустили эти возможности в детстве, помочь им восстановить их и использовать их гнев, чтобы установить эти рамки сейчас.

Поглаживайте (вознаграждайте) их мышление и компетентность

Истерики получили свое признание за их привлекательность и любвеобильность, но их мышление и компетентность часто игнорировались в детстве. В результате этого они склонны к недостатку конфиденциальности относительно своего мышления и компетентности. Полезно поглаживать их за мышление и компетентность в совершении тех или иных поступков с целью помочь им обрести их собственные возможности.

Первоначальные обесценивания (дискаунты)

Истерики склонны ограничивать свое мышление и заставлять других думать за себя. Они используют такие фразы, как: «Мне кажется» и «Я думаю, что мне хотелось бы...» Подразумевается, что другой человек должен принять за них решение. Они считают, что будут ОК, если другие будут чувствовать себя ОК в общении с ними. Поэтому они предпринимают все, чтобы «радовать других» любым доступным и недоступным способом. Они также будут использовать печаль, страх, вину и смущение, чтобы скрыть свой гнев. Большой проблемой является помощь истерикам в соприкосновении с их гневом и в обретении возможностей, чтобы доставлять радость в первую очередь себе, чем думать о необходимости всегда радовать других.

Пример психотерапии

Пациентка Т., 23 лет, обратилась по поводу «провальных» отношений с мужчинами. Она объяснила, что не чувствует к своим мужчинам любви, и тем паче – сексуального влечения. Ее заводит возможность выбрать и увлечь мужчину-лидера, чтобы потом оставить его и дать понять ему, что он ей безразличен. Рассказывая, Т. вздыхала и «заламывала» пальцы.

Расспрашивая, терапевт понимающе кивал, разделяя ее чувство тревоги, приглашая выделить общие моменты в ситуациях ее связи с мужчинами. В течение нескольких сессий по мере установления альянса для обоих стали очевидны игровые провоцирующие моменты в поведении Т, которые усложнялись год от года и требовали все большего вложения энергии. В один из драматических моментов рассказа Т., следуя за ее чувством неуверенности и стыда, терапевт выразил обеспокоенность тем, что подобная игра может быть опасна для Т. и может когда-нибудь привести к агрессии в отношении Т. Пациентка призналась, что недавно была изнасилована незнакомым мужчиной-гастарбайтером, с которым встретила случайно во время прогулки и была заинтригована его рассказом о неприятностях, произошедших с ним в незнакомом городе. По мере продвижения к осознанию особенностей патологической игры Т. обещала, что впредь будет контролировать

свое поведение. Она также дала согласие продолжать терапию, даже если она вынуждена будет встретиться в ходе работы с неприятными для нее чувствами и выводами. Еще через несколько сессий она смогла заключить антисуицидальный и антигомицидный контракты (стадия контроля симптомов или деконтаминационная). Действительно, в течение последующих недель она испытывала облегчение и смогла принять несколько важных решений в отношении мужчин ее ближайшего окружения.

Стадия деконфузии была инициирована также и аргументированной просьбой терапевта разъяснить, каким образом она могла бы увлечь, а затем оставить терапевта – сильного и авторитетного мужчину? Этот вопрос и последующее обсуждение стимулировали переносный процесс и способствовали большему пониманию травматических моментов ее детства как источников настоящего проблемного поведения. Т. была обижена на родителей, особенно отца, который оставил семью, когда Т. было 12 лет, и одновременно испытывала сильное чувство вины из-за того, что своим рождением ускорила заключение неудачного в будущем брака. Она считала также, что была нежеланным ребенком, поскольку отец хотел рождения сына, но не дочери. Вскоре после рождения младшего брата она отметила, что отец больше внимания уделяет мальчику, даже не смотря на то, что Т. одевалась, стриглась и вела себя по-мальчишески. По мере развития переносного процесса и все большей интеграции Т. смогла поддерживать совершенно иные, открытые отношения с молодым человеком. Возвращаясь в терапию, Т. просила о поддержке ее нового поведения и возможностей экспериментирования без опасения прибегать к таким иногда соблазнительным и «знакомым» игровым интеракциям (стадия переобучения).

ЛИТЕРАТУРА

Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. Л.: Медицина, 1988.

МакВильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2003.V. Using Redecision Therapy With Different Personality Adaptation // TAJ. 1986. Vol. 16, № 3. P. 152-160.V., Stewart I. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Life space Publ., 2002.P. Personality Adaptation (Doors to Therapy) // TAJ. 1983 Vol 13 №1. P. 11-19.

ГЛАВА 13. ПСИХОТЕРАПИЯ ПАРАНОИДНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

« – Что? не понравилось? Ну, да уже не взыщи – я, брат, прямик! Неправды не люблю, а правду и другим выскажу, и сам выслушаю! Хоть и не по шерстке иногда правда, хоть и горьконько – а все ее выслушаешь! И должно выслушать, потому что она – правда. Так-то, мой друг!».

«Прежде ей никогда не приходило в голову спросить себя, зачем Порфирий Владимыч, как только встретит живого человека, так тотчас же начинает опутывать его целую сетью словесных обрывков, в которых ни за что уцепиться невозможно, но от которых делается невыносимо тяжело; теперь ей стало ясно, что Иудушка, в строгом смысле не разговаривает, а «тиранит»...».

«Он встал и несколько раз в видимом волнении прошелся взад и вперед по комнате. Наконец подошел к Анниньке и погладил ее по голове:

Бедная ты! бедная ты моя! – произнес он тихо. При этом прикосновении в ней произошло что-то неожиданное. Сначала она изумилась, но постепенно лицо ее начало искажаться, искажаться, и вдруг целый поток истерических, ужасных рыданий вырвался из ее груди.

Дядя! вы добрый? скажите, вы добрый? – почти криком кричала она».

Салтыков-Щедрин. «Господа Головлевы»

КЛИНИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА. МНОГООБРАЗИЕ ПАРАНОИДНОЙ ЛИЧНОСТИ

Основные характеристики параноидных личностей описываются в терминах мышления и поведения.

Отличительная особенность их мышления – это подозрительность, недоверие и склонность к стойким патологическим убеждениям – сверхценным идеям («идея фикс») и бредовым идеям. Последние, понятно, встречаются при пограничном или психотическом типе организации личности. Сам термин паранойя, произошедший от греческого *paranoos* (сбитый с толку), характеризует нереалистичность и субъективность мышления параноиков. Мышление параноика также селективно: он может судить правильно обо всем, что не касается его взглядов или его личности.

В силу патологической или нереалистической убежденности в чем-либо параноидные личности вкладывают значительную энергию в поведение-преследование, стремясь найти доказательства своим идеям или наказать воображаемого обидчика, унижить его.

Идеи борьбы и разоблачительства свойственны так называемым экспансивным па-

раноикам, которые всякого несогласного с их мировоззрением «классифицируют» либо как дурака, требующего разоблачения, либо как врага, требующего борьбы и преследования. К экспансивным параноикам относятся ревнивцы, разоблачители, правдоискатели, сутяги и реформаторы. Иногда стеничность и заряженность на борьбу сочетается с экзальтированностью. При этом параноики-фанатики способны индуцировать большие группы людей, формировать последователей и приверженцев, организовывать новые секты и движения. Менее экспансивные вливаются в ряды сторонников определенных систем в области здоровья, физкультуры и спорта, а также находят свою нишу в командах поклонников известных артистов или футбольных «фанов».

Известен также сензитивный вариант паранойи. При этом стеничность, сочетающаяся с недовольством своим здоровьем и легкостью возникновения сверхценных идей отношения («они относятся ко мне по-особенному, не как ко всем»), формирует паранойальную ипохондрическую личность – настоящий бич участковых терапевтов.

«К одному из моих коллег, поддерживающих психотерапевтическую переписку с клиентами в рамках «Почты Доверия», обратилась женщина с жалобами на соматическое здоровье, составленными так, что мой коллега не преминул пригласить ее для очной консультации.

Точно в назначенное время он встретился с пожилой, седовласой, спокойной женщиной, никогда не выходявшей замуж и проживающей одиноко до настоящего времени. Женщина не скрывала, что до моего коллеги она обращалась за помощью и к другим врачам, но те не смогли оказать ей необходимой помощи, поскольку были «недостаточно компетентны». Коллеге явно польстили слова пациентки, и он согласился работать с ней в рамках «психосоматического» контракта. Поскольку мой коллега придерживался ТА-парадигмы в психотерапии, то, заключая контракт, он поинтересовался, каких изменений женщина хотела бы добиться в результате психотерапии. Не услышав внятного ответа, он переформулировал свою просьбу: «Что бы вы хотели получить перед тем, как мы расстанемся с вами?» Женщина ответила, что хотела бы не только улучшить свое общее состояние, но и получить подробную запись о проведенном лечении и рекомендации в амбулаторной карточке. Врач, в свою очередь, попросил ее принести амбулаторную карточку на следующий сеанс, чтобы познакомиться с ее содержимым.

Амбулаторная карточка была невероятно толстая, и в ней содержались записи, по меньшей мере, пятидесяти знаменитых врачей разных специальностей, в том числе профессоров психиатров и психотерапевтов. В самом конце карточки была аккуратно приклеена новая чистая страница.

Ознакомившись с карточкой, мой коллега сказал, что хотел бы пересмотреть первоначальный контракт в том смысле, что по окончании терапии он ничего не будет писать

в ее карточку. Терапевт аргументировал свое предложение тем, что данный пункт контракта может быть понят и так, что целью терапии являлось бы не выздоровление, а пресловутая запись, призванная пополнить и без того «славную» коллекцию.

Пациентка попрощалась, предварительно уведомив врача, что не понимает, как можно так откровенно пренебрегать принципом преемственности врачебного наблюдения. Это был ее второй и последний визит. Может быть, конфронтация, которую осуществил врач, – кардиолог или гастроэнтеролог – была бы уместной, поскольку участие в игре заняло бы слишком много времени, которое он мог бы отдать другим пациентам. Но конфронтация поведения клиентки со стороны психотерапевта была предпринята слишком рано, о чем и свидетельствовал ее уход».

Не секрет, что высокоорганизованные параноидные клиенты редко обращаются самостоятельно за психотерапевтической помощью, поскольку имеют проблемы с доверием.

Значительно чаще психиатр сталкивается с параноидными клиентами пограничного или психотического регистра. Поводом для визита пограничных параноиков может стать явная, выраженная враждебность к людям, а то и прямая агрессия даже в отношении собственных родственников.

Психотические клиенты чаще наблюдаются у психиатра, чем у психотерапевта. В стационарах до сорока процентов пациентов составляют пациенты с параноидной шизофренией и иными формами бредовых расстройств, например, алкогольным бредом ревности.

В офисе психотерапевта некоторые клиенты, не диагностированные как параноидные, могут актуализировать параноидные личностные части, которые могут быть успешно пролечены.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА: ГРАНДИОЗНОСТЬ, ПРОЕКЦИЯ И ОТРИЦАНИЕ

Сущность параноидной организации личности состоит в ее способности проецировать собственные негативные качества на окружающих. При этом объекты, наделенные негативными качествами параноика, воспринимаются как внешняя угроза. Например, собственный страх близости и ненависть к кому-либо или какому-то событию переносятся на этого человека или событие так, что параноик начинает слепо верить в ненависть другого в отношении себя или опасность и не-ОКейность происшедшего события для него. Вера и параноидные «доказательства» этого позволяет клиенту соединиться с собственными чувствами ненависти и страха и разрешить себе испытывать и проявлять их во-

вне.

Способность к проекции различается у психотически организованных параноиков, а также организованных на пограничном и невротическом уровне.

Психотические проекции описываются под названием параноидного бреда, который нередко сопровождается галлюцинациями и имеет динамику от вполне приемлемых окружающими подозрений на паранойяльной стадии заболевания (есть поговорка: «если у тебя паранойя – это еще не значит, что за тобой не следят») до грандиозных картин распада мира и ощущений обладания Богоподобной властью на парафренической стадии.

Пограничные проекции параноидных личностей примечательны тем, что люди, на которых они направлены, начинают чувствовать внутри своей психики их содержание. Такова природа проективной идентификации. МакВильямс (2003) отмечает, что:

«Этот замечательный процесс изводит терапевтов, которые, выбирая себе профессию, не ожидают, что придется терпеть столь мощные негативные чувства, направленные на тех, кого они хотели бы излечить. Это обстоятельство объясняет свойственную многим специалистам в области душевного здоровья нетерпимость к пограничным и параноидным пациентам».

Проекции невротиков более Эго-дистонны. Иными словами, подозревая терапевта в том, что тот хочет от него избавиться, пациент, оставляя некую часть наблюдающего «Я», убеждается, что это не так и просит извинить его за необоснованные подозрения.

Поскольку параноики видят источник своих страданий вне себя, наиболее поврежденные из них представляют серьезную опасность для окружающих. Их мрачность и подозрительность дополняют общую картину.

Вместе с тем неосознаваемый стыд и страх разрушения собственного «Я» составляют первичную основу их аффективной жизни. Считается, что ребенок, освоивший параноидную адаптацию, подвергался повторяющемуся подавлению, унижению, отрицанию и критике со стороны родителей. Постоянное внешнее воспроизведение позиции внутреннего Родителя (Я+, Ты-) и тщательно скрываемое (недоступное) и отрицаемое ощущение собственной неполноценности, стыда, вины, зависти и ущербности (Я-, Ты+) лежат в основе не только параноидного стиля взаимоотношений, но и, как считает Алан Якобс (Jacobs A., 1987; 1991; см. Гусаковский В.Е., 2002), отношений авторитаризма (Якобс анализирует подобные взаимоотношения между Сталиным и его матерью).

Пытаясь повысить свое самоуважение, параноидный клиент использует борьбу против авторитетов и значительных людей. «Переживания отщепенца и триумфа, – пишет МакВильямс (2003), – дают им облегчающее (хотя кратковременное и неглубокое) чувство безопасности и моральной ясности».

Чувство безопасности призван обеспечить и еще один часто используемый пара-

ноиками механизм – грандиозность, или грандиозный контроль. В основе параноидной грандиозности лежит Детская иллюзия, что если природа и люди волшебным способом будут подвластны его настроениям, то, следовательно, ничего опасного и непредсказуемого произойти не может. Ощущение грандиозности и ответственности за все и вся сопутствуют бесконтрольной власти. Можно утверждать, что паранойя и грандиозность – профессиональная болезнь королей, даже самых, казалось бы, семейно-«непредрасположенных», как Александр Македонский.

Вот как описывает свои грандиозные сновидные фантазии сын Марии Стюарт, король Англии Иаков I в стихотворении «Энигма о сне»:

«Я во дворец, в лачугу и в тюрьму
Вхожу и всем дарую жизнь и силы;
Я – царь: покорны зову моему
Львы и слоны, киты и крокодилы;
Я воскрешаю мертвых из могилы,
Я вытрезвляю тех, кто во хмелю;
Скупцу не так его червонцы милы,
Как я, венец и скипетр, – королю;...

... Я друг и враг, я врач и сам недуг;
Кто я? Проснись и догадайся вдруг».
(Кружков Г. Англасахаб. Псков, 2002).

Вторая составляющая грандиозности – это Родительское убеждение о том, что другие не просто бесполезны, но еще при этом преисполнены враждебности и, следовательно, нуждаются в постоянном контроле.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Описывают быстрый, интенсивный негативный перенос с фиксированным на терапевте «пристальным параноидным взглядом». Терапевт воспринимается как Преследователь, и реже – как Спасатель. Контрпереносные реакции, соответственно, тревожны и враждебны, или благожелательно грандиозны (в ответ на роль Спасателя). У терапевтов может иметь место контрпереносная тенденция «прямо указать пациенту» на нереалистичную природу того, в чем пациент видит для себя опасность (МакВильямс, 2003), а также вступить в соревновательные отношения и отношения «защиты-нападения».

Терапевту предлагается быть стойким к «нападению» клиента, что позволяет последнему чувствовать себя защищенным от возмездия, двигаться к интерпретации враждебности. Несуетливость и спокойствие в общении с возбужденными параноидными клиентами, являющиеся признаками терапевтической зрелости и мастерства, прочитываются клиентами как свидетельство внутренней личностной силы терапевта. Наоборот, двигательные признаки агитации, которые неправильно «читаются» параноидным клиентом, могут спровоцировать его к активной защите или нападению.

Согласно МакВильямс, центральная часть терапии должна проходить с демонстрацией терапевтом добродушно-юмористического восприятия собственной личности и оценки человеческих слабостей. В этой связи использование юмора в терапии способно сообщить клиенту о незапланированности терапевтических интеракций и их спонтанности. При этом следует быть осторожным, осуществляя «юмористическую» интервенцию, поскольку она может быть воспринята и как унижающая насмешка.

В любом случае следует воздерживаться от работы с содержанием параноидных высказываний и страхов, придерживаясь процессуальной стороны терапии, проводить различие между идеями и действиями, сохраняя границы, поддерживая и поощряя любые проявления доверительных отношений.

ТА-ПЕРСПЕКТИВА. ПАРАНОИДНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ АДАПТАЦИЯ

Параноидная личностная адаптация относится к адаптациям выживания (как шизоидная и антисоциальная) и формируется у ребенка на оральной стадии развития (до 18 месяцев). Параноики в силу неадекватных родительских ответов на их поведение не смогли сформировать чувство базового доверия и поддерживать безопасные привязанности. Последующая жизнь параноидных клиентов проходит под девизом: «В поисках безопасности».

Люди с параноидной адаптацией взаимодействуют с миром главным образом посредством мышления, которое является – их открытой дверью. Именно в мышление они вкладывают большую часть своей энергии. Устанавливая с ними эффективный контакт, важно побуждать их думать. Они также высоко ценят признание своего ясного ума. Чувствование – это дверь-цель для решения проблем изменения поведения. Лучший способ привлечь их чувства – это быть заботливым и побуждать их сравнивать свои предположения с тем, что на самом деле думает и чувствует о них другой человек. Параноики часто неверно воспринимают намерения окружающих, проецируя свою ненадежность (небезопасность). Когда вы заставляете их сконцентрироваться на чувствах и пересмотреть свои проекции, они начинают расслабляться и становятся более доверяющими. Однако

попытка заигрывания с ними с целью установления контакта на ранней стадии отношений заканчивается неудачей, так как они будут чувствовать себя не в безопасности, и ваши мотивы будут вызывать у них подозрения. Они станут более расслабленными и доверяющими, если вы будете работать с их дверью-целью – чувствами.

Если вы попытаетесь прямо воздействовать на их поведение, вы быстро увязните. Поведение – их дверь-ловушка, место, где сконцентрирована самая мощная защита. Послание, полученное ими в детстве по поводу своей ОКейности, – это «Будь Сильным» и «Будь Идеальным», и они делают все возможное, чтобы этого достичь. Если вы критикуете их поведение, они быстро начинают чувствовать себя не-ОК, их мысли становятся более подозрительными и мнительными. Они могут прибегнуть к вербальной и физической агрессии. Их аварийный люк – убийство.

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ АДАПТАЦИЕЙ (JOINES, STEWART, 2002)

) Создание безопасной и надежной обстановки, ровной, без сюрпризов, атмосферы; предоставить им достаточно времени для формирования доверия.

Параноики не уступят контроль в отношениях, пока не будут уверены в своей безопасности. Им необходимо научиться ослаблять контроль и в то же время быть себе хозяевами. Именно таким образом они возвращают себе часть спонтанности.

) Побуждать их закрывать спасательные люки, не причиняя вреда другим и не сходя с ума.

Им необходимо прочувствовать, что люди не причинят им вреда, а они сами не причинят вреда им тем, что находятся поблизости; что существуют иные способы устанавливать рамки, не причиняя вреда и боли. Им также надо усвоить, что чувства не приравниваются к сумасшествию: они могут иметь чувства и быть ОК.

) Убеждать их перепроверять свои предположения по поводу поведения других людей.

Параноики часто неверно воспринимают стимулы и считают, что их ощущения и есть реальность, в то время как они на самом деле базируются на их собственном страхе. Им необходимо проверять свои ощущения, касающиеся окружающих, чтобы понять, что является правдой, а что нет.

) Помочь им перестать быть суровыми по отношению к себе.

Люди с параноидальной адаптацией склонны быть критичными и требовательными по отношению к себе. Та часть самих себя и других людей, которые определяются ими как не-ОКейные и от которых они желают избавиться, – это Детское Эго-состояние. Та-

ким образом, они создают трудности для проявления своего Ребенка. Как только они научатся принимать себя такими, какие они есть, ухаживать за собой и поддерживать самих себя, они создадут безопасные условия для выхода своего Ребенка.

) Помогать им взаимодействовать со своими страхами.

Чувство, относительно которого параноики должны в первую очередь сделать перерешение, – это страх. Когда они боятся, они стараются напугать других, вместо того, чтобы самим испытывать свое собственное чувство страха. Им необходимо развивать чувства доверия и безопасности, чтобы иметь возможность прочувствовать свой страх. Как только они начинают ощущать себя в безопасности, они могут коснуться своего страха, получая поддержку и принимая защиту, которые были так нужны им в детстве (и которых они были лишены). Только тогда они могут успокоиться и ослабить свой чрезмерный контроль.

Пример психотерапии

Анатолий, 35 лет. Параноидные черты личности Анатолия стали мишенью психотерапии в течение последних 4-х лет.

Предыдущие три года он медикаментозно лечился в психиатрическом стационаре в связи с резкими колебаниями аффекта от астено-апатической депрессии (что расценивали как следствие органической патологии мозга, хотя его полное обследование не обнаружило сколь-нибудь существенных признаков поражения) до приступов ярости. Лечение не приводило к положительной динамике. Более того, побочные эффекты психофармакотерапии скоро сами стали главным предметом лечения и обсуждения.

Обращение за психотерапевтической помощью было инициировано родственниками Анатолия, хотя еженедельные визиты не обесценивались и самим пациентом. Он смог поддерживать их регулярность, временную продолжительность и «выдерживать» нейтральную позицию терапевта в отношении демонстрируемых им эмоций и обвинений. Этот положительный вклад Анатолия в первоначальный контракт не обсуждался вербально, но при всяком удобном случае терапевт давал понять, что он благодарен пациенту за то уважение, которое он оказывает процессу психотерапии.

Между тем отмена препаратов и прекращение общения Анатолия с медицинским персоналом – основным акцептором гнева и критики пациента – способствовало смещению его аффекта в сторону сослуживцев до такой степени, что привело к увольнению Анатолия с работы и, затем, к акту агрессии с его стороны в отношении одного из руководителей предприятия.

Негативный контрперенос характеризовал психотерапевтические взаимоотношения на этом этапе так, что терапевт был готов пригласить Анатолия продолжить его лечение в условиях стационара. Другая тенденция (вызов) предусматривала не столько наказание

помещением в сумасшедший дом, сколько акт спасительства со стороны грандиозного и всемогущего Ребенка терапевта, призванного избавить клиента от реального юридического преследования.

Несмотря на трудности этого этапа, и терапевт, и клиент в ситуации сотрудничества смогли поддерживать терапевтические взаимоотношения даже тогда, когда в результате судебных слушаний к клиенту были применены ряд ограничивающих его требований. И терапевт, и клиент смогли найти в себе силы находиться вместе в терапевтической ситуации, способствовать углублению альянса, касаясь чувства крайней степени зависимости от стареющей матери и пугающего одиночества в настоящем и будущем.

На протяжении двух следующих терапевтических лет Анатолий смог выработать несколько собственных уникальных поведенческих стратегий, оптимизирующих его профессиональную (стал сотрудничать с научно-популярными изданиями по специальности) и личную, в том числе и сексуальную, жизнь. Внешне обвинительные тенденции (относительно своих новых сослуживцев и родственников) стали носить все больше иронически-понимающий, нежели бескомпромиссно-гневный оттенок.

Даже на этой стадии могли «включаться» (резиновая лента) ранние защитно-агрессивные паттерны поведенческого реагирования. Один из новых сослуживцев Анатолия, будучи им вербально обвинён, сделал неловкое движение, «прочитанное» пациентом как готовность к нападению. Анатолий резко оттолкнул сослуживца, так что тот упал на пол. Заметим, что этот эпизод не отрицался, а был предложен самим пациентом для обсуждения на терапевтической сессии. Возросшая же способность Анатолия к компромиссной коммуникации позволила этому эпизоду остаться без юридических последствий.

Сама терапия стала смещаться на еще более глубокий чувственный уровень, где все более настойчиво стали звучать мотивы собственной ответственности за свои провалы и удачи.

ЛИТЕРАТУРА

Гусаковский В.Е. Демократия и восточный авторитаризм в транзактном анализе // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2002. № 2. С. 15-19.

Мак Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2003.

Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995.

Jacobs A. Autocratic Power // TAJ. 1987. Vol. 17,3. P. 59-71. A. Aspects of survival: Triumph over death and onliness // TAJ. 1991. Vol. 21. P. 4-11. V., Stewart I. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Life space Publ., 2002.

ГЛАВА 14. ПСИХОТЕРАПИЯ ШИЗОИДНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

«Хижина рыбака.

Замешался в груды креветок

Одинокий сверчок».

«Бабочки полет»

(Бабочки полет: Японские трехстишия / Пер. с японск. В.Н. Марковой. М.: ООО Изд. дом Летопись, 2000)

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Наиболее примечательной особенностью шизоидной личности является отсутствие эмоциональной теплоты и взаимопонимания. Люди с таким типом личности производят впечатление бесстрастных, отчужденных и лишенных чувства юмора; они кажутся неспособными к выражению привязанности или нежности (Если большинство младенцев прижимаются, прилипают и цепляются за тело осуществляющего заботу о них, будущие шизоиды «окостеневают» или уклоняются – как будто бы взрослый вторгся и нарушил их комфорт и безопасность (МакВильямс, 2003)). В результате у них нет близких друзей; многие из них не вступают в брак и всю жизнь проводят в одиночестве. Их мало заботит мнение других людей. Их интересы и увлечения связаны с уединением и чаще носят теоретический, чем практический характер (Гельдер, Гэт, Мейо, 1999).

Большой вклад в описания шизоидных типов внес Эрнст Кречмер (1922), который выделял шизоидность психопатов как преморбидную форму шизофрении, а также три типа темперамента здоровых шизотимиков (личностей с шизоидной адаптацией (см. ниже)): гиперестетичных (раздражительных, нервных, нежных, самоуглубленных, идеалистов), шизотимных (хладнокровно энергичных, систематически последовательных, спокойно аристократичных) и анестетичных (холодных, холодно-нервных, взбалмошных чудаков, индолентных, аффективно-слабых, тупых бездельников). Также Кречмер обращал внимание на связь шизоидных черт характера и астенического строения тела (высокий рост, острый угол между реберными дугами, длинные конечности, светлые волосы), подчеркивая тем самым генетическую конституциональную связь сомы и психики (Кречмер, 1998).

Расщепление – «схизис или шизо», содержащееся в названии расстройства, характеризует состояние отделенности «Я» от мира или отделенности некоторых частей «Я» от осознания. Следует отличать расщепление типа «схизиса» от расщепления типа «сплиттинга» у пограничных личностей. Последний термин характеризует отсутствие

амбивалентности в мышлении или разделение мира только на черное или белое. Расщепление шизоидной личности прекрасно описано в книге Рональда Лэнга «Расколотое Я» (1995).

Лэнг описывает шизоида как неуверенного в своем собственном существовании («первичная онтологическая неуверенность»), когда индивид при обычных условиях жизни может ощущать себя скорее нереальным, чем реальным; в буквальном смысле слова скорее мертвым, чем живым; рискованно отличающимся от остального мира, так что его индивидуальность и автономия всегда находятся под вопросом. Ему может не хватать переживания собственной временной непрерывности. Он может не обладать ощущением личностной согласованности и связности. Он может чувствовать себя скорее несубстанциональным, чем субстанциональным, и неспособным допустить, что вещество, из которого он сделан, подлинное, добротное и ценное. Он может ощущать свое «Я» частично отлученным от тела. Лэнг постулирует, что «Я» шизоида расщеплено на истинное «Я» (не отождествляемое с телом, переживаемое как ментальная сущность, отделенная от деятельности личности, которое занимается фантазиями и наблюдением) и фальшивое «Я», или Персону, которая отождествлена с поступками тела и осуществляет взаимоотношения с миром. Истинное «Я» пустое, невоплощенное в оболочку, но все же дает ощущение существования, некоей автономности. Поэтому индивид борется за сохранение истинного «Я», но борется и защищается особым образом. Он избегает поглощения своего «Я» другими живыми и эмоциональными отношениями (тактика изолирования). Опасается быть взорванным при внедрении в пустоту его истинного «Я» реальности (тактика ухода от контактов и интимности) и боится окаменеть, что равносильно убийству, если другая личность может наблюдать за ним как за объектом, лишенным жизни (тактика деперсонализации, когда шизоид деперсонализирует другого человека, рассматривая его как механизм, а не живое существо). Лэнг замечает, что конечное разрушение таких «Я» (при шизофрении) завершается не посредством внешних атак врага (настоящего или предполагаемого), а из-за опустошения, вызванного самими внутренними оборонительными маневрами.

Классическая дилемма шизоидных индивидов была сформулирована Гантрипом (1952): «Они не могут ни состоять в отношениях с другой личностью, ни находиться вне этих отношений, не рискуя так или иначе потерять и себя, и объект» (цит. по: МакВильямс, 2003). Они страстно жаждут близости, хотя и ощущают постоянную угрозу поглощения другими.

Современные исследователи видят связь шизоидизации с недостаточностью ранних (довербальных) взаимоотношений с «покушающейся, сверхвовлеченной, сверхзаботливой матерью» (Винникот, 1965 – цит. по: МакВильямс, 2003). Эта недостаточность взаи-

моотношений не является острой травмой. Скорее она является тем, что Масуд Хан (Khan, 1963) называл «кумулятивной травмой»: маленькие промахи в подстройке, обесценивании, наказании и отвержении – как песчинки, которые накапливаются до тех пор, пока не образуют дюну (Erskine, 2001). Помимо качественного нарушения в ранних взаимоотношениях, сообщают о содержательных нарушениях коммуникаций, а именно о воспитании в условиях «двойного зажима» (Бейтсон и соавт., 1993). При этом ребенок приглашается к выбору между двумя альтернативными возможностями так, что в любом случае его выбор будет неудачен, и, следовательно, доступ к материнскому поощрению и любви будет ограничен. От ребенка ждут какого-то третьего неочевидного решения, чтобы пожать плечами и сэкономить любовь. Некоторые пациенты «понимают» такие потребности родителей:

Терапевт: «А что говорит мама о твоих успехах?» Виктор (улыбается): «Она говорит, мол, ты ходишь к Дмитрию Ивановичу (психотерапевт) уже больше полугода, но еще не научился прибираться в своей комнате».

Другие, наоборот, чувствуя «кожей» неодобрение слишком затянувшегося, по мнению родителей, терапевтического курса, прекращают терапию, поскольку одной из самых весомых мотиваций ее начала была попытка пациента подчиниться требованиям родителей «подлечиться у психиатра».

Известны и обратные случаи, когда отношения сотрудничества родителей и терапевта самым положительным образом сказывались на результатах лечения их шизоидных детей.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Следуя логике основного конфликта, пациенты-шизоиды скорее будут избегать психотерапии, нежели приветствовать такого рода межличностные контакты. Если они обращаются за помощью, то всегда имеют в виду возможность «внезапного» прекращения психотерапии, чуть только почувствуют опасность глубокого вторжения. Они также чувствительны к различным нарушениям формальной стороны терапевтического договора (продолжительность и частота сессий, конфиденциальность, неожиданное изменение терапевтического стиля консультирования или изменение физической дистанции общения).

Отгороженность и пунктуальное следование первоначально выбранной дистанции, чуть только терапия становится более интенсивной и эмоциональной, не следует рассматривать в качестве непреодолимого барьера для вмешательства, а скорее как демонстрируемую пациентом защиту, к которой (по крайней мере «сегодня») следует относиться с

уважением и пониманием. Именно эмпатические терапевтические взаимоотношения с их толерантностью и конгруэнтностью следует считать излечивающей шизоидных пациентов средой.

На всех этапах терапии перенос шизоидных пациентов скорее скуп, чем беден. Терапевту, который контрпереносно ощущает растерянность и пустоту, предлагается выдержать этот тест на «уклонение и убегание», словно бы вместе с клиентом пройти некий первичный барьер недоверия, чтобы уже затем прикоснуться к нерастраченной, находящейся под гнетом предубеждений, чувственной энергии. Терапевту следует быть готовым к «неожиданным» переносным прорывам болезненного материала прошлого, касающегося неудовлетворительных взаимоотношений со значимыми людьми, родителями, в особенности с матерью. В эти пиковые моменты шизоиды становятся эмоционально и физически доступными, хорошими детьми «достаточно хороших» матерей-психотерапевтов.

Цель психоанализа шизоидных клиентов – распространение на окружающий мир безопасной интимности с терапевтом.

Гантрип (Guntrip, цит. по: Hazell, 1994; Erskine, 2001) следующим образом описывал терапию шизоида методом «заботливого возвращения»:

«Это именно ответственность психотерапевта – обнаружить, в каком виде родительских взаимоотношений нуждается клиент, чтобы почувствовать себя лучше... Ребенок вырастает нарушенной личностью, поскольку его не любили ради него самого, как человека со своими правами, и как больной взрослый он приходит к психотерапевту, заранее убежденный, что этот «профессионал» не имеет никакого реального интереса к нему или не желает заботиться о нем. Клиент нуждается в особом типе любви. Он должен чувствовать, что терапевт – этот первый человек, который любит его. Все это включает серьезное принятие его как человека с собственными трудностями; уважение его собственных прав, даже если он тревожится; лечение его как человека с правом быть понятым, а не просто обвиняемым, отбрасываемым, принуждаемым и созданным для удобства других людей; уважение его как ценного человеческого существа с собственной природой, которая требует хорошего человеческого окружения для возвращения; показ ему реального человеческого контакта, реальной симпатии, веры в него, так что с течением времени он станет способным верить в себя. Все это является ингредиентами реальной родительской любви (Агапе, не Эроса), и если психотерапевт не может любить своих пациентов таким образом, ему лучше не заниматься психотерапией».

ТА-ПЕРСПЕКТИВА: КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ (ЭРКИН, ШИФФ, ВА, ДЖОЙНС И СТЮАРТ)

Ричард Эрскин (Erskine, 2001), отталкиваясь от наблюдений Берна о фрагментированном Детском Эго-состоянии шизоида, постулирует травматический ранний детский опыт, лежащий в основе шизоидного процесса и нуждающийся в «исцеляющих взаимодействиях».

Эрскин (2001) пишет:

«... При лечении поврежденных лиц мы узнали, что травма остается травмирующей в жизни человека из-за недостатка исцеляющих взаимоотношений. Многие люди имеют травматический опыт, но не остаются травмированными, поскольку кто-то исцеляющим, поддерживающим и проясняющим присутствием позволил травме стать интегрированной с их личностным опытом...

Клиенты, которые вовлечены в шизоидный процесс, нуждаются в том, чтобы терапевт создал терапевтические отношения, позволяющие каждому Детскому Эго-состоянию появиться и встретиться с безопасным адекватным откликом».

Эрскин (1993) предлагает свою интегративную (интеграция инкапсулированных Детских травматических опытов во В Эго-состояние) модель для лечения поврежденных, диссоциативных клиентов, которая включает:

а) особый тип контакта, когда клиент никогда не принуждается, не заманивается и не обманывается для того, чтобы он стал более открытым, чем готов быть;

б) расспрос, который начинается с предположения, что терапевт ничего не знает о переживаниях клиента и поэтому должен прилагать усилия для понимания субъективного значения поведения и психических процессов клиента;

в) подстройку, которая подтверждает потребности и чувства клиента и лежит в основе восстановления провалов прошлых взаимоотношений. Подстройку можно продемонстрировать тем, что мы говорим, например, «это больно», «по-видимому, тебя напугали» или «тебе был нужен кто-то, кто был бы рядом с тобой». Более часто она передается выражением лица или телесными движениями терапевта, сигнализирующими клиенту, что его аффект существует, он воспринимается терапевтом как важный и производит впечатление на терапевта;

г) вовлеченность, которая является наилучшим пониманием через восприятие клиента; это чувство, что терапевт контактен. Вовлеченность возникает из эмпатического исследования терапевтом переживаний клиента и развивается через подстройку терапевта к эмоциям клиента и подтверждение потребностей клиента. Вовлеченность является результатом полного присутствия терапевта «с» и «для» клиента, присутствия, которое соответствует уровню развития клиента. Вовлеченность включает подлинный интерес к интрапсихическому и межперсональному миру клиента и сообщение об этом интересе через подстройку, расспрос и терпение.

Основной целью подобной терапии для травматически-поврежденных шизоидных лиц Эрскин считает интеграцию эмоционально нагруженных переживаний и интрапсихическую реорганизацию представлений клиента о себе, других и качестве жизни. Эрскин подчеркивает предпочтительность такого подхода для работы с шизоидными клиентами, поскольку любые другие интервенции могут усилить в клиенте чувство стыда за те переживания и защиты, которые он имеет. МакВильямс (2003) пишет о дилемме, с которой сталкивается терапевт: работать для поддержания лучшего функционирования в социальной и личной жизни, осознавая при этом, что напоминание пациенту о том, что он не добивается этих целей, может быть воспринято как вторжение, контроль и отсутствие эмпатирующей потребности в дистанции.

Несколько иной манеры терапии шизоидного процесса придерживаются представители школы Джеки Шифф (1975), где основной упор делается на конфронтации пассивных форм поведения (см. главу 6) – основных защит шизоидных личностей. Следует отметить, что поддерживающее окружение при этом – 24 часа в сутки, защитная регрессия как способ обнаружить точку возврата в нормальный мир приветствуется вплоть до младенческого возраста. Тогда же активно предоставляются новые Взрослые навыки и Родительские ценности в ходе репарентинга.

Описывая личностей, имеющих шизоидную первичную (выживания) адаптацию, Поль Ва (Ware, 1983) указывает на два главных шизоидных драйвера – «Будь Сильным» и «Угождай Другим», которые комбинируются с предписаниями «Не делай Это», «Не делай Это во Взаимоотношениях», «Не чувствуй», «Не радуйся», «Не принадлежи», «Не будь психически здоровым, сексуальным».

Открытая дверь для шизоидного типа личности – их избегающее, пассивное поведение, в которое вложена их энергия. Их дверь-цель – мышление, и их самочувствие в значительной степени улучшается, когда они научатся, «как думать ясно», то есть научатся, как решать проблемы и прекратить мудрствовать. Их дверь-ловушка – чувства, особенно негативные чувства. Если шизоидные пациенты находятся в негативных чувствах, а терапевт пытается взаимодействовать с ними через эту дверь, их негативные чувства усиливаются, а терапевтический процесс блокируется. Необходимо помнить, что лечение шизоидов – медленный, кропотливый процесс, идущий маленькими шажками.

Джойнс и Стюарт (Joines, Stewart, 2002) предлагают:

- . Пригласить пациентов с шизоидной частью к закрытию аварийных люков – убегания и сумасшествия.
- . Конфронтировать пассивное поведение.
- . Помочь быть такими же внимательными к своим потребностям и чувствам, как к чувствам и потребностям других.

Помочь разобраться в сущности тупика.

Пример психотерапии:

Дарья, 49 лет, замужем не была, проживала на момент обращения с престарелыми родителями, по профессии инженер-конструктор. Впервые заболела и была госпитализирована в психиатрическое отделение с диагнозом «шизофрения» 15 лет назад.

Обратились за помощью родители, которые видели в будущих взаимодействиях «терапевт-клиент», как теперь мы могли бы сказать, «излечивающие взаимоотношения». Подобные взаимоотношения их дочь поддерживала на протяжении 4 лет с психотерапевтом М., что позволяло ей работать и избегать госпитализаций. Однако М. вынужден был сменить место жительства, отношения прервались, и Дарья в состоянии параноидного психоза была в очередной раз (восьмой со времени первого приступа) госпитализирована в психиатрическую больницу.

Дарья была осмотрена в отделении, где был подтвержден ее галлюцинаторно-параноидный статус: Дарья уверяла, что сегодня утром была изнасилована лесником, который обманом проник в женское отделение стационара.

Через две недели фармакологического лечения Дарья смогла самостоятельно (в сопровождении родителей) посетить психотерапевтический офис. Она была слегка ажитирована, расхаживала по комнате и трогала предметы интерьера, захлеб рассказывая о своем галлюцинаторном опыте без намека на критическую оценку со стороны здоровых частей психики (В). Некоторое время мне пришлось молча наблюдать ее поведение, затем, в одну из пауз, констатировать (В), что ее поведение – это поведение психотика и, к сожалению, я вряд ли смогу оказать ей адекватную психотерапевтическую помощь (Конфронтация ее пассивности).

Я не предлагал ей уйти и не ожидал, что она сейчас встанет и уйдет, я ждал ее реакции и ответа, которые и определили бы наши отношения на многие месяцы вперед (Приглашение к обдумыванию и решению из В).

Сейчас, когда я пишу эти строки, мне кажется, что она сказала что-то типа: «О'кей, я не стану вести себя как сумасшедшая (в дальнейшем, как я понял, это означало еще и решение не посвящать меня в содержание своей психотической продукции при том, однако, что она могла прямо и откровенно констатировать ее наличие «вчера», «перед сном» и даже, по мере упрочения доверия, – «может быть ... сейчас в этой комнате». – Д.Ш.) и мы сможем с вами работать вместе». Говоря это, Дарья преобразилась: она не выглядела более ажитированной, надломленной и безынициативной.

(Лэнг (1995) замечает: «Когда обнаруживаешь людей, которые действительно помогут, их не нужно отвлекать. Можно вести себя совершенно нормально. Я могу ощутить, правда ли врач не только хочет помочь, но к тому же способен это сделать... Это да-

ет потрясающее подтверждение заявлению Юнга, что шизофреник перестает быть шизофреником, когда встречает кого-то, кто, по его ощущениям, его понимает.)

Я принял контракт, предложенный Дарьей.

Наша совместная работа с ней продолжается уже восемь лет. Ее родители, которые поддерживали ее и ухаживали за ней, умерли. Ей пришлось самостоятельно вести домашнее хозяйство и налаживать отношения с дальними родственниками. Она закончила работу инженера и вышла на пенсию. За все это время мы не пересматривали антипсихотический контракт.

ЛИТЕРАТУРА

Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. К теории шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. 1993, № 1,2.

Лэнг Р. Расколотое «Я». СПб: Белый Кролик, 1995 (352).

Кречмер Э. Медицинская психология. СПб.: Союз, 1988.R. Inquiry, Attunement, and Involvement. In the Psychotherapy of Dissociation //TAJ. 1993. Vol. 23, № 4. r 184-190.R.G. The Schizoid Process // TAJ. 2001. Vol. 31, № 1. P. 4-6.V., Stewart I. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counselling. Nottingham and Chapel Hill: Life space Publ., 2002..L. et al. Cathexis reader: Transactional Analysis treatment of psychosis. New York: Harper & Row, 1975.P. Personality Adaptation (Doors to Therapy) // TAJ. 1983. Vol. 13, №1. P. 11-19.

ГЛАВА 15. ПСИХОТЕРАПИЯ АНТИСОЦИАЛЬНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

«Скорее сам себя я ненавижу
За зло, что самому себе нанес!

--

В суде толпятся и кричат: "Виновен!"
Отчаянье! Никто меня не любит.
Никто, когда умру, не пожалеет.
Как им жалеть, когда в самом себе
К себе я жалости не нахожу?»
У. Шекспир. «Ричард III»

КЛИНИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Антисоциальное личностное расстройство, известное сейчас под названием «психопатическое расстройство», занимало центральную часть в учении о так называемой «патологической личности».

На протяжении столетия исследователи определяли критерии отличия патологической личности от олигофрении, с одной стороны, и от процессуального заболевания (шизофрении) – с другой.

Как наиболее типичную и устойчивую характеристику этих личностей Причард называл «нравственное безумие», отмечая полное их пренебрежение следованию нормам морали и нравственности, что на языке ТА мы определяем сейчас как исключение Родительского Эго-состояния. Термин «социопаты», также применимый к патологическим личностям, указывает на их пренебрежение социальными нормами, правилами и установлениями, что зачастую приводит к криминальному поведению. Неумение патологических личностей извлекать позитивные уроки из негативного опыта называли «семантической», или понятийной, деменцией, позволившей Курту Шнейдеру говорить о личностном уродстве, от которого страдают они сами и окружающие их люди.

Термин «психопатическая личность» ввел Эмиль Крепелин.

В отечественной клинической психиатрии приоритетные описания критериев ядерной психопатической личности принадлежат Петру Борисовичу Ганнушкину (П.Б. Ганнушкин известен также как врач, лечивший от алкоголизма Сергея Есенина) (1933):

Критерий тотальности патологических черт, где аномалии характера «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток».

Критерий относительной стабильности патологических черт, где аномалии характера «в течение жизни ... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям».

Критерий нарушенной социальной адаптации, где аномалии характера «мешают... приспосабливаться к окружающей среде».

Критерий врожденности или ранней приобретенности патологических личностных черт.

Антисоциальное личностное расстройство, описываемое в МКБ-10, как обращающее внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами, характеризуется следующим:

- а) бессердечным равнодушием к чувствам других;
- б) грубой и стойкой позицией безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;
- в) неспособностью поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;
- г) крайне низкой толерантностью к фрустрациям, а также низким порогом разряда агрессии, включая насилие;
- д) неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;
- е) выраженной склонностью обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

В качестве примера становления антисоциальной личности приведем самоописание пациента, проходящего стационарную судебно-психиатрическую экспертизу (орфография и стиль сохранены):

«Я, Иванов Иван Иванович, родился в 1970 году в городе Братске. Потом мы переехали в город Куйбышев, а потом в город Псков, где жили на улице Ленина. В детском саду был очень мало. Где-то через год дедуля получил квартиру на Михайловском шоссе и мы переехали.

И вот я пошел в 1 класс 44 школы. Учеба давалась не очень хорошо. Но все мне помогали (описывается способность антисоциалов заставлять людей помогать им (см. проективная идентификация)). Пятый класс кое-как закончил. Перешел в шестой класс. И тут, наверное, все началось.

Однажды, придя в школу, я опоздал. Повесил сменку в раздевалке и начал снимать пальто и так невзначай посмотрел на висящие рядом куртки, шубы и т.д. И тут возникла нехорошая мысль, а что внутри их карманов – все равно никто не увидит и не узнает (между мыслью и действием не было периода сомнений и колебаний, какие-либо чувства были исключены). Попробовал. И у меня в руке оказалась какая-то мелочь. Потом еще

мелочь, купюры, жвачки, конфеты. Все это произошло в считанные секунды. Рассовав все по карманам, я пошел в класс. Жвачки и конфеты все раздал, а после уроков пересчитал деньги. По тем временам и для меня было неплохо.

Да, у меня, конечно же, были мысли (но не чувства!), что это нехорошо, они сейчас думают – «куда делись деньги и все остальное». Но мне было лучше всех. У меня были мои личные деньги. Что захотел – я бы мог купить. И этим я начал заниматься почти каждый день. Специально опаздывал на уроки, уходил с уроков раньше. Но однажды сделал ошибку (Поль Ва (1983) считает, что антисоциалы, несмотря на всю их изворотливость и ум, запрограммированы на поимку): рассказал обо всех делах однокласснику. Он же рассказал своим друзьям-старшеклассникам. Вначале все было хорошо (воровал шубы, куртки, сменную обувь и по карманам лазил), но потом меня и моего друга поймали. Об этом узнала вся школа. Был педсовет, и меня решили обучать на дому.

Да, я сделал очень плохо. Родители меня очень ругали, но дед был в каком-то смысле за меня.

Все было бы хорошо, если бы однажды я не наткнулся на родительскую заначку. И тут все началось сначала.

Когда я нашел заначку, то денег я не взял. Подумал, что еще не время. И оно наступило очень быстро. Я взял одну купюру и практически всю ее истратил. Об этом родители бы не узнали, но они нашли под матрасом деньги, и разгорелся большой скандал. Мать говорила, что не нужен мне такой сын, чтоб уходил. Ну, я и ушел. Залез на крышу и там сидел.

Я украл у своих – это плохо, но почему-то мне было тоже плохо. Они их заработали честным путем. Тогда давали бы мне деньги на мелкие расходы. Может быть, ничего и не произошло бы. Деньги – они очень притягивают. У меня было такое понимание, что если они есть, то можно свернуть горы. Но все-таки я остановился на некоторое время.

Через некоторое время у меня начался переходный возраст. Мне стали нравиться девчонки, а это опять деньги. Так я думал. На каждый «огонек» или школьную дискотеку я брал у папы то одну, то две спиртные бутылки.

Я, конечно, не знаю, что думали обо мне мои одноклассники. Но мне было хорошо быть таким.

И вот я закончил школу. Всей семьей начали дружно думать, куда мне поступать. И остановились на военном училище. Я поступил (конечно, с папиной помощью).

И тут что-то в моей голове произошло. Я пришел и сказал отцу, что не хочу быть военным (ограничения и тяготы военной службы не переносимы для антисоциала). Папик сделал для меня все, чтоб я учился. И я начал учиться в промышленной академии. Полгода отучился, и подошло время сдавать сессию. Зачеты я сдал сам, а с экзаменами – к па-

пане. Отец мне помог через своего знакомого профессора. И тут я, наверное, "оборзел" совсем. В следующем семестре, вплоть до зачетов, все повторилось. "И зачем туда ходить", – подумал я. Но тут судьба, а может, и не она, показала мне фигу.

Познакомился я с парнем, который вовлек меня в воровской мир.

Начали с простого. Вскрывали машины и вынимали оттуда все самое ценное. Потом пошли квартиры и прохожие.

Этот "мир" оказался самым интересным и завлекающим. Я познал в нем много тонкостей. В этом есть много хорошего и плохого. Но о плохом особо не думал. Думал, все будет хорошо. Но не тут-то было. Нас повязали на продаже товара.

.У отца появилась опять головная боль. Но он меня из всего этого вытащил. Я получил условно три года. Институт не закончил. Поступил на работу слесарем на завод. Проработал полгода и поступил в техникум на юридический факультет. Классно, да?! Вор – юрист-правовед! Но и этот вуз не закончил, так как не сдал экзамен. Потом сам устроился на работу в фирму "Муза". Если бы платили хорошо (платили 1500 рублей), то до сих пор бы там работал. Но после трех месяцев я начал действовать. На протяжении пяти месяцев тащил с фирмы все, что плохо лежит. Практически каждый день были деньги (от 200 до 1000 рублей). Пословица: "Бесплатный сыр бывает только в мышеловке". И я опять в нее попал. И опять статья. Чтобы меня не посадили, я попал в дурдом. Прележав там 40 дней, выписался. Уголовной ответственности я избежал.

Потом устроился на работу на МТС. Проработал один год и два месяца и потом ушел. Начали меньше платить. Начались у меня ландыши, потом грибы, земляника, васьлики, грибы, яблоки, грибы, калина (Ваня с некоторых пор пристрастился к сбору и продаже даров леса). А после калины – дачи. На которых я опять попался.

Натворил я за свою жизнь много плохого. Родителей, конечно же, жалко (первое упоминание слова, выражающего чувство), но я не знаю – такой уж уродился. Родителей я люблю, как и все дети. Я просто не знаю, что со мной происходит. Переменить свою жизнь я могу в любой момент. Пить могу бросить, курить, устроиться на работу, а потом и жениться, завести детей. Ведь надо продолжать свой род. Все могу сделать, как у всех нормальных семей. Но есть одна большая проблема – Я (выделено жирным. – Д.Ш.). Если пойдет что-то не так, то могу сорваться. Начнутся загулы. Конечно, хотелось, чтоб этого не было.

И напоследок.

Я думаю, что все у меня получится так, как я задумал. Папик мне поможет (ведь я его сын). А в общем – будь что будет. Если будут вопросы о том, что я написал, на все отвечу.

P.S. Жизнь – сложная штука, особенно для меня. У большинства людей она скла-

дывается, как полагается. Школа, институт или еще что-то, семья, дети, работа и семейное благополучие, а потом благополучная старость. А у меня не так. Все, как не у людей. Школа – плохо, институт – плохо, работа – плохо, семья – это еще вопрос. С родителями, конечно, повезло. Они всю свою жизнь делали для меня все, что было в их силах. Но я и здесь не оправдал их надежды. Меня постоянно влекло куда-то. Конечно, хотел самостоятельности, но она для меня заканчивалась плачевно. Я считаю, что попробовал в своей недолгой жизни практически все. Больше всего заинтересовала «тема» – любовь. Любовь к противоположному полу – это романтика, а может, и наркотик. Поначалу возникает чувство легкости. Поначалу кажется, что ты втянулся, но можешь и обойтись без этого. Думаешь о ней 2 минуты и забываешь на 3 часа. Но потом привыкаешь и попадаешь в полную зависимость. И тогда ты думаешь 3 часа и забываешь на 2 минуты. Когда нет ее рядом, возникают такие же чувства, как у наркомана. Впоследствии ты способен пойти на грабеж, убийство ради любви. И когда это тебе удастся, ты получаешь порцию наслаждения и энергии. Тебе хочется этого еще и еще. Но в конце концов всему приходит конец. Наркоманы – в больницу, а любовь – за борт. И все. Но это для меня не главное. Свобода и одиночество – это главное. Я сам виноват в том, что я такой. Но еще не поздно все изменить, но этого мне не дадут, наверное, сделать (попытка манипуляции). Я бы отдал все, что есть у меня, ради свободы действия. Чтобы никто меня не беспокоил, жить где-нибудь одному и ни от кого не зависеть. Но этого, наверное, не будет никогда. Иногда чувствую, что и вправду я чем-то болен и нужно мне лечение. Но это, наверное, не так. Или вы считаете совсем иначе?

Попробую рассудить сам себя. Если мне это удастся, то, наверное, жизнь пойдет в лучшую сторону. Я желаю добиться хорошего положения – жить красиво...»

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА: ГРАНДИОЗНОСТЬ, МАНИПУЛЯЦИЯ И ПРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ

Считается, что антисоциальные личности имеют проблемы с установлением привязанности в раннем возрасте (Боулби, 2004). Во многом этому способствует семейное окружение: наличие депрессивных или мазохистических матерей и садистических отцов. «Антисоциальный индивид просто никогда в нормальной степени не испытывал психологической привязанности, не инкорпорировал хорошие объекты, не идентифицировался с теми, кто о нем заботился. Он никогда не получал любви и никогда никого не любил» (МакВильямс, 2003).

Ситуация заброшенности и ненужности зачастую сопутствует становлению антисоциала, где дефицит безопасности и любви инициирует раннюю ответственность за соб-

ственное выживание. Имеется также в виду и ситуация эмоциональной депривации, когда родители не могут адекватно отвечать на эмоциональные потребности детей. Иногда такие родители компенсируют этот дефицит либо приобретая дорогие подарки любимому чаду, либо идентифицируясь с их неповиновением, с возмущением реагируя на попытки других людей ограничить их антисоциальное поведение.

Грандиозное Я становится единственным объектом катексиса, где на одном полюсе находится желание собственного всемогущества, на другом – ощущение отчаянной слабости. Все «другие» люди не имеют значения и рассматриваются антисоциалом как средства для удовлетворения его потребностей в контроле и управлении, выражении агрессивности и достижении «встряхивающих» эмоционально-пиковых ситуаций. Естественно, манипулятивные стратегии антисоциалов могут варьировать от прямого насилия и принуждения до использования «тонких» техник – интуитивной гипнотической индукции (мошенники) и проективной идентификации (очаровательные манипуляторы (– термин ТА)). Под последней понимается способность антисоциалов вызывать нужные им комплексы чувств (от самых простых до сложных) у окружающих людей, с которыми они находятся в интенсивных взаимодействиях. Проективной идентификацией как примитивной формой защиты виртуозно владеют младенцы, невербально «заставляя» маму осуществлять необходимый уход. Младенцы – будущие антисоциалы – еще более изоциренны в применении данной формы невербального управления людьми, поскольку они вынуждены адресовать свои «просьбы» к безразличным или эмоционально-холодным людям. Вырастая и испытывая сложности с вербальным выражением чувств, такие люди используют проективную идентификацию в качестве единственного средства эмпатической коммуникации.

ПЕРЕНОС, КОНТРПЕРЕНОС И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Основным видом переноса антисоциала по отношению к психотерапевту является проекция на него своего внутреннего хищника – предположение о том, что клиницист намерен использовать пациента для своих эгоистических намерений. Если же терапевтические взаимодействия каким-то образом могут быть выгодны для клиента, то последний становится очаровательным и «заставляет» терапевта проективно идентифицироваться с ним, чаще всего заботиться и выступать в роли Спасателя. МакВильямс (2003) пишет: «Когда вы имеете дело с пациентом, абсолютно уверенным в "истинности" ваших чувств, с его неустанной борьбой за то, чтобы вы почувствовали именно это, – нужна ясная голова и железная дисциплина для того, чтобы выдержать подобный эмоциональный напор». Возможно, наиболее впечатляющие примеры, когда общающийся с антисоциальной лич-

ностью «не выдерживает», относятся к пенитенциарным романтическим историям о внезапно возникшей любви женщины-следователя к заключенному и побеге последнего.

К контрпереносным реакциям в отношениях «терапевт-клиент» также относятся враждебность, моралистическое поругание и конкордантный страх. Важно, чтобы терапевт был в контакте с этими чувствами, не пытаясь отрицать или минимизировать их, поскольку последнее может провоцировать клиента продемонстрировать свою способность быть агрессивным.

Терапевтический нигилизм в отношении антисоциальных клиентов понятен, если исходить из их стремления к деструктивному триумфу над терапевтом и терапевтической ситуацией. Думается, что именно в этой области особенно справедливы замечания Клода Штайнера (Steiner, 2003), что «эффективный психотерапевт не может оставаться пассивным или полагаться только на присоединение, доброту и интуитивный анализ», поскольку антисоциал не воспринимает эмпатии. Наиболее важной особенностью лечения здесь является неизменность терапевтических рамок, условий и «неподкупность» терапевта. Другим условием является бескомпромиссная честность отношений. При этом честность не означает самораскрытия, которое может быть признано слабостью и использоваться.

Определенным образом понимаемая честность приветствуется в антисоциальных кругах («честный вор» или авторитет). Существующая в психопатологии категория патологических лгунов, или псевдологов, больше характеризует истерическую личность с ее склонностью к безудержному фантазированию и вере в реальность своих вымыслов.

В.Я. Семке (1988) выделяет среди истерических псевдологов тип Мюнхаузена, когда просматривается стремление завоевать признание окружающих, хоть ненадолго, но властвовать в наспех созданном коллективе слушателей;

тип Хлестакова – псевдология носит утилитарный и заземленный характер, имея тенденцию к извлечению некоей выгоды («тип самодовольного хвастуна и вруна с довольно низкими интеллектуальными способностями»);

тип Манилова относится к слабым самовнушаемым и ищущим признания натурам, которые прибегают к фантазированию наедине с собой, представляя себя в различных заманчивых ситуациях или отождествляясь с известными артистами, учеными и государственными деятелями.

Наиболее ясными психоаналитическими целями терапевта являются следующие: способствовать проявлению «заботы о другом» своего клиента, а также приветствовать всякие ситуации, когда клиент может сдерживать собственную импульсивность. «Строгое упорство и железобетонно устойчивое отношение, видимо, является наилучшей комбинацией в работе с антисоциальными людьми» (МакВильямс, 2003).

ТА ПЕРСПЕКТИВА. АНТИСОЦИАЛЬНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ АДАПТАЦИЯ

Люди с антисоциальной адаптацией контактируют с миром через активное агрессивное поведение («открытая дверь»), пытаясь запугать или очаровать людей с целью извлечения выгоды из ситуации.

Антисоциалы на уровне психопатии и акцентуации характера (см. выше) редко используют Взрослого для стратегического планирования. Компенсированные лица с антисоциальной личностной частью редко обращаются за терапией. Даже сознавая необходимость терапии, они избегают прямого обращения, расценивая просьбу как слабость (Булгаковский Воланд: "Никогда ничего не проси!" – Тогда как из Евангелия: "Есть ли между вами такой человек,/у которого сын его попросит хлеба,/а он подаст ему камень?/ Или рыбы попросит,/а он подаст ему змею?/Итак, если вы, будучи злы,/ умеете давать дары благие детям вашим,/тем более Отец ваш, Который на небесах,/даст благо просящим у Него"). Антисоциалы обращаются за терапией, если проблема обусловлена вторичной адаптацией, например, обсессивно-компульсивной личностной частью.

Чтобы вырасти, им необходимо интегрировать чувства («дверь-цель»). «Дверью-ловушкой» является их быстрое и эффективное мышление, которое антисоциалы используют на уровне Маленького Профессора, чтобы перехитрить терапевта. Основные драйверы – Будь Сильным и Угождай Другим («я буду угождать вам, чтобы заставить вас делать то, что я хочу»), предписания – Не Чувствуй, Не Будь Ребенком, Не Делай Это, Не Будь Близок. Аварийный люк, который используют антисоциалы при дистрессе, – насилие и убийство.

Несмотря на опасный аварийный выход, быстрое заключение контракта на «не убийство» представляется проблематичным, поскольку Взрослый антисоциала не видит реальных альтернатив агрессивному личностному стилю. Иногда полезно переформулирование контракта в виде запрета на причинение себе вреда в результате агрессии по отношению к другому.

Поль Ва (Ware, 1983) предлагает конфронтировать агрессивное (манипулятивное) поведение, двигаясь к чувствам, разрушая защиты поведенческим способом. Последнее можно осуществлять, например, посредством отыскания в себе опорных зон, вокруг которых антисоциал строит плацдарм для манипуляции.

Так, на сеансе супервизии, посвященном анализу симбиотических взаимоотношений супервизируемого с его диссертантом и названном впоследствии «В поисках утерянной радости», супервизируемый задается вопросом, а что, собственно, эти взаимоотношения дают его внутреннему (Pe1) Ребенку? Оказалось, что взаимоотношения с соискателем не дают никакой радости и даже надежды на скорую радость. Вместе с тем эти

взаимоотношения обеспечивают (P1B1) беспроблемное существование соискателя, манипуляции и интриги с его стороны (рисунок 42). Супервизируемый отметил также нарушения всяких временных контрактных обязательств как со стороны соискателя, так и со своей собственной стороны. Супервизируемый смог уведомить об этом соискателя и временно приостановить «диссертационные» взаимоотношения. После некоторого периода растерянности соискатель стал доверительно жаловаться на жесткость и бессердечие руководителя, предпринимая попытки восстановить симбиоз и при этом полностью исключая какую-либо конструктивную деятельность по выполнению диссертационного задания. Супервизируемый прервал диссертационный контракт официально и рекомендовал соискателю другого руководителя.

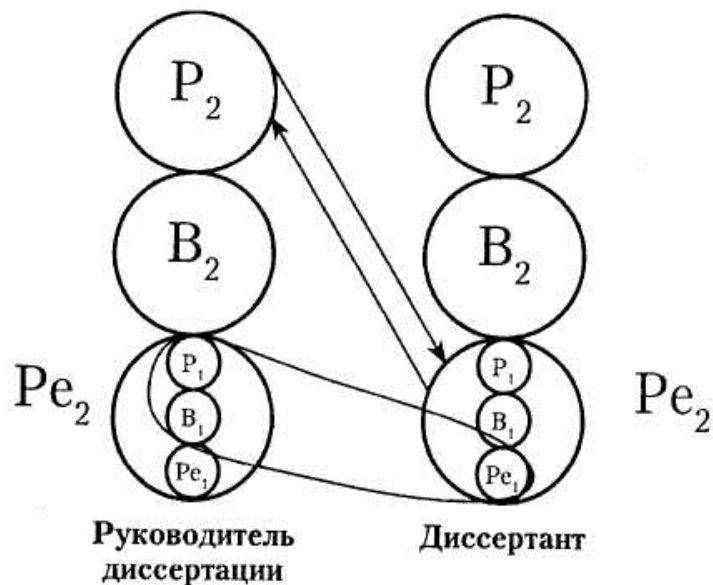


Рис. 42. Симбиотические отношения между руководителем и диссертантом, имеющим антисоциальную личностную адаптацию

Ключевые моменты терапии пациентов с антисоциальной адаптацией

. Отвечать на их вызовы в игровой форме так, чтобы они поняли, что их игра «Поймай меня, если сможешь» раскрыта. Для этого рекомендуют использовать Взрослое мышление терапевта, способное предсказать игру и продемонстрировать антисоциалу последовательность ходов. Подобная конфронтация может заинтриговать клиента и привлечь его в терапевтический процесс хотя бы для того, чтобы узнать, как терапевт делает эти предсказания (Joines, 1986).

. Развивать доверительные взаимоотношения с позицией ОК+ОК+. Доверие предполагает способность терапевта говорить о своих чувствах в контексте терапевтического процесса.

. Стимулировать клиентов «отмыть свои поступки» – то есть приостановить антисоциальную деятельность, научить встречать свои нужды прямым способом, учитывая нужды других людей, сотрудничая, но не соревнуясь с ними.

Думается, что терапевт на определенном этапе может представлять собой позитивную Родительскую фигуру для интроекции и построения (усиления) собственного Родителя (Р2) клиента.

. Помочь научиться им «быть с самими собой», отличая истинные чувства печали и страха от реактивных – гнева и смущения.

. Помочь им оплакать потери.

Четвертый и пятый пункты касаются помощи в выражении траурных чувств относительно ранней детской ситуации, в которой они находились в одиночестве, лишённые поддержки.

КАЖДОДНЕВНЫЕ ГИПНОТИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Общеизвестны возможности гипноза как средства влияния одного человека на другого. Известна также способность антисоциальных личностей вызывать и использовать трансовые состояния сознания с самыми различными целями, как криминального, так и бытового характера. В нашей практике мы сталкивались с таковой способностью лиц с антисоциальной частью, наблюдая их умение подстраиваться к системе ценностей индивида, просить и, главное, добиваться, чтобы собеседник сделал нечто, на что в других условиях никогда бы не решился. Также мы поражались их умению «становиться своими» в незнакомой компании так, что окружающие не воспринимали их новичками, или их устойчивости к грубому Родительскому нажиму разного рода обслуживающего персонала. Иногда, даже сознавая себя объектом манипуляции человека с антисоциальной частью, мы печально констатируем, что не сможем отстоять свои права в открытом диалоге с

ним: он все равно окажется «прав». Понятно, что речь здесь идет не о выраженных декомпенсированных психопатах, а скорее о людях, имеющих еще и опыт развития по антисоциальному типу, которые скорее вольно, чем невольно, пользуются своими гипнотическими возможностями ловкого и очаровательного манипулятора.

Британская медицинская ассоциация (1955) определяет гипноз, как

«...кратковременное состояние изменяющегося внимания у субъекта, состояние, которое может быть вызвано другим человеком и в котором могут спонтанно возникать различные феномены в ответ на вербальные и другие стимулы. Эти феномены содержат в себе изменения сознания и памяти, повышение восприимчивости к внушению и появление у субъекта реакций и идей, которые ему не свойственны в его обычном состоянии духа. Кроме того, такие феномены, как потеря чувствительности, паралич, мышечная ригидность и вазомоторные изменения, могут быть вызваны и устранены в гипнотическом состоянии...»

«...гипнотизер проводит регрессию двумя механизмами – действием на инфантильные импульсы и уменьшением сенсорного поля и поля генерации идей» (Шерток, 1992).

Осуществление классической гипнотической индукции возможно в условиях трансферентных отношений, когда гипнотизируемый переносит на гипнотизера свои инфантильные представления о всемогущем Отце «первобытной орды», ориентируясь на выраженное Родительское поведение гипнотизера и начиная ему пассивно подчиняться.

Однако в случаях гипнотической индукции, осуществляемых антисоциалами, уже гипнотизируемый проецирует на место гипнотизера свое Сверх-Я (Родительское Эго-состояние), освобождаясь на время от его морального гнета и власти так, что может давать выход до сих пор подавляемым воспоминаниям или неприемлемым формам поведения. В этом звучании антисоциал сам становится реципиентом Родительской части гипнотизируемого, получая то, чего у него нет в полной мере.

Конечно, могла бы быть заманчивой идея о том, что антисоциал воспринимает Родительские ценности тех людей, которыми манипулирует. Другими словами, так могло бы происходить «воспитание» или перевоспитание (формирование Р2) антисоциала. МакВильямс (2003) пишет, что те из антисоциалов, которые избежали саморазрушения или заключения в тюрьму, имеют тенденцию «выгорать» к среднему возрасту, что напоминает процесс запоздалого «созревания» личности.

Принимая людей с антисоциальной адаптацией как бытовых гипнотизеров, мы склонны поддержать идеи Конвей и Кларксон, изложенные в их совместной статье «Каждодневные гипнотические воздействия» (Conway, Clarkson, 1987). Исследуя ситуации, в которых происходит передача сценарных посланий, они приходят к выводу, что при определенных обстоятельствах Взрослое Эго-состояние может временно лишиться своих

полномочий, частично или полностью. Этот феномен эквивалентен спонтанно наступившему гипнотическому состоянию. Информация, полученная индивидом в этом состоянии, не будет эффективно обработана Взрослым в соответствии с текущей реальностью и может иметь силу гипнотической команды.

Авторы выделяют десять ситуаций, в которых Взрослый может быть частично или полностью дисфункционирующим, и индивиды делаются более восприимчивы к гипнотическому воздействию, обычно не осознавая этого.

Во-первых, к таким ситуациям относится шок и состояния крайнего эмоционального возбуждения. Эмоционально-стрессовая психотерапия использует податливость к суггестиям (внушениям) людей в этих состояниях. Вводит в транс также резкий крик или сильная вспышка света. Мы разделяем мнение, что большинство сообщений, принявших форму сценарных посланий, были сделаны в состоянии эмоционального аффекта.

Во-вторых, ситуация, связанная с болью. Известны феномены гипнотической анестезии, а также случаи, когда болевая стимуляция отключает Взрослый контроль и приказания принимаются без должной критической оценки.

В-третьих, состояния измененного сознания в результате лихорадочного делирия или наркотического психотического состояния. Имеются данные, что внушаемость повышается на фоне интоксикационного делирия (Ховрачев, 1999), а также известны способы гипнотизации путем введения седативных средств и барбитуратов (наркогипноз). Авторы статьи приводят случай, когда панический страх смерти, проявляющийся в фобии сна, возник у лихорадящей пациентки после того, как лечащий ее врач прошептал мужу, что она может не пережить ночь.

В-четвертых, тесный физический контакт, удовлетворяя голод поглаживаний и катектируя Детское Эго-состояние, делает человека более уязвимым для внушения. Поглаживание до недавних пор было техникой наведения трансa. Успехи телесно-ориентированной терапии во многом обязаны элементу гипнотической индукции.

В-пятых, предоставление Взрослому невозможной задачи и ситуация «двойного зажима» является основой получения шизофреногенных предписаний.

В-шестых, перестимуляция Взрослого или стимульная бомбардировка может использоваться как техника наведения трансa, когда, например, два гипнотизера говорят одновременно, произнося различную информацию. Сенсорная перестимуляция используется мошенниками в «цыганском» гипнозе, когда индуктор одновременно касается кожи, говорит противоречивые вещи, поддерживает контакт глазами и слегка ударяет по плечу «жертвы».

В-седьмых, недостаточное стимулирование Взрослого – классическая техника наведения трансa методом сенсорной депривации. Большое количество позитивных пред-

писаний или разрешений дается детям «на ночь».

В-восьмых, использование пересекающихся трансакций способствует временному «зависанию» Взрослого функционирования. Милтон Эриксон приводит случай впадения в транс собеседника, когда тот хотел пожать протянутую руку Милтона, но психолог внезапно ее отдернул. Или другой пример, когда внимание Джона, просящего поглаживаний за свои чувства, отвлекали, предлагая ему интересные познавательные игрушки. Джон не вырос неженкой, чего боялись его родители, но стал дергаться всякий раз, когда переживал потребность в близости, начиная сортировать объекты в комнате по размеру и цвету.

В-девятых, обесценивание собственной независимости. Особенно эффективно в трансферентных отношениях, когда для ребенка воспроизводится тот факт, что родители всегда лучше знают, что сейчас должно произойти с их детьми. Например, классический совет матери-официанки: «Будь осторожной, не разбей посуду», – «с грохотом» не выполняется дочерью. «Я так и знала», – говорит мама. Этот механизм лежит в основе и постгипнотической индукции, когда по выходу из транса пациент пропускает запрещенную гипнотизером цифру «7», считая от одного до десяти.

В-десятых, сила. Воспроизводит ситуацию классической трансферентной гипнотической индукции. Используется и при даче терапевтических разрешений в методе «ЗР» Патриции Кроссман.

Отметим, что описания каждодневных гипнотических воздействий, оптимизирующих передачу сценарных посланий в Эго-состояние Ребенка, могли быть приведены в главе о психотерапии Детского Эго-состояния или в главе о работе со Взрослым Эго-состоянием.

Но, так или иначе, многие стратегии, описанные здесь, входят в арсенал Маленького Профессора у лиц с антисоциальной адаптацией.

КОНЦЕПЦИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУШЕНИЯ А.П. ХОВРАЧЕВА

(Талантливый ученый и практик, работал ассистентом на кафедре психиатрии Рязанского госмедуниверситета им. акад. И.П. Павлова, был президентом РАТА, трагически погиб в 2005 г. Концепция реализации внушения была положена в основу его кандидатской диссертации (1999), защищенной в НИИ наркологии МЗ РФ.)

Проблема эффективности терапевтических отношений, независимо от области специализации терапевта и характера патологии пациента, рано или поздно приводит нас к одному из неотъемлемых в данной области явлений – внушению.

Ипполит Бернгейм, профессор Страсбургского университета, определил внушение как «мысль, возникшую у гипнотизера, воспринятую гипнотизируемым и усвоенную его

мозгом» (1886). В ходе более чем векового развития медицины со времен Бернгейма смысл данного понятия значительно расширился. И теперь оно обозначает любую форму информационного воздействия, включая и невербальную. Так, руководитель Центра психосоматической медицины имени Дежерина в Париже Леон Шерток (1982) считает, что если излечение достигнуто благодаря внушению, это означает, что оно обусловлено информационным влиянием, которое оказывает терапевт на пациента, а не действительным преобразованием, имевшим место на органическом или психологическом уровне.

Вслед за таким пониманием становится ясно, что любая встреча пациента с любым целителем безусловно сопровождается неким информационным воздействием, опирающимся на веру больного в авторитет терапевта как представителя «цеха целителей», ибо последний должен обладать необходимыми для излечения знаниями и навыками. В противном случае человек просто не обратился бы к нему за помощью. Вторым источником информационного воздействия на больного является его вера в лекарственные средства, лечебные процедуры и манипуляции, которыми сопровождается всякое терапевтическое взаимоотношение. Эти два фактора формируют так называемое опосредованное внушение, влияние которого принципиально неизбежно в ходе лечения. Представители соматической медицины пользуются этим видом внушения чаще всего неосознанно и бессистемно, упуская большой терапевтический потенциал, заложенный в нем. Именно влиянием опосредованного внушения, например, можно объяснить известные всем врачам случаи разной эффективности терапии больных, имевших аналогичные соматические состояния и получавших одинаковое лечение. Недостаточно учитывают значение опосредованного внушения целый ряд терапевтов рационалистических или психоаналитических школ, борющихся за изгнание внушения из своей практики на том основании, что внушение – метод директивного, а значит и негуманного воздействия, несущий на себе печать манипуляции человека человеком.

Помимо опосредованного, выделяют косвенное внушение, когда предназначенная пациенту информация попадает к нему вроде бы случайным образом. В качестве терапевтического средства косвенное внушение чаще используется в практике психиатров и психотерапевтов, когда, например, больной с канцерофобией ставится в ситуацию, где он вынужден «невольно» подслушать обсуждение врачами его истории болезни. Подобный прием позволяет резко увеличить достоверность информации, необходимой больному для выздоровления. В определенных случаях косвенное внушение оказывается причиной ятрогенных расстройств, так как неправильно понятые больным латинские термины или неверно истолкованные обрывки услышанных им разговоров медперсонала являются не чем иным, как разновидностью косвенного внушения.

Наконец, существует прямое внушение, когда врач, опираясь на собственный авто-

ритет, прямо требует исчезновения симптомов заболевания. Это наиболее явный и осознаваемый как терапевтами, так и клиентами прием, поэтому его эффективность напрямую зависит от «веса» терапевта в глазах больного. Примером использования прямого внушения может служить ситуация, когда клиент спрашивает своего доктора о прогнозе заболевания и последний дает обнадеживающий ответ. Или прямое внушение может быть применено в ходе гипнотерапии.

В рамках подобного подхода становится достаточно важным осознать, какими факторами определяется эффект внушения, и понять, как максимально полно и адекватно использовать его в процессе лечения.

Основным фактором, который традиционно считается ответственным за эффект суггестивного воздействия, является внушаемость. В классической психотерапии она рассматривается как некая личностная особенность, свойство человека. Безусловно, учет внушаемости позволяет прогнозировать эффект или целесообразность суггестивной терапии с данным клиентом. Поэтому уровень внушаемости определяется с помощью специальных тестов.

От чего зависит внушаемость?

Ответу на этот вопрос посвящена многочисленная литература. Повышенную внушаемость находили у истерических личностей, у детей в возрасте 5 и 10 лет, женщин в сравнении с мужчинами, лиц с преобладанием первой сигнальной системы, у людей, которые в тесте ММРІ имеют повышение профиля по шкалам «депрессия» и «психастения» (наоборот, резистентность к суггестивному воздействию оказалась связанной со шкалами «психопатия», «паранойя», «шизофрения», «гипомания»).

Исследование особенностей подачи внушения для усиления суггестивного воздействия определили важность как вербальной составляющей (содержание или «что внушается»), так и невербальной составляющей (тон голоса, мимика гипнотизера и др.) процесса внушения, атмосферы сеанса (тишина, неяркий свет, покой). Однако атмосфера покоя и тишины не носит универсального характера, поскольку психотерапевты знают, что пациенту в спокойном состоянии что-либо внушить сложно – иное дело, если его взволновать, то есть вызвать состояние напряженного бодрствования. Атмосфера страха, тревоги и неопределенности производит путаницу в мозгу субъекта, и в этот момент можно сделать настолько сильное внушение, что оно запечатлится надолго. Некоторые авторы находят, что психотерапевт должен быть самоуверен и властен во время процедуры, другие же авторы отдают предпочтение мягкости тона с наличием длительных пауз, что приведет к ослаблению саботажа и сопротивления со стороны пациента.

Что касается содержания суггестии, то и здесь нет однозначных решений: одни авторы ратуют за то, что слова, смысл которых конкретен, обладают большей суггестивной

силой, другие, как Милтон Эриксон (1994), предпочитают «маскировать» нужные суггестии, придавая им качество косвенных – наиболее сильных и предпочтительных в условиях сопротивления.

Столь разноречивые результаты относительно исследования личностных свойств и способов, ответственных за эффективность внушений, способствовали поиску универсальных механизмов реализации внушения в парадигме межличностных отношений гипнотизера и гипнотизируемого (врача и пациента, психолога и клиента).

Зигмунд Фрейд понимал внушаемость как способность распространять либидинозную привязанность к объектам или способность к переносу (переносу либидинозных отношений с фигуры отца на фигуру гипнотизера). С точки зрения классического психоанализа человек доступен терапевтическому воздействию лишь в случаях, когда он способен на либидинозную привязанность к объекту (другому человеку). При выраженном нарциссизме, когда либидо направлено на самого себя, а не на внешний объект, существует предел для возможности влияния на человека с выраженными нарциссическими чертами характера. С этих позиций классического психоанализа пациенты-шизофреники, ряд пациентов с тяжелыми личностными расстройствами (нарциссические, шизоидные, антисоциальные, отчасти параноидные) – то есть те, у которых преобладают нарциссические отношения, – будут совершенно недоступны какому-либо психотерапевтическому влиянию или внушению.

Однако необходимость объяснения случаев успешного психотерапевтического воздействия на больных шизофренией дала жизнь такому новому понятию, как «нарциссический трансфер» (Кохут, 1968), и теориям дообъектных отношений.

Сегодня мы можем говорить, что объясняющим фактором реализации суггестивного эффекта является межперсональное взаимодействие, которое индуцирует развитие специфического аффекта как инструмента, производящего непосредственные изменения на соматопсихическом уровне. Данный специфический аффект («квант аффекта» по Шерток, 1992) содержится и при «классических» трансферентных отношениях и, более того, может оставаться в качестве действующего звена при устранении отношений переноса.

Подобный тип аффективных отношений терапевта с клиентом описывается в терминах теорий дообъектных отношений, первичного симбиоза, концепции «мать-дитя». Все большее число современных исследователей приходят в своих работах к выводу о существовании встроенного механизма, предшествующего установлению связи с другим (объектом), «аффективной энергии», исходно недифференцированной, не имеющей образных коррелятов и составляющей как бы субстрат жизнедеятельности в сфере отношений. По мере созревания нервной системы эта энергия направляется на обслуживание функций символизации или функций различения внешних объектов. Поэтому можно ска-

зать, что отношение существует в двух разных планах: в одном оно врожденное, в другом – приобретенное. Таким образом, отношения переноса возникают на втором уровне, где они усиливают или тормозят врожденную внушаемость.

Терапевтические интервенции этого уровня обычно включают в себя техники отзеркаливания, идеализации и признания подобия. Сущность отзеркаливания состоит в эмпатическом понимании, когда пациент приходит к выводу: «Я вижу, что ты видишь». Идеализация заключается в принятии пациента таким, какой он есть, со всеми его недостатками, в сообщении ему того, что его существование имеет значение для терапевта. Признание подобия – это признание ОК-ейности и нормальности всего, что есть у больного. Даже шизофрения рассматривается здесь как проявление нормальной реакции применительно к тем условиям, в которых находился человек. При работе на этом уровне терапевту необходимо скорее сдерживать себя от каких-либо действий, чем быть активным. Как говорят некоторые психоаналитики, врач просто должен прожить со своими пациентами определенное количество времени, просто присутствовать рядом с ними.

АЛГОРИТМ ЭФФЕКТИВНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ

А. В случае работы с проблемами, относящимися к Эдипову или пост-Эдипову периодам (все вторичные личностные адаптации, расстройства невротического регистра) целесообразно создать позитивное отношение пациента через присоединение к его внутренней картине мира (ВКМ). Человек суггестивно более податлив для той информации, которая соответствует его желаниям и ожиданиям. Если поведение врача, его воздействия и информация соответствуют существенным аспектам ВКМ больного, то последний начинает относиться к врачу позитивно. Если же система воздействий врача существенно отличается от восприятия мира пациента, врач оценивается негативно, и, следовательно, пациент имеет аффективную тенденцию отвергать и его внушения.

Следующим шагом является предъявление внушаемой информации или внушения, которое чаще всего воспринимается с бессознательным сопротивлением. При этом наблюдается некое нестабильное состояние в психике пациента: врач, который имеет такую же ВКМ, как у пациента, говорит нечто тревожащее. Пациент, однако, будет иметь врожденную тенденцию гармонизировать свои отношения, что возможно при позитивном восприятии внушаемой информации, либо при переоценке ВКМ. Поскольку последнее представляется маловероятным, внушение реализуется.

Б. При работе с проблемами, относящимися к до-Эдиповым фазам развития (шизофрения, тяжелые личностные расстройства), этот классический алгоритм необходимо предварить актуализацией первичного отношения через отзеркаливание, идеализацию и

признание подобия. В противном случае развитие трансфера приведет к падению уровня реализации внушения.

ЛИТЕРАТУРА

Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004.

Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933.

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 2003.

Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (Уроки гипноза) / Редакция и комментарии Дж. К. Зейга. М.: Класс, 1994.

Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988.

Ховрачев АЛ. Эффективность терапевтического внушения. Методические рекомендации для преподавателей, слушателей ФПДО, практических врачей. Рязань, 1996 (рукописи.).

Ховрачев АЛ. Аффективные механизмы реализации внушения у больных алкоголизмом. Автореф. дис.... к.м.н. М., 1999. 24 с.

Шерток Л. Гипноз. М.: Медицина, 1992.А., Clarkson P. Everyday Hypnotic Inductions // TAJ. 1987. Vol. 17, № 2. P. 17-23.

Steiner C. Core concepts of a Stroke-Centered Transactional Analysis // TAJ. 2003. Vol. 33, № 2. P. 178-181.

Joines V. Using Redecision Therapy With Different Personality Adaptation // TAJ. 1986. Vol. 16, № 3. P. 152-160.

Joines V., Stewart I. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counselling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002.

Ware P. Personality Adaptation (Doors to Therapy) // TAJ. 1983. Vol. 13, №1. P. 11-19.

Глава 16. Психотерапия обсессивно-компульсивных личностей

« Тут Оле-Лукойе приподнял Яльмара, поднес его к окну и сказал:

Сейчас увидишь моего брата, другого Оле-Лукойе. Люди зовут его также Смертью. Видишь, он вовсе не страшный, каким рисуют его на картинках! Кафтан на нем весь вышит серебром, что твой гусарский мундир; за плечами развивается черный бархатный плащ! Гляди, как он скачет!

И Яльмар увидел, как мчался во весь опор другой Оле-Лукойе и сажал к себе на лошадь и старых, и малых. Одних он сажал перед собою, других позади; но сначала всегда спрашивал:

Какие у тебя отметки за поведение? Хорошие! – отвечали все. Покажи-ка! – говорил он.

Приходилось показывать; и вот тех, у кого были отличные или хорошие отметки, он сажал впереди себя и рассказывал им чудную сказку, а тех, у кого были посредственные или плохие, – позади себя, и эти должны были слушать страшную сказку. Они тряслись от страха, плакали и хотели спрыгнуть с лошади, да не могли – они сразу крепко прирастали к седлу.

Но ведь Смерть – чудеснейший Оле-Лукойе! – сказал Яльмар. – И я ничуть не боюсь его!

Да и нечего бояться! – сказал Оле. – Смотри только, чтобы у тебя всегда были хорошие отметки!»

Ганс Кристиан Андерсен. «Оле-Лукойе»

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Об обсессивно-компульсивной личностной структуре говорят, когда процессы «думания и делания» преобладают над процессами чувствования, получения различных видов удовольствия и способностью грезить. С точки зрения Фрейда, проблема ананкастного характера связана с фиксацией на анальной стадии развития либидо (от 18 до 36 мес), развитием жесткого Супер-Эго с ригидной чувствительностью к этическим вопросам («сфинктерная мораль» по Ференци).

Анальные проблемы: грязи, времени и денег. Фрейд полагал, что добросовестность, привередливость, бережливость и усердие обсессивно-компульсивных личностей являются реактивными образованиями, направленными против желания быть безответственными, грязными, беспутными, расточительными, недисциплинированными.

Условия семейного воспитания указывают либо на наличие чрезмерного контроля,

либо на его полное отсутствие. Воспитание строится в условиях повышенной моральной ответственности, критики и обвинений не только в отношении неприемлемого поведения, но и в отношении чувства, фантазии, мысли.

Пример:

Владимир воспитывался умеренно пьющими бабушкой и дедушкой, пока его вечно-занятые и успешные родители зарабатывали деньги за границей. Родители бывали наездами, проверяя «развитие» мальчика (рано начал считать и читать), планируя его дальнейшее поведение и обучение и подробно рассказывая о собственных достижениях. План жизни, составленный родителями, был безальтернативным («как и у них самих») и предусматривал награду к 30 годам («должен защитить докторскую и купить Мерседес»), если все делать правильно. Однако к 30 годам «не заладилось» и Володя все чаще и чаще стал употреблять алкоголь. Во время выпивок чувствовал себя «свободным» от родительской программы и прощал сам себя за свои неудачи в жизни. В один из запоев, во время семейного скандала, отец в очередной раз сказал «что-то обидное», пренебрежительно махнул рукой. Владимир схватил нож и несколько раз ударил себя в грудь, постфактум объяснив, что это была не попытка суицида, а попытка доказать, что «я действительно ничего не значу и никому не нужен теперь, когда все их надежды на меня обрушились».

С точки зрения ТА, гамартический алкогольный сценарий Владимира можно было бы назвать «побегом в чувства» (любимая детская сказка – Колобок: «Я от бабушки ушел, я от дедушки ушел»). Вместе с обсессивно-компульсивными посланиями «Будь совершенным», «Будь сильным», «Работай», «Не чувствуй», «Не будь ребенком» ситуация брошенности родителями добавила в батарею предписаний и «Не будь». Данное предписание становится актуальным после 30 лет, когда следование обсессивным контрпредписаниям потеряло для Владимира смысл. Алкоголизация разрешала Владимиру чувствовать, быть в Ребенке и ... один на один оставаться с гамартическими посланиями и импульсивностью.

Базовый аффективный конфликт у обсессивно-компульсивных – это гнев, находящийся под контролем и борющийся со страхом быть осужденным или наказанным. Этот страх безмолвен, задавлен и рационализирован. Другой вид гнева – рэкетный, достойный восхищения гнев высокоморальной личности, под которым скрывается стыд, а еще ниже – страх или боль.

Основные защитные механизмы у обсессивных – изоляция аффекта или более зрелые рационализация и морализаторство; у компульсивных – уничтожение сделанного (аннулирование,) посредством совершения действий, имеющих бессознательное значение искупления вины или магической защиты. Повторение «неприятного» как способ приобрести власть над непережитым прошлым путем повторного его воссоздания (компуль-

сивные влечения и ритуалы) узнаваемо в клинике некоторых форм наркомании, игромании и алкоголизма.

Борис злоупотреблял алкоголем 17 лет. Дважды безуспешно лечился. Алкогольные эксцессы завершались по достижению Борисом устойчивого чувства стыда и суицидальных мыслей. Чувство стыда впервые Борис испытал в дошкольном возрасте в совместной с девочками туалетной комнате. Навязчивость Бориса касалась и цифры «семь»: он не раз ловил себя на мысли, что его алкогольный цикл кратен этому числу.

В регрессивном анализе было установлено, что чувство стыда Борис осознал впервые в 7 лет. Тетя, которая его забирала из сада и которой он жаловался на неприятности в туалетной комнате, назвала его слишком впечатлительным по причине недоношенности. Слова эти, как теперь понимает Борис, были сказаны скорее кому-то еще с целью укора и поругания. Мы попросили Бориса рассказать об обстоятельствах его рождения. По семейной легенде он родился через 7 месяцев после свадьбы, недоношенным. Однако, проясняя «легенду» у еще живой матери Бориса, мы узнали, что мальчик был рожден в срок, а манипуляции с датами были необходимы родителям Бориса, чтобы скрыть факт добрых отношений от богобоязненной и целомудренной бабушки Бориса и двух ее одиноких сестер.

Центральная проблема обсессивно-компульсивных – это проблема контроля и самоконтроля. Им необходимо остаться чистыми и вовремя «умыть руки». В этом беда обсессивно-компульсивных личностей: боязнь ответственности и далекого творческого предвидения. История Понтия Пилата – убедительное тому подтверждение.

Другая проблема, которая часто приводит их на терапию, – это паралич выбора и «мания сомнения», ситуация Буриданова осла.

Например, Александр хотел бы знать наверняка или со стопроцентной вероятностью, что боль, испытываемая им в груди, имеет либо сердечное происхождение, либо остеохондрическое. При этом Александр отчетливо сознает, что ни один врач не сможет сказать этого наверняка, что даже если все же найдется такое «светило», то и он – «всего лишь человек и может ошибаться».

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Обсессивно-компульсивные пациенты серьезны, сознательны, честны, мотивированы и способны к упорной работе, но они считаются «трудными пациентами». Они склонны воспринимать терапевта как требовательного и осуждающего Родителя, поэтому они контактируют с оттенком раздражительности и критичности. Отмечается мощное бессознательное стремление к саботажу и утверждения типа «Да... но». Контрпереносные

реакции со стороны терапевта описываются в виде ощущений скуки и нетерпения, желания поставить ему (пациенту), наконец, «вербальную клизму» или потребовать, чтобы он «либо сходил в туалет, либо слезал с горшка» (МакВильямс, 2003).

Их уязвимость для стыда требует в первую очередь понимания и интерпретации (без интеллектуализации), без дачи советов и различного рода соревновательных отношений: борьба за власть между терапевтом и клиентом ведет только к воспроизводству ранних пагубных объектных отношений. В этой связи предпочтительнее избегать позиции контролирующего Родителя и стремиться поддерживать отношения теплоты и сердечности.

Исключение из правила – избегать советов и контроля – составляют компульсивные пациенты с опасными действиями (суициденты, алкоголики), с которыми необходимо выстраивать контрактные взаимоотношения.

МакВильямс (2003) рекомендует продемонстрировать обсессивно-компульсивным пациентам готовность врача помочь им выразить гнев и критическое отношение к процессу терапии и даже самому терапевту:

«То, что терапевтический процесс не идет так быстро, как хотелось бы нам обоим, может вызвать раздражение. Не удивляйтесь, если вам в голову будут приходить мысли, полные обиды и возмущения, относящиеся к терапии или ко мне. Если вы почувствуете неудовлетворенность нашей работой, может быть, вам стоит сказать мне об этом?»

Важно идентифицировать чувства и учить пациента получать удовольствие от чувств, поскольку в самих чувствах нет вреда.

ТА ПЕРСПЕКТИВА

Ответственные трудоголики или обсессивно-компульсивные контактируют через мышление – открытую дверь. Мышление – это их сильная сторона, которая позволяет им быть успешными в работе и надежными во взаимоотношениях. Все же мышление трудоголиков тяготеет к конкретности и они «нуждаются» в уверенном и сильном руководителе, например, антисоциале. Несмотря на приверженность к работе, определенную ответственность и логику, обсессивно-компульсивные редко становятся руководителями крупного звена, поскольку начисто лишены фантазии.

Чувства являются дверью – целью для терапии. Ответственные трудоголики скрывают свои чувства как нечто опасное или роскошное, недоступное или запретное для них. Выражение чувств и переживание радости отождествляется с бессмысленным растраниванием времени (делу – время, потехе – час), запрещенным и опасным.

Поведение – это дверь-ловушка обсессивно-компульсивных, в которую часто попадают терапевты, поскольку поведенческие симптомы являются наиболее реальной, предъявляемой в качестве мишени для психотерапии вещью. Поэтому на самом первом, диагностическом этапе интервью терапевту необходимо четко определить, имеет ли он дело с обсессивно-компульсивной адаптацией или с проявлениями обсессивно-компульсивного невроза (невроза навязчивых состояний). Не нужно жалеть времени для диагностики, поскольку, диагностируя, вы используете мышление – дверь для присоединения и установления доверительного контакта. Если все же речь идет о неврозе – психическом образовании (симптоме), которое возникло на фоне полного здоровья в ответ на действие сильного стресса, то бихевиоральные методики психотерапии предпочтительнее, нежели какие-либо другие. Если же вы наблюдаете симптом, как отголосок глубокого страдания целой личности, то долговременная терапия, основанная на доверии, понимании и теплоте, выражении чувств, снятии Родительских запретов и интеллигентной конфронтации перфекционизму (от *Be Perfect* – будь совершенным), будет несомненно эффективной.

Драйверы обсессивно-компульсивных: «Будь Сильным», «Старайся», «Будь Совершенным». Предписания: «Не Чувствуй», «Не Чувствуй Радости», «Не Будь Близок», «Не Будь Ребенком». Аварийный люк – работа до смерти.

Джойнс и Стюарт (Joines, Stewart, 2002) рекомендуют следующие подходы для терапии обсессивно-компульсивных.

) Терапевт может помочь позволить им признать, что и они имеют право на ошибку. Данная рекомендация должна выполняться в контексте долговременных терапевтических отношений, также как и учитывать характер работы (например, в медицине

или энергетике) ответственного трудоголика. Безусловно, данное разрешение может быть применено, когда клиент страдает из-за уже допущенной действительной или мнимой неточности.

) Добиться, чтобы они сознательно и намеренно совершали по ошибке в день.

) Закрывать аварийный люк «Работать до смерти». Сам по себе запрет работы может конфронтировать систему ценностей ответственного трудоголика, поэтому данный контракт должен прежде всего носить ограничительный характер, например, работать не более 8 часов в день или не работать по ночам, или не работать, когда есть возможность посвятить время детям. Параллельно терапевт должен исследовать вновь появившуюся (после закрытия люка) ситуацию и быть готовым поддержать клиента, пойти с ним дальше, прорабатывая все пласты системы рэкетов.

Практика и медицинский опыт свидетельствуют, что лишение возможности работать (например, по выходе на пенсию или после инфаркта миокарда) ответственных работников среднего звена приводит к выраженной социальной (невроз ответственных работников) и физической дезадаптации и преждевременной смерти.

Также следует учитывать и те случаи, когда драйвер «Старайся много работать» покрывает предписание «Не живи».

) Помочь избавиться от тревоги. Часто данное положение означает снять часть ответственности с плеч обсессивно-компульсивных, в том числе и за относительно долгий период терапии (см. выше).

) Давать поглаживания за то, что они есть. Имеется в виду восполнение банка положительных безусловных поглаживаний. Выполняя эту рекомендацию, терапевт должен быть особенно терпелив, поскольку умение принимать безусловные положительные поглаживания у ответственных трудоголиков повреждено.

ЛИТЕРАТУРА

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2003.V. Using Redecision Therapy With Different Personality Adaptation // TAJ. 1986. Vol. 16, № 3. P. 152-160.V., Stewart I. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counselling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002.P. Personality Adaptation (Doors to Therapy) // TAJ. 1983. Vol. 13, №1. P. 11-19.

ГЛАВА 17. ПСИХОТЕРАПИЯ ПАССИВНО-АГРЕССИВНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

«На учет возьмусь, а воевать – шиш с маслом!»

М. Булгаков. «Собачье сердце»

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Согласно Оксфордскому руководству по психиатрии (Гельдер, Гэт, Мейо, 1999) термин «пассивно-агрессивное расстройство» применяется к человеку, который в ситуации, когда от него требуют адекватных действий, реагирует на это какой-либо формой пассивного поведения: оттягиванием, нарочитой медлительностью («копанье») или неумелостью, упрямством, притворной забывчивостью и необоснованной критикой лиц, облеченных властью.

На одном из тренингов я попросил курсантов-психотерапевтов написать формы пассивного поведения, которые они используют в (1) повседневной жизни и (2) в отношении своих клиентов. Форма (1) содержала следующие пункты (в зависимости от частоты встречаемости): тревога (возбуждение и гиперактивность), опоздание, забывчивость, физическое недомогание, уход, сверхадаптация и переключение на другой вид деятельности, убеждение кого-либо в своей некомпетентности («я не могу»), молчание в ответ на вопрос, обман, прогул, ничегонеделание. Форма (2) содержала следующее: затягивание сессии, или нехватка времени для завершения работы, или «мазохистическая самоотдача» (желание «нагрузить» клиента обильной информацией), тревога перед встречей, опоздание или отмена сессии («я сегодня непродуктивна для клиента»), «перекидывание» клиентов другому терапевту вследствие самообесценивания, «отфутболивание» вследствие нежелания работать, сверхадаптация (уборка офиса непосредственно перед сессией), обман.

Клиническая картина пассивно-агрессивного личностного расстройства напоминает подростковое поведение в части пассивного сопротивления взрослеющих детей соответствовать требованиям социального или профессионального окружения. Словно подростки, пассивно-агрессивные личности «разрываются» между потребностью быть зависимыми (чувствовать заботу близких лиц) и желанием свободы (первичная проблематика пассивно-агрессивных относится к стадии сепарации-индивидуации (18-36 мес)). Их психическая внутренняя работа направлена на поиск вины и противоречий заботящихся о них с целью оправдать свое желание прервать отношения зависимости. Большинство ниспровергателей авторитетов всегда находило слабые стороны и непоследовательность «угнетателей», обесценивая достижения и стабильность, в которой и возможна сама кри-

тика. С другой стороны, пассивно-агрессивные не видят себя в условиях независимого существования, игнорируя свои реальные возможности жить самостоятельно. Подобный внутренний конфликт выражается гневом и агрессией, направленными на самого себя. Пассивная агрессия представлена в большей степени несуйцидальными формами – разрушением себя в личностном, профессиональном, семейном, духовном планах. И все же, согласно данным Каплан и Седок (1994), типичными для них являются и суицидальные попытки (хотя только один из ста наблюдаемых Капланом и Седоком лиц завершил суицид летально).

Поведенческие стратегии пассивно-агрессивных проявляются в их уникальной способности ставить себя в зависимое положение, страдать, переживать депрессию и ощущение недостатка радости. По мнению известного исследователя эмоций Изарда (Izard, 1977), чувство радости ассоциируется с улыбкой на лице, удовольствием от общения с другими людьми, ощущением принятия окружающими, уверенностью в себе и спокойствием, а также ощущением способности справиться с жизненными проблемами (Аргайл М. «Психология счастья», 1990) С этой точки зрения пассивные стратегии, в отличие от поведения активации («поиска новых ощущений») в ситуации свободы, не способствуют переживанию радости и счастья (Аргайл, 1990). Близкие связи с пассивно-агрессивными редко бывают спокойными или счастливыми, поскольку преобладает тенденция видеть мир угрожающим и нестабильным, полным всевозможных трудностей. Такая личностная черта как открытость, способствующая взаимопониманию в семье, им не свойственна: они никогда не говорят, что бы им хотелось, чтобы получить радость.

В детстве им пришлось выбирать между любовью и автономией: «Если я буду делать то, что хочу, то потеряю твою любовь. Чтобы получить твою любовь, мне надо смириться». Они склонны сопротивляться всему, что исходит от других людей. В детстве их слишком контролировали, и теперь они, как антенна, улавливают все, что может восприниматься ими как внешний контроль. Они все делают по-своему и часто отказываются следовать даже простейшим инструкциям со стороны. Они также имеют тенденцию все усложнять, вступая во внешнюю и внутреннюю борьбу с целью определиться, как им действовать. Их родители чаще всего воспитывали их с позиции «делай по-моему» и ребенок учился сопротивляться, стараясь приобрести хоть какое-то чувство самостоятельности. Их часто характеризуют как «вывихнутых». Они любят, когда им уделяется много внимания, но привлекают его к себе часто негативными способами. Они ведут себя так, как будто окружающие должны догадываться об их потребностях и удовлетворять их без дополнительного запроса. У них часто бывают трудности с близостью и ранимостью. Они склонны подменять тесные отношения борьбой (Joines, Stewart, 2002).

В DSM-III-R диагноз пассивно-агрессивной личности ставится после 18 лет в соот-

ветствии с хотя бы пятью из нижеследующих критериев:

. Оттягивание, то есть, откладывание на долгий срок того, что необходимо сделать, чтобы не превысить предельный срок.

Например, Аристарх запланировал в 2001 г. выполнение кандидатской диссертации на срок до декабря 2004 г. Выполнив экспериментальную часть, стал оттягивать обработку данных и написание работы, мотивируя тем, что еще есть много времени. Когда сроки предоставления работы стали критическими, появились другие мотивировки: наличие болезни, проведение домашнего ремонта, изменение семейного положения детей, переезд на другую квартиру и т.д. Диссертация так и не была закончена, что явилось одной из причин увольнения: когда в жесткой форме было оглашено требование предоставления диссертации, легче оказалось уволиться, чем завершить работу.

. Становится угрюмым, раздражительным или начинает спорить, когда просят сделать что-нибудь, что он или она не хочет.

Всякий раз, когда возникала необходимость внедрения нового лабораторного метода, Аристарх оспаривал целесообразность нововведения, замыкался в себе, утверждая, что новая методика не принесет пользы.

. Кажется, что работает нарочно медленно или плохо, выполняя задания, которые он или она не хочет делать.

Аристарху было поручено написание методических рекомендаций по профилю выполняемой им в течение 25 лет работы. Он долго возмущался, что это не входит в его непосредственные служебные обязанности. Затем начались многочисленные и длительные «посещения» библиотеки, сетования, что нет нужных книг – «они все оказались на руках». На следующий год, после многочисленных напоминаний начальства были предоставлены сырые, необработанные материалы. В конечном итоге рекомендации написал другой человек.

. Протестует без достаточных оснований, что другие предъявляют к ней или к нему чрезмерные требования.

. Избегает выполнять обязанности, сославшись на то, что «забыл» или «забыла».

Аристарх с сотрудником С. по плану лаборатории выполняли научный эксперимент. Полученные данные заносились в лабораторный журнал. По окончании многомесячных исследований Аристарх унес журнал домой с целью обсчета полученных результатов. Через некоторое время заведующий лабораторией попросил принести журнал на работу. Аристарх ответил, что журнал находится в недоступном месте – кладовке, вход в которую невозможен в связи с ремонтом. Ремонт «длился» несколько месяцев, в течение которых заведующий получал один и тот же ответ. Когда просьбы стали настойчивей,

Аристарх изменил тактику, говоря, что журнал он достал, положил его в целлофановый пакет и повесил на ручку двери. В течение нескольких недель он не мог принести его, «путая» с другим пакетом, который и приносил на работу. Наступил момент, когда разгневанный заведующий потребовал вернуть журнал, содержащий результаты работы коллектива. Только тогда Аристарх прямо ответил: «Нет», объясняя свою позицию тем, что не желает, чтобы его данные использовались другим при написании диссертации.

. Полагают, что он или она делают работу намного лучше, чем другие думают.

. Отвергает полезные предложения, как бы он или она могли улучшить свою работу.

. Противостоят усилиям других, не делая свою часть работы, от которой зависит общий успех.

Перед сотрудниками отдела, где работал Аристарх, была поставлена задача перевести их совместную монографию на английский язык. В помощь им были приданы профессиональные переводчики. Ни один из них не удовлетворял Аристарха, который сам знал язык очень поверхностно, но при этом считал переводчиков неспособными донести специфику монографии до читателя. Поэтому он решил самостоятельно осуществить перевод своей части монографии. Работа длилась два года. Термины были переведены, хочется верить правильно, однако составить их в предложения Аристарх не смог. В итоге общая работа оказалась незаконченной. Кстати, эта работа над переводом была одним из обоснований загруженности и задержки написания диссертации.

. Без основания критикуют или выражают презрение к людям, которые занимают видное положение.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

Считается, что пассивно-агрессивные больные, которые получают поддерживающую психотерапию, дают хорошие результаты. Однако психотерапия таких больных, имеет много ловушек: для выполнения их требований часто приходится подкреплять их патологию.

Целью поддерживающих техник является усиление защит пациента, дабы таким образом улучшить его функционирование, в то время как цель экспрессивных техник – ослабить защиты пациента, реорганизовать его Эго и с помощью структурного интрапсихического изменения достичь реорганизации личности. К поддерживающим техникам относятся: внушение, отреагирование, манипуляция, прямая вербальная поддержка и косвенная поддержка, присутствующая в откровенных высказываниях и других формах вербального, а также и невербального поведения психотерапевта. К экспрессивным техникам

– прояснение и интерпретация в ходе психоанализа (см. обзор Кернберг О. «Тяжелые личностные расстройства», 2001, с. 189-194).

Отказать им в поддержке – значит отвергнуть их. Терапия, таким образом, становится местом сражения, где больной возмущается врачом, от которого хочет стать зависимым. У пассивно-агрессивных больных важно лечить суицидальные намерения (Каплан, Седок, 1994).

ТА ПЕРСПЕКТИВА

В Трансактном анализе лиц с пассивно-агрессивной адаптацией называют игривыми критиками (Ware, 1983) за их способность блестяще использовать свое мышление с целью ухода от ответственности. Игривые критики обладают чувством юмора с сатирически-саркастическим оттенком. Часто в качестве объекта выщучивания выступают они сами или их руководители: гораздо реже – люди, зависящие от них, имеющие проблемы и депрессивные. В этой связи игривые критики бывают хорошими психотерапевтами: они эмпатичны и не боятся некоторых аспектов негативного переноса. С другой стороны, второй тип контрпереноса (активация собственного материала терапевта) способен дестабилизировать их, они начинают испытывать гнев против себя и могут стать саморазрушающими. Возможно, актуализация именно этой части личности ответственна за повышенную частоту суицидальных действий среди представителей помогающих специальностей.

Описанный в ТА «смех висельника» типичен для пассивно-агрессивных: подобного рода аутоагрессия в «шутливой» форме свидетельствует об отсутствии позитивной цели или альтернативного выхода. Поэтому такие высказывания и «ирония» должны подвергаться мягкой, но настойчивой конфронтации. В противном случае, когда собеседник пассивно-агрессивного «смеется вместе» с ним, он рискует разделить также серию игровых переключений и оказаться в положении Жертвы. Знаменитая игра «Бедная секретарша», на которой обучалось несколько поколений ТА-аналитиков, – из этой серии.

Основные драйверы пассивно-агрессивных – «Старайся» и (или) «Будь Сильным» – покрывают предписания «Не вырастай», «Не чувствуй радость», «Не будь близок», «Не делай это». Рэкеты – фрустрация и смущение, которые скрывают гнев и боль.

Последовательность Ва (Ware, 1983): открытая дверь – агрессивно-пассивное поведение, через которое и устанавливается контакт; дверь – цель – эмоции; дверь-ловушка – «скользкое» мышление. Основное изменение, которое ожидается от терапии пассивно-агрессивных, – это формирование позитивного мышления и отказ от бессмысленной борьбы.

Терапевтическое присоединение рекомендуют осуществлять в игровой форме, намеренно поглаживая Бунтующего Ребенка и давая советы «против изменения» (Joines, 1986) («Вредные советы» Г. Остера).

Другой формой освобождения Ребенка является разрешение испытывать удовольствие и радость «просто так», например, творчески (из Ребенка терапевта в игровой форме), предлагая элементы соответствующего бихевиорального тренинга (Аргайл, 1990).

Аргайл (1990) выделяет следующие методы стимуляции положительных эмоций:

) Метод Велтена состоит в том, что испытуемых просят читать сначала про себя, затем вслух 50-60 утверждений типа: «Прекрасно! Я действительно хорошо себя чувствую!»;

) практика показа комедийных кинофильмов;

) «вхождение» в заданное настроение во время прослушивания бодрящей музыки;

) метод «приятных воспоминаний»;

) использование «эффекта подарка»;

) использование «вкуса успеха» и одобрения действий;

) метод вовлечения в приятную деятельность и др.

КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ (JOINES, STEWART, 2002)

Играйте, а не боритесь с ними.

Они будут пытаться втянуть вас в свою внутреннюю борьбу. Если вы поддержите их Родителя, они не пустят вас к своему Ребенку, они будут бороться с вами из своего Родителя. Играя с ними, вы можете проскочить мимо этой борьбы и установить с ними связь, которая поможет им высвободить свою энергию.

Поощряйте их выход из структуры «или-или».

Они ограничиваются только двумя вариантами выбора и таким образом ставят перед собой дилемму. Полезно указать им на это и помочь им увидеть, что существует более двух этих вариантов. Их детская дилемма – это выбор между любовью и автономией: «Если я буду делать то, что хочу, то потеряю твою любовь. Чтобы получить твою любовь, мне надо смириться». Это – исходная безнадежная ситуация, из которой им до сих пор не удалось выбраться. Таким образом, главная проблема – это сепарация-индивидуализация.

Помогите им понять, что им не нужно бороться, чтобы жить.

Им не приходилось ранее испытать на себе феномен участия и помощи окружающих в удовлетворении их нужд. Им необходимо почувствовать, что они могут удовлетворять свои нужды, оставив свою борьбу. Им также необходимо осознать, что они не смогут одержать победу посредством своего поражения. Единственный способ победить в

реальности – это освободиться от своей борьбы.

Учите их говорить открыто «нет».

Их попытки утвердить свою самостоятельность и открыто сказать «нет» были подавлены еще в детстве, поэтому они научились делать это опосредованно с помощью пассивного сопротивления. Им необходимо почувствовать свободу говорить открыто «нет» и продолжать чувствовать себя ОК с окружающими.

Помогите им избавиться от страха открыто выражать свои чувства.

Пассивно-агрессивные склонны сдерживать свои чувства из-за Детского страха взорваться, если они будут проецировать свои чувства наружу. Им необходимо научиться безопасным способам открыто выражать свои чувства, не причиняя при этом боли себе и другим.

ЛИТЕРАТУРА

Аргайл М. Психология счастья. М.: Прогресс, 1990.

Гельдер М., Тэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. В 2 т. К: Сфера, 1999. Т. 1.

Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. М.: Медицина, 1994.

Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М.: «Класс», 2001. V. Using Redecision Therapy With Different Personality Adaptation // ТAJ. 1986. Vol. 16, №3. P. 152-160. V., Stewart I. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002. P. Personality Adaptation (Doors to Therapy) // ТAJ. 1983. Vol. 13, №1. P. 11-19.

ГЛАВА 18. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

«...психотерапевтическая группа представляет собой артефакт, который не имеет младенческой истории».

Эзриель (Берн Э. «О структуре и динамике организаций и групп»)

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ВИДЫ ГРУПП. ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУППОВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Эрик Берн определяет всякую группу как «социальную агрегацию, имеющую внешнюю границу и, по крайней мере, одну внутреннюю границу» (Берн, 2002). Это положение проиллюстрировано им на рисунке 43.

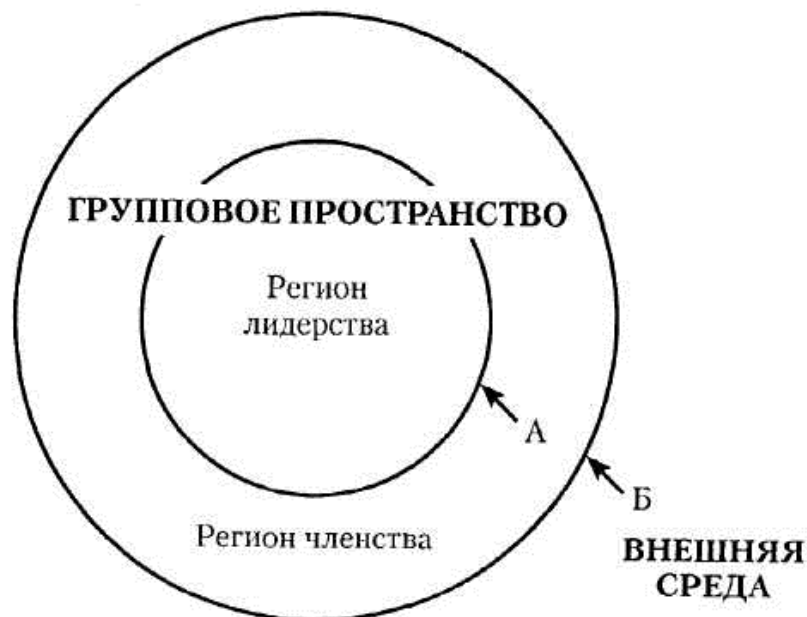


Рис. 43. Структура группы (А — главная внутренняя граница; Б — внешняя граница)

Берн различал термины «групповая терапия» и «групповое лечение» (или лечение в группе): первый термин обозначает использование для терапии групповой динамики, второй — использование поддерживающего окружения группы, где терапевт и клиент работают в режиме индивидуальной сессии. Последнюю форму с успехом использовали Гулдинги для терапии перерешения.

К преимуществам групповой терапии относят возможность получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы или переживания, в группе че-

ловек чувствует себя принятым и принимающим, пользующимся доверием и доверяющим, окруженным заботой и заботящимся, получающим помощь и помогающим, группа обеспечивает процесс самоисследования и интроспекции и имеет экономические преимущества (Рудестам, 1993).

Группа позволяет аккумулировать энергию многих участников и направить ее в то место, где находится самый нуждающийся участник групповой сессии. Интенсивность лечебного воздействия при этом будет высокой, так что потребуется значительно меньше времени для эффективного вмешательства и изменения, нежели в рамках индивидуальной терапии.

Эрик Берн (2002) считал, что люди идут в группы, побуждаемые, во-первых, биологической потребностью в получении стимуляций или поглаживаний; во-вторых, психологической потребностью удовлетворить голод структуры или потребностью в социальных контактах (см. способы структурирования времени); в-третьих, они стремятся к интимности и, попадая в группу, стремятся в изоцированной форме избежать ее, идя на самоограничения и компромиссы, необходимые для выживания группы (вклад индивида в групповую сплоченность); в-четвертых, люди стараются собрать необходимое количество вполне определенных трансакций, диктуемых сценарием жизни.

Существуют различные типы терапевтических групп. В этой главе мы остановимся на двух самых распространенных в ТА группах: терапевтических группах, или на «социальных группах сидящих взрослых людей», где разговор есть «единственно законный способ структурировать свое время» (Берн, 2001). Во главе терапевтических групп находится обученный методу групповой терапии врач или психолог, который использует контрактный метод, чтобы «избавиться от невысказанных или неподтвержденных допущений, институционализированных целей (т.е. ориентированных на других), установок, ролей и опор», а также личностный метод, который «добавляет к терапевтическому контракту одностороннее обязательство терапевта в том, что благополучие пациента превыше техники»* (Берн, 2001). *(Марк Антоний – аутентичен. Актер, исполняющий его роль, – подделен. «...Терапевт, использующий все необходимые для лечения пациента методы, – аутентичен; тот же, кто использует любые техники, чтобы продемонстрировать, что он хороший терапевт, – подделен» (Берн, 2001, с.118)).

Функция терапевтической группы – излечение пациента (см. главу 5). К данным группам близки так называемые психокоррекционные группы, или группы личностного роста, – временные объединения людей, обычно имеющие назначенного руководителя, общую цель межличностного исследования, личностного научения, роста и самораскрытия.

Эти группы используют шесть процессов (Lakin, 1972 (цит. по: Рудестам, 1993)):

-) облегчение выражения эмоций;
-) порождение ощущения принадлежности к группе;
-) обязательность самораскрытия;
-) опробывание новых видов поведения;
-) санкционированное групповое осуществление межличностных сравнений;
-) разделение с назначенным лидером ответственности за руководство группой.

Функции психокоррекционной группы – это решение задачи и оказание поддержки.

Ирвин Ялом (1975) (Yalom I. Theory and practice of group psychotherapy (2nd ed.). New York: Basic Books, 1975 (см. Рудестам, 1993)) выделил десять лечебных факторов, характерных для большинства групп:

- . Сплоченность.
- . Внушение надежды. Поддерживаемая вера в успешность группового процесса оказывает сама по себе терапевтическое действие.
- . Обобщение. Люди перестают считать свои проблемы уникальными, осознавая, что есть другие люди, испытывающие похожие проблемы и чувства.
- . Альтруизм. Сознание того, что каждый в группе может быть нужен и полезен другим, оказывает терапевтическое воздействие.
- . Предоставление информации, рассуждение. Используется дидактическое инструктирование и информирование участников.
- . Множественный перенос. Любые трудности в области общения и социальной адаптации, будучи детерминированы событиями настоящего или прошлого, особенно эмоциональными нарушениями в семье, проявляются в группе, которая сама, согласно психодинамической теории, становится похожей на семью. Эмоциональная привязанность участника к руководителю, другим участникам или группе в целом рассматривается, исследуется и при необходимости подвергается более рациональной, реалистической оценке.
- . Межличностное обучение. Группа служит испытательным полигоном для исследования положительных и отрицательных эмоциональных реакций и опробования новых видов поведения. Участники узнают, что они могут открыто просить других о помощи и поддержке и приходиться в состояние аффекта, ведущее к корригирующим эмоциональным переживаниям.
- . Развитие межличностных умений. Совершенствуется умение общаться.
- . Имитирующее поведение. Люди учатся, наблюдая поведение других. В начале лечения поведение лидера или популярных участников может имитироваться для получения одобрения. Постепенно участники научаются экспериментировать, опробовав множество образцов поведения, предлагаемых в группе.

. Катарсис. Обсуждение в группе скрытых или подавленных «неприемлемых» потребностей, сосредоточение внимания на таких непроанализированных эмоциях, как чувства вины, враждебности, ведет к психологическому очищению, облегчению и свободе. Однако реальной пользой катарсиса может явиться усиление сплоченности вследствие интенсивного взаимодействия в безопасном, принимающем окружении.

СОСТАВ ГРУПП. РОЛИ И ДИАГНОЗ

Наиболее удачными кандидатами для групповой психотерапии являются психически здоровые люди: те, чья психологическая защита низка, а способность к научению, в отличие от других, высока. Для участия в группе подходят люди со средним уровнем интеллекта (Рудестам, 1993).

Остро депрессивные больные и одержимые мыслью об убийстве социопаты вряд ли смогут извлечь пользу из группового опыта. К неподходящим для группового опыта кандидатам относятся лица, которые под давлением критики становятся либо слишком тревожными, либо слишком агрессивными; лица, демонстрирующие в напряженной ситуации столь сильные чувства к другим участникам группы, что те ощущают себя преследуемыми, и лица с низкой самооценкой, которые постоянно ждут успокаивающих трансакций. Люди со значительными психическими отклонениями – психически незрелые. Нечувствительные к другим и неспособные к самоконтролю неблагоприятно влияют на групповой процесс и являются не подходящими для группового опыта.

Оптимальное количество участников терапевтической группы – от 8 до 10 человек («правило восьми» Келлермана), для групп личностного роста – от 15 до 50. С увеличением численности группы возникает тенденция к неэффективному использованию времени и формированию подгрупп. При меньшем числе участников, например 5-6 человек, возможна ситуация, когда кто-либо или несколько человек сразу не придут на очередной сеанс, и групповой процесс для оставшихся будет также малоэффективным. Поэтому, как полагает Берн, пять участников – оптимально минимальный состав для жизнеспособной группы.

Следующий вопрос – должна ли группа быть гомогенной или гетерогенной по составу?

Сходство обычно предполагает высокую степень взаимной привлекательности и поддержки; различия открывают более широкие возможности для конфронтации и изменения. Гомогенные группы предполагают интенсивное использование общих, хорошо знакомых и виртуозно исполняемых игр, так что неискушенному терапевту придется исполнять свою любимую роль. Берн предлагает отказаться от внутренних, «собственных»

критериев отбора, поскольку они могут ничего не иметь общего с принципом реальности.

Берн (2001) интерпретирует хорошую посещаемость групповых сеансов как меру мастерства терапевта. Он предлагает рассчитывать отношение «реального количества посещений» к «возможному количеству посещений» в течение 3-6 месячного периода. Если это отношение превышает 90 процентов, терапевт прекрасно справляется со своей работой. Если меньше 75 процентов – то нужно принимать какие-то меры. Если количество «психологических непосещений» превышает 15 процентов – то, возможно, следует пересмотреть психологический подход. Следует также определить, должен ли пациент платить за пропущенную сессию (принцип аренды времени), и если да, то тщательно определиться со всеми возможными исключениями. Наиболее простой способ уйти от этой проблемы, как предлагает Берн, – платить ежемесячно, а не за каждый сеанс.

Особое внимание Берн уделял прошлому опыту пациента. Приходя в группу по тем или иным описанным выше соображениям, пациент может быть не уверен, что терапевт способен сразу ему помочь. Поэтому, преодолевая неопределенность, попадая в незнакомую ситуацию, человек ориентируется на прежние роли, которые ему удавалось играть ранее (критику «ролевой теории» Мида, Кума и Блумера см.: Зейгарник Б.В. «Теории личности в зарубежной психологии» (1982)).

Это могут быть чисто игровые универсальные роли: Преследователя, Жертвы или Спасателя.

Это могут быть истинные роли, отражающие ролевую сущность личности и ее ожидания от общения: роль Сына или роль Пациента.

Это могут быть воображаемые роли, которые не проявлялись в обыденных социальных интеракциях, но могут проявиться в группе, отражая, в том числе, и психопатологические субъективные реалии.

Для описания межличностного поведения в психокоррекционной группе используется большой перечень ролей. Рудестам (1993) систематизировал различные описания ролей и соотнес их с возможным психопатологическим диагнозом (таблица 14).

ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА И ВИДЫ ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА. СПЛОЧЕННОСТЬ И ЛИДЕРСТВО

Под групповой динамикой Берн понимает «исследование влияний, действующих на границах групповой структуры» (Берн, 2002, с. 141), поскольку самое главное в каждой группе – «это сам факт ее существования».

Таблица 14 Групповые роли и психопатологическая диагностика

Диагноз	Основная роль	Дополнительные роли
Навязчивый диагноз	Роль философа-ствующего	Ассистирующий терапевт, помощник руководителя, организатор, соматизер, обязательный тип, уважаемый законодатель, большой человек, козел отпущения
Маниакальный диагноз	Роль пуританина	Маниакальный тип, звезда, монополист, идол, инструктор, примерный тип, реагирующий соматически (соматизер), добродетельный моралист, страж демократии
Истерический диагноз	Роль романтика	Ищущий внимания, фаворит, помощник руководителя, козел отпущения, сексуальный тип, соматизер, эксгибиционист, соблазнитель, групповой истерик
Пассивный диагноз	Роль невиновного	Покорный тип, пассивно-зависимый тип, молчаливый тип, шизоидный тип. Аутсайдер, объект агрессии, козел отпущения
Психопатический диагноз	Роль ребенка	Козел отпущения, соматизер, монополист, ищущий внимания, психопат, юморист, эксгибиционист, соблазнитель, тревожный тип
Депрессивный диагноз	Роль объединяющего	Соматизер, отвергающий помощь жалобщик, герой
Параноидный диагноз	Роль проверяющего	Соматизер, аутсайдер, параноик, козел отпущения, добродетельный моралист
Агрессивный диагноз	Роль ищущего козла отпущения	Монополист, соматизер, агрессор, тиран, агрессивный мужчина, ищущий внимания, провокатор, мятежный лидер, дурно влияющий тип

Обратимся к рисунку 44 и отметим, что есть два вида влияний, которые могут угрожать существованию группы: разрушительные силы снаружи и дезорганизирующие силы изнутри. Устранение этих угроз должно иметь приоритетное значение.

Внешние силы, которые в каждый данный момент грозят разрушить группу, составляют внешнее давление. Сюда относятся, например, сложности в организационной структуре, в рамках которой проводится групповая терапия.



Рис. 44. Групповые силы (А – внешний групповой процесс; Б – главный внутренний групповой процесс; В – второстепенный внутренний групповой процесс)

Давление внешних сил на групповую структуру Берн называет внешним групповым процессом.

Внутреннее возбуждение (брожение) возникает в результате действия членов, которые стремятся дезорганизовать группу в соответствии со своими индивидуальными склонностями и интересами. Эти действия инициируют два внутренних процесса.

Основной внутренний групповой процесс протекает на основной внутренней границе – в транзакциях между членами группы и терапевтом. Эти взаимодействия можно назвать переносом, терапевтическими маневрами и контрпереносом.

Малый внутренний групповой процесс – это транзакции между членами группы, не включающие терапевта.

Сила, противостоящая давлению и возбуждению, исходит из потребности «верных» членов в сохранении упорядоченного существования группы и называется группо-

вой сплоченностью.

Сплоченность также является ключевым понятием теории групповой динамики Курта Левина, который определил сплоченность как «тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться» (цит. по: Рудестам, 1993).

Сплоченность способствует эмоциональной связи между членами группы, содействует более глубокому выражению враждебных чувств и конфликтов.

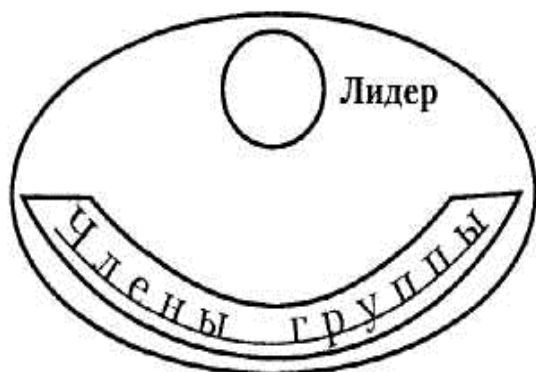
Помимо групповой сплоченности, стабильность группы определяется и влиянием лидера, роль скоро идентификация с лидером лежит в основе многих групповых процессов.

Славсон (1962) выделяет такие личностные качества лидера, как уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила «Я», высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, эмпатия, богатое воображение, способность избегать рефлексии, желание помочь людям, терпимость к фрустрации и неопределенности, осознание лидером собственных конфликтных областей, потребностей, мотивов и ценностей.

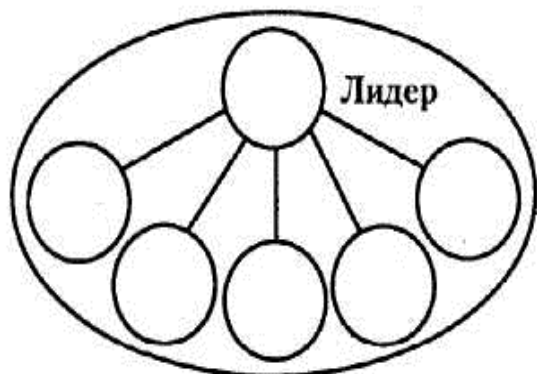
Левин, Липпитт и Уайт (1939), проведя классическое исследование лидерства в малых группах, выделили авторитарный, демократичный и попустительский стиль руководства. Разные стили имеют свои преимущества и недостатки, но, так или иначе, задачей руководителя является обеспечение надежной, продуктивной атмосферы, благоприятствующей независимости и автономии.

Труди Ньютон (2006) приводит 3 модели ведения групп (рисунок 45) (лекция на семинаре ТА-тренеров в Сантьяго де Компостела (Испания) 6-8 июля 2006 г.). Модель А (техническая), в которой лидер обеспечивает рост членов группы, «подтягивая» их до своего уровня за счет коммуникативной и других видов техник. Модель Б (радиальная), в которой лидер активно оценивает вклад каждого, предлагая контрольные задания и аккредитацию. Модель В (гуманистическая) – модель равноправия, недирективности, модель, содействующая самоактуализации в поддерживающих условиях каждого из участников группы и лидера в том числе.

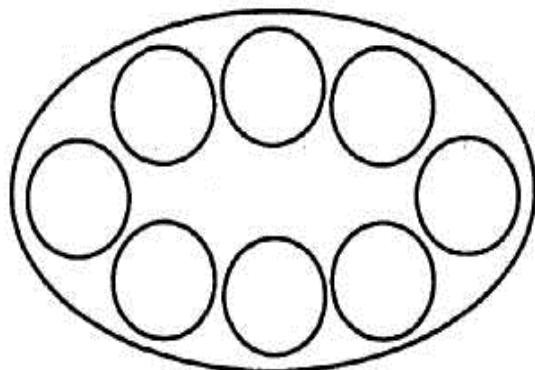
В психокоррекционных группах руководители играют четыре поведенческие роли: эксперта, катализатора, дирижера и «образца участника». В роли эксперта руководитель информирует, комментирует и интерпретирует. В роли катализатора он в эмпатической, поддерживающей манере катализирует положительную обратную связь, привлекая внимание к проблемным моментам.



А. Техническая модель, содействующая личностному росту участников группы



Б. Радиальная модель или модель вызова



В. Гуманистическая «равноправная» модель

Рис. 45. Модели ведения групп по Т. Ньютон

В роли дирижера, используя четкие указания, защищая участников от неприемлемых стилей поведения и организуя обсуждение в нужном на данный момент аспекте, он снижает групповую тревогу и содействует продвижению и научению. В роли «образца участника» лидер демонстрирует открытость и аутентичность, на собственном примере предлагая группе наблюдать высокий уровень межличностного функционирования.

В заключение Рудестам (1993) замечает, что руководитель в группах роста и терапевтических группах должен быть отчасти артистом, отчасти ученым, соединяющим чув-

ства и интуицию с профессиональным знанием методов и концепций.

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА

Большинство исследователей соглашаются, что групповой процесс начинается со стадии зависимого и исследующего поведения и через разрешение групповых конфликтов приходит к сплоченности и эффективному решению проблем.

На первой стадии начинает формироваться чувство принадлежности к группе и возникает желание устанавливать отношения с другими участниками. На ранних стадиях группового процесса участники испытывают тревогу и стараются с помощью установленных правил добиться ощущения большей психологической безопасности. Чувства тревоги и зависимости особенно проявляются в неструктурированных и мало структурированных группах, где руководитель не устанавливает четких целей и групповых норм. Участники ищут одобрения со стороны лидера, ожидают советов, как себя вести.

На второй стадии выдвигается проблема контроля: участники проявляют соперничество и стремление к власти, ведут борьбу за лидерство. В то же время облегчается общение между участниками. Общительность может маскировать тот факт, что основные проблемы и разногласия еще не нашли адекватного решения. На этой стадии потребность в близости способствует пониманию групповых целей одними участниками, другими же используется для разобщения и распада группы на подгруппы (малый внутренний групповой процесс по Берну).

Наконец, на стадии зрелости группы начинает доминировать потребность в привязанности. Члены группы устанавливают прочные эмоциональные связи, на первый план выходят вопросы привлекательности, партнерства и близости.

В словаре современного ТА (Tilney, 1998) соответствующая статья отсылает нас к работам Такман и соавт. (1965, 1977), которые описали четыре стадии группового процесса: формирования, волнения, нормализации, представления. Позже была описана и пятая стадия – расставания или оплакивания.

С позиций Берна (2002) поступательная динамика развития соотносится с изменением «образа группы» (рисунок 46), который в начальной стадии работы представляется состоящим из трех зон: зоны лидера, зоны Я и зоны «другие». По мере «созревания» группы, ее развития и упрочения сотрудничества зона «другие» распадается на составляющие ее зоны индивидуальностей.

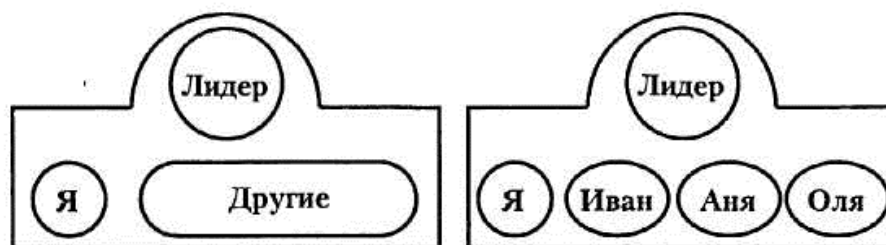


Рис. 46. Образ группы

Кларксон (Clarkson, 1992) интегрировала теорию группового развития Берна и подходы Такман.

Так, на первой стадии «формирования временного образа группы» участники ориентируются на свои уникальные подсознательные ожидания относительно образа группы.

На второй стадии («Волнение») образ группы изменяется в соответствии с тем, каким образом член группы оценивает конфронтующую действительность. На этой стадии часты конфликты и возможна поляризация, связанная с межличностными проблемами. Участник группы сопротивляется влиянию группы и требованиям по выполнению задачи.

На третьей стадии («Нормализации») оперативный образ группы изменяется согласно тому, как член группы воспринимает свое соответствие позиции лидера. Развивается чувство принадлежности и связанности с группой, возникают новые стандарты и перераспределяются роли.

На четвертой стадии («Представление») межличностная структура группы становится инструментом и энергия группы направляется на выполнение заданий.

На пятой стадии («Расставания») проясняется образ группы для каждого ее члена. Члены группы достигают более высокого уровня функционирования и интеграции.

ПРИМЕР ГРУППОВОГО КОНТРАКТА

Имена и вся информация о прошлом и настоящем каждого члена группы абсолютно конфиденциальны. Конфиденциальность сохраняется и после того, как участник покинул группу.

Конфиденциальная информация может быть раскрыта психотерапевтом, ведущим группу, если сам участник дает на то разрешение; информация может быть открыта представителям власти и психиатрических учреждений (в случаях, определяемых законом).

Конфиденциальная информация может быть также раскрыта (без раскрытия

идентичности участника) в процессе супервизии, преподавания и научной работы.

. Конфиденциальная информация может быть раскрыта ведущим тренинговой программы в том случае, если участник группы находится в опасности.

. Все участники группы обязуются не курить, не принимать алкоголь во время сессии, не приходить на сессию под действием алкоголя, наркотиков или лекарственных препаратов, не назначенных врачом, не покидать сессию ранее установленного времени.

. Все участники группы обязуются не наносить физического ущерба себе, другим и имуществу (за исключением специальных предметов, которые могут использоваться в упражнениях).

. Каждая групповая сессия может быть записана психотерапевтом на магнитофон с соблюдением вышеупомянутых правил конфиденциальности.

. Не существует ограничений для обсуждения и работы в группе, и каждый свободен говорить и спрашивать все, что он хочет.

. Участники группы могут получать индивидуальную психотерапию по согласованию с терапевтом. Если участник получает консультации у других психотерапевтов или участвует в других группах, он обязуется информировать об этом ведущего группы.

. Участники группы обязуются посещать сеансы с установленной регулярностью. В случае невозможности присутствия на сессии по той или иной причине участник информирует об этом терапевта или другого участника группы.

. При выходе участника из группы по собственной инициативе он обязуется посетить, как минимум, еще две групповые сессии после момента заявления о выходе.

. В случае опоздания на сессию свыше 15 минут участник ожидает начала следующего перерыва.

. Плата за сессии вносится участниками ежемесячно.

. Размер платы может обсуждаться и подвергаться изменениям.

ЛИТЕРАТУРА

Берн Э. Групповая психотерапия / Пер. с англ. М.: Академический Проект, 2001.

Берн Э. Лидер и группа. О структуре и динамике организаций и групп. Екатеринбург: Изд-во «Литур», 2002.

Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982.

Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. М.: Прогресс, 1993.

Tilney T. Dictionary of Transactional Analysis. London: Whurr Publ. Ltd., 1998.

ГЛАВА 19. ЗАВЕРШЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

«В моем начале – мой конец». Т.С. Элиот
(перефразирован девиз Марии Стюарт: «В моем конце – мое начало»)

КРИТЕРИИ ЗАВЕРШЕНИЯ

Достижение контрактных целей предполагает завершение процесса психотерапии. Завершение отражает способность человека ставить точку, говорить «до свидания», отделяться и быть свободным от какой бы то ни было формы терапевтической зависимости. Терапевт выполнил свою задачу, его помощь больше не нужна, и его роль устарела (Lister-Ford, 2002).

Завершение также является неотъемлемой частью алгоритма процесса психотерапии и, следовательно, предполагает выполнение предшествующих этапов. Ян Стюарт (Stewart, 2004) приводит образец такого алгоритма (рисунок 47).

Как следует из рисунка 47, перед завершением терапии в рамках одного контракта полезно спросить клиента, хотел бы тот двигаться дальше, но уже в рамках другого контракта, выполнение которого подразумевает еще более глубокий уровень изменения в сценарных решениях.

К критериям завершения относят: выполнение контракта, улучшение состояния клиента (симптоматическое улучшение), изменения в сценарии, повышение способностей к решению проблем и совершенствование навыков взаимоотношений с другими людьми и, наконец, изменение условий взаимодействия «терапевт-клиент».

Прогресс психотерапии и ее все возрастающая роль в различных областях человеческих взаимоотношений свидетельствуют, что наиболее частой причиной для завершения процесса психотерапии является достижение контрактных целей и излечение клиента. Излечение, согласно Эрику Берну, может выглядеть как симптоматическое улучшение или контроль симптомов; как трансферентное излечение, в основе которого лежит перенесение образа терапевта в Родителя клиента с его мощным потенциалом для дачи новых, позитивных разрешений, зачастую идущих вразрез с предписаниями биологических родителей; и излечение перерешением, когда клиент изменяет старое решение, лежащее в основе сценария и принятое «под давлением» обстоятельств детского возраста, на новое решение, позволяющее достичь автономии и свободы от сценария. Подробнее об этой концепции Берна говорится в 5 главе.

Моурсунд и Эрскин (Moursund, Erskine, 2004) подчеркивают, что завершение есть двусторонний процесс и успех его осуществления зависит от взаимного согласия терапевта и клиента остановиться и расстаться. Однако реальность терапевтических взаимоотношений предполагает и иные варианты завершения психотерапевтического процесса, суммированные этими авторами в таблице 15.

Интересно, что в варианте, когда терапевт или клиент меняют место жительства, совсем не обязательно прерывать или завершать процесс психотерапии, который можно с успехом продолжать, используя форму «психотерапевтической переписки», или телефонных консультаций (о технике метода «переписки» можно прочитать в статье: Шустов Д.И., Володин Б.Ю., Григорьев В.И. Эпистолярная психотерапия в рамках «Почты Доверия» // Социальная и клиническая психиатрия. 1997, № 4. С. 99-104).

Эти формы контакта более предпочтительны и перспективны, чем лечение у нового психотерапевта, пусть даже рекомендованного прежним лечащим врачом (Rosenbaum, 1977).

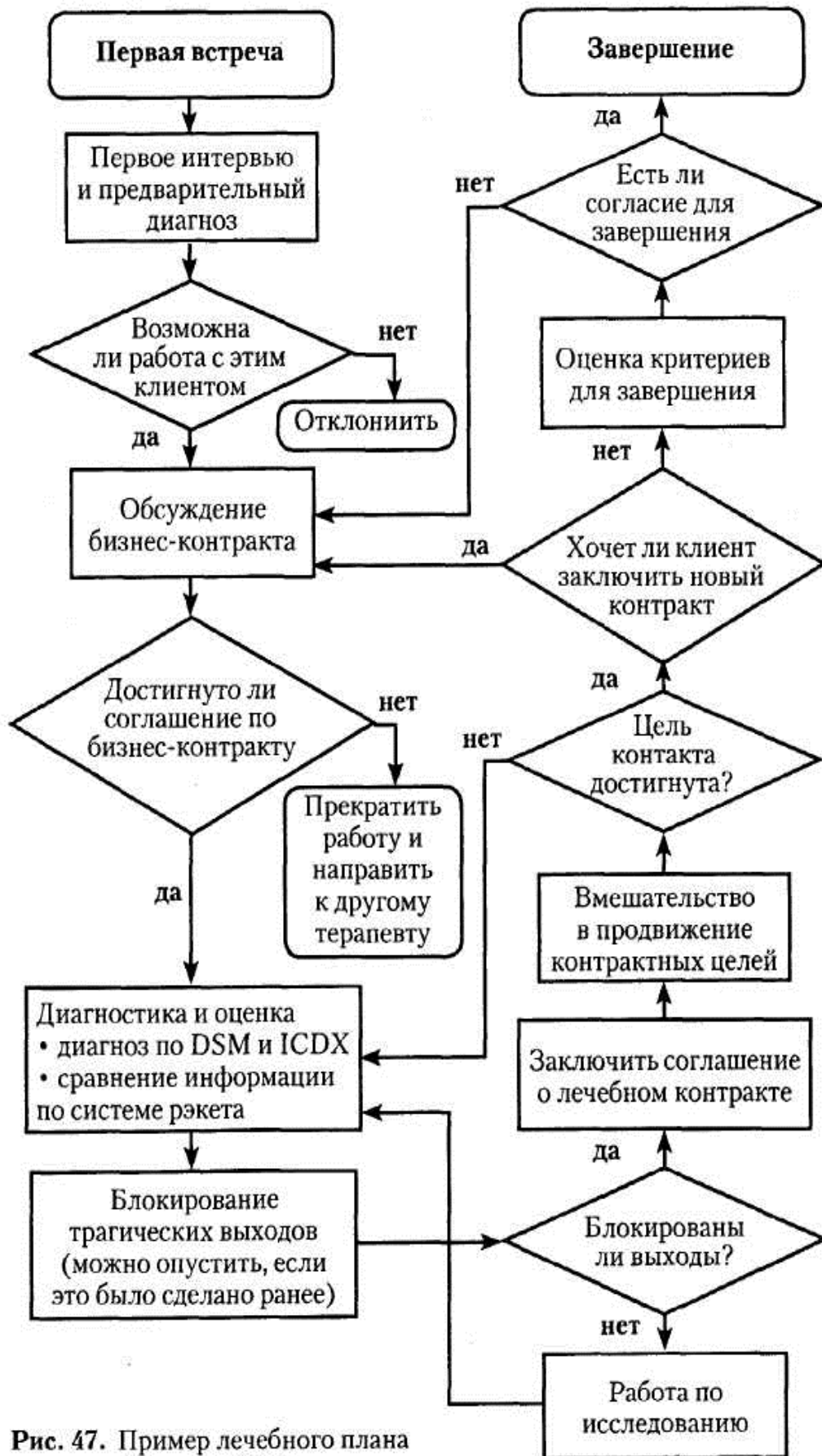


Рис. 47. Пример лечебного плана (Stewart, 2004)

ЗАВЕРШЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ

В зависимости от количества сессий различают: а) сверхбыструю психотерапию, включая кризисную интервенцию (1-5 сессий); б) быструю (6-20 сессий), включая краткосрочную психотерапию (4-6 сессий); в) средней продолжительности (21-50 сессий); и долговременную (более 50 сессий) (Margison, 1997). И, по-видимому, процесс завершения имеет свою специфику в каждом случае, как, впрочем, и в каждом индивидуальном случае.

Чем длительнее терапия, тем более значимой и сильной становится связь между терапевтом и клиентом, так что разрыв терапевтических отношений может восприниматься как потеря близкого объекта и приводить к процессу горевания (траура).

Тюдор (Tudor, 1995) подмечает эту закономерность (таблица 16) процесса завершения и проводит аналогии с процессом горевания по Кублер-Росс (Kubler-Ross, 1970; 2005).

Наоборот, при краткосрочной психотерапии, консультант (терапевт) фрустрирован необходимостью обязательного завершения в срок. Терапевт осознает, что при длительной психотерапии он мог бы помочь клиенту с большей эффективностью даже в соответствии с запросом клиента в рамках «быстрых» консультаций. Иногда терапевт понимает, что клиенту требуется гораздо больше, чем он мог бы предложить ему за короткий срок консультаций. Терапевт также должен обладать умением быстро завершать значимые отношения с одним клиентом, и тут же быть готовым к терапевтическому контакту вновь.

По мнению Кристин Листер-Форд (Lister-Ford, 2002), все это может привести к созданию видимости «положительного» завершения работы; чувству облегчения, что на одного клиента стало меньше; игнорированию факта, что работа завершена.

Выборы для завершения (Moursund, Erskine, 2004)

		Выбор клиента	
		Заканчивать	Не заканчивать
Выбор терапевта	Закончить	Цели достигнуты; изменены сценарные решения или терапевт и клиент зашли в своих взаимоотношениях в тупик	Клиент «проводит время», прогресса не достигается
	Не заканчивать	Клиент боится делать необходимые для него изменения	Клиент не может больше платить. Или клиент или терапевт меняют местожительство

Таблица 16

Взаимосвязь между стадиями траура и задачами завершения терапии

Стадии траура	Задачи горевания	Задачи завершения терапии
Отрицание и изоляция	Принять реальность потери	Напомнить клиенту о неизбежности расставания в связи с контрактным процессом
Гнев	Выразить боль и печаль	Принять чувства клиента по поводу «незавершенных дел»
Сделка		Прояснить функцию сделки и помочь клиенту осознать некоторые трансферентные элементы
Депрессия	Выразить боль и печаль	Поддерживать контакт с клиентом
Принятие	Приспособиться к окружению, в котором отсутствует объект потери	Подкреплять излечение сценария, сделать обзор работы в рамках контракта
Надежда	Высвобождение эмоциональной энергии и ее реинвестирование в другие отношения	Подтвердить переориентирование клиента, его переобучение и стратегии, с помощью которых он сможет оказать помощь уже сам себе. Закончить терапию.

Листер-Форд рекомендует консультантам, работающим в краткосрочном режиме, следующее:

. Если возможно, используйте в своей практике и кратко-, и долгосрочные контракты. Для этого, вероятно, придется работать в разных консультационных учреждениях.

. Работайте с разными категориями клиентов, например, с индивидуальными клиентами, парами, временными специфическими группами, например, гнев-утилизирующими группами.

. Развивайте навыки эмоционального самообеспечения. Убедитесь, что вы получаете большое количество разнообразных поглаживаний, которые поддерживают ваш дух.

. Боритесь с «одиночеством консультанта» – станьте членом группы коллег (если возможно, коллег по вашей непосредственной работе), которые могут поддержать вас. Если на вашей работе такой группы нет, найдите ее вне вашего учреждения.

. Используйте супервизию в восстанавливающих целях.

ЗАДАЧИ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРИ ДОЛГОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

«Одна из главных задач консультанта при завершении консультационной работы – подготовиться и проститься с вовлеченностью в процесс, то есть принять, что работа окончена и что с этого момента вы уже больше не нужны клиенту» (Lister-Ford, 2002).

Предлагается оценить весь период совместной работы с клиентом, главные события на этом пути. В особенности стоит остановиться на воспоминаниях о самом начале процесса и тех достижениях, к которым пришел совместно с терапевтом клиент, поскольку «легко преуменьшить или проглядеть изменения, ведь как только они сделаны и перенесены в каждодневную жизнь, они становятся нормой и довольно сложно вспомнить, кем ты был прежде» (Lister-Ford, 2002).

Другим этапом на пути расставания с процессом является рефлексия значимости клиента в жизни консультанта, оценка поглаживаний, которые стали нормой для него в последнее время и от которых придется отказаться. Чтобы предусмотреть возможные трудности расставания, связанные с особенностями сценария терапевта, желательно проанализировать собственный (и клиента) алгоритм завершения серьезных начинаний как в области бизнеса, так и в области взаимоотношений.

Вторая задача завершения терапии – это планирование последней стадии завершения: планирование даты окончания, частоты сессий перед окончанием работы, ритуала, который бы символизировал завершение и расставание, приемлемое для клиента, планирование самой последней сессии. Что касается частоты сессий, то по мере продвижения к выполнению контракта встречи терапевта с клиентом становятся реже. Время между сессиями отражает также способность клиента самостоятельно справляться с проблемами, не обращаясь за дополнительной поддержкой. Ежемесячные репетиции расставания во все

возрастающем пространстве между сессиями, в котором клиент использует все выгоды автономности, подготавливают клиента к принятию мысли о неизбежности последней сессии. Иногда, и это также относится к психотерапевтическим реалиям, клиент уходит «по-английски», не прощаясь, или прощаясь по телефону, словно бы реализуя остаточную потребность в последнем напуганности.

Моурсунд и Эрскин (Moursund, Erskine, 2004) одной из задач завершения считают исследования внутреннего опыта клиента, его ожиданий и чувств относительно окончания терапии, что позволит в конечном итоге расстаться и избежать ощущения катастрофической потери и заброшенности. Ожидая неизбежного расставания, клиенты могут реагировать на этот факт нарушенным образом, например, предъявляя вдруг возникшие «новые» непредвиденные проблемы, демонстрируя рецидив*, или нарочито обесценивая важность этапа завершения и расставания, что также может привести к серьезным осложнениям в будущем (*в «соматической» медицине феномен саботирования пациентом выписки из стационара и прекращения отношений «врач-больной» известен под названием госпитализма («синдром вращающихся дверей»)). А в первом случае, как считают эти авторы, имеет место подсознательная «сделка», чтобы значимые взаимоотношения не прерывались. Возможно, это отражает также еще имеющуюся объективную потребность в продолжении психотерапии. В таком случае терапевт должен остановиться и оценить свой вклад в ситуацию: не является ли завершение преждевременным? Если же реальность диктует необходимость завершения, то терапевту предлагается посоветоваться с клиентом, прояснить для него сложившиеся отношения и психологический смысл «рецидива», чтобы затем наметить способы, с помощью которых клиент мог бы разрешить свои потребности в эмпатических отношениях другим, более эффективным способом.

Госпитализм проявляется в привыкании к больничным условиям, пассивной адаптации к уходу и заботе, ощущении ложной безопасности и, следовательно, подсознательном саботаже выздоровления. Чаще данный синдром встречается в стационарах, где практикуется длительное пребывание больных, например, туберкулезных или психиатрических (см.: Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). Томск: Изд-во Томск. Универ., 1983]. При «угрозе» выписки иногда наблюдаются реальные обострения в течении болезни и функциональные, конверсионные синдромы. Некоторые больные, чтобы избежать расставания, искусственно демонстрируют те или иные расстройства или рассказывают небылицы, призванные внушить персоналу трепет и уважение («синдром Мюнхгаузена»). Уточним, что синдром Мюнхгаузена отличается от симуляции отсутствием социальной выгоды пребывания в больнице.

Профилактика госпитализма заключается, в том числе, и в ограничении госпитали-

зации и поощрении пациентов к амбулаторному лечению, а также в как можно скорой выписке из стационара при первых признаках стабилизации состояния и возможности продолжения лечения «на дому». В каждом случае основной психологической парадигмой профилактики госпитализма является повышение роли Взрослого Эго-состояния через поощрение и увеличение доли участия пациента в собственном выздоровлении.

ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ КОНТРАКТА

Мониторинг контрактных изменений осуществляется по мере продвижения терапии от стадии к стадии. Конечно, понимание того, что терапию необходимо завершать, гораздо приятнее при осознании выполнения контракта. При этом клиент удовлетворен изменениями, отмечает, что другие замечают эти изменения, что модели автономного стиля жизни становятся все более и более привычными, что, наконец, радость и счастье, энергия и свобода стали доступными и реальными состояниями.

Рисунок 48 иллюстрирует такую возможность. Та же самая клиентка, что и на рисунке 18, которая ранее нуждалась в защите и силе терапевта, теперь стоит с ним рядом и использует собственные силы для контроля негативных образов ее прошлого.



Рис. 48. Клиентка использует собственные силы для совладания с фигурами прошлого (рисунок клиента из архива автора)

Но есть и другая причина для завершения – неэффективность психотерапии. Листер-Форд (Lister-Ford, 2002) приводит несколько самых распространенных причин неудач психологического консультирования. К ним она относит: несоответствие между ожиданиями клиента и реальностью того, что терапевт может предложить; консультант хочет для клиента больше, чем хочет для себя сам клиент; применяемый подход не соответствует потребностям клиента; во взаимоотношениях существует непримиримая антипатия; клиент обратился за консультациями, имея «скрытый мотив», например, хотел выглядеть в чьих-то глазах в «лучшем свете», и когда эта потребность исчезла, у клиента пропало желание продолжать процесс; между терапевтом и клиентом идет игра, которая поддерживает сценарий обоих.

В большинстве подобных случаев речь может идти об ошибках терапевта на стадии прояснения и заключения контракта (в том числе и в результате неправильной диагностики). Некоторые ТА-аналитики вообще утверждают, что если терапия была неэффективной, значит, контракт был заключен неправильно. Но, так или иначе, терапевт всего лишь человек, который имеет право на ошибку, как, впрочем, и право иметь некие темные и непроработанные стороны собственного сценария (думается, что и терапевт терапевта имеет право на ошибку «проглядеть» нечто, например, на уровне Третьего тупика).

Если же ошибка совершена, никогда не позволяйте страхам руководить собой. Обсуждайте ошибки на супервизии, не прячьтесь, даже если испытываете стыд, обсудите приемлемые стратегии и подходы. Психологически настройтесь, что, вернувшись к своему клиенту, вы будете демонстрировать открытость, готовность к контакту с позиции «ОК+ ОК+». Не забывайте извиняться за свои ошибки (Lister-Ford, 2002).

Терапевтические ошибки иного рода, требующие завершения терапевтических отношений, – это ошибки, связанные с неправильным диагностированием пациента и / или определением в ходе терапии опасных саморазрушительных тенденций.

Отто Кернберг (2001) считает, что в ряде таких случаев лучше, чтобы пациент начал новые терапевтические отношения с другим терапевтом в госпитале:

«Любой род психотерапевтических взаимоотношений, продолжающихся многие месяцы и основанных на нереалистических условиях – без честного общения и четко очерченных и обговоренных сфер ответственности обоих участников, – увеличивает суицидальный риск. Бывают случаи, когда психотерапевт, осознавший, что ситуация терапии стала невозможной, должен осмелиться прекратить терапевтические отношения, даже если пациент угрожает самоубийством или пытается сохранить садомазохистические взаимоотношения. Такое окончание терапии не должно осуществляться на основании импульсивного отыгрывания вовне контрпереноса. Оно должно строиться на продуманном плане, в который может входить госпитализация на тот период, когда терапевт покидает

пациента, интенсивная работа с семьей или продолжительная консультация терапевта с опытным коллегой. Лучший способ помочь некоторым пациентам – это признать, что ты не в состоянии им помочь, что твой коллега поможет им лучше или что им совсем невозможно помочь на данном уровне наших познаний и терапевтических ресурсов».

ПОСЛЕДНЯЯ СЕССИЯ

Последняя сессия наступает, когда терапевтические отношения исчерпали себя и каждое лишнее движение способно скорее привести к негативному результату, чем к позитивному. В этом контексте нужно понимать тех терапевтов, которые рекомендуют структурировать время последней сессии в форме ритуала, во-первых, приятного для пациента, во-вторых, с помощью которого он уже ранее завершал удавшиеся дела.

Один из заключительных вопросов пациента касается возможности в будущем возобновить терапевтические отношения, если в том появится необходимость. Отвечая на этот вопрос утвердительно, терапевт должен, тем не менее, подчеркнуть возможность для клиента обратиться к другому терапевту, а также тот факт, что новое обращение потребует новых контрактных рамок и, возможно, коренным образом отличных от прежних. «Хорошо закончить работу – сложная работа. Ее нужно тщательно обдумывать и чутко применять. Вам необходимо уметь одновременно оставаться во взаимоотношениях и отпускать; вам нужна мудрость, которая подскажет, что наступил финал работы, и целостность, чтобы прощание произошло наилучшим образом» (Lister-Ford, 2002).

ЛИТЕРАТУРА

Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М: Класс, 2001. Ross E. On Death and Dying. London, New York: Routledge, 2005. Ford C Skills in Transactional Analysis Counselling and Psychotherapy. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE, 2002. F. Stress and psychotherapy: an overview // Stress in Psychotherapists. Ed. by Ved. P. Varma. London: Routledge, 1997. P. 210-234. J.P., Erskine R.G. Integrative Psychotherapy. The Art and Science of Relationship. Canada: Brooks/Cole-Thompson, 2004. M. Premature interruption of psychotherapy: Continuation of contact by telephone and correspondence // Amer. J. Psychiatry. 1977. Vol. 134, № 2. P. 200-202. I. Transactional Analysis Counseling in Action (Second Ed.). London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE, 2004. Tudor K. What do you say about saying good-bye? Ending psychotherapy // TAJ. 1995, № 25. P. 228-233.