

Современный Учебник

# БАЗИСНОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПСИХОТЕРАПИИ

Аннелизе Хайга-Эверс, Франц Хайга,  
Юрген Оп, Ульрих Рюгер



Купить на Озоне <http://www.ozon.ru/context/detail/id/123097/>

## Базисное руководство по психотерапии

Серия: Современный учебник

Издательства: Речь, Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 784 стр.

ISBN 5-88787-018-4, 3-437-41240-X

Тираж: 1600 экз. Формат: 60x90/16 3-е издание, переработанное. Под редакцией

**М.М.Решетникова.**

### От издателя

В руководстве известных немецких специалистов впервые подробно излагаются методические подходы и специфика различных модификаций психоаналитической терапии, рассматриваются особенности терапевтической тактики на различных этапах лечения, а также приводятся примеры клинических случаев и рассматриваются вопросы эффективности психотерапевтического процесса. Книга представляет особый интерес для специалистов в области психотерапии и клинической психологии.

Аннелизе ХАЙГЛ-ЭВЕРС, Франц ХАЙГЛ, Юрген ОТТ,  
Ульрих РЮГЕР

## БАЗИСНОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПСИХОТЕРАПИИ

### Анонс

В руководстве известных немецких специалистов впервые подробно излагаются методические подходы и специфика модификаций психоаналитической терапии, рассматриваются особенности терапевтической тактики на различных этапах лечения, а также приводятся примеры клинических случаев и рассматриваются вопросы эффективности психотерапевтического процесса.

Книга представляет особый интерес для специалистов в области психотерапии и клинической психологии.

### СОДЕРЖАНИЕ

Организационно-методические вопросы реформ в российской психотерапии ( <i>М. Решетников</i> ).....	15
Предисловие ( <i>В. Штукке</i> ).....	27
Предисловие научных редакторов.....	30

### ОЧЕРК ПСИХОАНАЛИЗА И АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

( <i>А. Хайгл-Эверс, Ф. С. Хайгл, Ю. Отт</i> ).....	35
КОНЦЕПЦИИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ О БОЛЕЗНЯХ.....	37
1. О теории конфликта в психоанализе.....	37
1.1. Ранняя модель психического конфликта.....	37
1.2. О развитии учения об инстинктах.....	39
1.3. От топографической к структурной модели.....	44
1.4. Об инстанции Ид.....	46
1.5. Структура Эго.....	48
1.6. О структуре Суперэго.....	54
1.7. Новые модели психического конфликта.....	60
2. Нарциссизм и самость.....	66
2.1. Нарциссизм в понимании Фрейда.....	66
2.2. Отношение между нарциссизмом и развитием влечений.....	70
2.3. Введение понятий саморепрезентации и объектной репрезентации.....	72
2.4. Подведение итогов.....	74
3. О теории объектных отношений.....	75
3.1. Основания объектной психологии по Фрейду.....	76
3.2. Ранние объектные отношения по Мелани Кляйн.....	79
3.3. Подходы Фейрнберна, Балинта и Винникотта.....	80
3.4. Подход Хартманна.....	82
3.5. Концепция Якобсон.....	84
3.6. Концепция отделения и индивидуализации Малера.....	89
	92

3.7. Подход Кернберга.....	94
3.8. Результаты новейших исследований грудных детей и младенцев.....	96
3.9. Концепция психологии развития Лихтенберга.....	100
3.10. Концептуализация самости Д. Н. Штерна.....	102
3.11. Теория привязанности и ее значение для психотерапии.....	103
3.12. Выводы.....	104
4. Аффекты в психоаналитической теории и практике.....	104
4.1. Аффекты в учении Фрейда.....	109
4.2. Аффекты в концепциях Якобсон, Сандлера, Бреннера и Кернберга.....	112
4.3. Значение современных исследований аффекта.....	118
4.4. Значение аффектов в диагностике и терапии.....	120
4.4.1. <i>Окончательная схема диагностики аффекта</i> .....	121
4.5. Выводы.....	

– 5 –

5. Заключительное слово о психическом конфликте.....	122
6. Психопатологии, обусловленные конфликтами.....	126
6.1. Патогенность эдипова конфликта.....	127
6.2. Регрессия, фиксация и патологическое образование конфликтов .....	130
6.3. О психодинамике депрессивных неврозов .....	132
6.4. Клинический пример.....	134
6.5. О психодинамике фобических неврозов.....	136
6.6. Клинический пример.....	138
6.7. Психодинамика неврозов навязчивых состояний .....	140
6.8. Клинический пример.....	142
6.9. О психодинамике истерических неврозов.....	143
6.10 Клинический пример.....	145
6.11. Выводы.....	147
7. Психопатологии, обусловленные развитием, и травматогенные патологии .....	149
7.1. Внутренние и интеракциональные иллюстрации структурных нарушений.....	149
7.2. Гипотезы о возникновении синдромов структурных нарушений.....	155
7.3. Клинический пример пограничных нарушений.....	159
7.4. Клинический пример нарциссического нарушения личности.....	162
7.5. Клинический пример психосоматического заболевания.....	166
7.6. Клинический пример патологии отношений у больных с зависимостью.....	169
7.7. Выводы.....	174
<b>ДИАГНОСТИКА В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....</b>	<b>177</b>
1. История Катарины - введение в диагностическую беседу.....	177
2. О развитии вариантов диагностического подхода.....	183
2.1. Первичное психоаналитическое интервью.....	183
2.2. Биографический анамнез с точки зрения глубинной психологии .....	186
2.3. Структурированное интервью.....	187
2.4. Операционализованный психодинамическая диагностика.....	189
2.5. Сбор анамнеза в психосоматической медицине.....	192
3. Показательный обзор формирования клинических заключений.....	196
3.1. Семантическое толкование речевого поведения .....	197
3.2. О диагностике объектных отношений.....	199
3.3. Техники диагностического заключения.....	203

3.4. Клинические примеры.....	205
3.5. Выводы .....	220

МЕТОДЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ .....	221
1. Предварительные замечания.....	221
2. Психоаналитическая индивидуальная терапия (психоанализ) .....	223
2.1. Базовая модель психоанализа.....	223
2.2. Средства и способы лечения.....	226
2.3. О регрессии.....	226
2.4. О переносе и контрпереносе.....	231
2.5. Сопротивление.....	238

– 6 –

2.6. Обстановка, в которой происходит лечение.....	241
2.7. Объединение для лечения и рабочий альянс.....	242
2.8. Основное правило.....	244
2.9. О технике толкования.....	246
2.10. Клинический пример.....	252
3. Глубинная индивидуальная терапия.....	258
3.1. Введение.....	258
3.2. Модифицированный треугольник опосредования понимания глубинной психотерапии.....	261
3.3. Терапевтический подход.....	263
3.4. Клинические примеры.....	268
4. Психоаналитическая интерактивная индивидуальная терапия.....	275
4.1. Введение.....	275
4.2. Терапевтические цели.....	277
4.3. О терапевтических мероприятиях.....	279
4.4. О восстановлении сотрудничества.....	279
4.5. Проявления переноса и контрпереноса .....	281
4.6. Терапевтический процесс и техники вмешательства.....	284
4.7. Терапевтический принцип «ответа».....	286
4.8. Техника принятия на себя функций вспомогательного Эго.....	288
4.9. Терапевтический подход к аффектам.....	290
4.10. Выводы.....	294
5. Методы групповой терапии, применяемые в рамках аналитической психотерапии.....	295
5.1. Введение.....	295
5.2. О понятии множественности.....	296
5.3. К вопросу о понятиях «общественное» и «частное» .....	299
5.4. Терапевтическая группа как потенциал для изменений.....	300
5.5. Определяющие условия .....	302
5.6. Подготовка к групповой терапии.....	306
5.7. К вопросу о терапевтических целях.....	307
5.8. Средства и способы групповой аналитической терапии.....	308
5.9. Структура и процесс функционирования терапевтической группы.....	312
5.10. Работа группы и герменевтическая интерпретация терапевта.....	317
5.11. Отношения переноса, рабочие отношения, техники вмешательства.....	319
6. Аналитическая групповая психотерапия.....	321

6.1. Введение.....	321
6.2. Установки восприятия терапевта.....	323
6.3. Бессознательные фантазии в групповой терапии.....	324
6.4. Структура и процесс в аналитической группе.....	328
6.5. Перенос и контрперенос в группе.....	330
6.6. Терапевтические влияния в аналитической групповой терапии.....	332
6.7. Клинический пример.....	334
7. Глубинная групповая психотерапия.....	341
7.1. Введение.....	341
7.2. Специфика диагностического и терапевтического обращения	

– 7 –

с группой.....	342
7.3. Образование психосоциальных компромиссов.....	343
7.4. Установки восприятия и техники воздействия.....	346
7.5. Клинический пример.....	350
8. Психоаналитическая интерактивная групповая терапия.....	353
8.1. Введение.....	353
8.2. Рассуждение о показаниях к применению терапии и её результатах.....	353
8.3. Цели психотерапии.....	358
8.4. Специфика образа действий психотерапевта при использовании психоаналитической интерактивной групповой психотерапии.....	359
8.5. Терапевтическое обращение со структурой и процессом.....	362
8.6. Клинические примеры.....	364
9. Заключение.....	371
9.1. Этика в психотерапии.....	371

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

<i>(И. Боншtedт-Вильке, М. Чирпка, Г. Хайстеркамп, Р. Крейше, М. Лангенберг, Э. Ляйбинг, И. Пайхл, У. Рюгер, Г. Шюсслер, Г. М. Вехтер)</i> .....	387
--	-----

ВВЕДЕНИЕ ( <i>У. Рюгер</i> ).....	389
Клинический пример.....	391

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ( <i>Э. Ляйбинг, У. Рюгер</i> ).....	393
1. Теория.....	393
1.1. История развития.....	394
1.2. Актуальное теоретическое развитие.....	398
1.3. Психоаналитические концепты в рамках поведенческой терапии.....	400
1.3.1. <i>Соппротивление</i> .....	400
1.3.2. <i>Бессознательное</i> .....	402
1.3.3. <i>Перенос</i> .....	402
2. Модель расстройств и диагностика в поведенческой терапии.....	403
3. Цели терапии, планирование терапии и показания к ней.....	406
4. Терапевтические техники.....	406
4.1. Стимульный контроль.....	407
4.2. Контроль последствий.....	408
4.3. Моделирующее научение.....	408
4.4. Когнитивные методы.....	409

5. Связи между поведенческой терапией и психоанализом.....	409
6. Обучение и пост-дипломное обучение.....	412
7. Описание случая .....	413
7.1. Клиническая картина и симптоматика.....	413
7.2. История индивидуального научения.....	414
7.3. Поведенческий анализ.....	414
7.4. Диагноз.....	415
7.5. Цель терапии и план лечения.....	415
7.6. Течение терапии.....	416

– 8 –

## КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ РАЗГОВОРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

(Э. Ляйбинг, У. Рюгер).....	417
1. Теория.....	417
1.1. Историческое развитие.....	417
1.2. Представление теории.....	419
1.2.1. Теория личности.....	420
1.2.2. Теория нарушений и диагностика.....	420
1.2.3. Теория терапии.....	422
1.2.4. Дальнейшее теоретическое развитие.....	423
1.3. Разговорная психотерапия и психоаналитические концепции.....	424
1.3.1. Перенос.....	425
1.3.2. Бессознательное.....	426
1.3.3. Соппротивление и механизмы защиты.....	427
2. Методика терапии.....	429
2.1. Предложение отношений.....	429
2.1.1. Эмпатия (е <i>ч</i> у <i>в</i> ст <i>в</i> о <i>в</i> а <i>н</i> н <i>о</i> е <i>п</i> о <i>н</i> и <i>м</i> а <i>н</i> и <i>е</i> ) .....	430
2.1.2. Безусловное оценивание (неограниченное принятие).....	430
2.1.3. Самоконгруэнтность (подлинность).....	431
2.1.4. Дополнительные переменные.....	431
2.1.5. Сравнение предложения отношений в разговорной и в аналитической психотерапии.....	432
2.2. Эффективность, показания и интеграция.....	434
2.2.1. Эффективность.....	434
2.2.2. Показания.....	435
2.2.3. Интеграция.....	437
3. Обучение.....	439
4. Клинический пример.....	439
4.1. Симптоматика .....	439
4.2. Биография.....	440
4.3. Диагноз.....	440
4.4. Ситуация на начало терапии.....	440
4.5. Динамика неконгруэнтности и терапевтические импликации.....	440
4.6. Течение терапии.....	441
4.7. Измерение изменений и оценка течения терапии.....	442

## ГИПНОЗ И АУТОТРЕНИНГ

(Г. Шюсслер).....	443
1. Теория гипноза и аутотренинга.....	443

1.1. Историческое развитие.....	443
1.2. Актуальное состояние исследований.....	445
1.2.1. Теория гипноза.....	445
1.2.2. Психологические и физиологические результаты, достигаемые посредством гипноза.....	447
1.2.3. Психодинамические аспекты гипноза и аутотренинга.....	448
2. Лечение.....	449

– 9 –

2.1. Техника лечения, используемая при гипнозе.....	449
2.2. Техника лечения при помощи аутотренинга.....	453
2.3. Техника лечения при помощи градуированного активного гипноза.....	453
2.4. Цели лечения.....	454
2.5. Различные показания и результаты терапевтического исследования .....	457
3. Обучение, подготовка и повышение квалификации.....	460

### СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ

(М. Чирпка).....	461
1. Семья.....	461
2. Определение семейной терапии.....	462
3. Историческое развитие и школы семейной терапии.....	463
4. Техника лечения.....	465
4.1. Цели лечения.....	465
4.2. Определение проблемы и ее понимание: первые беседы.....	466
4.3. Терапия.....	471
5. Показания и противопоказания.....	472

### СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

(Р. Крейше).....	475
1. О развитии супружеской терапии.....	475
1.1. Исторический обзор.....	475
1.2. Актуальное положение.....	477
2. Техники лечения.....	481
2.1. Концепты и терапевтические методики, используемые терапевтами, ориентированными на системную теорию.....	482
2.2. Концепты и терапевтические методики, используемые терапевтами, ориентированными на психоанализ.....	487
2.3. Обстановка и условия проведения супружеской терапии.....	490
3. Показания и противопоказания к супружеской терапии.....	491
4. Успешность лечения в рамках супружеской (и семейной) терапии.....	492
5. Повышение квалификации в области супружеской терапии.....	493

### ПСИХОДРАМА

(Й. Пайхл, У. Рюгер).....	495
1. Теоретическая часть.....	495
1.1. Историческое развитие.....	495
1.2. Современное состояние проблемы.....	497
1.3. Концепция психоанализа в рамках психодрамы.....	500
2. Терапевтические техники.....	503

2.1. Общие положения.....	503
2.2. Отношение к психоаналитическим техникам.....	505
2.3. Дифференциальные показания к применению.....	507
3. Проверка эффективности.....	508
4. Подготовка специалистов, переобучение и повышение квалификации .....	509

– 10 –

#### КАТАТИМНО-ИМАЖИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>(Г. М. Вехтер, У. Рюгер)</i> .....	511
1. Теоретическая концепция.....	512
1.1. Краткий исторический экскурс.....	512
1.2. Актуальное состояние теоретической базы.....	513
1.3. Общность с психоаналитической терапией и отличия от нее.....	515
2. Методика и техника лечения.....	517
2.1. Метод в индивидуальной психотерапии.....	517
2.2. Символика сна наяву: стандартные мотивы .....	519
2.3. Терапевтические техники.....	522
3. Показания и противопоказания .....	525
4. Подготовка.....	527

#### ТЕРАПИЯ ИСКУССТВОМ И ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ

<i>(И. Бонштедт-Вильке, У. Рюгер)</i> .....	529
1. Обзор.....	529
2. Из истории вопроса.....	530
3. О теоретическом концепте терапии творческим самовыражением. Художественные формы и терапия творческим самовыражением в психоаналитической трактовке.....	531
4. Проведение лечения.....	532
5. Показания к этому виду терапии.....	538
6. Успешность применения метода.....	539
7. Образование и повышение квалификации в этой области.....	540

#### МУЗЫКОТЕРАПИЯ

<i>(М. Лангенберг)</i> .....	541
1. Определение и историческое введение.....	541
2. К вопросу о практике, исследованиях и самом музыкотерапевтическом учении.....	542
3. Музыкотерапия как психоаналитически обоснованный метод.....	546
4. Применение психотерапии, основанной на музыке. Примеры из практики.....	548
5. Качественный базис в музыкотерапевтическом исследовании отдельных клинических случаев.....	550
6. Некоторые результаты из сферы психосоматики.....	552
7. Заключительные размышления о показаниях к музыкотерапии и научный взгляд на музыкотерапию.....	553

#### ТЕЛЕСНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМ ДИАЛОГЕ

<i>(Г. Хайштеркамп)</i> .....	555
1. Цель.....	555
2. Рамки.....	555
3. Результат.....	557



4. Тело в аналитической психотерапии .....	559
5. Диалог на языке тела в традиционной обстановке.....	562

– 11 –

6. Телесный диалог в расширенной обстановке.....	568
7. Метод.....	574

## МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

(У. Рюгер, Г. Штаатс).....	576
1. Основные положения.....	576
1.1. Историческое развитие.....	576
1.2. Особенности лечения в группах и отличия от индивидуальной терапии.....	578
1.3. Специфические различия между индивидуальной и групповой терапией на примере аналитически ориентированной групповой психотерапии.....	579
1.4. Взаимозависимость индивидуальных интрапсихических и интерактивных процессов, связанных с групповой динамикой.....	581
1.5. Социодинамическое распределение функций в группах.....	582
1.6. Роль терапевта в групповой психотерапии.....	583
1.7. Регулирование регрессии в группе.....	585
1.8. Механизмы действия групповой психотерапии.....	586
1.9. Критерии показаний к групповой психотерапии .....	587
2. Методы лечения в групповой психотерапии.....	589
2.1. Психоаналитические методы групповой психотерапии.....	589
2.2. Направленная динамическая групповая психотерапия.....	590
2.2.1. Фаза разогрева или ориентировки.....	591
2.2.2. Фаза зависимости.....	591
2.2.3. Фаза активизации и реализации.....	592
2.2.4. Фаза работы.....	592
2.2.5. Заключительная фаза.....	593
2.3. Методы поведенческой групповой психотерапии.....	594
2.3.1. Групповые методы, ориентированные на разговорную психотерапию.....	595
2.4. Ролевые игры .....	597
2.5. Телесно-ориентированные методы групповой психотерапии.....	598
2.6. Социально-коммуникативные групповые методы .....	599
2.7. Специфические для нарушений и проблем группы объяснения и группы для пострадавших.....	600
2.8. Группы самопомощи .....	600
3. Групповая психотерапия в клинике.....	601
4. Эффективность групповой психотерапии.....	603

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ

(М. Гейер).....	605
1. 1. Психотерапия как дисциплина, проходящая через всю историю медицины. Введение и исторический обзор.....	608
2. Междисциплинарные требования к психотерапии .....	614
2.1. Спрос на психотерапию и ее использование.....	614
2.2. Распространение психогенных нарушений среди населения.....	615
2.3. Потребность в психотерапии.....	616

2.3.1. Потребность - спрос - использование психотерапии в стационарных условиях.....	617
3. Психотерапия как составная часть комплексного плана врачебной работы.....	618
3.1. Использование психотерапии в диагностическом процессе.....	618
3.1.1. Образ действий врача.....	619
3.1.2. Достижение взаимопонимания относительно предварительного диагноза, дальнейшая диагностика и терапия.....	623
3.2. Формирование и использование так называемых «неспецифических» эффектов в отношениях, которые устанавливаются между врачом и пациентом в процессе терапии - «врач-лекарство».....	626
3.2.1. «Врач-лекарство».....	627
3.2.2. Эффект плацебо.....	627
3.2.3. «Терапевтический кредит», выдаваемый врачу.....	628
3.3. Поддерживающая психотерапия как составная часть основного методического принципа врачебной помощи в медицине.....	628
3.3.1. Формы психотерапевтической помощи.....	628
3.3.2. Поддерживающие психотерапевтические стратегии .....	629
3.3.3. Поддерживающе-психотерапевтический подход Фрайбергера и его коллег.....	633
3.4. Мотивация пациента к психотерапии как врачебная задача.....	634
3.5. Психотерапевтическая кризисная интервенция в повседневной практике врача. Этапы интервенции при наличии психосоциального кризиса.....	635
3.6. Поддерживающие и адаптивные действия в отношении тяжелобольных, хронически больных и умирающих.....	639
3.6.1. Поддержка в условиях интенсивной медицины и в отношении тяжелобольных.....	639
3.6.2. Особенности адаптирующей терапии у хронических больных.....	642
3.6.3. Работа с пациентами с неблагоприятным прогнозом.....	645
3.6.4. Разработка проблем медицинского персонала.....	648
4. Изменение повседневной клинической практики посредством интеграции в нее психотерапевтических и медико-психологических подходов. Стационарный врачебный обход и служба взаимодействия.....	648
4.1. Предпосылки для терапии, сопровождающей соматический уход за больным.....	648
4.2. Стационарный врачебный обход.....	650
4.2.1. К психотерапевтической функции стационарного врачебного обхода.....	650
4.2.2. Институциональный и концептуальный фундамент обхода, осуществляемого с психотерапевтическими функциями.....	651
4.2.3. Психотерапия в рамках стационарного врачебного обхода.....	653
4.3. Психотерапия в рамках психосоматической службы взаимодействия.....	654
4.3.1. Задачи и организационные формы службы взаимодействия.....	654
4.3.2. Терапевтические подходы при работе со службой взаимодействия.....	655
4.4. Проблемы междисциплинарной кооперации при интеграции психологических подходов в диагностику и терапию.....	656

5. Амбулаторная психотерапия как составная часть комплексных врачебных мер в процессе полного психосоматического ухода за больным.....	659
5.1. Развитие врачебной практики.....	659
5.2. Понятие полного психосоматического ухода за больным и его содержание.....	660
5.2.1. Предпосылки для участия врачей в полном психосоматическом уходе за больным.....	662
5.3. Бюрократические проблемы.....	662
5.4. Примеры: превращение «телесных недугов» в «психосоциальную проблему».....	663
 <b>ОБЩИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПИИ</b>	
(Д. Гжоголик, Г. Энке).....	667
1. Введение.....	669
2. Психотерапевтическое поведение.....	672
3. Терапевты и дилетанты.....	678
4. Общая модель психотерапевтического влияния.....	681
5. О соответствии личности терапевта, личности пациента и методов психотерапии.....	684
6. Модели влияния как системы упорядочивания.....	685
7. Заключение.....	688
 ГЛОССАРИЙ.....	690
БИБЛИОГРАФИЯ .....	711

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕФОРМ В РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

*(Предисловие издателя)*

Несколько неутешительных цифр вместо вступления. В России (при беспрецедентном росте психопатологии и социопатий) в настоящее время имеется всего 2 тысячи дипломированных психотерапевтов и 15 тысяч психиатров. Вместе - это 17 тысяч. Много это или мало?

Для сравнения, в США - стране, избранной для примера исключительно с точки зрения сравнимого количества населения, - действуют 40 тысяч психиатров, 80 тысяч психотерапевтов, плюс 225 тысяч психологов, специализированных медицинских сестер, социальных работников и т. д. Всего - 345 тысяч. Примечательно, что из 40 тысяч психиатров в государственном секторе работают только 10 тысяч (остальное - частная практика, в психотерапии эта часть намного значительнее). Аналогична ситуация и в большинстве европейских государств, где один специалист-психопатолог приходится на 500-900 человек населения, у нас - один на 10 тысяч. Заметим также, что на одного психиатра в западных странах приходится 5-8 вспомогательных специалистов, у нас - с точностью - наоборот. И даже если мы переквалифицируем всех психиатров в психотерапевтов (а другого пути в рамках действующих приказов МЗО у нас пока нет), проблема не решается.

Поэтому в последние два года практически на всех конференциях, посвященных проблемам психотерапии, в качестве одного из основных обсуждается один и тот же вопрос: о более широком привлечении к подготовке по психотерапии врачей общей практики и клинических психологов. Таким образом, самым первым и самым актуальным вопросом является кадровое обеспечение психиатрической и психотерапевтической служб, что, по-видимому, должно стать одним из важнейших направлений деятельности МЗО по сохранению и укреплению психического здоровья населения (тем более, что тенденция к росту психопатологии остается и ничто не предвещает ее спада). И, как представляется, именно поэтому на недавнем совещании проректоров медицинских институтов в Архангельске<sup>1</sup> руководитель департамента кадров и вузов МЗО профессор Н. Н. Володин в своем докладе отметил, что в настоящее время существенно возросла потребность в клинических психологах. Эта же пробле-

---

<sup>1</sup> «Совещание проректоров по учебной работе медицинских вузов и учреждений дополнительного профессионального образования МЗО по вопросам преподавания клинической (медицинской) психологии» — в соответствии с Указанием МЗО РФ № 1071-у от 29.09.99, Архангельск, 10 декабря 1999 г.

– 15 –

ма была особо выделена в докладе главного психиатра МЗО профессора Б. А. Казаковцева<sup>2</sup>. Выступивший затем руководитель Федерального центра психотерапии и медицинской психологии МЗО, главный психотерапевт МЗО профессор Б. Д. Карвасарский<sup>2</sup> представил расчеты, по которым уже сегодня нам требуется около 60 тысяч клинических психологов (а имеется - 1,5 тысячи).

Нужно признать, что, несмотря на реальную оценку ситуации и усилия ряда ведущих специалистов страны, эта проблема остается очень трудно преодолимой, поскольку требует пересмотра практически всех руководящих документов и встречает как поддержку, так и неприятие на самых различных уровнях. Более остро эту проблему сформулировал ведущий научный сотрудник Федерального центра психотерапии и медицинской психологии Р, К, Назыров<sup>2</sup>, отметив, что «система МЗО в целом не готова - психологически и морально - к сотрудничеству и взаимодействию с клиническими психологами». И это положение сохраняется, даже несмотря на то, что (по данным ректора Архангельской медицинской академии профессора П. И. Сидорова<sup>2</sup>) при росте психопатологии за последние 13 лет (с 1985 года) в 2,5 раза обеспеченность учреждений здравоохранения медицинскими психологами и психотерапевтами не превышает, соответственно, 3 % и 19 %. Есть над чем подумать.

Вторая часть актуальных проблем сводится к тому, как осуществлять подготовку психотерапевтов и какова последовательность этой подготовки? Эти вопросы только за последние годы самым серьезным образом обсуждались на конференциях ведущих специалистов МЗО в Смоленске, Москве, Иваново, Санкт-Петербурге и Архангельске<sup>3</sup>, заседаниях Координационных советов по психотерапии МЗО и РАН. С учетом этих обсуждений, как представляется, для нас сейчас более существенна не почасовая программа, а стратегия решения вопроса.

\* \* \*

Недавно, в соответствии с заданием МЗО, мы провели анализ западного опыта, и в частности, того, как осуществляется подготовка клинических психологов и врачей к деятельности в качестве психотерапевтов.

---

<sup>2</sup> Там же - см, сноску<sup>1</sup>.

<sup>3</sup> Имеются в виду: Международная конференция «Психотерапия сегодня (медицина, психология, социальная работа)», Москва, 26 - 28 февраля 1999 г.; Конференция «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». Иваново, 25 - 28 мая 1999г.; Международная конференция «Психотерапия на рубеже тысячелетия», Москва, 3 - 4 октября 1999 г.; уже упомянутое «Совещание проректоров по учебной работе медицинских вузов...», Архангельск, 10 декабря 1999 г., хотя впервые эти вопросы поднимались уже на 2-ом съезде РПА в Смоленске (1998), конференции «Психическое здоровье населения регионов России» в Новгороде (1997) и ряде др.

Начнем с клинического психолога, который, как и любой другой специалист на Запад, вначале получает общепсихологическую теоретическую подготовку. Таким образом, клиническая психология (как вариант психотерапевтического образования) - это одно из направлений дополнительной или послевузовской подготовки. Аналогична ситуация и в отношении врачей. При этом в большинстве европейских стран психотерапия - это самостоятельная специальность (в рамках медицины, а не психиатрии) или даже самостоятельная профессия (вне медицины<sup>4</sup>).

В целом, отношение к психотерапии, как к искусству, как к гуманитарной, а не естественнонаучной (как медицина) дисциплине, составляет одну из мировых тенденций, включая ее постепенное «разгосударствливание».

Есть ли для этого основания? И есть, и нет. Это слишком большой и пока слишком дискуссионный вопрос, требующий самостоятельного обсуждения. Будущего обсуждения. Но, как представляется, положения приказа МЗО № 294 от 30.10.95 года все-таки требуют пересмотра. Напомним, что в соответствии с этим приказом психотерапевт определяется как специалист с высшим образованием по специальности «Лечебное дело», имеющий предшествующую специализацию по психиатрии и стаж практической работы в качестве врача-психиатра как минимум 3 года. И только затем возможна его подготовка по суб-специальности в психиатрии - по психотерапии. Этот путь, прямо скажем, вопреки логике, материальной заинтересованности и много другого, включая этику: с одной стороны, специалист вроде бы приобретает более высокую (или - качественно иную) квалификацию, а с другой - из ранга специалиста он переходит в категорию суб-специалистов.

Это путь, следуя которым, мы не сможем решить проблему кадрового обеспечения ни психотерапии, ни психиатрии даже до конца 21 века. Расчеты директора Института им. В. М. Бехтерева профессора М. М. Кабанова показали: если мы будем готовить психиатров и психотерапевтов теми же темпами и тем же способом, их сколько-нибудь адекватное потребностям общества количество появится через 150 лет. А мы уже сейчас в значительной степени психопатологизированная нация. Поэтому хочу еще раз вернуться к сформулированной мной на конференции в Иваново идее о создании специализированных психиатрических и психотерапевтических факультетов по аналогии со стоматологическими, педиатрическими и гигиеническими. Нам не только нужно больше психотерапевтов; сама психиатрическая помощь должна быть и квалифицированнее, и доступнее. Только так можно будет сформировать качественно иную психиатрическую культуру в обществе. Только так можно предотвратить «транс-

<sup>4</sup> Считаю себя человеком достаточно либеральных взглядов, я с трудом воспринимаю последний тезис, и поэтому понимаю, что аналогичные трудности могут быть и в отношении ряда идей, сформулированных в этой публикации.

– 17 –

ляцию» семейной психопатологии на будущие поколения. Пока - в этом плане - у нас преобладает полное бескультурье, подтверждением чему являются 300 тысяч (!) магов, колдунов, провидцев и прочей паранаучной «публики», паразитирующей на отсутствии квалифицированных кадров (и при этом весьма успешно: по обоснованным данным, доходы «альтернативщиков» превышают весь бюджет МЗО). Но, тем не менее, у них есть одна не подлежащая сомнению заслуга - они реально демонстрируют, сколько специалистов требуется на рынке психотерапевтических услуг (около 320 тысяч, а в наличии - 17). Поэтому неудивительно, что лишь 1 из 7 пациентов обращается к специалистам, а большая часть населения все чаще апеллирует к колдунам и знахарям, при этом - все более погружаясь в атмосферу средневековья<sup>5</sup>...

Считается, что на Западе дополнительное образование клинического психолога или врача по психотерапии длится около года, но это не совсем так (на самом деле, оно значительно протяженнее). Вначале будущий психотерапевт закрепляется за каким-то государственным или негосударственным институтом (или даже - уважаемым психотерапевтическим сообществом<sup>6</sup>), который имеет собственную клинику или амбулаторию и договоры с различными учреждениями на подготовку специалистов. Это «закрепление» осуществляется или в рамках государственного финансирования (например, той или иной государственной программы) или (чаще) кандидат оплачивает эту подготовку самостоятельно (как и любое другое послевузовское образование).

Первые этапы специализации у клинических психологов и врачей несколько различаются. У психологов основным предметом изучения на первом этапе (в значительной части случаев) является практическая психодиагностика, после завершения которого будущий клинический психолог становится интерном в психиатрической или психотерапевтической клинике. Врач сразу становится интерном, без предварительного этапа. И здесь пути врача общей практики и психолога сходятся.

В качестве интернов будущие психотерапевты проводят около года, изучая психиатрию, неврологию, психотерапию, они получают первых пациентов и начинают работать с ними под руководством супервизора. Значительная роль отводится самообразованию: интерн должен регулярно готовить конспекты, рефераты и доклады по различным клиническим темам (согласовывая эти темы с назначаемым ему советником). Этот этап также включает обучение распознаванию клинических синдромов (на практике), диагностику личностных расстройств, участие в разборах случаев, написание диагностических отчетов и ведение историй болезни.

---

<sup>5</sup> Отчасти было бы справедливо сказать за это «отдельное спасибо» журналистам, отношение которых к психиатрии можно объяснить только в терминах последней.

<sup>6</sup> Понятие общественной аккредитации психотерапевтов требует особого разговора, в России оно только формируется.

– 18 –

Теоретическая подготовка в форме аудиторных занятий также присутствует. В частности, как минимум раз в неделю все интерны конкретного института (даже если

они работают в разных клиниках) собираются на теоретические семинары, где разбираются основные концепции психотерапии. Примечательно, что основными теоретическими направлениями в ведущих западных странах являются два - психодинамическое и бихевиоральное, на которых строятся все остальные варианты подходов к психотерапии<sup>7</sup>. При этом теоретическая подготовка ведется на самом высоком уровне, так как большинство психотерапевтов, независимо от их базового образования, готовятся к тому, чтобы претендовать на ученую степень по философии (Ph.D.). В последние годы в США для психологов, действующих в области психотерапии, был официально введен новый вариант ученой степени - Psy. D.<sup>8</sup>, с более простой процедурой признания, но он пока не получил широкого распространения, и его статус оценивается как более низкий (по сравнению с Ph.D.).

Уместно отметить, что для практической подготовки интернов подбираются не самые лучшие условия (тюремная психиатрия, клиники для детей с дефектами развития, государственные психиатрические больницы и т. д.). Но самое главное - подготовка интерна всегда ведется на рабочем месте. И еще одно чрезвычайно важное уточнение - каждый интерн изучает только конкретный метод психотерапии (к этому тезису мы еще вернемся чуть ниже).

Особо следует выделить вопрос, который для России является принципиально новым. Практически во всех западных странах будущий психотерапевт в процессе его подготовки обязательно проходит персональный психотерапевтический тренинг, то есть - пробует избранный им метод на себе (в последние годы это обычно определяется как «познание границ собственной личности»). В процессе этого, еще раз подчеркнем: обязательного - элемента подготовки, будущий психотерапевт не только знакомится с чувствами, которые испытывает пациент, но и максимально прорабатывает собственные проблемы, чтобы не привносить их в работу с пациентами, а также проверяет надежность психотерапевтической теории или концепции, в рамках которой он собирается действовать в будущем. Я не буду здесь говорить о том, что пока практически никаких естественнонаучных основ знаний о психике не существует, есть только концепции, и здесь - более чем в любой другой области - ключевым является следующий принцип: невозможно убедиться в верности теории, не проверив ее на себе.

---

<sup>7</sup> Появившееся в 60-х в США гуманистическое направление, по заключению его же ведущих представителей, «как попытка синтеза двух вышеупомянутых», к концу 80-х практически прекратило свое существование, и за последнее десятилетие в этой области не было опубликовано ни одной сколь-нибудь существенной работы.

<sup>8</sup> У нас в России давно имеется эквивалент этой ученой степени, включая правовые аспекты присуждения этой ученой степени (кандидата или доктора наук по психологии) в области медицинских наук.

Затем или параллельно будущий психотерапевт проходит супервизорскую подготовку, что (в ряде случаев - в разрез с установленными сроками обучения) подразумевает достаточно длительный период работы с пациентами (от года до 2-3 и даже 5 лет - в зависимости от его способностей и избранного метода психотерапии) под систематическим руководством опытного специалиста - супервизора, который в конечном итоге и решает, завершена подготовка кандидата или нет.

Стать супервизором на Западе очень почетно, очень прибыльно и очень нелегко. Во многих странах существуют не только профессиональные, но и гласные, и негласные (в том числе - возрастные) критерии супервизорства. В среднем,

супервизорами становятся после примерно 15-20 лет работы по специальности в возрасте около 50 лет, при наличии постоянной практики и печатных работ и в результате достаточно сложной процедуры признания в качестве таковых.

Большинство специалистов продолжают пользоваться услугами супервизора на протяжении всей последующей практики (на это есть 3 основных причины: снизить вероятность привнесения своих актуальных проблем в работу с пациентом; усовершенствовать свою психотерапевтическую технику и - особый повод - снискать уважение коллег, так как работающий без супервизора в профессиональной среде всегда менее авторитетен).

Общий объем программ подготовки психотерапевтов сильно варьирует в различных странах и даже в различных институтах (в рамках конкретной страны) - от 1500 до 3600 часов, из которых, в среднем 25 % приходится на теоретическое обучение (без учета самоподготовки), еще 25 % - на прохождение персональной психотерапии (то есть на познание границ собственной личности), и около 50 % часов - на систематически супервизируемую практику.

До окончания супервизорской практики специалистом будущий психотерапевт не считается - он интерн, кандидат или супервизант в течение нескольких лет. И только после того, как его способности и умения будут позитивно оценены, как минимум, двумя опытными и признанными супервизорами, выносится заключение о пригодности к самостоятельной работе и выдается соответствующий сертификат.

В некотором смысле, это аналогично подготовке в академии художеств: диплом выпускника никому не дает право называться художником - это право должно быть заслужено в процессе длительного труда и в результате признания коллег. Для нас это - пока - в значительной степени только стратегическое направление, только перспектива.

Но уже сейчас (с учетом мирового опыта), мы должны продумывать и формировать предварительные решения о более широком привлечении к подготовке в качестве психотерапевтов, психо- и социокорректоров врачей общей практики (минуя психиатрию) и дипломированных психологов.

- 20 -

Как представляется, в подходах к этому вопросу нам необходимо принять, по крайней мере, 4 основополагающих тезиса:

1) психотерапевт (если он работает именно по этой специальности) никогда не делает никаких назначений и не выписывает рецептов;

2) в отличие от естественнонаучной медицины, где общепризнанным является принцип каузальности (наиболее четко проявляющийся в инфекционной патологии, где конкретный возбудитель вызывает конкретное заболевание), в психопатологии - «ответ» всегда является неспецифическим, то есть - один и тот же негативный фактор может вызывать самые разные (фактически - любые) формы расстройств (от легкой транзиторной дисфории или невроза до полного и пожизненного аутизма);

3) 80 % пациентов в психотерапевтической практике имеют чисто психологические проблемы или относятся к пограничным пациентам;

4) по данным ВОЗ от 30 до 40 % пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической помощи, а в психотерапевтической. И по прогнозам ВОЗ 1999 года количество таких пациентов к 2020 году возрастет вдвое.

Нужен ли здесь психиатр? Безусловно, нужен. Как консультант, назначающий медикаментозное лечение там, где для него есть показания (успехи психофармакологии никто не оспаривает), как эксперт, дающий заключение о вменяемости пациента, потребности в его изоляции или отсутствии таковой. Но психотерапевт должен стать



более самостоятельной фигурой в терапевтическом процессе, где четко определены рамки его специальности и компетентности. Но прежде всего, это предполагает особую подготовленность к систематическому и длительному общению с пациентом, особый склад личности, принятие весьма специфического кодекса поведения и стиля жизни.

Об очень важном, последнем и кардинальном отличии методики подготовки специалистов в ведущих странах мира. Когда мы говорим о двух или трех тысячах часов подготовки будущего психотерапевта, мы имеем в виду подготовку по конкретному методу психотерапии. Это две или более тысяч часов подготовки или по бихевиоральной психотерапии, или по психодинамической, или гуманистической, или директивной и т. д.

И по каждому методу - это обычно отдельное учебное заведение, куда выпускник вуза вновь приходит в качестве студента (слушателя), затем становится кандидатом и начинает проходить персональный тренинг и супервизии - только по конкретному методу. И так он и идет - в рамках избранной им специализации и института - от студента до профессора и супервизора (кстати, статус последнего в целом не ниже профессорского).

В таких институтах работает, как правило, около 20-30 (постоянно практикующих только в рамках одного направления) специалистов высшей квалификации. И каждый из институтов функционирует на базе конкретной клиники,

– 21 –

где применяется преимущественно один метод психотерапии (где работают единомышленники). Фактически, называя институт, который он окончил, любой западный психотерапевт одновременно представляется - к какому из направлений в психотерапии он принадлежит.

Давайте сравним, что делаем мы? Установленные стандартом 700 часов переподготовки по психотерапии включают более 400 часов повторного курса психиатрии. Оставшиеся 288 часов распределяются на наших кафедрах усовершенствования между 4-5 преподавателями, которые читают рациональную, директивную, когнитивную, бихевиоральную, эриксоновскую, групповую, телесноориентированную, аутогенную, транзактную, психоаналитическую, плюс - НЛП, гештальт, психосинтез, психодрама, арттерапия, символдрама, классический гипноз и т. д. (всего - около 40 методов). Группа за группой. В ряде случаев этим преподавателям просто некогда практиковать. Таким образом, на каждый метод приходится от 2 до 30 часов. И так называемый специалист после этого получает сертификат, приходит в клинику и имеет право применять один из методов (он же не использует все сразу!). Как с горечью констатировал на уже многократно упомянутом совещании в Архангельске профессор В. М. Шкловский<sup>9</sup>: «Преподаватели-теоретики от психотерапии готовят теоретиков для практики». Когда мы только начинали, по сути - на пустом месте, я думаю, многие помнят исторические приказы МЗО № 791 (1975) и №750 (1985), когда психотерапия впервые (как специальность, область знания и деятельности) появилась в России, этот — значительно упрощенный подход - был оправдан. Но сейчас нам нужно перейти на качественно новый этап. И самое сложное здесь - как специалисты, мы понимаем это лучше других - преодоление сложившихся стереотипов.

Когда в 1991 году мы открыли в России первый Институт Психоанализа и заявили, что курс подготовки только по одному единственному методу психотерапии будет составлять, как минимум, 4 года: как минимум, 1100 часов инструктивных занятий (лекций и семинаров), как минимум, 100 часов персонального анализа, плюс, как минимум, 300 часов индивидуальной работы с пациентом под руководством 2-х

или более супервизоров (не менее 100 часов супервизий), это вызвало у большей части коллег и представителей официальных структур не столько неприятие, сколько спокойный скепсис: «Да кто же на это пойдет?» Непонимание началось позднее, когда оказалось, что значительной частью новой волны российских психотерапевтов это востребовано. И сейчас в нашем институте учится более 400 специалистов из России, Украины, Белоруссии, Молдовы, новых Прибалтийских и Кавказских государств, а также ряда стран Азии и Западной Европы. После этого открылось еще несколько психоаналитических институтов, появились институты, ориентированные на гештальт, в одном из уважаемых государственных институтов обсуждается вопрос об открытии специализации в области поведенческой терапии...

---

<sup>9</sup> См. сноску <sup>2</sup>.

Постепенно даже у врачей-интернистов формируется понимание, что психотерапия и беседа с пациентом не имеют ничего общего; что слово, как инструмент терапии, действует в качестве такового лишь в чрезвычайно искусных руках и, как и скальпель, может и удалить болезненный очаг, и - если словом оперирует дилетант - убить пациента. Это понимание - уже важный шаг вперед.

Но трудности, безусловно, остаются. Можно ли преодолеть их с наскока? На последний вопрос, и с этим, вероятно, все согласятся, нужно ответить: «Нет». Мы пока проигрываем и в качестве, и в количестве специалистов и особенно - в кадрах для их подготовки. Я разделяю тревогу Министерства образования, неоднократно высказываемую профессором В. Д. Шадриковым, в связи с открытием более 300 психологических факультетов: кто готовит специалистов? Что им преподают? Это чрезвычайно важная и очень болезненная проблема, так как первоочередной задачей представляется заполнение кадрового вакуума. Вначале нужно создать реальную профессиональную среду. А для этого должны быть созданы базы подготовки и переподготовки преподавательских кадров.

Психотерапия - это не естественнонаучная, а гуманитарная область знания. И количество реальных направлений в психотерапии, также как и общепризнанных (мировых) концепций развития и структуры личности, весьма ограничено. И все они носят концептуальный, то есть гипотетический характер. Поэтому даже обычный здравый смысл подсказывает, что целесообразно апеллировать только к тем из них, которые выдержали проверку временем и практикой.

Очень кратко об одной методологической проблеме. Еще совсем недавно существовали так называемые «советские» психология, психиатрия и психотерапия, базировавшиеся на философской концепции некоего усредненного, бесполого и слегка различающегося по возрастным характеристикам - скорее - индивида, чем «личности».

В этой «всеобъемлющей» концепции преобладал деятельностный подход, при этом все, что касалось сферы внутренних переживаний, страданий, влечений (включая низменные), потребностей (включая сексуальные), мотивов (нередко - асоциальных), сновидений, сексуальных девиаций, человеческого нарциссизма, психопатологических комплексов, массового поведения, деструктивных тенденций и т. д. исходно или выводилось «за скобки», или упоминалось в качестве неких не заслуживающих особого внимания «составляющих».

В психоанализе это все было. И есть. И - в современном психоанализе - на принципиально ином методическом уровне, чем у Фрейда, Юнга, Адлера или даже

Кляйн. Поэтому периодически используемая апелляция противников психоанализа к классическим работам не выдерживает критики. Это то же самое, что критиковать современную математику, акцентируя внимание на необоснованности некоторых постулатов Евклида.

– 23 –

Однако не это главное. К какой бы части заинтересованной аудитории мы не принадлежали, как коллеги, мы должны с обеспокоенностью признать, что современная российская психология, психотерапия и философия переживают системный кризис. Как мне представляется, позитивного характера. Идет процесс поиска идентичности, а если еще точнее - процесс поиска и методологического обоснования будущих направлений развития.

Я думаю, этих направлений будет несколько. Единой российской психологии, психотерапии или философии уже нет. И это хорошо. Новые реальные направления и школы будущей российской науки появятся, по моим представлениям, лет через 20-25. Одним из таких направлений, я надеюсь, опять же - через 20-25 лет, будет психоанализ.

Как член и постоянный участник заседаний нескольких специализированных советов, включая философский, я очень люблю задавать диссертантам «подленький» вопрос: «К какому направлению (в философии, психологии или психотерапии) Вы принадлежите?» И нередко сталкиваюсь с его полным непониманием. Тогда я поясняю: «Я идентифицирую себя с психоаналитическим направлением, а Вы?» После этого собеседник обычно задумывается, но, как правило, готового ответа у него нет.

Мне кажется, что отсутствие четкой методологической идентификации связано с тем, что большинство философских и психологических факультетов готовят специалиста вообще, который может считать себя специалистом по всем направлениям сразу (своеобразное «единомыслие наоборот»). Некоторые именно так и поступают. Нет школ. Я думаю, что это порождает только иллюзию всезнайства и нарастающей анархии в нашем гуманитарном сообществе.

На этом этапе, когда школы в новой российской гуманитарной науке только формируются, нам было бы очень важно избежать нетерпимости между представителями различных направлений. Возвращаясь к любимой мною психотерапии, хотел бы добавить, что в современных условиях пока гораздо больше того, что нас объединяет. Мы все находимся примерно в одинаковых условиях, и единственный условно оптимистический вывод - пациентов хватит на всех. А реально оптимистический - у нас все впереди.

И только когда сформируются реальные школы, мы сможем ответить на социальный запрос населения в области психотерапевтической помощи.

Как мне кажется, нам нужно, даже вопреки нашим врачебным убеждениям, набраться мужества и ответственности и сделать психотерапию самостоятельной специальностью - в рамках медицины и медицинской психологии, то есть специальностью, которую может получить любой врач и любой клинический психолог, если он хочет и способен к этому, и если он готов пройти через серьезное испытание многолетней профессиональной подготовки.

Нам нужно набраться терпения и постепенно начать выделять (очень осторожно и методологически обоснованно) суб-специальности в психотерапии (их не так много, от силы 3-5, остальные - формы и варианты основных направлений).

– 24 –

Я сейчас сделаю отступление и умышленно немного акцентирую ситуацию. Любой психотерапевтический метод, как уже упоминалось, имеет в своей основе конкретную методологию (то есть - философию): психодинамическую, гуманистическую, бихевиориальную и т. д. И это кардинально отличает психотерапию от медицины. При этом суб-специалисты в психотерапии даже более различны, чем суб-специалисты в медицине. Поясню почему: в медицине одна методология - естественнонаучная. И, в общем-то, окулист и проктолог, хотя у них и разные инструменты, и объекты терапии очень непохожие, друг друга легко поймут (они говорят на одном языке). А в психотерапии - все совершенно иначе: объект - один и тот же (психика), а вот методология, методика и «инструменты», и даже большинство основных понятий - принципиально не совпадают. И представители двух различных направлений в психотерапии при любой теоретической дискуссии или при обсуждении любого практического вопроса не только не поймут друг друга, но даже не захотят понимать, так как индивидуальный выбор того или иного метода психотерапии, как профессии - это всегда вопрос индивидуальных предпочтений, это вопрос психического склада конкретной личности, ее образования, ее мировоззрения, ее представлений о себе и о мире. Безусловно, у психотерапевтов есть ряд общих тем и общих проблем, одна из которых обсуждается в этой публикации, но в частных случаях положение именно таково, как было отмечено выше.

Еще раз об актуальных задачах. Нам нужно было бы не спеша начать формировать полномасштабные циклы по конкретным методам и направлениям в психотерапии, а затем - способствовать созданию специализированных (или переориентации действующих) институтов по конкретным направлениям в психотерапии. Именно способствовать (!), потому что сложиться они могут только естественноисторическим путем (нельзя кого-то назначить бихевиористом, кого-то гипнологом, а кого-то психоаналитиком - это всегда индивидуальный выбор).

Нам нужно набраться решимости и (возможно, конвенциальным путем) ввести институт супервизорства по конкретным направлениям в психотерапии, но только однократно, из числа признанных специалистов, а всем будущим придется идти уже путем аналогичным западному.

Нам нужно найти в себе добрую волю и создать (пока - очень «мягкий») отечественный стандарт дополнительного психотерапевтического образования для врачей и клинических психологов, стандарт персонального тренинга и супервизий - также по конкретным направлениям в психотерапии. И уже потом - по мере становления российской школы, может быть, раз в десять лет - пересматривать эти стандарты и «подтягивать» их к европейским и международным критериям. Стандарт даже в 1000 часов для нас, как мне представляется, пока не реален, но 600-700 часов - по конкретному направлению в психотерапии - это был бы уже значительный шаг вперед.

- 25 -

Следует особо подчеркнуть, что изложенные принципы и предложения ни в коей мере не предполагают отказ от уже сложившегося и развивающегося в России интегративного направления. Это еще один путь. Пока он единственный, который реально действует, и нужно, чтобы он продолжал действовать.

Мы сделали очень смелый шаг, признав, что сильно отстали - и организационно, и методически. Но не критическое воспроизведение западной модели грозило бы нам опасностью еще большего отставания. В России и так уже много чего переломано, а мы, как специалисты, вероятно, все же больше, чем другие, подготовлены, чтобы уметь

ценить то, что уже сделано нами и нашими предшественниками, и предпринимать стратегические шаги в нескольких направлениях.

Как представляется, нам не стоило бы замыкаться на формальных (точнее - фасадных) критериях подобию Западу. Гораздо важнее критически переосмыслить мировой опыт, и с учетом беспрецедентности ситуации в России выработать собственные долговременные планы, стратегические и тактические решения. И наряду с уже действующими подходами, начинать готовить узких специалистов - по конкретным направлениям в психотерапии. Причем специалистов амбициозных, без чувства периферийности, обязательно учитывая при этом российскую социально-экономическую и психопатологическую ситуацию, специфику российской культурной и образовательной традиции. Мы не должны бояться учиться, но при этом помнить - опыт приобретается только посредством опыта и его критического переосмысления.

Одним из реальных шагов в этом направлении является публикация данной книги, которая представляет собой методическое руководство по конкретному направлению в психотерапии, и рассчитана, безусловно, на специалистов, имеющих достаточно солидную подготовку по теории и практике психоаналитической терапии.

\* \* \*

В заключение я хотел бы выразить благодарность доктору **Аннелизе Хайгл-Эверс** и моему старому другу и коллеге профессору Хорсту Кэхеле за предоставление прав и поддержку издания этой книги в России.

*М. М. Решетников<sup>10</sup>*

---

<sup>10</sup> Решетников Михаил Михайлович - ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа, президент Национальной Федерации Психоанализа, директор и зав. кафедрой «Теории и истории психоанализа» Санкт-Петербургского филиала Государственной Классической Академии Министерства Образования РФ, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор.

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

В своей книге «Лечение больного посредством воздействия на его психику» (1-е издание - весна 1918 г., передо мной лежит 6-е издание, вышедшее в 1956 году) один из основоположников немецкой психотерапии И. Х. Шульц пишет:

«каждый врач должен в такой степени ориентироваться в основах нашей области, чтобы он был достаточно вооружен для решения важных и весьма многочисленных задач, встающих перед ним в ходе его деятельности. Это подразумевает общее медико-психологическое обучение, усвоение основных знаний в области специальной психотерапии, изучение "малой" психотерапии и достаточное знакомство с учением о неврозах» (Schultz, 1956, с. 12).

Теоретические знания, необходимые в соответствии с этим традиционным требованием, можно получить при помощи предлагаемого *учебника по психотерапии*. Он адресован всем врачам, в своей клинической и практической деятельности имеющим дело с психотерапией. Предполагается также, что его читателями будут

психологи, занятые психотерапевтической деятельностью, и студенты-медики, желающие знать о психотерапии больше, чем им предлагает их курс. Кроме того, было бы желательно, чтобы к этому учебнику обратились читатели, которые при его помощи получили бы возможность в общих чертах познакомиться с сегодняшним состоянием врачебной психотерапии. Это могли бы быть и ученые других факультетов, но прежде всего врачи, которые до сих пор не слишком часто соприкасались с психотерапией. Хотя благодаря прогрессу ориентированной на естествознание соматической медицины врачи во все большей степени понимают, что в процессе лечения больного необходимо использовать методы, обращенные к его психике, все же удивительно, сколь долгое время понадобилось, чтобы психотерапия обрела достойное признание наряду с другими врачебными профессиями. Несмотря на ее длительное и интенсивное развитие, в течение долгого времени ее рассматривали лишь как некую дополнительную дисциплину. Требуемый статус самостоятельной профессиональной области ей был гарантирован лишь постановлением Съезда немецких врачей, состоявшегося 14-15 мая 1992 года.

В спорах по поводу областей компетенции различных профессиональных групп, а также тогда, когда речь заходит о распределении гонораров, еще и сегодня нередко говорят о ненаучности и неэффективности используемых в психотерапии приемов и методов. Однако на деле психотерапия соответствует требованиям гарантии качества и контроля за эффективностью. Во всяком случае, таким образом действуют серьезные психотерапевты.

– 27 –

Врачи, психологи и студенты часто спрашивают меня, есть ли солидный учебник по психотерапии, который отличался бы научной основательностью, хорошим языком и прогрессивной направленностью. Кроме того, спрашивающие ожидают, чтобы им рекомендовали литературу, которая не исходила бы исключительно из какой-либо *одной* школы или *одной* методики. Однако, несмотря на наличие значительного количества психотерапевтической литературы, ощущается явный дефицит в изданиях, сочетающих в себе широкий охват и ясное изложение соответствующей проблематики.

В профессиональных кругах нередко говорят о «геттингенской модели». Теперь она впервые представлена в обобщенном виде. С ней связаны имена ее инициаторов Хайгл-Эверс и Хайгла, а также Кёнига, Линднера, Штреека и Отга. Наряду с редакторами этой книги к ее авторам принадлежат также и их друзья Энке, фон Фербер, Гайер и Рюгер, а кроме того и другие опытные психотерапевты. Всех их объединяет одно: они исходят из того, что в арсенале психотерапевтических методов психоанализ занимает выдающееся место. В соответствии с этим из присутствующего в данном учебнике тщательного и понятного изложения принципов психоанализа о последнем можно получить весьма подробные сведения. Здесь также будет уместным процитировать И. Х. Шульца, писавшего в упомянутой выше книге:

«возникновение всей современной специальной медицинской психологии и теории неврозов стало возможным благодаря тому, что их основатель, Зигмунд Фрейд, впервые в истории медицины занял по отношению к "невротическим больным" совершенно непредвзятую психиатрическую, принимающую и сопровождающую позицию» (Schultz, 1956, с. 23).

Я выбрал эту цитату потому, что хотя ее автор не считается представителем психоанализа, он все же видел решающее фундаментальное значение психоаналитических тезисов Зигмунда Фрейда.

Авторов этой книги нельзя рассматривать как ортодоксальных психотерапевтов, напротив, они смотрят на психотерапевтические и психоаналитические приемы как бы через «широкоугольный фотообъектив», позволяющий производить съемку больших участков пространства. Поэтому о предлагаемой книге также можно сказать, что она охватывает широкий круг самых различных тем, имеющих отношение к психотерапии. Так, само собой разумеющимся является то, что от базиса аналитической психотерапии как теоретического ядра перебрасывается мост к иным способам лечения.

Тот, кто знаком с Хайглами, знает, насколько важную роль они отводят групповой терапии, направлению, получившему развитие в последние десятилетия благодаря новым научным знаниям. Для практики особенное значение имеет то, что читатель узнает из компетентного источника, что как психотерапия, имеющая свой фундамент в глубинной психологии, так и психоаналитико-ин-

– 28 –

терапциональная психотерапия могут использоваться как методы групповой терапии. В особенности авторы стремились к тому, чтобы дать четкое описание соответствующих показаний и детального применения таких методов.

Особенно важным мне представляется то, что кроме психоанализа и его непосредственного продолжения читатель может получить представление об актуальных психотерапевтических направлениях, и то, что в книге описываются также и те методы, которые находят применение в общей практике и - в связи с психосоматическими явлениями - в иных специальных областях. В этом отношении следует сказать о полном психосоматическом уходе за больным, который в большинстве случаев осуществляется врачами общей практики, терапевтами и педиатрами. Для этого требуется, чтобы эти врачи получили дополнительную подготовку в области психотерапевтической теории, а также могли вести поддерживающие психотерапевтические беседы и были обучены методам внушения и расслабления. В соответствии с этим в данной книге обсуждаются не только глубинно-психологические аспекты психотерапии.

Когда в настоящем предисловии я более обстоятельно останавливаюсь на содержании этой книги в представляющихся мне важными пунктах, то это для того, чтобы показать читателю, что авторы говорят о более широком определении психотерапии, включающем в себя также и междисциплинарные аспекты и выходящие за пределы какой-нибудь определенной дисциплины проблемы. Это широкое определение соответствует уровню современных психотерапевтических исследований. Следует понимать, что психотерапия не столько может рассчитывать на сенсационные успехи, сколько требует скромности и напряженной терапевтической работы. Количество психотерапевтических методов, на многочисленность которых так часто жалуются, сократится, если ограничиться методами лечения больного и при этом добросовестно следить за правильностью показаний и эффективностью.

*Вернер Штукке, профессор, доктор медицины*

– 29 –

## **ПРЕДИСЛОВИЕ НАУЧНЫХ РЕДАКТОРОВ**

Целью этой книги является введение в психотерапию, в ориентированную главным образом на психоанализ психотерапию, как она развивалась в Германии после Второй мировой войны, продолжая традицию предыдущей эпохи, эпохи, предшествовавшей национал-социалистскому междоусобию, и как она с тех пор применяется в рамках ухода за больными. Используемые при этом методы были признаны обязательными услугами, предоставляемыми согласно официальному медицинскому страхованию, и тем самым стали доступны каждому нуждающемуся в них гражданину. Статус психотерапии в системе повышения квалификации врачей удостоверяется не только фактом существования двух дополнительных специальностей, психотерапии и психоанализа, но и в соответствии с постановлением Съезда немецких врачей - введением трех врачебных специальностей: врача-специалиста по психотерапевтической медицине, врача-специалиста по психиатрии и психотерапии и врача-специалиста по детской и юношеской психиатрии и психотерапии.

Клинический опыт, лежащий в основании психоаналитико-психотерапевтических методов, изложенных в данной книге, в течение долгого времени накапливался в области как стационарной, так и амбулаторной практики. При этом терапевты сталкивались с широким спектром полностью или частично психически обусловленных заболеваний, с нарушениями, при которых, как вскоре выяснилось, стандартный психоаналитический метод, сугубо индивидуальная психоаналитическая терапия оказывалась недостаточной. Знакомство с психоанализом, на использование которого в первую очередь были направлены клинические усилия, привело к возникновению интеракционных процессов, постепенно давших терапевтам интенсивный, многому их научивший опыт. Этому содействовали пациенты, которые учили терапевтов, на каких методических путях и при помощи каких технических средств они могут добиться терапевтического успеха. Эти процессы обучения привели к использованию модифицированных форм психоанализа, причем за стандартным методом осталась определенная область показаний. Этот процесс начался именно в то время, когда психоанализ вновь получил широкое распространение. Для помощи и содействия этому процессу нового утверждения психоанализа в Германии были основаны институты для специальной подготовки врачей и психологов в области психоанализа и психотерапии, которым мы во многом обязаны достигнутыми сегодня в этой области результатами. Эти институты объединены в рамках DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie - Немецкое общество психоанализа, психотерапии, психосоматики и глубинной психологии).

То, что в ходе достаточно недолгой истории своего развития психотерапия проводилась в стационарных, а позднее в частично стационарных условиях, вскоре привело также и к возникновению определенных комбинаций психотерапевтических методов, таких, как психоаналитическая психотерапия, узконаправленная механотерапия, спортивная и танцевальная терапия, аутотренинг и гипноз, трудотерапия, арт-терапия и музыкальная терапия, кататимно-имажинативное переживание, методы поведенческой и вербальной терапии. Для ориентированной на психоанализ стационарной терапии уже достаточно рано стало характерным лечение пациентов с психически обусловленными заболеваниями в группах, как правило, в комбинации с индивидуальной терапией. Как в стационарной, так и в амбулаторной терапии сыграло свою роль и привлечение к лечению близких родственников, а также возникшая позднее аналитически ориентированная семейная терапия.



Опыт, полученный при знакомстве с разнообразными нарушениями и с различными областями практики, также побуждал к тому, чтобы направить свой интерес и готовность к сотрудничеству в сторону непсихоаналитической врачебной психотерапии. Это касается прежде всего Всеобщего врачебного психотерапевтического общества, а также мероприятий по повышению квалификации и специальной подготовке врачей, состоявшихся в Линдау, Любеке и Аахене. Обсуждение психотерапевтических проблем ухода за больными, проявляющихся во всех областях медицины, вызывало все больший интерес. Концепция полного психосоматического ухода за больным (Штукке) означала включение психотерапевтических аспектов во все области врачебной деятельности. При этом особенное значение получил метод косвенного ухода, разработанный психоаналитиком Балинтом (балинтовские группы).

В самой терапевтической работе, как в условиях стационара, так и при амбулаторном уходе, разнообразный характер нарушений выдвигал на первый план все новые задачи, связанные с дифференциацией показаний. Так, во все большей степени требовалось проводить различия между пациентами, которые могли рассчитывать на успех психоаналитического предложения в более узком смысле слова, и пациентами, для которых такие предложения были бы бесполезны. При нарушениях у первой группы речь идет об обращенном вовнутрь опыте патогенных конфликтов, развившимися и ставшими бессознательными в некоем треугольном поле отношений, как правило, в эдипальном треугольнике; у другой группы речь идет о внутренней несовместимости, возникшей в диадических отношениях (как правило в ранних интеракциях мать-ребенок), которые не могли преобразоваться во внутренние конфликтные напряжения; поэтому они экстернализируются и подвергаются интеракциональной переработке, факт возникновения которой, а также ее значение для пациента не поддаются осмыслению.

– 31 –

Диагностическую и терапевтическую quintessence клинического опыта можно изобразить при помощи дихотомической структуры психогенных заболеваний; она устанавливается согласно следующим критериям:

- эдипальные конфликты либо доэдипальные несовместимости,
- триадические объектные отношения либо (псевдо-) диадические,
- (фиктивное) нормальное Эго либо Эго, к которому адаптация предъявляет чрезмерно высокие требования и ослабляет его,
- относительно автономное Суперэго либо доавтономные схемы Суперэго,
- частичная регрессия влечения после достижения эдипальной стадии либо фиксация влечения преимущественно на оральной стадии,
- либидозно-агрессивная ориентация на объект либо нарциссическая ориентация.

Результатом этой диагностической дифференциации является дифференциация показаний; в соответствии с этим в индивидуальной и групповой терапии используются три различные методические модификации психоанализа: аналитическая индивидуальная и групповая терапия, глубинно-психологически обоснованная (аналитически ориентированная) индивидуальная и групповая терапия, аналитически-интеракциональная индивидуальная и групповая терапия.

*Первый раздел* предлагаемой книги составлен и структурирован следующим образом: теоретическим базисом является концепция патогенного конфликта; в первой части раздела представлены ее исторические основы и дальнейшее развитие. После

введения относящихся к данной теме понятий проводится разграничение между обоими клинически релевантными типами психопатологии. Затем следует описание соответствующей диагностики; при этом принимаются во внимание критерии, необходимые для дифференциации различных показаний. После этого излагаются три вышеупомянутых способа применения психоанализа, рассматриваемые отдельно в соответствии с тем, применяются они в *дуальной аранжировке* или *коллективно*, в небольшой группе. Теоретическая ориентация и клинические приемы иллюстрируются и предлагаются к обсуждению при помощи многочисленных примеров из практики.

Во *втором разделе* книги излагаются те методы, без которых достаточно успешная психотерапия невозможна в первую очередь в рамках общих лечебных планов стационарной и частично стационарной терапии, но также и в амбулаторной области. Наряду с этими методами, разработанными и испытанными прежде всего в рамках комбинированных способов применения психотерапии, в данном разделе представлена еще одна психотерапевтическая школа, отличающаяся строгой теоретической конструкцией - поведенческая терапия; далее следуют описания ориентированной на клиента разговорной терапии, а также семейной терапии с ее различными теоретическими подходами. Методы, изложенные в этом разделе, должны дать информацию прежде всего о том,

- 32 -

в чем должна состоять специальная подготовка, необходимая для получения квалификации в области врачебной психотерапии (как дополнительной дисциплины «психотерапия»), а также о будущем содержании психотерапевтической психологии.

В *следующем разделе* книги речь идет о том, каким образом и в какой форме психотерапевтическое предложение включается в диагностику и терапию, что относится к другим областям медицинского ухода.

В качестве своего рода центра тяжести теоретической рефлексии можно рассматривать *раздел*, посвященный исследуемым в *психотерапии факторам внешнего воздействия*.

Исходя из этой перспективы, следует ожидать, что согласно моделям, определяющим общественное понимание этих проблем, пациенту/клиенту/гражданину будет во все большей степени передаваться ответственность за свое здоровье. Согласно представленной в этом разделе точке зрения, эти модели во все меньшей степени смогут реализовываться с помощью медицины; напротив, они потребуют того, чтобы обыкновенные люди более серьезно относились к своей собственной жизни. Поэтому большие шансы на успех психосоциальной медицины заключаются в том, что она может давать жизненные советы не только при преодолении психических кризисов, но и при реализации жизненных проектов, и в том, что она может содействовать самопомощи больного.

Представленную в данной книге психотерапию следует понимать как выражение усилий по такому всеобъемлющему уходу за пациентом, какой Фрейд еще в 1918 году - в эпоху политического и общественного переворота - описал в одном, обращенном в будущее проекте.

«А теперь в заключение я хотел бы привлечь внимание к некоей ситуации, принадлежащей будущему, которая многим из вас покажется фантастической, но которая, однако, заслуживает, по моему мнению, того, чтобы к ней мысленно готовиться. Вы знаете, что, наша терапевтическая эффективность не слишком высока. У нас только по две руки, и каждый из нас даже при

напряженной работе может в течение года посвятить себя лишь небольшому количеству больных. По сравнению с огромным количеством приносящих различные беды неврозов, которые существуют в мире и которым, возможно, не стоит существовать, те из них, что мы можем устранить, в количественном плане даже не стоит принимать во внимание...

Теперь предположим, что благодаря определенной организации нам удалось увеличить наши ряды настолько, что нас стало достаточно для лечения больших масс людей. С другой стороны, можно предвидеть: когда-нибудь совесть общества проснется и напомнит ему, что бедный человек имеет точно такое же право на психическую помощь, какое у него уже есть теперь на спасающую ему жизнь

– 33 –

помощь хирурга. И что неврозы угрожают здоровью народа не меньше, чем туберкулез, и в столь же малой степени, как и он, могут быть отданы на попечение бессильному отдельному простому человеку. Следовательно, с течением времени будут основаны учреждения и амбулаторные институты, в которых специально подготовленные в области психоанализа врачи будут работать, чтобы посредством анализа сохранить способность к сопротивлению и трудоспособность мужчинам, которые иначе станут пьяницами, женщинам, которые обессилевают под грузом самоотречения, детям, которым предстоит выбор лишь между одичанием и неврозами...

Затем перед нами встанет задача приспособить нашу технику к новым условиям.

...Очень вероятно также, что мы будем вынуждены сплавлять чистое золото анализа с большой долей меди прямого внушения, и в этой ситуации, как и при лечении военных неврозов, гипнотическое воздействие также смогло бы вновь найти свое место. Но какой бы вид ни приняла эта терапия для народа, из каких элементов она бы ни состояла, ее наиболее действенными и важными частями несомненно останутся те, что будут заимствованы у строгого, нетенденциозного психоанализа» (Freud, ПСС XII, 1918, с. 183-194).

– 34 –

## **ОЧЕРК ПСИХОАНАЛИЗА И АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

### **КОНЦЕПЦИИ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ О БОЛЕЗНЯХ**

#### **1. О ТЕОРИИ КОНФЛИКТА В ПСИХОАНАЛИЗЕ**

В качестве вступления и для обеспечения более глубокого понимания психогенных нарушений и заболеваний, их диагностики и терапии, мы хотим представить важнейшие концепции психоанализа. Мы хотели бы, прежде всего, остановиться на ключевом и наиболее значимом понятии - психическом конфликте, как он

рассматривался и концептуализировался на всех этапах развития психоаналитической мысли.

## 1.1. Ранняя модель психического конфликта

Понятие конфликта с самого начала играло центральную роль в развитии психоаналитического учения. Для введения в данную тему мы хотим процитировать некоторые отрывки из одной из ранних работ Фрейда, где он среди прочего пытается дать психологическое разъяснение картины симптомов при истерии.

*«У пациентов, которых я анализировал, психическое здоровье сохранялось только до тех пор, пока в жизни их представлений не возникла ситуация, которую они не могли перенести. То есть до тех пор, пока их Эго не сталкивалось с переживанием, представлением, чувством, которое будило столь болезненные аффекты, что человек решал о них забыть, поскольку считал невозможным преодолеть противоречие этого непереносимого представления со своим Эго с помощью мыслительной работы.*

Такие непереносимые представления у женщин возникают в основном на почве сексуальных переживаний или впечатлений. Заболевшие вспоминают о своих попытках к защите, своих намерениях это событие «отодвинуть», не думать об этом, подавить свои размышления. В моей практике было огромное количество такого рода пациенток (к примеру, случай молодой девушки, которая корила себя за то, что ухаживая за своим больным отцом, думала о молодом человеке, который произвел на нее легкое эротическое впечатление, или случай одной гувернантки, которая влюбилась в своего хозяина и решила во что бы то ни стало это свое стремление выкинуть из сознания, так как оно казалось непереносимым для ее гордости и т. д.

– 37 –

Я, конечно, не могу утверждать, что волевое усилие, направленное на вытеснение чего-либо подобного из мыслей, – это патологический акт; также я не могу сказать, является ли успешным намеренное забывание и каким образом оно происходит у тех личностей, которые в аналогичной ситуации остаются здоровыми. Я знаю только, что пациентам, с которыми я работал, такое «забывание» не удалось. Оно лишь привело к различным патологическим реакциям, которые вызвали или истерию, или навязчивые представления, или галлюцинаторный психоз. В способности с помощью волевого усилия вызывать такие состояния (связанные, на самом деле, с расщеплением сознания) следует видеть выражение патологической диспозиции, которую, однако, не стоит однозначно идентифицировать с личностной или наследственной «дегенерацией».

О дороге, ведущей от волевого усилия пациента к возникновению невротических симптомов, я составил представление, которое с помощью употребляемых в психологии абстракций можно выразить следующим образом: задача излечить непереносимые представления как «поп arrive», которую с целью защиты ставит Эго, напрямую неразрешима; как следы памяти, так и присущие представлениям аффекты не следует искоренять ни тогда, ни потом. Предварительного решения этой задачи удастся добиться сразу же, как только получается сделать из этого сильного

представления слабое, вычленив из него сопутствующий ему аффект. Слабое представление тогда определяется не как притязание на ассоциативную работу; отделенной от него сумме возбуждения следует найти какое-либо другое применение» (ПСС I, 1894, с. 61-63).

Нам представляется, что здесь уже обозначен основной образец патогенного психического конфликта, как он до сих пор определяется в психоаналитической практике: непереносимое представление; Эго, с одной стороны, как носитель неприятного аффекта, с другой - как исполнитель защиты; тягостный аффект, с одной стороны, как вина, с другой - как ущемленная гордость; защитные механизмы, состоящие из мышления, забывания, подавления, замещения; неизгладимость однажды пережитого из памяти, следы памяти и связанный с представлением аффект; патогенная диспозиция; наконец, патогенная реакция в форме истерической, навязчиво невротической или другой симптоматики. В этой ранней модели Эго и непереносимость представления противостоят друг другу.

Фрейд уже в первых своих попытках понять определенные клинические феномены, такие как истерия, с учетом их возникновения и функционирования, различал два вида раздражителей, на которые организм реагирует и которые он, соответственно принципу константности, должен переработать: раздражения из внешних источников, которые субъект может избегать, и из внутренних источников, скрыться от которых он не может (к внутренним раздраже-

- 38 -

ниям относятся также и переживания влечений). Константность достигается, во-первых, посредством отпора уже имеющейся энергии, во-вторых, посредством уклонения от всего того, что могло бы привести к увеличению количества возбуждения, и с помощью защиты от прироста (Laplanche und Pontails, 1972, с. 260-261); принцип константности тесно связан с принципом удовольствия, в этом отношении можно понимать неудовольствие как субъективное восприятие увеличения напряжения, а удовольствие как показатель снижения напряжения (Laplanche und Pontails, 1972, с. 261).

Сформулированный Фрейдом принцип константности означает, что психический аппарат имеет тенденцию сохранять содержащееся в нем количество возбуждения на как можно более низком уровне или, по меньшей мере, настолько постоянным, насколько это возможно.

## **1.2. О развитии учения об инстинктах**

Фрейд сформулировал свое учение об инстинктах, которое изначально было учением о либидо, на основе критического рассмотрения форм проявления детской сексуальности и перверсий и при этом предложил модель фаз развития детской сексуальности (ПСС V, 1905, с. 27). Содержанием этого, протекающего по определенным фазам, развития является полное удовольствие освоение своего и чужого тела. При этом, по мнению Фрейда, происходит развитие частичных либидозных влечений по образцу удовлетворения базовых организменных потребностей. Так, при приеме потока пищи происходит стимуляция кожи губ и полости рта с помощью объекта (здесь пищи) как материала орального удовлетворения.

Потребительские нужды и возбудимая телесность в переживании субъекта могут объединяться, результатом чего становится появление эрогенной зоны. С учетом более

современной точки зрения, следует отметить также, что при формировании эрогенных зон и при преобразовании диффузно возбудимых зон в эрогенную зону решающую роль играют соответствующие субъект-объектные отношения, особенно ранние взаимодействия матери и ребенка.

Это переживание потребности и полное удовольствие от удовлетворения при взаимодействии с объектом для грудного ребенка выступает как опыт в отношении следов воспоминаний. Разделение с оральным объектом протекает в рамках псевдо-диадического отношения: отношение к объекту еще нечетко отделяется от себя самого, так как изначально оральный объект - это материнская грудь.

Соответствующим образом развивается и частичное анальное влечение. Ид опирается на телесные потребности анального и уретрального выходов и развивается под действием стимуляции относящихся к ним возбудимых зон

– 39 –

кожи и слизистых оболочек, а также мышц, закрывающих анальное отверстие. Когда говорят об эрогенных зонах орального переживания удовольствия, имеют в виду получение удовольствия за счет определенного материала, тогда как анальное удовольствие усиливается в противостоянии объекту (содержание кишечника) и за счет овладения им с помощью выталкивания или удерживания, с помощью активной манипуляции. Также здесь имеет значение то, какую роль играет объект отношений при возникновении эрогенных или по-иному занятых зон; как формируется реакция на отказ, протест и противостояние со стороны объекта отношения. Одновременно, особенно в связи с воспитанием чистоплотности, вступает в спор об объекте (содержание кишечника) и третий объект, с которым ведется борьба за анальный объект; этот третий объект также может стать адресатом анального подарка. Здесь уже вырисовывается тот треугольник, который играет столь важную роль как в преэдиповых, так и в эдиповых конфликтах.

На фаллической фазе фокусом концентрации удовольствия в собственном теле становится фаллическая или клиторальная зона. Здесь ребенок переживает в собственном теле, без какого-либо внешнего воздействия, возможность полного удовольствия возбуждения, которое связано с чувством независимости, самораскрытия, лучащегося выступления, «большой радости». Конечно, здесь тоже важное значение имеет поведение значимых людей. Среди прочего, от этого поведения зависит, сможет ли ребенок с самого начала воспринимать себя в своем фаллическом удовольствии и экспансии как источник удовольствия для других.

Это развитие заканчивается эдиповой фазой. Тем самым формируется новое поле конфликта: отныне ребенок в полной мере конфронтует с третьим объектом, то есть с соперником, за желаемый второй объект. В этой связи на базе переживания «быть меньше, чем...» или «иметь меньше, чем» возникают страх кастрации или зависть к пенису и проистекающие из этого интерперсональные конфликты, которые сопровождаются эмоциями зависти и ревности, а также стыдом и виной. При этом особенное значение получает упоминающийся Фрейдом конфликтный элемент захватывающего сексуального переживания.

Вопрос о том, в какой мере, говоря об инстинктах, следует иметь в виду соматическую силу или психическую энергию, был решен Фрейдом с помощью введения понятия репрезентации. Оно означает способ перевода из соматического в психическое. Репрезентация инстинкта в то время понималась Фрейдом как репрезентация представления. Другой элемент - это аффективный вклад. Он отделен от

представления и находит «выражение, соответствующее количеству, в событиях, которое можно обозначить как аффекты ощущений» (ПСС X, 1915, с. 255).

С инстинктами, таким образом, соотносятся репрезентативный элемент (репрезентация инстинкта, она же репрезентация представления) и аффективный (количественный) элемент, хотя Фрейд и не вводил понятия аффективной

– 40 –

репрезентативности (см. об этом ниже в этой части). В то время как репрезентации представлений, влечений могут быть вытеснены с целью регуляции удовольствия-неудовольствия, суть аффективного кванта в другом: он или преобразуется в качественно новый аффект, скорее всего, страх, или подавляется (ПСС X, 1915, с. 255-256, 276-277).

Такое подавление, однако, это не просто вытеснение в бессознательное, как это происходит с представлениями. Поэтому в строгом смысле нельзя говорить о бессознательных аффектах. В системе бессознательного (топографической теории) обнаруживается лишь возможность для возникновения аффекта; таким образом влечение представлено только в системе предсознательного/сознательного (или в системе Эго) в виде аффекта (ПСС X, 1915, с. 277).

Достаточно нестрогое определение Фрейдом аффектов в их связи с инстинктами можно объяснить тем, что Фрейд уравнивает присущую инстинкту сумму возбуждения и квант аффекта инстинкта. Здесь следует отметить, опираясь на результаты исследований аффекта (см. соответствующий раздел данного учебника), что специфических аффектов влечений не существует: когда влечение достигает определенного уровня возбуждения, направленного на желаемый объект, независимые от инстинкта исходные аффекты включаются в отношения к объекту влечения как регуляторы (Krause, 1983).

Учение Фрейда об инстинктах вплоть до своего окончательного оформления в виде дуализма Эроса-Танатоса (инстинкт жизни-инстинкт смерти) претерпело множество изменений. И это еще раз показывает, сколь тяжело было придать удовлетворительную теоретическую форму всему спектру клинических наблюдений и собственных наблюдений.

Сексуальный инстинкт в своем развитии с самого начала представлен частично и полиморфно, его целью является устранение напряжения из соматических источников (эрогенные зоны). Изначально не сталкивающееся с препятствиями внутреннее стремление приобретает свои исключительно индивидуальные черты по мере того, как в опыте субъекта появляются разнообразные способы удовлетворения инстинкта.

Другой тип инстинкта был описан Фрейдом под названием инстинкта сохранения Эго или инстинкта самосохранения. Эго использует его энергию в защитном конфликте с инстинктом сексуальности.

В то время как Эго, в соответствии с первой моделью конфликта, рассматривалось как оппозиция непереносимым для него представлениям и выступало одновременно как защищающий элемент, инстинкты самосохранения и сексуальности стоят отныне в оппозиционном напряжении по отношению друг к другу. Теперь исполняющее защитные функции Эго черпает используемую для этого энергию или мотивацию из инстинктов самосохранения. Впоследствии также будет указано на то, что инстинкты самосохранения или Эго-инстинкты

– 41 –

обладают нарциссическим качеством, так что следует говорить о нарциссических инстинктах, являющихся контрагентами направленного на объект сексуального влечения (см. ниже).

С клинической точки зрения, в этих первых формулировках теории влечений речь идет о противостоянии в защитном конфликте сексуальных и Эго-инстинктов (ПСС VIII, 1911, с. 234), с генетической точки зрения - о противостоянии инстинктов самосохранения и сексуальности.

В 1910 году Фрейд назвал всю совокупность несексуальных потребностей инстинктами самосохранения. В психическом конфликте они участвуют как Эго-инстинкты. Оба полюса этого конфликта были обозначены Фрейдом (ПСС VIII, 1910, с. 97-98) с помощью двух элементарных понятий, в которые включены все действующие в человеческой душе органические потребности; Шиллер в свое время сказал о них так:

«До тех пор, пока за структуру мира  
Отвечает философия,  
он движется вперед  
за счет голода и любви»

В ходе последующих исследований Фрейд столкнулся с амбивалентностью любви и ненависти и трудился над тем, чтобы интегрировать ее в учение об инстинктах. Это оказалось нелегкой задачей: «...отношения любви и ненависти не определяют отношения влечений к их объектам, но зарезервированы для отношения Эго к объектам в целом» (ПСС X, 1915, с. 229). После чтения этой работы можно выдвинуть гипотезу об агрессивной тенденции, которая не представляет собой компонент инстинкта сексуальности, но принадлежит к инстинкту самосохранения.

По ту сторону сферы действия инстинкта, который направлен на либидозное удовлетворение, то есть на получение удовольствия (или, по меньшей мере, на снижение неблагоприятного напряжения), лежат клинические феномены вынужденного повторения. Эти феномены были выявлены главным образом при диагностико-терапевтическом рассмотрении невротических состояний и меланхолии и описываются с помощью понятий амбивалентности, агрессивности, садизма, мазохизма и ненависти. В поисках типа инстинкта, который сделал бы понятными эти феномены и в то же время мог бы быть рассмотрен в качестве полярного напряжения по отношению к ранее введенному понятию инстинкта сексуальности, Фрейд обнаружил инстинкт смерти (ПСС XIII, 1920, с. 40). Этому инстинкту противостоят все те модальности инстинктов, которые направлены на удовлетворение и получение удовольствия, короче, на сохранение индивида и тем самым жизни (Эрос) (ПСС XIII, 1923, с. 268).

В противоположность направленным на обеспечение жизни и ее сохранение инстинктам инстинкт смерти стремится к полному упразднению напряжений, которые характеризуют существование-в-жизни, к возврату от многокле-

точного организма с его нестабильностью, которую нужно постоянно регулировать, к стабильности неорганического, из которого произошло органическое, к стабильности окончательного устранения напряжения. Инстинкты смерти, которые направляются как первичный мазохизм сначала вовнутрь, на саморазрушение субъекта, могут быть обращены вторично вовне, против объектов; они были обозначены Фрейдом как инстинкты разрушения (ПСС XIII, 1923, с. 269).



В результате усилий Фрейда, наблюдаемые им в клиническом исследовании - особенно в исследовании меланхолии - психологические феномены были сведены к биологической основе, однако в свете современных биологических исследований они оказались не вполне точны. Жизнь и смерть с микробиологической точки зрения рассматриваются не как противоположности; они лежат в одном континууме, который не допускает однозначного отделения этих состояний друг от друга (Brenner, 1986, с. 27). Однако при этом сохраняются психологические феномены, которые можно свести к инстинкту агрессии, и обоснование принятия существования такого инстинкта остается несомненным.

Гипотеза Фрейда о стремлении к смерти, направленном изначально против субъекта и реализующемся в биологических процессах, подвергалась значительной критике. Направленное на объект стремление к агрессии, понимаемое Фрейдом как обращение субъекта на объект, перенаправленное изнутри наружу стремление к смерти, в клинической практике вело к смещению акцентов: направленная на объект часть инстинкта смерти приобретала как инстинкт агрессии все большее значение и привлекала все большее внимание, а биологические детерминанты агрессивного поведения нередко упускались из виду. Агрессивность рассматривалась преимущественно с точки зрения влияния окружения, специальных условий социализации. Однако с некоторых пор обсуждается имеющий биологические корни изначальный инстинкт агрессии и разрушения; при этом говорится также об инстинкте убийства (см. Heigl-Evers und Ott, 1997с; Petri, 1996, с. 132; Rudol, 1993, с. 92). Это можно связать с дискуссией об историческом насилии и уничтожении людей (в особенности в нацистской Германии в период Холокоста), а также с сегодняшними актами жестокости и происшествиями, которые при помощи средств массовой информации поступают к нам ежедневно в потоке новостей. Все больше жестокости мы переживаем и в непосредственном повседневном опыте.

Дискуссия об инстинкте убийства актуальна также в связи с результатами последних социально-биологических исследований. В них среди прочего было показано, что у гоминид, в первую очередь, у шимпанзе, существует предрасположенность к уничтожению сородичей, чего до сих пор этологи не замечали (Goodall, 1986; Kortland, 1972; Ploog, 1995). С социально-биологической точки зрения, такие способы поведения рассматриваются в связи с императивными стремлениями к передаче своего генома и тем самым к продолжению и сохра-

- 43 -

нению вида. Осуществление соответствующих тенденций и импульсов поведения, понимаемых как выражение инстинкта убийства, допускается (в особенности представителями неodarвинизма) также и у родственников *Species humana* (Vogel, 1989).

Следует пояснить, что в попытках Фрейда концептуализировать психический конфликт в относящихся к этому полях напряжения, всегда был и оставался инстинкт, при этом он понимался и рассматривался Фрейдом с различных точек зрения и по-разному обозначался. Для определения значения инстинктов и их следствий для концептуализации психического конфликта необходимо представить структурную теорию и последующие теоретические концепции.

### **1.3. От топографической к структурной модели**

В связи с моделью психического конфликта всегда использовалось понятие *защиты*. Защита относится к самым ранним концепциям Фрейда. Она с самого начала рассматривалась в тесной связи с Эго, как та часть личности, которую Эго хочет защитить от любых нарушений.

«К Эго больного приближается представление, которое оказывается непереносимым, которое пробуждает силу отталкивания со стороны Эго; целью такого отталкивания является защита от этого непереносимого представления. Защите фактически удалось вытеснить данные представления из сознания и из воспоминаний, их психический след, по-видимому, невозможно обнаружить» (ПСС I, 1895, с. 269).

Таким образом, речь идет о защите Эго от непереносимых представлений, то есть от вызывающих отвращение раздражителей, от которых нельзя убежать и против которых нельзя воздвигнуть защищающий барьер. Соответственно, развивающееся вследствие этого отталкивание обращается вовнутрь, в недоступную область, область бессознательного.

Одно из самых волнующих клинических открытий Фрейда заключается в том, что этот процесс отталкивания, защиты со стороны Эго, направляется в бессознательное неосознанно.

Для представления обеих систем, которые были образованы в соответствии с *первой топической теорией* психического аппарата, Фрейд выбрал пространственную метафору. Он приравнял систему бессознательного к большому тамбуру, в котором роятся душевные побуждения. К этому тамбуру примыкает вторая, более узкая часть, разновидность салона, в которой пребывает сознание. На пороге между двумя этими подпространствами Фрейд видел сторожа, в обязанности которого входит рассмотрение отдельных побуждений души. Он отбирает и не допускает в салон те из них, которые вызвали неудовольствие (ПСС XI, 1916/17, с. 305). Между тем выяснилось, что отдельные особи, которые снуют в этом пространстве, не придерживаются ранее

– 44 –

предписанных им направлений. Так, Эго, которому вроде бы было предписано находиться в салоне предсознательного/сознательного, располагался также и в огромном тамбуре бессознательного. Таким образом было получено знание о том, что защита как функция Эго также действует бессознательно. Полюса защитного конфликта больше не совпадают с ранее определенными системами, то есть с бессознательным, с вытесненным в него материалом, с одной стороны, и с Эго вместе с системой предсознательного/сознательного, с другой. Топографическая модель психического аппарата оказалась недостаточной по своей объяснительной ценности для клинических феноменов и поэтому должна была быть заменена. Фрейд комментирует ситуацию следующим образом:

«мы и в самом Эго нашли что-то, что также является бессознательным... Последствия этого знания для аналитической практики проявляются в том, что мы обнаруживаем бесконечно большое число неопределенностей и сложностей ... например, невроз невозможно свести к конфликту между сознательным и бессознательным. Для этого противостояния, исходя из наших познаний о структуральных особенностях душевной жизни, мы должны вывести другой конфликт: между взаимосвязанным Эго и

отделенным от него вытесненным материалом» (ПСС XIII, 1923, с. 244).

Новое теоретическое понимание психического аппарата было необходимо и еще по одной причине: клиническая практика показала, что чувство вины и потребность в наказании также могут быть бессознательными, иными словами, и они поддаются вытеснению. В дальнейшем было установлено, что существуют обозначенные Фрейдом как идентификация бессознательные процессы, которые существенно способствуют становлению Эго, но помимо этого служат основой для формирования идеального образа для введения дальнейшей дифференциации, «ступени в Эго» (ПСС XIII, 1921, с. 145).

Новая модель должна была дать объяснение выявленным феноменам, и поэтому речь зашла о введении трех структур. Во-первых, структуры Ид, которая в определенной мере соответствовала бессознательному в топологической модели и содержанием которой было психическое выражение влечений; с одной стороны, эти влечения возникают в филогенезе и по сему являются врожденными, с другой стороны, это продукты вытеснения, то есть приобретенные сущности. Во-вторых, Эго - та составная часть личности, которая представляет ее интересы и противопоставляет защиту притязаниям Ид на осознание его содержания. При этом Эго частично осознанно (или находится в зоне предсознательного и тем самым подготовлено к осознанию), а частично бессознательно. Функции самооценки и образования идеала выполняет структура Суперэго, причем относящиеся к Суперэго представления могут быть как осознанными/предсознательными, так и бессознательными.

- 45 -

Теперь соответственно этому развитию мы хотим представить три части структурной модели и обсудить их значение для психоаналитической модели конфликта и его клинического лечения.

#### **1.4. Об инстанции Ид**

Ид - это одна из трех психических структур, которые (совместно с «реальностью») лежат в основе конфликтов, в значительной мере определяющих человеческие переживания и поведение и порождающих нарушения, являющиеся предметом психоаналитической терапии. В этом смысле структурная теория центрирована на психическом конфликте.

Ид, как одна из образующих конфликт инстанций или систем, соответствует тому бессознательному, которое действует как одна из областей в первой модели психического аппарата, совпадая с его содержанием. Содержание Ид - это психическое выражение влечений, которые возникли в филогенезе, то есть являются врожденными. Дериваты влечений могут осознаваться в онтогенезе, а затем вытесняться, вследствие чего они получают качество «неосознанных» (ПСС XIII, 1923, с. 240). Ид, в общем, не совпадает с содержанием бессознательного: «...верно, что все вытесненное неосознанно, но не все бессознательное - это то, что вытеснено», - так говорится у Фрейда (ПСС XIII, 1923, с. 244). Между тем успешное клиническое открытие Фрейда, в соответствии с которым некоторые части Эго, в особенности защита, также являются неосознанными, побудило его переформулировать теорию психического аппарата.

Итак, Ид уже не приравнивается к бессознательному в топографической теории, но и понятие Эго претерпело определенные изменения. Невротический конфликт более

не понимается как противопоставление сексуальных влечений и инстинктов самосохранения (Эго-инстинктов), в котором последние активируют мотивацию защиты; инстинкты самосохранения или Эго-инстинкты концептуализировались Фрейдом в духе дуализма «инстинкты жизни — инстинкты смерти». Такой тип инстинктов, как сексуальные инстинкты, или Эрос, «охватывает не только собственное свободное сексуальное влечение и его производные, тормозящие цель и сублимированные возбуждения влечений, но и инстинкт самосохранения, который мы должны приписывать Эго» (ПСС XIII, 1923, с. 268). Ид теперь - это не только «большой резервуар либидо», в него включены два вида инстинктов. После определения инстинкта смерти и инстинкта разрушения как его варианта (ПСС XIII, 1923, с. 268-276) в Ид следует различать обе энергии влечений, либидозную и агрессивную. Рассматривая структурный аспект Ид, можно допустить, что оба вида инстинктов могут существовать и как не связанные друг с другом, и как пересекающиеся или находящиеся в диалектическом напряжении.

– 46 –

«Это означает, что определенное представление о желании или действие могут быть очень разрушительными, ужасными и агрессивными, но анализ покажет, что они до определенной степени всегда преследуют также и цель эротического удовлетворения. На том же основании представление о желании или действие может проистекать из склонности, полной любви, если же ее проанализировать, то мы увидим, что при этом одновременно проявляется и элемент агрессивной энергии» (Arlow und Brenner, 1976, с. 36).

Если рассматривать переход от топографической теории к структурной, то бросается в глаза тот факт, что граница между Эго и Ид становится менее жесткой, чем та, которая разделяла бессознательное и предсознательное/сознательное.

«Эго от Ид отделяется нежестко... Вытесненное существует вместе с Ид, но это только часть его. Вытесненное резко отделено только от Эго с помощью противостояний вытеснения; через Ид вытесненное может общаться с Эго» (ПСС XIII, 1923, с. 251).

Таким образом, отзвуки влечений проявляются в Эго в модифицированном виде. Когда они допускаются защитой от неудовольствия, они оказывают влияние на действия и мотивацию в области переживаний и поведения, которая в данном теоретическом подходе обозначается как Эго. Так, побуждающие к действию проявления влечений (инстинкт определяется как «неотложное») становятся Эго, квази-продвигающим действие, той инстанцией, которая имеет в своем распоряжении доступ к мотивации.

Другое важное соединение между Ид и Эго, связанное со значимым влиянием Ид на развитие Эго, состоит в создании объектов в Эго, которые Ид в соответствии с инстинктивными желаниями первоначально замещает либидозно или эротически. Это происходит, когда нужно отказаться от либидозно замещаемого объекта. Но такой ход событий может осуществляться и параллельно, при сохранности замещения. Фрейд обозначил этот ход событий понятием идентификации (или, в его более ранней, связанной с оральной фазой форме, интроекции). Идентификация означает перенятие особенностей соответствующего объекта Эго. Эго становится похожим на объект, тем самым предлагая Ид свои услуги в качестве объекта любви: «Смотри, ты можешь и

меня любить, я так похож на объект» (ПСС XIII, 1923, с. 258). Идентификации включаются через формирование первоначального выбора объекта Ид в развитие Эго и образуют его характер. Модификация привязанности к объекту при идентификации играет особенно большую роль на тех ступенях в Эго, которые Фрейд обозначал как Суперэго или идеальное Эго. Здесь речь идет о рассмотрении тех объектов любви, которые в связи со страстными сексуальными желаниями ребенка были замещены и приобрели большое значение. Речь идет о либидозно-агрессивных замещениях отца и матери; они переживаются во взаимной связи жестких требований со стороны одного и страстной борьбы с другим.

– 47 –

Необходимый отказ от этих привязанностей к объекту может быть достигнут только тогда, когда заданные объекты достигают Эго, и тем самым ведут к образованию Суперэго или идеального Эго. Фрейд обозначал идеальное Эго как наследство эдипова комплекса, а значит и «мощнейших возбуждений и важнейших судеб либидо Ид» (ПСС XIII, 1923, с. 264).

Обобщая, можно сказать, что концепция Ид, в контексте структурной теории, показала себя чрезвычайно плодотворной для психоаналитической терапии. Принятие психических рамок внутреннего мира, которые охватывают как общие филогенетические феномены, так и индивидуально пережитое, изобилие «первобытных фантазий», которые относятся к врожденному багажу субъекта, охватывающему онтогенетическую переработку биологически конституционально заданного в своих неосознанных (вытесненных) составляющих, образует обширную основу витальных ресурсов. Сделать эти ресурсы доступными для использования - центральная задача целеполагания аналитической психотерапии; путь к этому идет через сновидения, принадлежащие к тем образованиям, которые, выходя из Эго, погружаются в бессознательное. К этому относятся неосознанные идентификации с объектами, которые замещаются Ид или были замещены, от осознания которых нельзя отказываться, если мы хотим, чтобы терапия была плодотворной. Сюда же относятся и инстинкты, которые участвуют в образовании патогенного конфликта и в его полном компромиссов патологическом разрешении. От их ликвидации также нельзя отказываться при проведении терапии. Для развития личности имеет значение доступность Ид на линии регрессии, которая обслуживает Эго, образует источник для рекреации и является основой для креативности.

«... Скажите ему,  
что если он хочет стать мужчиной,  
то он должен уделить внимание мечтам своей молодости».

Так говорится в «Доне Карлосе» Шиллера в разговоре Маркуса Позы и королевы Елизаветы. Поэт имел в виду те мечты, в которых создается лучшее будущее как для индивидуума, так и для жизни в государстве. Тем самым Ид, которое приближает мечты, получает в свое распоряжение наряду с уже пережитым, происшедшим с начала индивидуальной истории, также и еще-не-пережитое, утопические проекты, содержащие надежду на лучшее будущее.

## 1.5. Структура Эго

Уже в ранних размышлениях Фрейда появляется не только Ид, но и Эго. Фрейд говорит о Эго, которое, с одной стороны, является носителем сопротивления

«защищенного» (ПСС I, 1895, с. 280), с другой стороны, «подвергается влиянию патогенного ядра» (ПСС I, 1895, с. 295).

– 48 –

В первой топографической модели психического аппарата, как она была представлена в «Толковании сновидений», Эго имеет различные значения, ему не придается характер ограниченной структуры. Эго, с одной стороны, тесно связано с цензурой, с другой стороны, является носителем дремлющих желаний. В дремлющем желании, однако, Фрейд видит движущую силу к образованию сновидений (мечтаний), которое благодаря этому замещается либидозно (ПСС II/II, 1900, с. 240, сс. 692-694).

Уже очень рано, в «Проекте психологии» (1895), Фрейд наделял Эго принципом реальности - функцией противостояния принципу удовольствия, неограниченно действующему на ранней фазе детского развития. Тогда им было введено понятие так называемых вторичных процессов, которые подчинены принципу реальности, в отличие от первичных процессов, подчиненных принципу удовольствия. Он описал тормозящее влияние Эго в отношении удовлетворяющих потребности объектов. Это тормозящее воздействие находит свое отражение в том, что Ид ограничивает слишком сильное замещение, слишком интенсивное либидозное переживание первых объектов, удовлетворяющих потребности; тем самым достигается то, что эти объекты даже при их отсутствии не переживаются как восприятие и тем самым не становятся галлюцинациями. Смена принципа удовольствия принципом реальности понимается как важная, даже центральная функция, и проверка реальностью рассматривается как ядро Эго. В связи с этим тормозящим воздействием Эго развивает способность к отсрочке удовлетворения влечений и, как следствие, к обходным и замещающим действиям.

Позднее (1923), при дальнейших попытках Фрейда сформулировать новую теорию психического аппарата, Эго приобретает другой контур и пластичность. Фрейд рассматривал его, с одной стороны, как модификацию Ид, возникшую из столкновения с раздражителями внешней реальности, то есть через действия восприятия-сознания. В отличие от Ид, которое не имеет прямого доступа к внешней реальности, Эго (вследствие того, что Ид изначально имеет в своем распоряжении функцию восприятия и подвижности поведения) получает *функцию посредника*. Посредничество между раздражителями извне и раздражителями внутренней реальности (Ид) требует большей дифференцированности, что обуславливает образование множества функций, необходимых для выполнения этой задачи. В первую очередь, речь идет о том, что появляется возможность различать внешние и внутренние раздражители, то есть внешнюю реальность и реальность внутреннего мира, представленного в виде единства следов воспоминаний и содержания памяти (состоящего из инстинктивных потребностей, аффектов, желаний, отношений и модальностей отношений), а также филогенетически закрепленных заданностей (первофантазии, содержание коллективного бессознательного, образные фрагменты филогенеза). И Эго в этой связи сталкивается с задачей надежного различения внутреннего и внешнего, фантазии и действительности, Я и Ты, тогда и сейчас.

– 49 –

Чтобы иметь возможность выявлять эти различия, Эго должно обладать функцией суждения; речь идет об образовании суждений в отношении воспринимаемой реальности, к этому относится прежде всего связь восприятия со словесными

представлениями (развитие разговорной функции), которая способствует развитию функций воспоминания и памяти. Одновременно становится возможным пробное поведение в отношении процесса мышления.

В обзоре, составленном в 1938 году, Фрейд формулирует свое понимание Эго следующим образом:

«Под влиянием окружающего нас реального внешнего мира одна часть Ид получила особое развитие... Этой области нашей психической жизни мы даем название Эго... Вследствие подготовленного отношения между смысловым восприятием и мускульной активностью Эго получает в распоряжение произвольные движения. Оно имеет функцию самоутверждения, выполняет ее, определяя раздражители извне, накапливая знания о них (в памяти), избегая сверхсильных раздражителей (с помощью избегания), встречая мощные раздражители (с помощью приспособления) и, наконец, учась изменять внешний мир целесообразным для своей выгоды способом (активность); приобретая господство над требованиями влечений, оно решает, можно ли допустить их удовлетворения, отсрочить эти удовлетворения на удобное для внешнего мира время и обстоятельства или совсем подавить их возбуждение. Это сопровождается принятием во внимание имеющихся в нем или привнесенных напряжений раздражителей... Эго стремится к удовольствию, а от неудовольствия хочет уклониться. На ожидаемое увеличение неудовольствия индивид реагирует страхом, а его причина, находится ли она снаружи или изнутри, обозначает опасность» (ПСС XVII, 1938, с. 68).

И чуть ниже в этом же труде написано:

«Власть Ид выражает собственный жизненный план индивидуального существования. Он состоит в том, чтобы удовлетворить имеющиеся потребности. Намерение сохранить жизнь и защитить себя от опасностей нельзя приписывать Ид. Это задача Эго, которое также выискивает наиболее удобный и наименее опасный способ удовлетворения, ориентируясь на внешний мир. Суперэго может делать новые потребности актуальными, но его основным достижением остается ограничение удовлетворения» (ПСС XVII, 1938, с. 70).

К столь же важным функциям Эго, которые Фрейд уже достаточно рано обнаружил в клинике, относится защита от определенных потребностей и желаний, а также сопутствующих этим желаний отношений, которые, в свою очередь, актуализировали в свое время непереносимое неудовольствие. Задача посредничества и приспособления, которые предписываются Эго, состоит в том, чтобы так посредничать между внутренними раздражителями, когда они приводят к непереносимому неудовольствию, требованиями реальности,

– 50 –

нормативными требованиями Суперэго и, наконец, интересами Эго, чтобы в значительной мере не допускать переживание неудовольствия и, тем самым, действовать соответственно принципу удовольствия. Защита, изначально описанная Фрейдом и его непосредственными последователями как относительно неизменный, статичный механизм, представляется в сегодняшней клинической концепции психоанализа по-другому, хотя определенные Анной Фрейд механизмы защиты

остаются по-прежнему адекватными и клинически применимыми. «Здоровое» Эго (ПСС XVI, 1937, с. 80) образует свою защиту относительно более подвижно, имеет большой репертуар защитных мероприятий, оно в состоянии так выстраивать защиту, исходя из актуальных условий наплыва аффектов неудовольствия, и так моделировать его функции, чтобы, с одной стороны, не допускать неудовольствие, но, с другой стороны, всегда оставлять возможным некоторое (скрытое или искаженное по форме) удовлетворение наплывающих потребностей и желаний. Другими словами, формируя защитные мероприятия, Эго способствует образованию компромиссов. Это образование компромиссов, служащее защите и одновременно дискретному удовлетворению влечений, с точки зрения качества его организации различно: оно выстраивается на основе в большей или меньшей степени функционально взвешенного посредничества между противоречивыми внутренними тенденциями, требованиями, интересами и значениями (см. также Sandler mit Freud, 1989).

От обозначенных как защита мероприятий Эго следует отличать те, которые - для достижения самоутверждения и самосохранения - должны сохранять и защищать психофизическое и психосоциальное здоровье. Лох (Loch, 1989, с. 57) говорит о первичных защитных процессах, целью которых является «защита функций организма» (Stern, 1964, с. 267) и обеспечение интеграции с необходимым для жизни психосоциальным окружением. При этом речь идет об удовлетворении нарциссических потребностей как в смысле уверенности и нарциссического благополучия, так и в смысле разрешенного чувства самоценности.

В норме эти *защитные мероприятия* проявляются в раннем детском развитии. В связи с психопатологией их можно наблюдать, когда возникают душевные непереносимые переживания, вследствие которых удовлетворительное биопсихологическое состояние более не гарантировано. При этом речь может идти о непереносимом сосуществовании различных репрезентаций объектов или самости или же об объектной представленности и самопредставленности в системе Эго. Соответствующие объектные отношения являются псевдодиадическими, поскольку третий объект не может присутствовать в переживании; тем самым не задана и способность преобразовывать внутренние непереносимые переживания в конфликты, которые могут быть разрешены компромиссным образом. Посему должны быть использованы другие мероприятия, чтобы устранить неудовольствие от внутренних непереносимых пере-

- 51 - .

живаний; эти мероприятия Эго были описаны как раскол или примитивное идеализирование. Кернберг (Kernberg, 1981, 1988a) обозначает их как примитивные защитные механизмы. Малер (Mahler, 1968) предложил говорить не в механизмах защиты, а о механизмах сохранения; он подчеркивает отличие поддерживающих жизнь механизмов сохранения от защиты, которая обеспечивает предотвращение опасности влечений. Роде-Дахсер (Rohde-Dachser, 1991) говорит об архаических защитных реакциях.

В описание, которое получает Эго в рамках структурной теории, включено также его отношение к страху, которое Фрейд сформулировал в своей *второй теории страха* в 1926 (ПСС XIV, сс. 113-205). В 1933 году он пишет: «...Эго является единственным пристанищем страха, только Эго может продуцировать и ощущать страх...» и «Не вытеснение творит страх, но страх появляется раньше, страх делает вытеснение!» (ПСС XV, 1933, с. 91). В основе срабатывания сигнала неудовольствия, спровоцированного страхом, всегда лежит давняя ситуация опасности (например, кастрации); Эго



стремится к тому, чтобы соответственно принципу удовольствия-неудовольствия избежать повторения этой опасности, и в ответ на сигнал страха запускает защиту. Таким образом, сигнал страха выполняет важную функцию в защитной деятельности Эго.

О развитии Эго Фрейд пишет так:

«...Эго – это часть Ид, измененная под действием прямого влияния внешнего мира при посредничестве сознательного, до некоторой степени это продолжение дифференцирования. Также Эго пытается перенести влияние внешнего мира на Ид и применить его намерения на деле... Восприятие играет для Эго ту роль, которая в Ид отводится инстинкту» (ПСС XIII, 1923, сс. 252–253).

Так как Фрейд признает тесную связь Ид с соматическим, тезис о дифференцировании Эго из первоначальной матрицы Ид означает наряду с зависимостью от влияний внешнего мира также и зависимость от телесных процессов. Позже это понимание генеза Эго стало более дифференцированным. Фрейд формулирует гипотезу «недифференцированного Эго-Ид» как первоначального состояния индивидуальной жизни. «Ид и Эго изначально представляют собой одно... еще не существующему Эго определяется, какие направления развития, тенденции и реакции позже проявит Ид» (ПСС XVI, 1937, с. 86).

Фрейд не видит основания «оспаривать существование и значение первоначальных врожденных различий Эго» и пишет, «что отдельное Эго с самого начала наделено индивидуальными диспозициями и тенденциями, разновидность и обусловленность которых мы, конечно же, не можем указать» (ПСС XVI, 1937, с. 86).

Это понимание с самого начала «наделенного индивидуальными диспозициями» Эго или «Эго с наследственно обусловленными особенностями» далее разрабатывается Хартманном (тезис «изначальной автономии Эго» или «свободной от конфликтов сферы Эго») (Hartmann, 1939, 1950, с. 124).

– 52 –

Наряду с аппаратным аспектом Эго (Hartmann, 1950, с. 143) позднее говорилось об Эго как организаторе внешнего и внутреннего приспособления. Фрейд описывает также и идентифицирующие составляющие Эго. По его мнению, Это в своем индивидуально-специфическом развитии определяется с помощью идентификаций, которые возникают вследствие заданного замещения объектов Ид. С другой стороны, Фрейд говорит (ПСС XIII, 1923, с. 257) о том, что эти идентификации являются предпосылками того, что Ид прекратит замещение объектов. В связи со следующей за этим десексуализацией, изначально действующее на объекты либидо откладывается в Эго, а Эго посредством идентификации выступает для Ид как замена заданных объектов. Хартманн (Hartmann, 1972, с. 132) предложил обозначать этот возникающий из идентификации Эго-аспект – адресат «нарциссического» либидо – как самость. Идентификации придают Эго свой характер, они создают его (см. параграф «Нарциссизм и самость»).

В целом, можно констатировать, что Эго, которому уже в ранней системе определений психоанализа отводилось место наряду с защитой, сексуальностью и конфликтом, начинает играть все большую роль как в теоретических подходах к пониманию болезненных проявлений, обусловленных психически, так и в психоаналитическом учении о развитии и теории личности.

Эго понималось Фрейдом уже в ранних работах и как носитель защиты, и как структура, проникнутая сексуальными желаниями. Им приобретались особые инстинкты (Эго-инстинкты или инстинкты самосохранения; ПСС VIII, 1910, сс. 97-98), и оно определялось как объект либидозного замещения, как объект любви Ид и, тем самым, как агент инстинктивных потребностей.

Новая формулировка теории психического аппарата, структурной теории и связанная с этим новая формулировка психоаналитической модели конфликта отводит Эго решающую позицию в том смысле, что оно понимается не только как оппонент в конфликтном поле напряжений, но и как посредник в конфликте. В этой посреднической функции Эго подчиняется трем грозным «господам» (Ид, Суперэго, реальности; ПСС XV, 1933, с. 84) и может при выполнении этой функции как прогрессивно усиливаться, так и регрессивно беднеть.

Задача Эго - не только регулировать межсистемные конфликты в качестве посредника, но и прорабатывать внутрисистемные несовместимости, чтобы избежать непереносимого неудовольствия. Информация об угрожающем неудовольствии передается во внутрисистемном конфликте с помощью сигнала страха; Эго выступает как источник страха; для исключения неудовольствия, связанного со страхом, оно запускает свои защитные функции.

Внутрисистемный конфликт, точнее, внутрисистемная несовместимость, характеризуется тем, что в системе Эго рядом друг с другом существуют недостаточно согласованные (неосознанные) представления и из-за их несовместимости они должны содержаться раздельно друг от друга. Это происходит, например, тогда, когда существующие в системе Эго репрезентации (будь то реп-

– 53 –

резентации самости или объекта) приобретаются таким образом, что непосредственно рядом друг с другом существуют только злые, плохие и хорошие репрезентации и они (скажем, посредством избегания) должны отделяться друг от друга.

Фрейд видел в Эго двойственное основание развития: в то время как первая из функций, функция посредничества между внешним и внутренним миром, основана на процессах восприятия и мотивации, вторая функция - предложение себя самого Ид в качестве объекта любви - является результатом того, что либидозные замещения ранних объектов могут быть заданы идентификацией с этими объектами в Эго.

Хартманн обозначил это возникающее из идентификаций Эго как самость и видел развивающиеся в эту самость репрезентации, равно как и репрезентации объекта, локализованными в рамках системы Эго. В то время как выделение аппаратного аспекта Эго (организатор внешнего и внутреннего приспособления) привело к возникновению психоаналитической эго-психологии, психологии функций Эго (в особенности функции защиты), из основанного на идентификации аспекта развилась психология самости. Эго-психология и психология самости вместе с психологией объектных отношений и психологией аффектов предлагают психоанализу новые диагностические и терапевтические подходы к психопатологиям, обозначаемым как структурные нарушения.

Развитие человеческой индивидуальности невозможно представить без переживания «Я сам»; рядом с понятием «Я сам» помещается понятие *идентичность*, которое включает возможность повторного узнавания индивидуума как самим собой, так и окружающими (см. Bohkeber, 1992; Erikson, 1959; Fischer, 1981, 1983; Jacobson, 1964).

## 1.6. О структуре Суперэго

В структурной теории Фрейдом в качестве следующей, третьей инстанции личности, было введено Суперэго. Выбранный им термин отражает тот факт, что здесь речь идет о чем-то отдельном от Эго, о «ступени Эго» (ПСС XIII, 1921, с. 145).

*«Мы видим, как одна часть Эго противостоит другой, ее критически оценивает, и в то же время пользуется ею как объектом» (ПСС X, 1916, с. 433).*

Прежде чем термин «Суперэго» появился в психоанализе и был определен, частичные аспекты этой структуры (в частности, запрещающий аспект, который содержится в цензуре сновидений и противодействует импульсивным желаниям) уже были отмечены в клинике и теоретически проанализированы.

– 54 –

Частные аспекты Суперэго вырисовываются также в допущении, сформулированном для объяснения меланхолии: потерянный объект восстанавливается в Эго, таким образом замещение объекта заменяется идентификацией - механизмом, который позже был привлечен для описания развития Суперэго (ПСС X, 1916, с. 435).

Психическая структура, которую Фрейд в структурной теории обозначает как Суперэго, была впервые представлена в 1914 году (ПСС X, 1914, с. 137) под названием «идеальное Эго» и «совесть». Идеальное Эго - идеальный образ собственной личности; ему служит и нарциссизм, «который в детстве использовало реальное Эго». Это идеальное образование Фрейд считает условием вытеснения. Он пишет:

*«Не следует удивляться тому, что мы должны были найти особую психическую структуру, задача которой - следить за сохранением нарциссического удовлетворения в идеальном Эго; с этой позиции актуальное Эго непрерывно наблюдает и ощущает отсутствие идеала. Если такая структура существует, то мы ее не обнаружим; мы можем только признать ее как таковую и заявить, что выполняет эту функцию то, что мы называем нашей совестью» (ПСС X, 1914, с. 162).*

О возникновении этих структур говорится так:

*«Толчком к образованию Эго-идеала, в качестве его стража устанавливается совесть, которая определена критическим влиянием родителей, осуществляемым посредством голоса; с ним в течение долгого времени связывались воспитатели, учителя и - как необозримое и не поддающееся определению скопление - все другие люди из окружения» (ПСС X, 1914, с. 163).*

В 1923 году в «Эго и Ид» Фрейд представляет свой новый взгляд на психический аппарат. Он видит в совести, в самонаблюдении или самооценке и в идеальном образовании функции структуры, обозначаемой теперь как Суперэго. С этого момента Эго-идеал и Суперэго используются как синонимы. Оба понятия обеспечивают как содержательный момент (требования и запреты), так и аспект совести и критического самонаблюдения. Собственными словами Фрейда нововведенная структура в отношении своего содержания и задач представлена следующим образом:

«Эго-идеал обладает ... сильнейшей связью с филогенетическим приобретением, архаическим наследством, индивидуальным. Что в индивидуальной психической жизни относилось к наиболее глубокому, становится с помощью создания идеала самым возвышенным в человеческой душе в смысле наших оценок... Легко показать, что Эго-идеал удовлетворяет всем тем требованиям, которые предъявляются более высокой сущности в человеке... Оценка собственной недостаточности при сравнении Эго с его идеалом выявляет смирен-

– 55 –

ное религиозное ощущение. В ходе дальнейшего развития учителя и авторитеты продолжают роль отца, требования и запреты которого остались в идеальном Эго мощными и теперь исполняют функцию моральной цензуры, выступая как совесть. Напряжение между требованиями совести и достижениями Эго ощущается как чувство вины. Социальные чувства покоятся на идентификациях с другими на основании схожего идеального Эго» (ПСС XIII, 1923, с. 265).

На первых порах Фрейд понимал развитие Эго-идеала в связи с возникновением нарциссизма (приобретение заново потерянного полного инфантильного Эго в образе Эго-идеала) как преэдипальное образование, впоследствии он представлял его развитие как результат чрезмерного давления конфликта, возникающего в эдиповой фазе.

Что именно происходит при участии эдипальных страданий; как формируется Суперэго?

С точки зрения Фрейда (ПСС XIII, 1923, с. 256), речь идет об идентификациях, которыми сменяются замещения объектов Ид. Замещения объектов, протекающие по этому образцу, вносят значительный вклад в образование Эго: они образуют его характер; другими словами, создание объекта в Эго означает изменение Эго. Такие идентификации или интроекции соответствуют регрессии как механизму оральной фазы (поглощенность), которая делает возможным отказ от объекта. Фрейд предполагает, что идентификация является условием того, что Ид овладевает Эго; она означает также, что Эго таким образом через схожесть с объектом предлагает Ид любить себя. Происходящая при этом десексуализация означает замещение объекта в нарциссическом либидо.

Идентификации такого рода оказывают стойкий эффект, особенно в раннем возрасте. Они в определенной степени ведут к образованию Эго-идеала или Суперэго. Фрейд исходит из того, что дети очень рано, еще до замещения объектов, идентифицируют себя с родителями. Эти первичные идентификации усиливаются за счет следующих в первый сексуальный период выборов объекта.

Суперэго, по мнению Фрейда, следовало понимать как результат взаимодействия двойственных биологических факторов: долго сохраняющейся детской зависимости и эдипова комплекса с двувременным основанием развития сексуальной жизни в эдиповой фазе и в период генитального созревания в пубертате. Эго-идеал или Суперэго выступает как показатель отношения к родителям. Сначала, в детстве, ребенок восхищается ими или боится их, затем он «встраивает» их в образ себя. Эго-идеал, с точки зрения Фрейда, в этом отношении является наследством эдипова комплекса, он является «выражением мощнейших возбуждений и важнейших либидозных судеб Ид» (ПСС XIII, 1923, с. 264). Эго, тем самым, овладевает эдиповым комплексом и одновременно, через идентификацию, с выбранным Ид объектом подчиняется ему.

В то время как Эго, по существу, является представителем внешнего мира, реальности, в противоположность ему Суперэго выступает как представитель внутреннего мира. Конфликты между Эго и идеалом будут отражать противостояния между реальным и психическим, внешним и внутренним мирами.

В ходе дальнейшего развития воспринимаемые как авторитеты люди перенимают роли, отведенные в Эго родителям; их требования и запреты остаются значимыми для Эго. Теперь они в качестве совести выполняют функцию моральной цензуры.

«В качестве наиболее общего результата сексуальной фазы, на которой царит эдипов комплекс, можно принять низвержение в Эго, которое состоит в установлении обеих так или иначе связанных между собой идентификаций. Это Эго-изменение сохраняет свое особое место, оно выступает против другого содержания Эго – Эго-идеала или Суперэго. Но Суперэго – это не только просто остаток первого выбора объекта Ид, оно также представляет собой энергетическое реактивное формирование против последнего. Его отношение к Эго не исчерпывается напоминанием «ты должен быть таким (как отец)»; Ид предполагает и запрет: «таким (как отец) ты быть не можешь, не можешь делать всего того, что он делает» (ПСС XIII, 1923, с. 262).

Из этого нового напряжения между эдиповыми требованиями (ты должен быть таким, как отец) и эдиповым запретом (ты не можешь быть таким, как отец) развивается переживание вины в связи с наказанием (кастрацией). В этом контексте Фрейд определяет напряжение между требованиями совести и результатами действий Эго как чувство вины.

Впоследствии многие авторы занимались проблематикой Эго-идеала и Суперэго. Особое внимание уделялось установлениям временных связей и условиям их возникновения (А. Freud, 1926; Jacobson, 1937, 1964; М. Klein, 1933). Интерес привлекала и проблема предшественников Суперэго на преэдиповой фазе («Идентификации по типу Суперэго» А. Reich 1954; «Исходные формы Суперэго» Spitz, 1950, 1957a, 1957b, 1960; «модель сфинктера» Ferenczi, 1925, «Доавтономия схемы Суперэго» Hartmann und Loewenstein, 1962; Sandler, 1964/ 65); догенитальные предпосылки Эго-идеала (Jacobson, 1964), проблема послеедипова развития Суперэго (Jacobson, 1964) и, наконец, отношения между Эго-идеалом и Суперэго (Chasseguet-Smirgel, 1987; Hartmann und Loewenstein, 1962; Lampl-De Groot, 1947, 1963; Sandler, 1964/65).

В диагностике и терапии доэдиповых и структурных психопатологий всегда наблюдаются определенные предшествующие формы Суперэго, которые, между тем, следует относить к признакам этих заболеваний. Их стойкость показывает, что обучение деперсонализированного автономного Суперэго невозможно.

К этим ранним предшественникам Суперэго, как показывает изучение структурных нарушений, возникших из ранних интроекций, относятся нетерпимые, деструктивно-ужасные носители наказаний. Предположительно относящиеся

к этому бессознательные страхи наказаний также играют роль и при клинических феноменах уже описанных Фрейдом (ПСС XIII, 1923, с. 278) негативных

терапевтических реакций. Эти ранние интроекции не отделяются от самости; напротив, они встраиваются в самость и проявляют тут свое деструктивное действие. Это действие находит свое отражение в садистски-деструктивных фантазиях о наказании; в тенденциях к наказанию, которые изначально направляются против самости, на соответствующие идентификации со злым интроектом, вовне, против объекта. Это обращение к объекту связано, как правило, с аффектами злобы (язвительность, гнев, злоба, вражда) и мотивационно - с возмездием, реваншем и мстостью. Характерным для длительных фантазий преследования наказанием и реванша, даже если они направлены против самости или против объекта, является элемент враждебности.

Еще один предшественник образования Суперэго, который нередко встречается у психосоматических больных, характеризуется *предавтономной имитацией норм*. Здесь имеется в виду нормативная ориентировка только на хорошие, то есть идеализированные объекты (на внутренние объекты и на их проекции и экстернализации), нормы которых перенимаются, то есть имитируются, без какой-либо критики; при этом остаются дефицитарными функции оценки других и самооценки. До тех пор пока переживаемое определяют только эти хорошие или идеализированные объекты, фиксированная на них нормативная ориентировка не ставится под вопрос.

Наконец, Анна Фрейд (А. Freud, 1936) описала в механизме защиты, обозначенном ею как идентификация с агрессором, еще одну предпосылку эдипова образования Суперэго. При этом внушающая страх собственная вина, и наказание с помощью проекции переносятся на внешние объекты; одновременно следует идентификация с наказывающей инстанцией. Ференчи (Ferenczi, 1932) описал вариант этого механизма, при котором вина остается в самости и в то же время имеет место идентификация с наказывающей стороной; результатом является ненависть к себе и самообесценивание, а также связанное с мазохистским удовольствием от боли самонаказание (нанесение себе вреда). Этот механизм можно наблюдать не только в связи с психопатологией, но зачастую и в нормальном человеческом поведении; в этом случае нередко проявляются феномены, которые обозначаются как поиск «козла отпущения». Если образование Суперэго останавливается на этой предступени, то дефицитарной остается функция самооценки, вследствие чего формируется преувеличенное самодовольство и предвзятость по отношению к себе (см. Sandler mit Freud, 1989).

В 1938 г Фрейд («Очерк психоанализа») еще раз определил функцию эдипова Суперэго следующим образом:

«Мучения угрызениями совести в точности соответствуют страху ребенка потерять любовь к себе, которая заменяет ему моральную оценку. С другой стороны, если Эго успешно противостояло иску-

шению сделать что-то, что было бы предосудительным для Суперэго, оно чувствует себя утвержденным в этом чувстве собственного достоинства и укрепленным в своей гордости, как если бы оно сделало ценное приобретение. Подобным образом Суперэго продолжает играть для Эго роль внешнего мира, хотя на самом деле оно уже стало частью внутреннего мира. Суперэго отражает влияние детства, ухода за ребенком, воспитания и зависимости от родителей, на все дальнейшие периоды жизни индивидуума. Таким образом проявляются не только личностные особенности родителей, но также и все, что определенным

образом влияло на них самих: склонности и требования социального окружения, в котором они живут, склонности и специфика рода, из которого они происходят» (ПСС XVII, 1938, с. 137).

Введение структуры Суперэго в связи с тройственной моделью или системой имеет большую объяснительную ценность при обсуждении свойственной человеку конфликтности. Оно объясняет возникновение внутренних (душевных) конфликтных напряжений, в которых Эго конфронтирует с надежно интериоризированным внешним миром. При этом внешний мир переводится уже прежде всего через Эго и его либидозные замещения во внутренний мир.

В дальнейшем речь идет не только об онтогенетическом приобретении внутреннего мира (Суперэго), но также и о филогенетических заданностях из переживаний предшествующих поколений. С развитием подобной структуры и возникновением способности к образованию конфликтов и компромиссов становятся возможными те формы компромиссов, которые в клинике обозначаются как неврозы. Через противостояние Эго с эдиповым Суперэго и Ид возникают мощные пусковые стимулы для дифференцирования функций, особенно функции посредничества при образовании компромиссов в этом треугольнике напряжения.

В связи с Суперэго проявляются также такие аффекты рефлексии как вина, стыд, гордость и депрессия. Возможность переживать чувство вины в описанной Фрейдом форме (напряжение между требованиями Суперэго и достижениями Эго) лежит в основе одной из важнейших движущих сил человеческого поведения. Детское переживание чувства вины, которое возникает в эдиповых заблуждениях и смятении, является следствием возникших на этой фазе интериоризированных угроз. Преодолеть связанный с этим страх можно либо с помощью отказа, либо через вытеснение. Но вытеснение означает изгнание в собственный внутренний мир; оно динамично, нестабильно. В связи с аспектом защиты оно означает следующее: таким я не могу быть! Затем пусковым механизмом защиты становится подавление, чему способствует страх вины.

«Яснее всего проявляется существование этой новообразованной организации в том, что из нее происходит новая ситуация страха в детских переживаниях. Страх потери объекта любви или потери

– 59 –

любви в предфаллической, и страх кастрации в фаллической фазах продолжают новым страхом, но, конечно, не замещаются им: этот новый страх Суперэго дает ребенку возможность быть морально независимым от окружающего мира. Человек приобретает внутренний голос» (Hartmann, Kris und Loewenstein, 1946).

Возможно, в психоаналитической литературе уделяется слишком мало внимания тому, что выполнение норм Суперэго означает не только безнаказанность: оно также содержит и аспект одобрения и признания, которые дают толчок чувству согласованности, гордости и пребывания в согласии с самим собой. Наконец, речь идет о том, что через выполнение требований и запретов Суперэго восстанавливается ощущение, что тебя любят (родители), и - наконец-то здоровое чувство, которое в ранние периоды было следствием переживания единства с матерью. Качество переживаний, являющееся результатом удачного стечения событий, обозначается Сандлером (Sandler, 1964/65) как эвпатия; она является в меньшей степени либидозной

и нарциссической, но представляет собой состояние благополучия, результат удачной защиты от раздражителей, с одной стороны, и подтверждение собственной сущности, с другой. Речь здесь идет в первую очередь об аспекте структуры, обозначаемой как «ступень в Эго», о согласовании собственного поведения с теми комплексами представлений, которые (в том случае, если они удовлетворены) ведут к возникновению нарциссического чувства благополучия.

Недостаточное или идущее с нарушениями развитие автономной структуры Суперэго отличает те психопатологии, которыми с недавнего времени занимаются преимущественно психотерапевты. Последствиями этих нарушений являются: пребывание в нарциссической грандиозности, экстернализация вины при одновременном принятии роли преследуемого наказанием, ориентация на нормы идеализированных объектов (при отказе от моральной автономии), выпадение или гипертрофия чувства вины и стыда, слабость регулирования в отношении инстинктивных потребностей.

Якобсон пишет:

«В целом, Суперэго представляет собой мероприятие безопасности первого порядка, которое защищает самость от опасных внутренних раздражителей инстинктов, от опасных внешних раздражителей и от нарциссических повреждений» (Jacobson, 1964, с. 144).

## **1.7. Новые модели психического конфликта**

Введение структурной теории, модели структур Эго, Ид и Суперэго дало старт концепциям психического конфликта и вариантов работы с ним, при этом, однако, внимание уделялось и клинически доказанным Фрейдом уже в 80-е годы прошедшего века элементам конфликта. Исходя из структурной модели Фрейд, сделал следующий вывод о возникновении неврозов:

– 60 –

«Трансферентные неврозы (неврозы переноса) возникают, как показывают наши исследования, вследствие того, что Эго не хочет воспринимать мощные инстинктивные порывы, идущие из Ид, и реализовывать их в моторной активности, или же оспаривает объект, на который она нацелена. Эго защищается от них с помощью механизма подавления; подавленное противится такому ходу событий, Ид создает для себя движение, которое Эго не может контролировать, замещающее представительство, которое навязывается Эго на пути к компромиссу, или симптом; Эго чувствует угрозу повреждения своего единства этим интервентом, продолжает борьбу с симптомом, как Ид изначально боролась с инстинктивным порывом, и все это представляет картину невроза. Очевидно, что Эго, когда Ид осуществляет подавление, в целом следует требованиям своего Суперэго, возникшим в противовес таким влияниям реального внешнего мира, которые нашли свое представительство в Суперэго. Но столь же очевиден и тот факт, что Эго сражается на стороне этой силы, что в нем сильнее его требования, чем притязания инстинктов Ид, и что Эго является силой, которая запускает подавление этой составляющей Ид и укрепляется через продолжение сопротивления. В служении Суперэго и реальности Эго оказывается в конфликте с Ид, что и является ключевым



содержанием при всех неврозах переноса» (ПСС XIII, 1924, с. 388).

Фрейд подчеркивал первостепенную роль, которая придавалась системе или структуре Эго в новой модели душевного конфликта; мы подчеркнем следующие аспекты описания Эго: Эго противостоит требованиям Ид, мощным потребностям, которые имеют основу во внутреннем мире и стремятся к удовлетворению (через Эго). С другой стороны, Ид конфронтует с притязаниями Суперэго, которое отвечает на возникшие в Ид силы запретами и тем, что оставляет за собой право на ограничения различного рода. В этом трехстороннем поле напряжения Эго должно представлять и свои собственные интересы соответственно своей функции преодоления внутренней и внешней реальности. Эго, в понимании Фрейда, является не только оппонентом, но и посредником между внутренней и внешней реальностью, В зависимости от имеющейся расстановки сил между Ид, Суперэго и Эго осуществляется переработка конфликта, которую надлежит проделать Эго.

Пусковым механизмом невротического конфликта является появление страха, который мобилизуется из-за активировавшихся дериватов влечений; Эго, с одной стороны, выполняет функцию источника страха, с другой стороны, выступает как агент переработки конфликта. Ид использует этот страх как сигнал исходящей от инстинктов опасности и запускает те действия, которые обозначаются как защита. Защита служит цели не допустить до осознания мобилизованное неудовольствие (страх): она ограничивает или исключает вызывающую неудовольствие опасность (ремобилизация детской травмы). Фрейд писал об этом так:

– 61 –

«... все-таки у человека есть право считать, что Эго является источником собственного страха...»

и чуть позже:

«... при подавлении страх не вызывается заново, но как состояние аффекта, репродуцируется в соответствии с имеющейся картиной воспоминаний... Аффективные состояния включаются в психическую жизнь как результат более древних травматических переживаний и пробуждаются в подобных ситуациях как символы воспоминаний» (ПСС XIV, 1926, с. 120).

Эти ранние травматические события состоят преимущественно в потере объекта, потере любви и страхе кастрации. В качестве более позднего травматического опыта на эдиповой фазе прибавляется переживание вины.

Защита, обозначенная Фрейдом уже в ранних работах и отнесенная к Эго, понимается как одна из его важнейших функций при переработке конфликта. При этом речь идет не только о том, что защита осуществляется с целью исключения неудовольствия, но также и о том, что с ее помощью достигается определенное все-таки-удовлетворение предосудительных дериватов влечений в неузнаваемой форме. Таким образом, защита служит достижению компромисса. Эго является носителем и исполнительным органом для замещающих и обходных действий как при удовлетворении дериватов влечений, так и при их сублимации. Если защитных механизмов Эго не хватает, чтобы полностью исключить неудовольствие, то начинается формирование компромиссов в виде симптома, который был обозначен Фрейдом в ранних работах как «возвращение вытесненного» и частичный эффект

которого (эффект разрядки напряжения влечений) понимался как «первичное приобретение заболевания». При дальнейшей обработке Эго обходится с симптомом следующим образом:

«...после первого шага вытеснения возникают продолжительные или никогда не заканчивающиеся последствия, борьба против инстинктивных побуждений находит свое продолжение в борьбе с симптомом... Таким образом, становится понятным, что Эго пытается сохранить отчужденность и изолированность симптома, используя все возможности как-нибудь связать его с собой... Так, симптому постепенно доверяется представительство различных интересов, он приобретает ценность для самоопределения, все сильнее срастается с Эго, становится все незаменимее для него... Результатом всех упомянутых отношений является то, что нам известно как **вторичная выгода заболевания** (невроза). На помощь приходит стремление Эго присоединить симптом к себе; фиксация на нем усиливается. Если мы затем делаем попытку оказать Эго аналитическую помощь в борьбе против симптома, мы обнаруживаем, что эти примирительные связи между Эго и симптомом оказывают **сопротивление**» (ПСС XIV. 1926. с. 1125).

– 62 –

Если, с одной стороны, это были клинически наблюдаемые феномены неосознанного сопротивления, которые послужили для Фрейда основанием для формулирования структурной теории, то эта теория, с другой стороны, сделала возможным дифференциальное и чрезвычайно плодотворное для терапии понимание таких проявлений сопротивления. Фрейд выделял 5 *форм сопротивления*, которые исходят от Ид, от Эго и от Суперэго.

Первую из этих форм сопротивления, Эго-сопротивление, Фрейд подразделил на 3 подформы, которые могут проявляться при лечении:

- 1) сопротивление прекращению вытеснения,
  - 2) сопротивление против потери вторичной выгоды заболевания,
  - 3) сопротивление переноса, которое направлено против прекращения сопротивления,
- однако заметил, что

«при анализе оно демонстрирует и другие, более очевидные проявления, так как ему удается устанавливать отношение к аналитической ситуации или к личности аналитика и, тем самым, вытеснение, которое только должно быть восстановлено, переживать как новое» (ПСС XIV, 1926, с. 192).

Далее описывается сопротивление бессознательного, Ид:

«Не может быть никак иначе: после преодоления Эго-сопротивления еще нужно справиться с силой страсти повторения, притяжения неосознанного примера на вытесненном предшественнике влечения, и нельзя ничего возразить против того, что этот момент обозначается как **сопротивление бессознательного**» (ПСС XIV, 1926, с. 192).

Следующий тип противостояния, который часто можно наблюдать при аналитической терапии, исходит от Суперэго:

«Пятое противостояние, противостояние Суперэго, наименее изученное, наиболее темное, но не всегда самое слабое, по-видимому, происходит от осознания вины или потребности наказания; оно сопротивляется каждому успеху и, соответственно, излечению с помощью анализа» (ПСС XIV, 1926, с. 193).

В результате дифференциации феноменов сопротивления, как это представлено в рамках структурной теории, открываются совершенно новые перспективы для терапевтического процесса. В аналитическом процессе сила сопротивления в его различных вариациях достаточно существенна, и необходимость справиться с ней привели к созданию терапевтической техники проработки. Проявляющиеся в связи с проработкой сопротивления стали существенным, перманентным содержанием психоаналитического процесса.

Теперь Эго как носитель защит и сопротивления стало важным и увлекательным предметом клинических психоаналитических усилий и, соответственно, предметом дальнейшей теоретической дифференциации (см. Hartmann, 1972).

– 63 –

Отныне психоанализ - это не просто глубинная психология, психология бессознательного; «задача анализа - это максимально глубокое познание всех трех структур, из которых, по нашему мнению, состоит личность, знание об отношениях между структурами и об отношениях с внешним миром» (А. Freud, 1936, с. 198).

Однако исходящее из Ид сопротивление ни в малейшей степени не теряет своего значения; наоборот, Ид является тем образованием, которое вызывает столь важные с терапевтической точки зрения проявления, как возникновение страсти к повторению. Относящиеся к Суперэго сопротивления, которые вызывают чувство вины и страх наказания у пациента и принадлежность которых к бессознательному побудила Фрейда к формулированию теории психического аппарата, также связаны с терапевтическими проблемами, например, с *негативной терапевтической реакцией*. Для этой проблемы удовлетворительного решения до сих пор не найдено (см. Martens, 1991, с. 175). Сам Фрейд понимал этот феномен как проявление бессознательного чувства вины, которое разрешается через неосознанную же потребность в наказании, выражающуюся в приверженности страданиям. Он обозначает это сопротивление «... как самое сильное препятствие на пути восстановления, более сильное, чем уже известная нам нарциссическая недоступность, негативная установка против врача и застревание на приобретенном заболевании» (ПСС XIII, 1923, с. 279).

Из всех Эго-сопротивлений, без сомнения, самое большое теоретическое и клиническое значение имеет сопротивление переноса. Критическое рассмотрение сопротивления переноса как одной из форм сопротивлений Эго позволило в дальнейшем разработать более дифференцированный подход к появлению неврозов в терапевтических отношениях. Перенос (и контрперенос) представляет собой реинсценировку неосознанных событий из раннего детства, при которых, с одной стороны, речь идет о конфликте разрядки напряжения и, с другой стороны, о конфликте отношений к объектам, возникающем в связи с президиповыми и эдиповыми процессами идентификации.

Не менее важной для нового понимания конфликта, которое стало возможным после введения Фрейдом структурной модели, является структура Суперэго, эта «степень в Эго». В ней формируется в отношении идентификаций с до сих пор

замещенными объектами та внутренняя система требований, запретов и идеальных образований, которая служит субъекту исключительно для внутренней ориентации против активных дериватов влечений. Тем самым внешний мир («мир ранних объектов» по Якобсон) приобретает важное значение для формы конфликтов и их переработки. Именно эдиповы объекты становятся мощным фактором влияния в представленном здесь треугольнике констелляции конфликтов.

Суперэго формирует запреты и санкции, направленные против требований удовлетворения инстинктов Ид; эти запреты и санкции связаны с чувством вины. Вследствие возникающей опасности (потери любви) может запускаться сигнал страха в Эго, что ведет к вытеснению дериватов влечений, санкций и вины.

– 64 –

«Говоря в общем, это гнев, наказания Суперэго, потеря любви с его стороны, которую Эго оценивает как опасность и отвечает на нее сигналом страха» (ПСС XIV, 1926, с. 170).

Для понимания конфликта, как он был определен после введения структурной теории, не следует недооценивать значения того, что и Эго, и Суперэго (с онтогенетической точки зрения) погружены в Ид, что оба возникли посредством идентификаций (с целью прекращения возникших объектных отношений). Эти идентификации входят как опыт отношений (следы воспоминаний) в заново концептуализированные структуры и действуют, на ориентировку и регулирование поведения субъекта.

Этот входящий в Эго и, прежде всего, в Суперэго опыт отношений (опыт отношений к ранним значимым объектам, включая связанные с этим аффекты) включен в психоанализе в отношения пациента и аналитика и репродуцирует те феномены, которые были обозначены Фрейдом как *перенос*.

«Пациент повторяет в форме влюбленности в аналитика душевные переживания, которые у него уже были однажды в прошлом: он перенес душевные установки, которые уже у него имеются и которые тесно связаны с возникновением его невроза... Таким образом он демонстрирует нам ядро его сокровенной жизненной истории, он явственно воспроизводит его в актуальных действиях вместо того, чтобы просто вспоминать о нем» (ПСС, XIV, 1926, с. 258).

Итак, внутренние конфликты воспроизводятся в отношениях между пациентом и психоаналитиком, ведут к реинсценировке ранних интерперсональных взаимодействий, которые, соответственно, становятся доступными терапевтическому влиянию.

Отныне в Ид, как в одном из участников конфликта, согласно фрейдовской структурной модели 1923 года, содержатся как филогенетические, так и онтогенетические составляющие вытесненных инстинктов. Фрейд ввел в связи со структурной моделью новую модель инстинктов: дуализм инстинкта смерти и инстинкта жизни. Этот новый вариант теории инстинктов поставил множество вопросов, на которые до сих пор не могут быть найдены удовлетворительные ответы. В этой новой концепции инстинктов Фрейд относит наиболее ранние Эго-инстинкты и инстинкты самосохранения к сексуальным инстинктам или к инстинктам жизни (Эрос); как инстинкт агрессии следует понимать, с его точки зрения, вторично направленный вовне первичный мазохизм, переориентацию агрессивного напряжения влечений, их направление против собственной

личности.

Структурная теория сделала возможным дальнейшее развитие психоанализа, которое определяет сегодня клинические и диагностические дискуссии и еще весьма далеко от завершения (см. Eagle, 1988; Modell, 1975). Позиция Фрейда, согласно которой существенное значение имеют идентификации с ран-

– 65 –

ними объектами, которые структурируют как Эго, так и (и даже в первую очередь) Суперэго, привела к интенсивным исследованиям самости, развивающейся из таких идентификаций и связанной с объектами и их репрезентациями, которые нельзя отделить от репрезентаций самости. Другими словами, создания структурной теории сделало возможным и необходимым развитие психологии Эго, самости, а также теории объектных отношений, позволяющих успешно разрешить многочисленные клинические и терапевтические проблемы теоретического плана.

## 2. НАРЦИССИЗМ И САМОСТЬ

### 2.1. Нарциссизм в понимании Фрейда

Фрейд окончательно ввел термин «нарциссизм» при создании теории психоанализа (ПСС X, с. 137-170) в 1914 году, но уже в 1905 году (ПСС V, с. 118) он различал Эго - или нарциссическое либидо и объектное либидо. Проблему нарциссизма он затронул в 1910 году (ПСС VIII, с. 128), занимаясь изучением детских воспоминаний Леонардо да Винчи.

«Мальчик вытесняет любовь матери, ставя себя самого на ее место, идентифицирует себя с матерью и свою собственную личность принимает в качестве примера, исходя из схожести с которым, он выбирает себе новые объекты любви» (ПСС VIII, 1910, с. 170).

Это определение нарциссизма было приведено Фрейдом также и в дополнении (1910) к «Трем сочинениям о теории сексуальности»; там говорится, что гомосексуалисты были фиксированы «в основном на матери», что они эту фиксацию - при поверхностном рассмотрении - преодолели, «идентифицируя себя с женщиной и принимая самих себя за сексуальный объект; это означает, что они будут искать молодых и подобных собственной личности мужчин, которых хотят любить так, как их любила мать» (ПСС V, 1905, с. 44).

В связи со своими размышлениями о Леонардо да Винчи Фрейд дальше заявляет: «собственно, он возвращается обратно к аутоэротизму, так как мальчики, которых теперь любит взрослый, являются лишь замещающими персонами и заменой его собственной детской личности, которую он любит так, как его любила мать, когда он был ребенком. Мы говорим, что он находит объекты своей любви на пути *нарциссизма*, так как греческая легенда называет **Нарциссом** юношу, которому ничего не нравилось больше, чем собственное отражение в зеркале, и который был превращен в прекрасный цветок с таким названием» (ПСС VIII, 1910, с. 170).

– 66 –

В то время как гомосексуалист постоянно придерживается нарциссического выбора объектов, при нормальном развитии такой выбор означает промежуточную стадию, которая завершится к определенному моменту.

В своих усилиях как можно более точно понять феномены нарциссизма Фрейд (1914) разграничивает нарциссический выбор объектов и выбор объекта по опорному типу. Выбор в соответствии с опорным типом ориентируется на пример матери; он направлен на объект, который похож на тот, что стал первым объектом любви ребенка вследствие того, что кормил его, заботился о нем и обеспечивал его безопасность. Нарциссический выбор, напротив, стремится найти в объекте

- «а) то, кем человек является (себя самого),
  - б) то, кем человек был,
  - в) то, кем человек хотел бы быть сам,
  - д) личность, которая была частью собственной самости»
- (ПСС X, 1914, с. 156).

Как подчеркивают Цепф и Нитцше (Zepf, 1985, с. 7), уже в ранних попытках Фрейда объяснить понятие «нарциссизм» обозначились те его характеристики, которые ему придает Пульвер (Pulver, 1972). Так, в связи с аутоэротизмом и перверсией появляется *инстинктивный аспект* нарциссизма, тем самым, через указание на определенную стадию развития подчеркивается *генетическая точка зрения*, в дальнейшем появляются указания на специфический модус *выбора объекта* и, наконец, учитывается, хотя и не напрямую, тема *самоценности*.

Случай непредвиденного обмена субъекта и объекта - гомосексуалист ставит себя самого на место матери и любит отражающий его самость объект так, как его раньше любила его мать - истолковывается заново Фрейдом на примере паранойи (ПСС VIII, 1911, с. 297).

В понимании Фрейда оценивающий индивид сначала в аутоэротическом плане принимает собственное тело как предмет приложения своей любви, «затем все же переходит к выбору в качестве объекта постороннего человека». Промежуточная между двумя фаза - фаза нарциссизма - как предполагает Фрейд, является «в норме необходимой; представляется, что некоторые личности необычайно долго на ней задерживаются, и что это состояние оказывает влияние на личность и на более поздних ступенях развития» (ПСС VIII, 1911, с. 297).

Следует отметить, что концепция нарциссизма рассматривается Фрейдом с самого начала не только с учетом динамики влечений, но также и с учетом объектной психологии. С позиций теории либидо нарциссизм следует понимать как заряд энергии для Эго, который реализуется двояким образом. Первично - как «изначальный источник либидозной энергии Эго, от которого позднее осуществляется отход в пользу объектов» (ПСС X, 1914, с. 141), причем этот первичный нарциссизм следует за стадией аутоэротизма. Вторично нар-

циссизм возникает «через включение привязанности к объекту» (ПСС X, 1914, с. 140), при этом Эго-либидо и объектное либидо взаимозависимы: «чем больше потребляет одно, тем больше нищает другое» (ПСС X, 1914, с. 141; Zepf, 1985, с. 9).

Понимание Фрейдом либидо как количественной величины - оно распределяется на Эго (Эго-либидо) и объекты (объектное либидо) таким образом, что увеличение одного означает уменьшение другого - не может не оспариваться. Так, например, Иоффе и Сандлер (Joffe and Sandler, 1967a, с. 11) пишут:

«С одной стороны, есть личности с высоким замещением саморепрезентативности, они здоровым образом активно интересуются другими. С другой стороны, существуют очень неуверенные люди с сильно выраженным чувством неполноценности, здоровье которых сильно зависит от способа поведения объекта и у которых нельзя допускать значительного замещения саморепрезентаций. Несмотря на это, такие люди могут быть очень сильно обеспокоены собой, например, в дневных фантазиях или в размышлениях по поводу состояния своего здоровья».

Фрейдистская концепция первичного нарциссизма, который возникает на стадии аутоэротизма и отсутствия объекта, снова и снова подвергается критике (см. Gast, 1992, 1997; Zepf, 1985, с. 12). В этой связи следует рассмотреть противоречащие сами себе высказывания Фрейда об аутоэротизме и о развитии либидо в его частных влечениях. Цепф и Нитцше приводят здесь следующие аргументы: если либидозные частные влечения и их эрогенные зоны (последние выступают как источник влечений) развиваются, примыкая к потребности в самосохранении (первоначально потребности в пище), тогда нужно предположить, что эта потребность в пище всегда имеет объект, а именно материнскую грудь (Zepf, 1985, с. 13).

Фрейд сам проверял концепцию первичного нарциссизма, в соответствии с которой Эго выступает в роли первоначального резервуара либидо, как гласит структурная теория. «Первоначально на примитивной оральной стадии индивида», - так у него говорится, - «нельзя полностью отделять друг от друга привязанность к объекту и идентификации»; и идентификация является «условием, при котором Ид отказывается от своих объектов» и при котором Эго каждый раз утверждает свою особенность.

«Во всяком случае, это очень часто случается на ранних фазах развития и приводит к пониманию того, что характер Эго составляется из низвержения привязанностей к объектам, от которых оно отказалось; это история выбора объектов» (ПСС XIII, 1923, с. 257).

Между аутоэротизмом и первичным нарциссизмом должна бы, по логике, вклиниваться фаза объектных отношений. Тогда нарциссизм, обозначенный как первичный, стал бы вторичным, поэтому теперь Фрейд говорит так:

– 68 –

«С самого начала все либидо накапливается в Ид, в то время как Эго находится на стадии образования или еще слабо. Ид отсылает часть этого либидо на эротические привязанности к объектам, усилившееся Эго старается овладеть этим объектным либидо и навязать себя в качестве объекта любви Ид. Нарциссизм Эго, таким образом, вторичен, лишен объекта» (ПСС XIII, 1923, с. 275).

Фрейд отождествлял первичный нарциссизм с первично-внутриматочным состоянием «реактивации пребывания в утробе матери с ощущением комфортного положения, тепла и защищенности от раздражителей» (ПСС X, 1916, с. 412) и связывал его с состоянием сна. Состояние сна понимается Фрейдом как регрессия к примитивному нарциссизму. Регрессия, таким образом, продолжается вплоть до восстановления полного нарциссизма, «в котором либидо и Эго-интересы еще едины и

неразделимо живут в удовлетворяющем само себя Эго». В 1921 Фрейд пишет следующее:

«Таким образом при появлении на свет мы переходим от абсолютно самоудовлетворенного нарциссизма к восприятию изменяющегося внешнего мира и к началу поиска объектов, и с этим связан тот факт, что мы не можем длительно выносить новое состояние и периодически возвращаемся во сне к предыдущему состоянию отсутствия раздражителей и избегания объектов» (ПСС XIII, 1921, с. 146).

Однако временное отнесение нарциссизма к фазам развития ребенка в работах Фрейда остается неоднозначным; он относится к разным временным периодам различных фаз: то к внутриутробной жизни, то к той фазе, которая следует за фазой аутоэротизма и соответствует анимистическому способу мышления, на которой царит всемогущество мыслей. Наряду с этим у Фрейда обнаруживаются формулировки, в соответствии с которыми нарциссизм локализован во временном промежутке, разворачивающемся непосредственно после рождения:

«Эго изначально находится в состоянии энергетической нагруженности влечениями и отчасти способно самостоятельно удовлетворять влечения в себе. Мы называем это состояние нарциссизмом, а возможность удовлетворения получила название аутоэротической» (ПСС X, 1915, с. 227).

Цепф и Нитцше приходят в своих размышлениях к гипотезе о том, что первичный нарциссизм оказывается способным к развитию; кроме того, можно увидеть, что нарциссизм представляется различным в зависимости от фазы и отношения к объекту, не заканчиваясь при этом вторичным нарциссизмом (Zepf, 1985, с. 14). Но это предположение ограничивается положением Фрейда о том, что человек в своем развитии «строит **идеал** в себе, отсутствие которого ощущает его актуальное Эго... На этот идеал Эго направляется любовь к себе, которой в детстве наслаждалось настоящее Эго. Нарциссизм смещается на это

– 69 –

новое идеальное Эго, которое находится в распоряжении всех совершенным ценностей... То, что проецируется в качестве идеала для себя, - это замещение потерянного нарциссизма детства, в котором он был своим собственным идеалом» (ПСС X, 1914, с. 161).

Понимание Фрейда, в соответствии с которым идеальное Эго становится замещением потерянного нарциссизма детского Эго, отражено также и в его концепции перверсий (гомосексуалист ищет свой объект любви на пути нарциссизма, это и замещающий объект и обновление его собственной детской личности); Фрейд предлагает встречать феномены нарциссизма с ожиданиями, «с которыми мы приступаем к изучению любых перверсий» (ПСС X, 1914, с. 138). Перверсии являются, как показал Фрейд на примере гомосексуальности, нормальной переходной стадией развития либидо в отношении к объекту и к собственной самости. Здесь идеал Эго становится адресатом либидозных ассигнований, олицетворенных в соответствующем объекте, который, тем самым, занимает место совершенного Эго из раннего детства.

Цепф и Нитцше, соглашаясь с «поздним» Фрейдом, а также с позициями Балинта, Фенихела, Ференчи, Грюндбергера, Иоффе и Сандлера, исходят из того, что в



нарциссической бедности индивида проявляется стремление восстановить при изменяющихся условиях обозначенное Сандлером (Sandler, 1960) «первичное замешательство» - состояние, свободное от неудовольствия.

«Нарциссическая бедность, понимаемая как жажда состояния «пассивной объектной любви» (Балинт), «ситуации материнской любви» (Ференчи, Грюндбергер), «идеализированного отношения к объекту» и «величины самости» (Кохут), принимает в зависимости от жизненного опыта различные формы, в которых развиваются конкретные инстинктивные потребности, причем аффективное качество «удовольствия» связано с удовлетворением потребностей, а качество «здоровья» - с нарциссическим удовлетворением» (Zepf, 1985, с. 43).

## 2.2. Отношение между нарциссизмом и развитием влечений

В дискуссии о нарциссизме, а значит, имплицитно и о самости, всегда живой интерес вызывало отношение между нарциссизмом и развитием влечений. Эта дискуссия привела авторов, принимавших в ней участие, к различным результатам: Ференчи, также как Балинт и Грюндбергер, отводит ключевую роль нарциссизму в противоположность соответственно редуцированному развитию влечений. Кохут (Kohut, 1973) видит в концептуализированной им психологии самости оба пути развития отделенными друг от друга.

– 70 –

Кернберг (Kernberg, 1975, 1978, 1981, 1985, 1988b), напротив, в противоположность названным выше авторам рассматривает нарциссизм в зависимости от развития влечений.

Цепф высказался против этих предположений, попытавшись с учетом позиции Фрейда обосновать диалектическое напряжение между развитием нарциссизма и влечений и исследовать эту диалектику в отношении между познанием объекта в субъективном переживании (самость), с одной стороны, и познанием реального объекта через образование субъективных структур (Эго), с другой стороны. Это исследование было предпринято с использованием концепции форм взаимодействия (Lorenzer, 1974). Совместная игра нарциссизма и влечения означает в этом случае (при применении психоаналитических понятий, которые следует рассматривать как основополагающие для развития человеческой субъективности), что процесс субъективизации нужно понимать как результат более или менее патологической переработки *конфликта*, а не как историю развития Эго.

«Преследуя «перенесение субъектной функции матери в пользу ребенка» (Lorenzer, 1974, с. 250) в рамках субъекта, продуцирующего эту совместную игру, а именно, диады мать-ребенок, мы обнаружили, что нарциссизм следует читать «негативно». Нарциссическая бедность является результатом подготавливающих неудовольствие нарушений и нацелена на устранение приведших к этому условий субъективной жизни. В то же время нужно учитывать, что эти условия необходимы для удовлетворения влечений и для достижения нарциссического состояния при изменяющихся обстоятельствах. Конечно, состояние, которого можно достичь с помощью удовлетворения влечений, далеко от первоначального. Нарциссические стремления коренятся именно в этом различии между свободным от

внешних вторжений внутриутробным исходным состоянием и теми состояниями, когда человек пытается редуцировать неудовольствие, но не в силах полностью его устранить. Как тенденции, субъективно ориентированные на регрессию, они являются движущей силой развития, которое побуждается диалектикой удовлетворения влечений и отказом в реальной практике от диады мать-ребенок (Zerf, 1985, с. 123).

Нарциссическая бедность стремится к устранению неудовольствия, которого не следует достигать за счет возврата к первичному (внутриутробному) отсутствию напряжения. Тем самым это стремление оказывает определенное влияние, мотивируя человека на поиски удовлетворения инстинктивных желаний, которые являются результатом напряжения между удовлетворением и отказом в диаде мать-ребенок. Таким образом, из взаимной игры нарциссизма и влечения возникает прогрессивная ориентация, которая, однако, нацелена на регрессивное устранение нарциссического неудовольствия.

– 71 –

### **2.3. Введение понятий саморепрезентации и объектной репрезентации**

Изначально Эго выступало как адресат нарциссизма, объект либидозного замещения, но впоследствии произошли значительные изменения в понимании этих процессов; это произошло после того, как Хартманн (Hartmann, 1950) предложил впредь говорить о самости.

По его предложению Эго, заряженное либидозной энергией, Эго, которое на основании идентификаций с исходящими из Ид объектами, стало объектом любви, было обозначено как *самость*, в отличие от Эго, определенного как психический аппарат. В дальнейшем Хартманн предложил использовать понятие саморепрезентаций, аналогично с понятием объектных репрезентаций для обозначения бессознательных, предсознательных и сознательных интрапсихических представлений телесной и духовной самости в системе Эго. Якобсон (Jacobson, 1954, 1956) подхватила это предложение и использовала его в своих исследованиях психотических нарушений. Она рассматривает концепцию самости и саморепрезентаций, в отличие от концепции Эго, следующим образом: создание системы Эго связано с действием «мира объектов» и возрастающим различием между ним и собственной физической и психической самостью.

«Из постоянно преумножающихся следов воспоминаний, приятных и неприятных, инстинктивных, эмоциональных, идеалистических и функциональных переживаний и из восприятий, с которыми они ассоциативно связаны, формируются образы объектов любви, а также телесной и духовной самости. Изначально неясные и изменяющиеся, они постепенно расширяются и развиваются в постоянные и более или менее реалистические внутриспсихические репрезентации «мира объектов» и самости» (Jacobson, 1964, 1973, с. 30).

На начальной стадии развития Эго появляются, с одной стороны, уже отделенные друг от друга либидозные и агрессивные типы влечений, с другой стороны, образуются связи разного уровня между этими влечениями. Таким же образом было введено в действие отличие объектов друг от друга и от самости и их

репрезентации в новой системе; это снабжает Эго длительным либидозным и агрессивным зарядом энергии (там же, с. 28).

Якобсон, как и Хартманн, хотела таким образом подчеркнуть различие между Эго, которое представляет собой структурированную психическую систему, и самостью, которую она обозначила как недифференцированную «психосоматическую матрицу», характеризующуюся одновременным присутствием либидозных и агрессивных сил, как наиболее раннюю психофизиологическую сущность (там же, с. 17).

– 72 –

«Ядром ранних детских образов самости являются ... следы воспоминаний приятного и неприятного опыта, которые под влиянием аутоэротической и первоначальной целенаправленной активности, а также игрового общего исследования собственного тела приводятся в соответствии с образами тела. Изначально наше представление о собственной самости, точно так же, как и примитивный образ объекта, – это довольно непрочное единство. Вытекающее из опыта, который крайне сложно отличить от восприятий удовлетворяющих потребности частных объектов, оно сначала смешано и сплавлено с образами объектов и составляется из постоянно меняющегося ряда образов себя, которые отражают непрекращающиеся флуктуации в примитивном состоянии психической жизни» (там же, с. 31).

Якобсон указывает, что по очевидным причинам способность к объективности нашей собственной самости в лучшем случае сильно ограничена, и поэтому самопознание может предоставить весьма скудную информацию о нашей собственной самости, «поэтому саморепрезентации никогда не будут являть собой объективные представления в строгом смысле». Они даже еще в большей степени, чем объектные репрезентации, остаются под влиянием субъективного эмоционального переживания (там же, с. 31).

В своих исследованиях самости и саморепрезентаций, противопоставляя их концепции нарциссизма и мазохизма Фрейда, Якобсон подчеркивает (там же, с. 28), что вторичный нарциссизм и вторичный мазохизм ни в коей мере не идентичны с либидозным и агрессивным оснащением системы Эго. По ее мнению не Эго, как считал Фрейд, сооружается с помощью энергии Ид; напротив, по мере формирования Эго констеллированные *психические репрезентации самости* замещаются либидо и агрессией и перевоплощаются в объекты любви и ненависти. Фрейд придерживался принципиально иной точки зрения, когда писал, что усилившееся Эго пытается захватить объектное либидо, которое было выслано Ид на эротические объектные отношения, и стремится навязать себя Ид как объект любви, при этом нарциссизм Эго является вторичным (ПСС XIII, 1923, с. 275).

В связи с концепцией самости интересна для клинического и теоретического психоанализа и концепция *идентичности*. Для Якобсон идентичность имеет нечто общее с самореализацией человека, с его ролями и возможностями в обществе (там же, с. 40); это обращает наше внимание на отношения между идентичностью, с одной стороны, и идентификациями Эго и Суперэго, с другой.

Якобсон (там же, с. 40) ссылается на работу Лихтенштейна (Lichtenstein, 1961), который различал идентичность животную и человеческую; в то время как в его понимании у животных идентичность предопределена, гарантирована их наследственными инстинктами и автоматизмами, идентичность человека как биологического и исторического существа формируется по-другому. Челю-

веку присуще историческое развитие с самоопределяющейся, самостоятельно созданной идентичностью, за сохранение которой он должен постоянно бороться. Конечно, для Якобсон, с учетом ее клинической позиции, угроза идентичности не столь сильна, как это полагает Лихтенштейн. У пациентов с невротами конфликта и переноса она играет существенно меньшую роль, однако у больных с нарциссическими, пограничными и психотическими нарушениями ее, как правило, несложно обнаружить.

Якобсон пишет, что «формирование идентичности на каждой фазе сложного инстинктивного развития и медленного созревания Эго человека должно отражать сложное формирование Суперэго и запутанные судьбы тех объектных отношений и идентификаций с его семьей и социальной средой, на которых основывается его индивидуальная культурная и социальная жизнь» (там же, с. 43).

## 2.4. Подведение итогов

Нарциссизм был одним из первых открытий Фрейда. Уже в 1905 году он различал два адресата либидозной энергии, объект и Эго; он говорил об объектном либидо и Эго-либидо. Его размышления о возникновении и развитии нарциссизма, в особенности, выделение первичного и вторичного нарциссизма, долгое время оставались весьма противоречивыми. Однако со временем стало возможным четче разграничить нарциссическую бедность и инстинктивные потребности: нарциссическая бедность, которая характеризуется потребностью в безопасности, в здоровье и в стабильном чувстве самооценности, была отделена от поиска удовлетворения инстинктов, ориентированного на принцип удовольствия-неудовольствия. Нарциссическая бедность, направленная на установление и укрепление здоровья, следует в регрессивном направлении, нацеленном в конечном счете на внутриутробное состояние значительной свободы от нарушающих покой раздражителей, что связано с отсутствием объектов.

Возникающие между развитием влечений и развитием нарциссизма отношения рассматривались психоаналитиками по-разному. Наряду с дальнейшим развитием и дифференциацией способов рассмотрения инстинктов, была выдвинута идея о «возрастающем ослаблении этой диалектической связанности вплоть до исключения сексуального вообще» (Gast, 1997, с. 59); ряд гипотез выдвигался под влиянием постфрейдистской эго-психологии и психологии объектных отношений. Венцом этих дискуссий стало формулирование *психологии самости* Кохута (Gast, 1997). Особенно интересной представляется идея, которую по образцу Лоренцера выдвигает Цепф. Он видит обе либидозные категории в диалектическом напряжении; нарциссическая бедность, регрессивно направленная на избавление от неприятных чувств и ориентированная на внутриутробное состояние свободы от беспокоящих раздражителей, стремится

ся к устранению условий, которые неприемлемы для удовлетворения инстинктивных желаний, а также для установления нарциссического благополучия при меняющихся обстоятельствах. В возникающем вследствие этого поле диалектического напряжения развивается человеческая субъективность с ее особой конфликтностью.

Для дальнейшего развития концепции нарциссизма немаловажное значение имело и то, что Хартманн в 1950 году предложил обозначать составляющую Эго, которая (по Фрейдю) на основании идентификаций с представленными в Ид объектами выступает как предмет либидозной привязанности, как *самость*; одновременно он ввел понятие саморепрезентаций, которые он - также как и репрезентации объектов - видел встроенными в систему Эго. Некоторое время спустя Якобсон, вслед за Хартманном, предложила свою теорию репрезентаций самости и объектов и возникающих между ними отношений, в которой репрезентации самости и объектов не отделяются друг от друга с самого начала (как предполагает Кохут), но находятся в тесной взаимосвязи. Такой же позиции позднее придерживался и Кернберг.

Психоаналитическое клиническое понимание психогенных расстройств не могло не принимать в расчет учение о направленном на самость либидо (нарциссизм) и его репрезентациях; это справедливо также для диалектического напряжения, возникающего между двумя категориями влечений: с одной стороны, нарциссической бедности и, с другой стороны, влечений, как они были определены Цепфом. По его мнению, такие конфликты между направленным на объект поиском удовольствия (с устранением соответствующего неудовольствия) и потребностями в свободе от раздражителей, которая, как правило, означает уменьшение объекта или его исключение, распространены повсеместно. Можно допустить, что подобные конфликты будут обнаруживаться и при неврозах различного рода; оказалось, что конфликтным напряжениям, которые постоянно возникают между нарциссической бедностью и направленными на объект потребностями, в клинике до сих пор было уделено слишком мало внимания. Этот вид конфликтной патологии играет, вследствие его широкого распространения, пожалуй, даже большую роль, чем известные психопатологии нарциссических нарушений личности.

### **3. О ТЕОРИИ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

В последние десятилетия концепция объектных отношений приобретает все возрастающее значение для формирования психоаналитической теории. Был накоплен целый ряд клинических наблюдений и результатов эмпирических исследований, которые привели к заметному расширению знания в обла-

- 75 -

сти психоаналитической концепции развития; она затрагивает ранние взаимодействия матери и ребенка и обозначает три основные психические структуры; предметом этой концепции являются: триангулирование в раннем детстве, фазы развития индивида, возникновение объектных отношений, мир репрезентаций и постоянства самости и объектов, психосексуальное развитие вплоть до половой идентичности, и наконец, аффективное, когнитивное и моральное развитие, а также процесс принятия ролей и идентичности (Martens, 1991).

Психоаналитическая теория объектных отношений в понимании Кернберга (Kernberg, 1981, 1988b) исследует интериоризацию межличностных отношений и их влияние на нормальное и патологическое развитие Эго и Суперэго, а также изменяющиеся связи между внутренними и межличностными объектными отношениями. В более узком смысле она охватывает внутреннее конструирование представлений диадического отношения (само- и объектные репрезентации), которые отражают изначальные взаимодействия матери и ребенка и их более позднее развитие в

диадические, триадные и множественные внутренние и внешние межличностные отношения.

### 3.1. Основания объектной психологии по Фрейду

В традиционной системе понятий психоанализа объекты и объектные отношения связаны с возбуждениями влечений. Сначала, когда говорят об объектах, имеют в виду реальные или выдуманные адресаты возбуждений влечений; речь идет об объектах влечений и сопровождающих их инстинктивных желаниях, то есть об объектных отношениях. В классической психоаналитической теории (теории инстинктов) эти объектные отношения были объяснены в понятиях замещения объектов или их психических репрезентаций либидозной и агрессивной энергией - с энергией инстинктов в их первоначальном состоянии или в ее нейтрализованной, очищенной или сублимированной форме (Sandler, 1982, с. 59). При этом, с одной стороны, «объект» понимается как коррелят инстинкта или частичного влечения.

«Объект влечения - это то, с помощью чего инстинкт может достичь своей цели. Это самое вариативное в инстинкте, не связанное с ним изначально; значение ему придается только вследствие его единения с возможностью удовлетворения» (ПСС X, 1915, с. 215).

С другой стороны, «объект» рассматривается как коррелят любви или ненависти. В этом случае присутствуют отношения между целостной личностью или структурой Эго и объектом (см. Laplanche und Pontalis, 1972, с. 335).

«... любовь и ненависть нельзя использовать для обозначения отношения инстинкта к его объектам, они зарезервированы для отношений целостного Эго к объектам» (ПСС X, 1915, с. 229).

- 76 -

При дальнейшем рассмотрении Фрейд различает то, что находится вне тела ребенка, и то, что является частью детского тела (см. Nagera, 1989, с. 455). Так, Фрейд пишет (1905):

«Когда самое первое сексуальное удовлетворение было связано с приемом пищи, сексуальное влечение имело объект вне собственного тела: в материнской груди... Поэтому сосание ребенком материнской груди стало образцом любого любовного отношения. Собственно нахождение объекта - это повторное нахождение» (ПСС V, 1905, с. 123),

Позднее (1915) у Фрейда говорится:

«Психоанализ учит тому, что есть два пути нахождения объектов: во-первых, тот, который исходит из образца ранних детских примеров, и во-вторых, нарциссический, который ищет свое собственное Эго и находит его в другом» (ПСС V, 1905, с. 123).

К теме выбора объектов в 1905 году говорится:

«Но от этого первого и самого важного из всех отношений после отделения сексуальной деятельности от приема пищи остается

существенная часть, которая помогает подготовить объектный выбор, а также восстановить потерянное счастье. В течение всего латентного периода ребенок, в точности повторяя и продолжая свое младенческое отношение к кормилице, учится **любить** других людей, которые помогают ему преодолеть беспомощность и удовлетворяют его потребности. Возможно, кто-то захочет воспротивиться отождествлению нежных чувств и ценностей ребенка к тем людям, которые за ним ухаживают, с половой любовью, только я считаю, что основательное психологическое исследование смогло бы установить эту идентичность вопреки всем сомнениям. Общение ребенка с ухаживающими за ним людьми является для него непрекращающимся источником сексуального возбуждения и удовлетворения эрогенных зон, в особенности потому, что последние – как правило, все же мать – одаривают ребенка чувствами, которые имеют корни в их сексуальной жизни, его гладят, целуют и качают и совершенно явственно воспринимают как замещение полноценного сексуального объекта» (ПСС V, 1905, с. 124).

Здесь Фрейд уже описывает ту взаимность в отношениях между матерью и ребенком, которая играет центральную роль в современных теориях объектных отношений.

Фрейд обращал особое внимание на интериоризацию объектных отношений в связи со структурной теорией и эго-психологией; он понимал интериоризацию как процесс идентификации с обоими родителями в ходе фазы эдипова комплекса и описывал их как основу для других идентификаций - как они осуществились в прездиповой фазе и затем осуществляются в подростковый период (Thomae und Kaechele, 1985, с. 10).

– 77 –

Фрейд (1923) предложил также свою теорию меланхолии, обсуждая которую, он пишет следующее: «потерянный объект снова направляется в Эго, таким образом, объектное замещение сменяется идентификацией, ... такое замещение составляет важную предпосылку формирования Эго и в значительной мере способствует установлению того, что мы называем характером» (ПСС XIII, 1923, с. 256-257).

Об отношении между объектным замещением и идентификацией ниже говорится так:

«Изначально на примитивной оральной фазе развития индивидуума невозможно полностью разделить замещение объекта и идентификацию.

...Если от такого объекта приходится отказаться, то при этом нередко проявляется изменение Эго, которое следует описывать в терминах установления объекта в Эго как при меланхолии. Возможно, через интроекцию, которая является разновидностью регрессии к механизму оральной стадии, Эго облегчает или делает возможным отказ от объекта. Возможно, эта идентификация вообще является условием, при котором Ид оказывается от своих объектов. В любом случае этот процесс, в особенности, на ранних фазах развития происходит достаточно часто и приводит к пониманию того, что характер Эго является низвержением объектных замещений, которые содержат историю выбора этих объектов...

Также отмечается одновременность объектного замещения и идентификации, то есть изменение характера, связанное прежде всего с отказом от объекта. В этом случае изменение характера могло бы пережить объектные отношения и в определенном смысле их сохранить» (ПСС XIII, 1923, с. 257).

Описанные Фрейдом здесь и в других частях его трудов процессы идентификации и их примеры (первичная идентификация, инкорпорация, интроекция) имеют дело с объектными отношениями (понятие идентификации позднее много раз варьировалось: Ференчи ввел в 1909 году термин «интроекция» как симметричный для проекции; Абрахам и Кляйн добавили эти два механизма к механизму чистой проекции; Якобсон дополнила позднее понятие интериоризации интериоризацией селективной идентификации и имитации). Названные понятия, хотя и делают акцент на различных сторонах явления, всегда соотносятся с объектными отношениями (см. ниже в этой книге). Они означают постоянное движение снаружи внутрь, движение субъекта внутрь; понятием «идентификация» были охвачены в большей степени те процессы, с помощью которых формируется субъект (см. разделы о структурной теории, нарциссизме и самости, об эдиповом комплексе).

– 78 –

### **3.2. Ранние объектные отношения по Мелани Кляйн**

В нашем историческом обзоре следует упомянуть Мелани Кляйн (Melanie Klein), которая в рамках психоанализа обратила внимание на ранние объектные отношения. С конца 20-х годов она занималась рано интериоризированными объектными отношениями и исследовала их детерминирующее влияние на формирование психических структур и на различные типы внутренних конфликтов. Она связала психоаналитическую теорию инстинктов, в особенности врожденный инстинкт агрессии, со сформулированной ею теорией ранних объектных отношений и ранних констелляций защитных процессов (расщепление и проективная идентификация) (Klein, 1930, 1933, 1940, 1946, 1972).

В ее понимании, которое основано на последней теории инстинктов Фрейда (1923), инстинкты жизни и смерти находят свое психическое выражение в бессознательных фантазиях, которые под влиянием примитивных эмоций отражают самость и объект.

Агрессивные импульсы проецируются вовне, на мать, которая становится носителем этих импульсов, и они переживаются проецирующим ребенком как страх глотающих объектов, которые ведут к репрезентациям злой, деструктивной и жадно сосущей груди; сопровождают этот процесс аффекты и импульсы зависти и жадности. Либидозные импульсы реализуются в полных удовольствия контактах с удовлетворяющими объектами, прежде всего с «доброй грудью». Фантазии о доброй удовлетворяющей груди интроецируются как хороший внутренний объект. Важнейший сопровождающий аффект - это благодарность; благодарность тесно связана с чувством доверия, которое покоится на обеспеченном удовольствии от «хорошей груди». Хорошая и плохая грудь - это первые телесные объекты, которые принимают участие в самых ранних бессознательных фантазиях и представляют либидо или агрессию; «внутренние объекты» становятся, таким образом, отражением истории развития врожденных инстинктов либидо и агрессии.

Характерно для раннего периода жизни отделение от матери «совершенно хорошего» и «совершенно плохого» образов. Кляйн (1940, 1941) говорит о



«параноидно-шизоидной позиции», которая характеризуется этими разделенными и еще не интегрированными образами. Такая констелляция сменяется позднее, при дальнейшем развитии, «депрессивной позицией», в которой ребенок узнает, что его ненависть направлена на ту же мать, от которой он получает добро; частные объекты только теперь могут быть интегрированы в тотальные или целостные объекты. Ребенок реагирует на это новое восприятие матери чувством вины и стремлением делать что-то хорошее. Обе позиции, параноидно-шизоидная и депрессивная, могут сохранять свою силу как элементарные

– 79 –

констелляции и актуализироваться к определенному времени. Из этого следует терапевтическое положение о том, что они должны быть включены в проработку конфликтов, должны толковаться и проясняться на всех фазах развития.

Значение вклада Мелани Кляйн и ее последователей (Биона, Розенфельда, Сигала) состоит прежде всего в том, что она представляет собой первую постфрейдистскую теорию объектных отношений. Своим подходом она выдвинула на первый план клинического рассмотрения ранние объектные отношения при нормальном и патологическом развитии. Кляйн проанализировала аспекты раннего развития Суперэго и описала отношения между генитальными и прегенитальными конфликтами; в дальнейшем она подняла вопрос о значении функций примитивных механизмов защиты (расщепление и проективная идентификация) для возникновения и успешности лечения тяжелых психопатологических заболеваний (см. также Kernberg, 1969, 1981, 1985 и 1988b).

### **3.3. Подходы Фейрнберна, Балинта и Винникотта**

Под влиянием Мелани Кляйн некоторые авторы, прежде всего Фейрнберн и Винникотт, сделали существенные дополнения к теории и клиническому приложению объектных отношений (см. Sutherland, 1980). Фейрнберн (Fairbairn, 1944, 1946) осуществил критический анализ фрейдистской теории инстинктов, переформулировал ее и постулировал, что ребенок с самого рождения является «ищущим объект». Он критиковал классическую теорию либидо и концепцию эрогенных зон; по его мнению, Фрейд, говоря об оральном, анальном и других возбуждениях инстинктов, описал не настоящие потребности, а формы или техники обхождения с объектами. Фейрнберн видит в эрогенных зонах только служителей настоящих потребностей, а истинные, то есть первичные либидозные потребности состоят в установлении удовлетворяющих объектных отношений.

Принятие этой основной человеческой потребности, потребности «установить полные любви отношения с другими», было сформулировано и теоретически обосновано также и другими авторами; поводом к созданию такой концепции послужил критический пересмотр теории инстинктов Фрейда и его концепции первичного нарциссизма.

Центральное понятие представляемой Балинтом концепции - это *первичная объектная любовь* (Balint, 1935). Для него развитие объектных отношений идентично развитию любви; их следует рассматривать отдельно от развития сексуальных целей и частичных желаний. Кроме того, Балинт постулирует (в отличие от классического аналитического понимания лишенной объекта нарциссической стадии), что объектные отношения с самого начала сопровождают психическое развитие, решающим образом

определяют и структурируют его. Отношения между матерью и ребенком понимаются как отношения, осно-

– 80 –

ванные на взаимности и «либидозно равноценные» (Balint, 1937, с. 104), иначе можно было бы назвать диаду «мать-ребенок» первично нарциссической (Balint, 1937, с. 110). Это положение преодолевает монадологический способ рассмотрения поведения и генеза личности (Loch, 1966, с. 334), и в центр всех психоаналитических усилий ставит исследование межличностной динамики.

Хронологически и феноменологически Балинт различает 3 примитивные формы объектных отношений:

«а) самая примитивная из них – это форма, которую я назвал первичной формой любви или **первичным объектным отношением**; это вид гармоничного смещения и взаимного проникновения развивающегося индивидуума и его первичных структур или его первичного объекта; далее идут б) **окнофилия** и в) **филобатизм**, в определенной степени противоположные друг другу состояния, которые являются предпосылкой открытия достаточно стабильного частного объекта или объекта в целом. Поэтому индивидуум, для которого характерна окнофилия, чувствует себя спокойно только в непосредственной близости к объекту, а временные и пространственные расстояния между объектами переживаются как угрожающие и опасные.... В противоположность этому человек с превалированием филобатизма рассматривает объекты как недостоверные и рискованные» (Balint, 1968, с. 200).

Для подтверждения своего понимания Балинт указывает на то, «что все три вида объектных отношений - гармоничное изначальное сплочение, окнофильное судорожное цепляние за объект и филобативное предпочтение лишенных объекта отношений - следует искать при любой аналитической терапии, в которой с определенной точки допускается регрессия» (Balint, там же, с. 88).

Томе (Thomae, 1984) обратил внимание на то, что описания этих ранних объектных отношений обнаруживают большую схожесть с описанием аутистической и симбиотической фаз, выделяемых Малером (Mahler).

Особенное значение для патологического развития имеет концептуализированное Балинтом «основное нарушение». При этом речь идет не о конфликте, но о «дефекте в психической структуре, разновидности дефицита, который должен быть устранен» (Balint, 1968, с. 32). Речь идет о фиксации на неблагоприятном исходе стадии развития первичной любви из-за «недостатка гармонии между ребенком и теми референтными личностями, которые представляют окружающий его мир» (Balint, там же, с. 337). В соответствии с пониманием раннего отказа в заботе со стороны окружающего мира» (1958, 1965b) именно недостаточная забота, а не психический конфликт, предопределяет развитие основного нарушения.

Балинт видит в этом понимании ряд терапевтических следствий: продвижение вплоть до базальных объектных отношений, создание оптимального психического напряжения для «*нового начала*», наблюдение за невербальной

– 81 –

коммуникацией и в дальнейшем за либидозной природой терапевтической ситуации, разграничение двух форм *терапевтической регрессии*: доброкачественной, которая

заканчивается в новом начале, и злокачественной. Особенно он подчеркивает «целительную силу объектных отношений») и требует от аналитика принятия на себя роли первичного объекта, поскольку это дает возможность понять пациентов с «основным нарушением» и, тем самым, сделать возможным «новое начало».

Винникотт (Winnicott, 1956, 1958, 1960, 1965, 1971, 1986) также занимался самыми ранними фазами отношений мать-ребенок. Его интересовали феномены «достаточно хорошего» материнства и их значение для развития ребенка. Кроме того, он уделял особое внимание потребности ребенка (пациента) в эмпатии и способности матери (аналитика) эту потребность обеспечить. Он ввел концепцию «объектной матери и матери окружающего мира» (1965), «материнской озабоченности» и «сохраняющего окружения» (1954, 1965), которые впоследствии учитывались при лечении так называемых ранних или структуральных невротиков (Winnicott, 1965b). В своей работе «От игры к креативности» (1971) он положил начало интересным направлениям в ситуативном оформлении лечения и взрослых пациентов. Клиническое значение приобрел и определенный им «переходный объект», и «объект фальшивой самости» как нарушение, истоки которого он видел в ранней симбиотической ситуации (см. Winnicott, 1953, 1960, 1969).

### 3.4. Подход Хартманна

Именно Хартманн описал встречу новорожденного с «в общем ожидаемым внешним миром» и ввел понятие психических репрезентаций (саморепрезентаций и объектных репрезентаций); с этого началась эра теории объектных отношений в эгопсихологии (Hartmann, 1939, 1950, 1972).

Из основополагающих теоретических построений Хартманна и его соавторов Криса и Ловенштейна (1946, 1949, 1952) мы упомянем только те, которые приобрели особенное значение для психоаналитической теории объектных отношений.

1. Введение понятия «относительно ожидаемого мира», которым подчеркивается значение вклада матери в развитие ребенка; это привело к более детальным исследованиям диады мать-ребенок и расширило понимание объектных отношений. Хартманн установил, что первые социальные отношения ребенка имеют решающее значение для поддержания биологического равновесия; поэтому, полагает он, первые объектные отношения младенца должны особенно сильно интересовать психоаналитиков. Исследуя взаимную зависимость младенца и матери, Хартманн уделяет особое внимание тому

– 82 –

аспекту взаимоотношений, для которого он разработал понятие *соответствия друг другу*. Анализируя это понятие, он показывает, как посредством различных процессов регуляции заново устанавливается биопсихологическое равновесие. Он приходит к выводу о том, что существует ранговый порядок функций Эго, служащих процессам приспособления. Этот способ рассмотрения биопсихологического регулирования побудил его выдвинуть тезис, что процессы приспособления должны рассматриваться в более узком и более широком смысле. На основе этого он развивает идею о том, что младенец рождается с собственным приспособительным аппаратом, соотносящимся с системой меняющихся отношений в рамках «относительно ожидаемого внешнего мира». Развитие ребенка происходит в рамках этого вида внешнего мира, в то время как функции, связанные с аппаратом первичной автономии, проявляются вне этой области (см. ниже в этой книге).

2. Новое определение нарциссизма как либидозного замещения саморепрезентаций, а не репрезентаций Эго, как это сначала предложил Фрейд, или самости, как это было принято на этапе введения структурной теории. Хартманн пишет:

«Может оказаться полезным апеллировать к репрезентациям самости в противоположность объектным репрезентациям, ... самости (собственной личности) в противоположность объекту... Эго (как психологической системы) в противоположность другим частным структурам личности» (Hartmann, 1972, с. 132).

3. Описание стадий развития объектных отношений (от первичного нарциссизма через удовлетворение потребностей - к постоянству объектов). Объектные отношения возникают, по мнению Хартманна, после состояния отсутствия объекта первичного нарциссизма, проходят стадию, в которой объект воспринимается лишь постольку, поскольку он служит потребностям младенца, и достигают, наконец, уровня постоянства объекта; постоянство объекта определяется как продолжительное замещение психической репрезентации объекта, которая вследствие этого не зависит от удовлетворения соответствующих потребностей. Идентичность индивидуума сохраняется благодаря длительному замещению не только объекта, но и самости.

4. Подчеркивание важной роли фрустрации и использования агрессивных влечений в процессе развития.

5. Введение понятия недифференцированной матрицы, из которой выделяются Ид и Эго.

6. Новое понимание идентификации как процесса, который изменяется соответственно уровню развития, на котором он осуществляется. Так, подражание является предшественником истинной идентификации; она же представляет собой процесс интериоризации, который в значительной степени гарантирует независимость от объекта.

– 83 –

Эти позиции, которые были представлены Хартманном и его соавторами, составили основу для дальнейшего развития эго-психологии и, прежде всего, той психоаналитической теории объектных отношений, которую создавали Якобсон, Малер и Кернберг.

### **3.5. Концепция Якобсон**

Мы хотим представить сформулированную Якобсон (Jacobson, 1954, 1964) психоаналитическую теорию объектных отношений более подробно, так как эта исследовательница эффективным образом связала дифференциацию аффекта, развитие объектных отношений и историю раннего развития влечений с психоаналитической структурной моделью. С клинической точки зрения, многочисленные исследования депрессивных реакций у здоровых, невротических, пограничных и психотических пациентов достаточно убедительно подтвердили теоретические позиции Якобсон (особенно для круга тем, связанных с депрессией).

По мнению Якобсон (1964, 1973, с. 25), психическая жизнь начинается с возникновения «самой ранней психофизиологической самости»; либидозные и агрессивные влечения находятся еще на стадии стремлений, Эго и Ид еще не разделены. Первая психическая структура - это сплавленное образование самости/объекта, которое постепенно развивается под влиянием отношений матери и ребенка.

Особенную роль в стимулирующих развитие интеракциях между матерью и ребенком, по мнению Якобсон, играет ранняя детская оральность: «комбинированное орально-визуальное переживание груди» - или также утробы (Spitz, 1955) - уравнивает не только мать и грудь, но и делает грудь первым образом удовлетворяющей матери. Вследствие этого следы воспоминаний, оставленные определенного рода либидозным стимулированием и удовлетворением в прошлом, имеют тенденцию группироваться вокруг этого первого примитивного визуального образа матери (груди, утробы). То же самое справедливо для построения образа себя: образы орально удовлетворенной или фрустрированной самости имеют тенденцию включать в себя энграммы физических и эмоциональных раздражителей разного рода, которые переживаются в какой-либо области целостной самости.

Как мы знаем, рот и руки для ребенка являются важнейшим инструментом для освоения мира объектов и своего собственного тела (Hoffer, 1949). Но для своего общего эго-развития и для развития целенаправленной активности даже еще большее значение могут иметь «стимулирующие удовольствие моторные, проприоцептивные, кинестетические, акустические и визуальные переживания, а также опыт прикосновений и температурные ощущения» (там же, с. 46).

Полные удовольствия аффекты выступают как первые способы выражения дифференцирующего себя либидозного влечения; его замещение в еще сплавленную представленность самости-объекта представляет собой первое психи-

– 84 –

ческое замещение либидо. «Эти самые ранние фантазии желаний слияния и соединения с матерью (грудью) являются, без сомнения, тем фундаментом, на котором строятся все объектные отношения, равно как и перспективы идентификации... Таким образом, желание голодного младенца утолить голод, то есть либидозное удовлетворение от телесного единения с матерью, становится как предшественником будущих объектных отношений, так и источником первого примитивного типа идентификации, которая осуществляется в результате слияния образов самости и объекта... Этот тип идентификации царит в течение всей преэдиповой и ранней эдиповой фазы, а в определенной степени также и на более поздних стадиях» (там же, с. 50).

Здесь следует вспомнить сходные положения Балинта в связи с описанным им основным нарушением, «первичное замешательство» Сандлера, а также недифференцированную первичную стадию и стадию первичного недифференцированного представления самости-объекта, о которой говорит Кернберг.

Важным нам кажется и упоминание о значении *взаимодействия* при интеракции матери и ребенка, которое сохраняет ключевую роль в современной дискуссии в рамках психологии объектных отношений.

«Самые ранние отношения между матерью и ребенком на самом деле имеют симбиотическую природу, так как не только беспомощному ребенку нужна мать для заботы о нем, но и матери нужен ребенок – в эмоциональном плане – для заботы о себе. Бенедер (Beneder, 1959) показал, как родители идентифицируют себя на каждой ступени развития с потребностями своего ребенка; за счет этого они могут заново прочувствовать собственные переживания соответствующей фазы» (там же, с. 67).

В дальнейшем развитии ребенка, как видит это Якобсон, следует стадия начинающейся структурной дифференциации. Формируются множественные, быстро

изменяющиеся и еще нечетко отделенные друг от друга частные образы объектов любви и частей тела; эти образы связываются со следами воспоминаний прошлых переживаний удовольствия-неудовольствия. Наряду с этим проявляются соответствующие аффекты; аффекты сигнального характера начинают функционировать наряду с еще доминирующим аффективным языком органов.

Из усилий сымитировать объекты любви развиваются формы активной идентификации, которые, вероятно, основываются на примитивной аффективной идентификации. Магическим образом иллюзорные фантазии демонстрируют то, как ребенок пытается сохранить мать как часть самого себя, пренебрегая при этом реальностью.

Образы себя и объектов начинают образовываться тогда, когда либидозно стимулируемые переживания и переживания депривации приводят к концентрации следов памяти. «Либидо и агрессия обращаются постоянно от объекта

– 85 –

любви на самость и наоборот, или с одного объекта на другой; образы себя и объектов, а также образы различных объектов на какое-то время друг с другом соединяются, разделяются и снова соединяются. Одновременно возникает тенденция окончательно определять такое собранное единство образов в либидо, в то время как общая агрессия направляется на оставшиеся образы, до тех пор пока такая амбивалентность переносима. Эти процессы замещения отражаются в проективных и интроективных процессах, которые базируются на бессознательных фантазиях ребенка об инкорпорации и отталкивании объекта любви» (там же, с. 54).

Мы здесь видим неразрешимое колебание между пассивно-беспомощной зависимостью от всемогущей матери и активно-агрессивным стремлением к самоэкспансии и полновластному контролю за объектом любви.

Итак, речь идет о стадии, которая характеризуется многочисленными и дифференцированными, но еще не интегрированными «хорошими» и «плохими» образами себя и объектов. Плохие образы себя и объектов преобразуются в садистских преследующих предшественников Суперэго (см. ниже). Процессы интроекции и проекции актуализируются, чтобы сохранить хорошее или идеальное отношение и уберечься от зла; они не принимают во внимание реальные различия между самостью и объектом.

Якобсон, в отличие от М. Кляйн, понимает интроекцию и проекцию как психические процессы, являющиеся результатом того, что образы себя перенимают черты образов объектов. Эти механизмы берут начало в ранних детских фантазиях инкорпорации и отвержения и должны отличаться от них. Позже они могут быть включены в систему защиты, а у больных психозами они используются при попытках восстановления (там же, с. 57). На преедиповой нарциссической стадии они составляют вместе с переживаниями удовольствия-неудовольствия и перцептивным опытом основу для формирования репрезентаций самости и объектов. В основном эти механизмы выделяются с помощью улучшенной проверки реальности (восприятие и самовосприятие) и посредством селективной идентификации.

С прогрессивным развитием и дифференциацией телесных и психическим функций (моторная активность, начальный контроль за влечениями, улучшение восприятия и самовосприятия, организация следов воспоминаний, проверка реальности, образование символов) становятся возможными изменения в виде отношений ребенка к «миру объектов». Его нарциссические стремления принимают новое направление, изменяются их цели. Наряду с инстинктивными потребностями

наблюдаются независимые от них устремления к реальным достижениям. Под влиянием конфликта влечений они «нагружаются» агрессивной энергией: появляются конкуренция, соперничество и зависть. Желание ребенка остаться частью объекта любви или сделать его частью своей самости смягчается желанием быть реально похожим него.

– 86 –

Эта цель достигается посредством селективной идентификации, которая базируется на механизме «парциальной интроекции». Важную роль при этом играет «идентификация с матерью как с агрессором» (А. Freud, 1949).

«Этот новый и высокоразвитый способ идентификации представляет собой компромисс между детской потребностью сохранить симбиотическую ситуацию, остаться защищенным и зависимым от объектов любви, обеспечивающих ему защиту, примкнуть к ним, с одной стороны, и ослабить независимую деятельность функций Эго, с другой. Под влиянием эдипового соперничества этот конфликт имеет обыкновение к концу эдиповой фазы достигать своей первой высшей точки, чтобы затем, через образование Суперэго, получить разрешение. Но в течении юности он обычно снова интенсивно переживает свое последнее обострение и находит окончательное разрешение в прерывании эдиповых отношений юности и с установлением автономии Эго и Суперэго» (там же, с. 61).

На этой стадии возрастающее значение приобретают прездиповы и позднее эдиповы треугольные констелляции. Таким же образом, как и интеграция репрезентаций плохих и хороших объектов, осуществляется пошаговая интеграция хороших и плохих саморепрезентаций, приводя к возникновению объектного постоянства. Наряду с этим развиваются идеальные саморепрезентации как отражения достигнутых изменений в себе самом, продолженные через идеальные объектные репрезентации, для защиты хорошего отношения к матери создаются компенсирующие идентификации. Срыв этих процессов ведет к депрессивным психопатологиям (Jacobson, 1971).

Следует учесть значение, которое приобретает фрустрация возбуждений влечений и чувств. Возникающие вследствие этой фрустрации конфликты амбивалентности побуждают ребенка к конструктивному отделению, дифференциации и автономии.

«Поэтому фрустрация, требования и ограничения в рамках границ нормы в принципе поддерживают процесс открытия и различения самости и объекта. Они усиливают нарциссическое формирование Эго и способствуют образованию вторичной автономии Эго и Супер-эго» (там же, с. 67).

Стили воспитания, следуя которым мать чрезмерно опекает ребенка, властвует над ним, вынуждает его вести себя пассивно или зависимо или обращается с ним как с простым продолжением своей самости и при этом игнорирует его собственные потребности, могут привести к фиксации объектного отношения на примитивном нарциссическом уровне; следствием будут соответствующие патологии.

Влияниями, способствующими развитию, являются манифестации зависти, стремления к обладанию и жадности, которые ведут к амбивалентным отношениям к соперникам (прездиповы конфликты зависти и соперничества).

Открытие *идентичности*, которое обеспечили отграничение, противопоставление, соперничество и конкуренция, - это предпосылка шага вперед, на уровень соответствующих действительности объектных отношений, а также частичных селективных идентификаций. Развитие интегрированных саморепрезентаций и объектных репрезентаций представляет собой предпосылку продолжительных эмоциональных отношений с матерью; только когда они возникают, соперники могут быть признаны.

Возрастающее господство либидозного замещения является условием для достижения нормального чувства самооценности, для образования *объединенного представления самости*.

«Возникновение объектного постоянства и константности самости следует рассматривать как очень важное предварительное условие для здорового процесса идентификации и нормального образования Суперэго» (там же, с. 77).

«Только когда идентификации становятся длительными, селективными и неизменными, они могут все больше и больше интегрироваться и становятся частями Эго, они могут основательно модифицировать структуру Эго и защищать его формирование и стабилизацию системы защиты. Это способствует развитию Эго, возникновению вторичной эго-автономии и, одновременно, процессу формирования идентичности вплоть до той точки, где ребенок понимает, что у него есть когерентная самость, которая обладает протяженностью и, несмотря на любые изменения, остается одинаковой» (там же, с. 79).

Это развитие, запущенное объектным постоянством, простирается на четвертый и пятый год жизни и завершается преодолением эдипова комплекса и началом латентной фазы. Во время этой фазы идеальные репрезентации самости и объектные репрезентации интегрируются в Эго-идеал, а Эго-идеал становится частью Суперэго (см. ниже). Только теперь проявляется четкое различие между Эго и Суперэго, которое заканчивается становлением тройственной структуры.

В эдиповой фазе ведущую роль перенимают гетеросексуальные инстинктивные импульсы и цели. В связи с эдиповыми фантазиями желания идентификации с эдиповыми соперниками становятся все сильнее и наконец преодолеваются; напротив, идентификации с объектом любви противоположного пола, по большей части, теряют свое значение, так как он становится окончательно предпочитаемым предметом любви. Таким образом реализуются эдиповы сексуальные и сопернические стремления, и возникновение половой идентичности во время этого периода стимулирующим образом влияет на развитие детских объектных отношений и идентификации в общем, в особенности, на их направление.

В дальнейшем проявляется возрастающая дифференциация и иерархическая соподчиненность межличностных отношений ребенка; таким же образом формируются его эго-интересы и идентификации с объектами обоего пола и различного возраста; эти процессы завершаются только в течение юности.



### 3.6. Концепция отделения и индивидуализации Малера

Большое влияние на теоретические позиции Якобсон, а позднее и Кернберга, оказали предложенные Малером, Пине и Бергманом обобщения систематических наблюдений за интеракциями матери и ребенка, проведенные в рамках детских садов. Психическое развитие ребенка представлено Малером и его сотрудниками (Mahler, 1968, 1975; Mahler, Pine und Bergman, 1975) с позиции *симбиоза, отделения и индивидуализации*. Основными инстинктивными силами этого развития являются важнейшие смещения либидозных и агрессивных замещений телесной самости, а также изменение характера и поведение сближения-удаления между ребенком и матерью в процессе развития, протекающим от биологического рождения до не имеющей жесткой временной привязки фазы *либидозного постоянства объектов* (Mahler, 1975, с. 613). Необходимыми предпосылками интрапсихических процессов отделения и индивидуализации является социобиологическое использование матери как «внешней половины самости» (Spitz, 1965), а позднее - эмоциональная возможность располагать объектом любви, то есть постсимбиотическим партнером.

В течение первых недель жизни ребенок находится в состоянии *нормального аутизма*. Кажется, что он «находится в состоянии примитивной галлюцинаторной дезориентации, в котором удовлетворение потребностей зависит от его полновластного окружения» (Mahler, Pine und Bergman, 1978, с. 60).

На втором месяце следует симбиотическая фаза. Младенец находится в «состоянии недифференцированности, неотделенности от матери... когда "Я" еще не отделяется от "не-Я"». (там же, с. 63). В это время начинается возникновение «островов памяти», однако еще не происходит разделения внешнего и внутреннего, самости и других. Существенным признаком симбиоза является «галлюцинаторно-иллюзорная соматопсихическая всепобеждающая связь с матерью и, в особенности иллюзорное, представление общей границы обоих, в действительности разделенных, индивидов» (Mahler, Pine und Bergman, там же, с. 63). Эта «закрытая система матери и ребенка» (Spitz, 1973, с. 16), специфическое качество их отношений, возможность «игрового пространства» между ними, можно рассматривать как субъект развития. Он состоит в дальнейшем кинестетически сохраненном переживании собственного и материнского тела, которые распознаются как неотделимые друг от друга. Для

формирования базального чувства уверенности и основополагающих эмоционально-коммуникативных способностей большое значение имеет эмоциональная готовность матери.

Приблизительно в возрасте от четырех до пяти месяцев следует первая субфаза процессов отделения и индивидуализации: *фаза дифференциации*. Можно наблюдать, что ребенок получает удовольствие от смыслового восприятия, любопытства и перепроверки матери (разновидность сравнительного ощупывания матери и других). Для реализации отделения ребенка от симбиотической связи с матерью отношение к ней поднимается до более высокого уровня интеграции. Среди прочего, протяженность укрепляется с помощью симультанного отношения обоих симбиотических партнеров к третьему объекту, «отцу», который уверенно проживает отношение отделения от матери (см. Rotman, 1978). Чтобы получить опыт различения, используется безопасность симбиотического модуса отношений. Переход с рук матери на руки отца позволяет достичь новой позиции, которая предшествует экс-центрированной (Buchholz, 1990; см. также Ermann, 1985, 1989).

Приблизительно на девятом месяце начинается вторая субфаза, получившая название *переходной фазы*. Ее самый яркий поведенческий признак - это проверка движения вперед. Продвинувшись вперед в своем моторном развитии, ребенок сам начинает определять границы близости и дистанции от матери; он может научиться активно пользоваться близостью и дистанцией. Эксплозивное поведение направляется также на нелюбимые объекты; активно определяется объект перехода (Winnicott, 1965). При исследовании мира ребенок сохраняет свою оптимальную дистанцию от матери как «*родной основы*» и возвращается к «*эмоциональной заправке*» от нее. Исследование мира объектов и «*любовного отношения к миру*» зависят от возможности «*располагать*» матерью. Абелин (Abelin, 1975, 1986) обратил внимание на особую *роль отца* на этой фазе развития. Отец и сиблинги - это первые «*материальные точки*» в расширяющемся мире. Взрослый мужского пола кажется ребенку самым привлекательным объектом. Во время этой субфазы отец остается «*неконтоминированным*» объектом любви, то есть он, в противоположность искаженному проекцией и интроекцией образу матери как результату низвержения переживаний, возникающих преимущественно на симбиотической фазе, в большей степени воспринимается как человек, обладающий собственными правами.

Любовь, которую упражняющийся малыш проявляет по отношению к самому себя и миру объектов, его нарциссизм и его потенциальная объектная любовь достигли теперь своей высшей точки, это делает возможной и укрепляет интернализацию образа себя.

«Ребенок концентрируется на том, чтобы поупражняться, повесить свое мастерство, овладеть автономными (независимыми от матери и отца) способ-

- 90 -

ностями. Он радуется первым своим способностям, постоянно восхищен своими открытиями, которые он делает в своем расширяющемся мире, и в определенной степени влюблен в мир и в свою собственную величину и всемогущество» (Mahler, Pine und Bergman, 1978, с. 94).

Ребенок может сравнивать воспринимаемые отдаленные объекты с опытом, который он приобретает во взаимодействии с объектами, находящимися рядом. Новая позиция формирует другую самость.

Затем следует фаза «*повторного сближения*». Ребенок демонстрирует два характерных признака поведения: непрекращающееся «*слежение*» за матерью и убежание от нее. Коммуникативный диалог заключается в обмене посредством знаков и сигналов, он определяет всю первую половину второго года жизни, и приспосабливается к увеличивающемуся числу вокализаций с возрастающим числом слов. Расширенные когнитивные способности позволяют улучшить вербальную коммуникацию и закладывают основу для зарождения «*образного интеллекта*» (Piaget, 1936). Наблюдается установление *когерентной самости* и *половой идентичности*. На фазе повторного приближения ребенок колеблется между регрессивными желаниями слияния с матерью и триумфальной защитой «*любовного отношения к миру*», только что завоеванной самостоятельности. Возникает триада целостной личности и, соответственно, конфликт включения или изгнания третьего. Фигура отца, другого, дает ребенку возможность решения конфликта этих тенденций, позволяя ему смену позиции в рамках триады. С укреплением внецентрической позиции через идентификацию с фигурой отца, через открытие независимого мира, объекты становятся «*постоянными*».

Тем самым, приблизительно к началу третьего года жизни, начинается четвертая субфаза: «консолидация индивидуальности, начало эмоционального объектного постоянства». Важнейшей задачей развития в течение этой фазы является приобретение четко очерченной индивидуальности и определенной меры объектного постоянства. Создание аффективного (эмоционального) объектного постоянства (Hartmann, 1952) относится к ее важнейшим результатам; она основана на предшествовавшем когнитивном воплощении символической внутренней репрезентации перманентного объекта (в терминах Пиаже) (Mahler, Pine und Bergman, 1978, с. 143). Таким образом, развивается поддерживаемое вербальной коммуникацией, ролевой и фантазийной игрой и возрастающей способностью к проверке реальности четкое переживание собственной, отграниченной от ранних референтных личностей, идентичности.

«Второе достижение состоит в том, что реализуются оба переживания чувства идентичности: 1) осознание отделенного от окружающих индивидуального единства, и 2) начинающееся установление самоидентичности определенного пола» (Mahler, Pine und Bergman, 1978, с. 278).

– 91 –

### 3.7. Подход Кернберга

Подходы Малера и Якобсон были подхвачены прежде всего клиническими исследованиями и теоретическими разработками Кернберга (Kernberg, 1978, 1981, 1985, 1988a, 1988b). Он согласен с этими авторами в том, «что самые ранние процессы интериоризации характеризуются диадичностью, то есть наблюдается полярность самости и объекта, с учетом того, что репрезентации самости и объектов еще не дифференцированы. Кроме того, подразумеваются также все будущие шаги развития диадических интериоризаций, то есть интериоризация не только объекта как объектная репрезентация, но и интеракция самости с объектом; поэтому я рассматриваю единства репрезентаций самости и объектов (и связанные с ними аффективные диспозиции) как исходные составные элементы, на которых базируется дальнейшее развитие интериоризированных репрезентаций объекта и самости и позже распространяющаяся трехчастная структура (Эго, Суперэго, Ид)» (Kernberg, 1988b, с. 19).

Как фундаментальный, самый ранний и самый примитивный уровень организации процессов интериоризации, Кернберг понимает *интроекцию*; она означает, что посредством структурированной связи следов памяти осуществляется репродукция и фиксация взаимодействия с окружающим миром. Она содержит изображение объекта и изображения самости при взаимодействии с этим объектом, а также находящуюся под влиянием репрезентации влечений аффективную тональность. Эта аффективная тональность является активной валентностью, которая определяет организацию интроекций «хороших и плохих внутренних объектов». Этот процесс ведет к различению самости и объекта и к установлению границ Эго.

*Идентификация* является формой интроекций на более высоком уровне и характеризуется тем, что ребенок на основании его когнитивной компетентности может распознать ролевые аспекты межличностного взаимодействия; объектные репрезентации и саморепрезентации обогащаются этими ролевыми аспектами и аффективные оттенки, соответственно, становятся более дифференцированными.

*Эго-идентичность* образует самый высший уровень в организации процессов интериоризации. Здесь устанавливается консолидация структуры Эго, которая связана

с чувством протяженности самости; кроме того, возникает согласованная концепция «мира объектов». Эго-идентичность, в соответствии с этой трактовкой, содержит осознание дериватов влечений, которые определяют и модифицируют матрицу существующих в Эго диспозиций и аффектов; с ней также связан контроль за дериватами влечений. В ходе этих процессов интериоризированные объектные отношения деперсонализуются и интегрируются в структуры более высокого порядка, то есть в структуры Эго и Суперэго. Су-

– 92 –

шествуют также образы объектов, которые в меньшей степени включаются в это структурирование; они остаются неизменными и сохраняются в вытесненном бессознательном.

Процесс индивидуализации характеризуется превращением примитивных идентификаций в селективные, сублимированные; это происходит под влиянием хорошо интегрированной эго-идентичности. Продолжением существования «непереваренной» ранней интроекции является переживание патологической фиксации рано и тяжело нарушенных объектных отношений, которая тесно связана с патологией расщепления.

Представляемая Кернбергом модель раннего развития Эго базируется на трактовке Хартманном и Якобсон недифференцированной фазы развития, на которой Эго и Ид еще образуют совместную матрицу. При этом объектные отношения понимаются как существенный организатор Эго. Присоединяясь к позиции Малера, Кернберг формулирует концепцию пяти фундаментальных стадий нормального и патологического развития интериоризированных объектных отношений и их клинических импликаций. Эти стадии таковы:

- 1) нормальный аутизм или недифференцированная первичная стадия,
- 2) нормальный «симбиоз» или стадия первичных недифференцированных представлений об объектах и о себе,
- 3) стадия дифференциации представлений об объектах и о себе,
- 4) стадия интеграции представлений об объектах и о себе и развитие зрелых интрапсихических структур,
- 5) стадия консолидации и интеграции Эго и Суперэго.

Тем самым, Кернберг сделал набросок теории объектных отношений, которая объединяет психоаналитическую теорию инстинктов с подходом эго-психологии. На этой базе он разработал концепцию этиологии, патогенеза и психопатологии различных заболеваний и сформулировал детализированные представления о диагностике, дифференциальной диагностике и терапии.

В ходе дальнейшего развития психоаналитической теории стало достаточно ясно, что объектные отношения стоит определять не как «энергетическое замещение объекта» (Joffe and Sandler, 1967b). Клинические наблюдения (особенно реинсценирование объектных отношений в аналитической ситуации) и психоаналитические исследования ранних взаимодействий матери и ребенка существенно прояснили тот факт, что уже между новорожденным и матерью протекают сложные процессы обмена и согласования; эти коммуникации развиваются в комплексный внутренний диалог; важную роль здесь играют многочисленные потребности и желания участвующих во взаимодействии и коммуникации объектов, равно как и актуальный ситуативный контекст (см. Sandler, 1961; Sandler and Rosenblatt, 1984).

Сандлер (Sandler, 1982) среди прочего указал на проблему ролевых отношений, которая, по его мнению, должна иметь основное значение для концепции объектных отношений; ролевые отношения играют важную роль в аналитической диагностике и терапии.

Ребенок начинает «... уже вскоре после своего рождения демонстрировать дифференциальные реакции, которые зависят от стиля поведения и ролевых требований матери. В своем развитии маленький ребенок создает все более комплексные внутренние репрезентации взаимодействий и отношений, диалогов между самим собой и объектом. Этот диалог с объектом позднее становится интегрированной частью его фантазий и желаний удовлетворения, снижения чувства неудовольствия и, прежде всего, стремления к безопасности. Ранние «переговоры» продолжают как важная часть душевной жизни и во взрослом возрасте. Ранние ролевые отношения ребенка к его защитникам приводят к возникновению потребности побудить его объекты к «соединению» с собой, чтобы он мог чувствовать себя защищенным. Взаимодействие с объектом (в действительности и в фантазиях) предлагает подтверждение посредством возникающего в нем чувства защищенности» (Sandier, 1982, с. 73).

Уровень этого «обеспечения» хорошими чувствами, которые приобретаются благодаря подтверждениям и перестраховке, должен поддерживаться постоянным; если он снижается до определенной степени, то пробуждаются желания, которые находятся во взаимосвязи с регенерацией необходимого уровня базального благополучия. Такие желания довольно тесно связаны с объектами. Обмен и согласование выступают посредниками чувства защищенности и благополучия, при их прерывании проявляется беспокойство. На значение такого диалога между младенцем и матерью указывал уже Шпитц (Spitz, 1957a, 1957b, 1965, 1972, 1976). В этой связи становятся интересными результаты новейших исследований в области взаимодействия матери и ребенка, поскольку затронутые в них вопросы имеют принципиальное значение и для создания теорий и для клинической практики психоанализа. В заключение мы хотим коротко представить некоторые из этих результатов и вопросов и отослать читателя к специальной литературе для их дальнейшего изучения.

### **3.8. Результаты новейших исследований грудных детей и младенцев**

Прямое наблюдение за детьми имеет в психоанализе давнюю традицию (Боулби, Анна Фрейд, Мелани Кляйн, Малер, Шпитц, Винникотт). Проведенные этими учеными и их сотрудниками исследования и сделанные ими комментарии лежат в основе психоаналитически ориентированной концептуализации нормального и патологического развития.

Данные новейших *исследований младенцев и грудных детей* являются результатом тщательно спланированных экспериментов и четко выделенных стадий протекания. Ученые концентрируют свои исследования прежде всего вокруг состояния «настороженной инактивации», то есть феномене живого внимания грудного ребенка. Они наблюдают демонстрируемое поведение и описывают в первую очередь сенсомоторно-аффективные образцы поведения и возникновение психических структур

под влиянием ранних процессов взаимодействия в диаде мать-ребенок (*модель взаимодействия, транзактная модель*).

Современная электронная видеотехника позволяет осуществлять очень дифференцированную регистрацию и оценку поведения в диаде мать-ребенок. Ряд авторов (Emde, 1991; Lichtenberg, 1991; Sandler, 1988; D.N.Stern, 1979, 1985) попытались сделать эти результаты полезными для психоаналитической теории развития и для соответствующей терапии. Таким образом, теоретические концепции, такие как первичный нарциссизм (Freud, 1916), стадия отсутствия объекта (Spitz, 1965) или недифференцированная фаза развития Эго (Hartmann, 1972), а также гипотеза аутистической и симбиотической фазы Малера (Mahler, Pine und Bergman, 1975) и концепция параноидно-шизоидной и депрессивной позиции Мелани Кляйн нуждаются в серьезной проверке, как это показали Шюessler и Бергл-Шюessler (Schuessler und Bertl-Schuessler, 1992). С другой стороны, этими исследованиями подтверждаются некоторые другие психоаналитические концепции, например, концепция первичной объектной любви Балинта (Balint, 1965), концепция коммуникации матери и ребенка Винникотта (Winnicott, 1963, 1965).

Ниже будут коротко приведены некоторые *результаты эмпирических исследований грудных детей и младенцев* (обзоры см. Bohleber, 1989, 1992; Brazelton und Cramer, 1991; Domes, 1993; Emde, 1981, 1991; Koehler, 1990; Lebovici, 1990; Lichtenberg, 1987, 1990, 1991; Schuessler und Bertl-Schuessler, 1989, 1992; Stern, 1979, 1985, Stork, 1976, 1986a, b). По мнению этих авторов, грудной ребенок с самого рождения готов к преадаптивному поведению, он выступает как активное, способное воспринимать и ищущее стимуляции, аффективное и частично регулирующее самого себя существо, которое снабжено врожденными образцами социальной готовности реагировать. Ему уже присущи дифференцированные функции восприятия для распознавания окружающего мира, он способен учиться и формировать следы памяти. Новорожденный также имеет в своем распоряжении различные довербальные способы коммуникации, которые делают возможным целенаправленное, активное и аффективное взаимодействие с первыми референтными личностями. Мать и ребенок нацелены на активность, совместимость и взаимное «подлаживание». Они формируют развивающуюся интеракциональную систему, где каждый партнер имеет свои собственные возможности инициировать поведение другого, влиять на него или же прекращать те или иные поведенческие проявления. Связь,

– 95 –

которую создают мать и ребенок, основывается на реципрокности. Она позволяет возникать новому поведению, которое изменяется в ходе реципрокной совместной игры и ведет к комплексной организации. В качестве *основных мотивов* поведения и развития Эмде (Emde, 1991, с. 757) выделяет активность, самоуправление, социальное приспособление, аффективное наблюдение; в качестве дальнейших комплексных структур мотивации она называет биологически подготовленные аффекты (аффективное ядро самости, прежде всего, способствующие развитию позитивные чувства), ранние моральные мотивы (включая такие связанные с этим «ранние моральные чувства» как гордость, стыд и «задетые чувства»), а также ранние мотивы отношений (разделенное значение и развитие чувства «мы»). К проблеме *способности репрезентаций* существуют различные подходы. Многочисленные исследователи зафиксировали как широкий спектр репрезентаций, появляющийся уже при рождении, так и абстрактные, поддерживаемые стимулами внутренние репрезентации, которые

развиваются к концу второго года жизни (см. Domes, 1993, Zelnick und Buchholz, 1991, с. 831).

После этого краткого обзора важнейших результатов исследований грудных детей и младенцев и их теоретического сведения в *интеракциональную* или *транзактную модель* мы хотим пояснить концепцию Лихтенберга и Штерна: оба автора интегрируют эти результаты в свои теории психологии развития, причем основной акцент делается на развитии объектных отношений и внутренних репрезентаций самости и объекта.

В то время как Штерн противопоставляет традиционным психоаналитическим моделям развития свою независимую от этого концепцию возникновения самости, Лихтенберг пытается связать интеракциональную модель с интрапсихической моделью психоанализа.

### 3.9. Концепция психологии развития Лихтенберга

В традиции Хартманна, Эриксона, Шпитца и Винникотта, Лихтенберг (Lichtenberg, 1991) пытается интегрировать результаты исследований грудных детей в психоаналитическую модель развития и ставит при этом под вопрос некоторые прежние положения концепций Малера и Якобсон. При этом главным его интересом является развитие объектных отношений и самоотношений, а также репрезентаций самости и объектов.

Лихтенберг исходит из того, что грудной младенец является существом, которое ощущает, действует и чувствует, причем именно на основании *запрограммированных и заученных образцов перцептивно-аффективных деятельных реакций*. Тем самым, утверждение Хартманна: «сначала есть приспособляемость, и только потом появляются направленные процессы приспособления к себе»

– 96 –

(1939, с. 44), - приобретает расширенное эмпирическое обоснование. Это генетическое обеспечение позволяет новорожденному с самого начала вступать во взаимодействие с окружающим миром и организовывать свои переживания.

«То, что запрограммировано с самого рождения, является перцептивно-аффективными деятельными реакциями на различные стимулы. Они позволяют грудному ребенку принимать участие в сложных поведенческих комплексах, причем здесь заметны различия на уровне врожденных и быстро изучаемых предпочтений. Для меня остается открытым вопрос, имеет ли смысл описывать эти способы переживания новорожденного понятием самость. Штерн (Stern, 1983) выдвигает идею о том, что использование термина «самость» для способности различения у грудного ребенка, включая способность к абстрагированию, вполне оправдано. Я же полагаю, что здесь решающим является самоощущение – а оно развивается позднее – и что самость и объект (как психоаналитические понятия) неотделимо сплетены с целой проблемной областью репрезентаций и процессов символизирования» (Lichtenberg, 1991, с. 26).

Результаты проведенных исследований указывают на то, что только по окончании первого года жизни с созреванием многих других способностей развивается также и способность создавать *образ себя* и помещать его в границы, которые описывают самость как телесное единство в пространстве и времени. Также с этого момента маленький ребенок приобретает возможность способность создавать *образ других*.

В результате постепенного развития в течение второго года жизни ребенок становится способным образовывать *психические репрезентации*, которые формируют контекст текущих переживаний (Lichtenberg, 1991, с. 57).

И поскольку до сих пор лежавшие в основе принципы больше не кажутся правомерными в свете результатов новейших исследований, необходимо заново ответить на ряд вопросов (Lichtenberg, 1991, с. 60). Как на первом году жизни дифференцируются репрезентации самости и объектов? Как грудной ребенок движется от нарциссического или аутистического состояния (без осознания объектов) через симбиоз (с его совмещенными репрезентациями) к отделению объекта и индивидуализации самости? Как он справляется с врожденной агрессией, завистью и жестокостью и как у него формируется сочувствие? Подобным же образом следовало бы критически рассмотреть вопрос о способности ребенка к образованию механизмов защиты, которые, в понимании Лихтенберга, связаны со способностью к символическим репрезентациям, и потому их появления следует ожидать только на третьем или четвертом году жизни (см. Lichtenberg, 1991, с. 73).

На втором году жизни маленький ребенок постепенно приобретает ощущение своей самости. Все сильнее развивается способность воспринимать объект в его своеобразии и независимо от его функций.

– 97 –

Так осуществляется процесс перехода от связанного со знаками когнитивно-аффективного способа функционирования к способности к символизации.

Самость становится объектом наблюдения вплоть до того момента, когда приблизительно в середине второго года жизни оформляется *«самость как целое»*. Это становление поддерживают определенные шаги созревания и развития, а именно усиливающаяся тенденция утверждать самого себя и выступать в оппозиции к матери, более сильное осознание ощущений собственного тела и связанное с этим построение образа тела, а также постоянный прирост символических процессов мышления.

Эта *«самость как целое»* обладает функцией *духовного «руководителя»*, под которым Лихтенберг понимает руководящую, субъективно переживаемую и действующую самость.

«Чтобы выразить то, что я имею в виду под «духовной самостью», можно сказать, что самость, которая реализуется в смысле **действия**, переходит в самость, существование и деятельность которой субъективны. Когда мы рассматриваем ситуацию с референтными лицами, начинается **переход от взаимодействия к внутренней субъективности**» (Lichtenberg, 1991, с. 106).

Факторами, отвечающими за проявление этой целостной самости, являются все более глубокое понимание последствий собственных действий и их предсказание, а также развитие способности планировать действия в соответствии с ожиданиями референтных лиц; удавшиеся взаимодействия сопровождаются чувством функционального удовольствия и радости от своей компетентности.

Все возрастающее значение для перестройки мировоззрения во второй половине второго года жизни приобретает язык.

«Новая символическая способность репрезентации, появляющаяся вследствие развития речи, в течение второй половины второго года жизни в значительной мере служит тому, чтобы структурировать полиморфные способы переживания этого периода. Действительно своеобразным открытием психоанализа было то, что турбулентные,



богатые конфликтами «демонические» аспекты детства (и жизни в целом) символически прочно представлены в снах, оговорках, свободных ассоциациях и спонтанной игре. Травматические события в этих формах символического представления упорядочиваются, самое позднее, через 18 месяцев» (Lichtenberg, 1991, с. 130).

В общем Лихтенберг характеризует это развитие самости следующим образом:

«В **«самости как целом»** отражается человек в его всеобъемлющей целостности, настолько, насколько это возможно к текущему моменту. В момент своего возникновения она охватывает «Я», которое как действующий руководитель реализует определяемые зна-

– 98 –

ком и символом когнитивные, аффективные и связанные с действием образцы, и «самость», в отношении которой действуют другие (или «Я»). Если далее развиваются символические репрезентации и мышление, добавляется **«духовная самость»**... функция самости как целого состоит в первую очередь в том, чтобы интегрировать все существующие функции в единую систему. Каждый последующий этап развития приносит с собой новые притесняющие стремления и новые требования и способности, которые могут потенциально расширить область подвижности самости как целого» (Lichtenberg, 1991, с. 132).

По мнению Лихтенберга, после достижения этой ступени развития, на которой можно доказать существование *интрапсихического мира репрезентаций*, модель интрапсихической регуляции или конфликта является более полезной при анализе личности растущего ребенка, чем интеракционная модель. Но и при замене интеракционной модели интрапсихической он советует «все же не упускать из виду интеракционный контекст, поскольку он представляется достаточно важным на всем протяжении жизненного цикла личности».

«Модель, которая используется при исследовании грудных детей, модель опыта взаимодействия с другими, для которого характерны синхронность и последовательность, или же опыта, который приобретается как бы в одиночестве, но при ощущении поддерживающего фона, может применяться и для исследования на протяжении всего жизненного цикла. Только после развития символических процессов весь этот опыт может быть представлен интернально, как совместимый с когнитивными и аффективными аспектами (Lichtenberg, 1991, с. 31).

О психоаналитической *диагностике и терапии* на основании предложенной концепции развития Лихтенберг делает следующие заключения:

«Когда мы применяем психоаналитический метод, мы не можем, исходя из вышесказанного, ожидать реконструкции событий последних 18 месяцев. Мы можем выяснить, как были организованы эти события: в первый раз – во второй половине второго года жизни, и позднее – с помощью более сильных трансформаций. Опыт первого года жизни может отбрасывать свои тени, но узнавание отдельных образцов из перцептуально-аффективного модуса действия лежит «по ту сторону значения» (Gedo, 1979) вербальной коммуникации. Такие реконструкции должны опираться на результаты наблюдения за невербальным коммуникативным поведением.... Только эмпатийная готовность

принятия – а не эмпатийная готовность принятия вместе с эмпатийным пониманием – является основополагающим вспомогательным средством, с использованием которого можно понять самый ранний опыт пациента» (Lichtenberg, 1991, с. 164).

– 99 –

Лихтенберг предполагает, что приобретенное при изучении грудных детей новое знание будет иметь существенное значение для психоаналитической практики. Дополнительным к аспектам основной и фоновой коммуникации и эмпатии следует назвать прежде всего понятие регуляции. Между усилиями и недостаточностью регуляции и интрапсихическими конфликтами существуют комплексные отношения, исследование которых могло бы обогатить понимание личности пациента и его нарушений; оно может привести к тому, что многие регуляторные представления, которые имплицитно содержатся в традиционной аналитической теории, станут более ясными, кроме того, они могли бы, наконец, способствовать разрешению спора о подходах к психологии самости. В этих подходах развиваются представления о регулировании состояния самости, но при этом не дается хотя бы примерного объяснения интрапсихических конфликтов, которые обязательно протекают с нарушениями регуляции (Lichtenberg, 1991, с. 191).

### 3.10. Концептуализация самости Д. Н. Штерна

Штерн исходит из того, что с самого рождения, то есть сразу после приобретения способности к символизации, у человека имеется *превербальное ощущение или чувство самости*. Под самоощущением он понимает организованный субъективный опыт без непосредственного рефлексивного осознания самости, которое рассматривается как первично организующий и структурирующий принцип развития. Эта модель завершает становление независимой концепции развития самости.

Для Штерна развитие самости с самого рождения представляет собой континуум; это развитие неразделимо связано с пережитыми отношениями. В развитии самости он выделяет четыре ступени: проявляющаяся самость, ядро-самость, субъективная самость и вербальная самость.

Штерн отклоняет концепцию первичного состояния недифференцированности и неорганизованности. Развитие уже на протяжении первых двух месяцев жизни определяется врожденными способностями образовывать отношения и получать когнитивный и аффективный опыт.

Между вторым и шестым месяцами жизни младенец уже располагает базальным интегрированным ощущением самого себя и других (*«sense of a core self»*). Оно содержит ощущение когерентности и отделенной от матери телесности; это означает контроль за собственными действиями, ощущение собственных аффектов, протяженности и партнеров по взаимодействию; тогда же начинает формироваться память.

Штерн обозначает ряд способностей, которые позволяют младенцу открывать то, что он называет *«инвариантами самости»*: ощущение причинности, когерентности, аффективности и истории самости. Он указывает на способ-

– 100 –

ность поддерживать превербальную память самого себя, которая существует вне времени. Возрастающая интеграция этих инвариантов самости происходит с помощью способности к абстрактной репрезентации и с помощью накопления этого повторяющегося опыта посредством «эпизодической памяти» в форме генерализованных репрезентаций взаимодействий (RIG=representation of interactions that have been generalized):

«Пережитый эпизод – в том виде, как он представлен в памяти – представляет собой единство, которое соединяет друг с другом различные атрибуты опыта. Отношения – это то, что царило в реальном происходящем. Если рассматривать их таким образом, то изменяющийся собственный опыт и регулирующая роль, которую играет партнер, связаны между собой не просто заученным способом. Они в большей степени окружены субъективным опытом именно того эпизода, в котором они оба воспринимаются в совокупности с другими атрибутами и сохраняются их отношения друг к другу... Важно запомнить, что RIG являются гибкой структурой, которая представляет собой среднее множества реальных событий и формирует прототип, стоящий за всей совокупностью событий. RIG – это что-то, что ни разу до этого не происходило именно в таком виде, но на него влияет все то, что в действительности однажды произошло» (Stern, 1985, с. 110).

Между седьмым и девятым месяцами жизни ребенок познает «интерсубъективность» на превербальном уровне. Штерн различает три доречевые интересубъективные формы познания: общий локус внимания, общие интенции и общие аффективные состояния через взаимное согласование аффектов.

Между 15-м и 18-м месяцами жизни возникает вместе со способностью к символизации и овладением речью новая ступень организации (*вербальная самость*) с новыми возможностями межличностного отношения: самость становится объектом наблюдения и рефлексии, действия представлены символически в рамках временного исторического и динамического контекста, овладение речью ведет к новым отношениям между ребенком и родителями. С овладением речью связан, конечно, и *кризис самопонимания*: более ранний глобальный, невербальный и амодальный опыт лишь отчасти может быть передан словами.

Это отдаление обеих форм интерперсонального опыта и знания о самости, пережитого и представленного вербально, также имеет существенные последствия для значения, понимания и терапии раннего довербального травматического опыта (см. Baumgart, 1991, с. 802; Rohde-Dachser, 1991, с. 224). Эти довербальные генерализованные репрезентации взаимодействий, если впоследствии они не будут трансформированы в символические репрезента-

– 101 –

ции, продолжают действовать бессознательно. Другие символические образы себя вытесняются, так как они не соединимы с центральными саморепрезентациями.

Таким образом, с одной стороны, *идентичность* может быть снабжена бессознательными саморепрезентациями, которые сохранены в генерализованных «эпизодических воспоминаниях», но она может также строиться в виде контридентичности под влиянием вытеснения и по-другому переработанных защитой саморепрезентаций. Поэтому идентичность по отношению к бессознательному выступает как неидентичное (см. Bohleber, 1992, с. 362).

### 3.11. Теория привязанности и ее значение для психотерапии

Теория привязанности, первоначально разработанная Дж. Боулби, приобретает все большее значение в психоаналитических исследованиях (см. Schmidt und Strauss, 1996; Spangler und Zimmermann, 1995; Strauss und Schmidt, 1997).

С одной стороны, в своей теории привязанности Боулби опирался на психоаналитическую традицию, с другой стороны, он ориентировался на этологические концепции, особенно на концепцию системы привязанности, которая существует наряду с другими системами, регулирующими потребности человека (например, сексуальности и агрессии). Эта система рассматривается в связи с гомеостатическим процессом, регулирует поведение и служит, главным образом, поиску и сохранению близости. Такое поведение соотносится с особыми фигурами привязанности. Система активируется в ситуациях опасности и в особенности тогда, когда ребенок понимает, что достижимость фигур привязанности более не гарантирована. Характерными особенностями или функциями этой системы являются: *поиск и сохранение близости, установление надежной базы отношений* (Ainsworth, 1982; Ainsworth et al., 1978, 1982) для физического и психического благополучия, а также исходная точка для не существенного для привязанности поведения, отдаленная *область убежища*, которая в ситуациях угрожающей опасности предлагает защиту, безопасность и утешение (Schmidt und Strauss, 1996, с. 140).

В ходе своего развития ребенок интериоризирует свой ранний опыт привязанности (включая способность к вчувствованию и ответные реакции матери и других важных фигур привязанности) как «внутреннюю рабочую модель» этого опыта отношений со значимыми ранними объектами. Такая модель определяет рамки отношений, то, насколько кто-либо может ожидать близости и надежности от партнера в отношениях, и насколько он сам чувствует ценность любви и внимания, то есть может допустить близость. В зависимости от акту-

– 102 –

ального окружения, в котором формируется характер привязанности, развиваются различные образцы привязанностей или стилей как результат интернализованного опыта привязанностей: *надежный, ненадежно-избегающий, ненадежно-амбивалентный и дезорганизованный*.

Впоследствии многочисленные исследователи рассматривали эти стили привязанностей с различных позиций. Несмотря на множество оставшихся открытыми вопросов, как общий итог этих исследований в рамках психологии развития выступает идея о том, что привязанность сильно и неразрывно связана с переживаниями и поведением человека, и что с высокой долей вероятности можно говорить о сохраняющейся стабильности стилей привязанности (Schmidt und Strauss, 1996, с. 144).

Между тем, в литературе существует немало общих рассуждений относительно важности этих вопросов для концептуализации психотерапии и для понимания психопатологии. Келер (Koehler, 1992, 1995), которая детально анализировала клиническое использование концепций и результатов исследований в рамках теории привязанности в контексте психоаналитической терапии, пишет в этой связи следующее:

«Чем больше узнает аналитик с помощью исследования новорожденных и младенцев о нормальных и патологических процессах первого года жизни, тем глубже он сможет понять пациента,

эмпатийно проникнуть в его переживания» (Koehler, 1995, с. 79).

### 3.12. Выводы

Обобщая, необходимо подчеркнуть следующее: мы показали, как проистекающее из первых теоретических построений Фрейда понятие объектных отношений приобрело большое значение в клинических наблюдениях и опыте, в особенности при непосредственном наблюдении за новорожденными и младенцами, и нашло свое отражение в практической и теоретической областях. Этот путь развития связан с именами самого Фрейда, а также Мелани Кляйн, Балинта, Винникотта, Хартманна, Шпитца, Малера, Якобсон, Сандлера и Кернберга. Нужно подчеркнуть также относительность ранних теорий психоанализа, прежде всего теории влечений: под влиянием новых данных об объектных отношениях они пересматриваются, однако в целом не отвергаются (см. Eagle, 1988, с. 21; Kernberg, 1997).

В свете результатов последних наблюдений за новорожденными и младенцами, которые проводились преимущественно с помощью использования электронной техники, начался новый виток противостояния с традиционной психоаналитической теорией. В комментариях к результатам исследований Лихтенберга и Штерна мы попытались показать, как усилия направляются либо на

– 103 –

интеграцию новых данных в более старые теории (Лихтенберг), либо на формулирование новых подходов к пониманию врожденных и действующих в раннем детстве детерминант нормального или нарушенного развития и их последствия (Штерн). Как результат этой дискуссии возникли разнообразные модификации психоаналитических методов и техник терапии, а также новые концепции терапии (прежде всего венгерская школа психоанализа (Ференчи, Кляйн, Фейрнберн, Балинт, Винникотт и др.). Кроме того, интересными и конструктивными в плане диагностики и терапии представляются и изложенные выше идеи Штерна и Лихтенберга.

## 4. АФФЕКТЫ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ

### 4.1. Аффекты в учении Фрейда

Понятие аффекта и соответствующие клинические феномены занимали Фрейда уже в первых его работах. Сначала он понимал аффект как нечто чисто количественное. Так, в 1894 году он пишет, что «следует отличать от психических функций нечто (суммарный аффект, сумма возбуждения), что обладает всеми особенностями количества, хотя у нас и нет средства для его измерения, нечто, способное увеличиваться, уменьшаться, переноситься, разряжаться и распространяться по следам памяти, почти как электрический заряд по поверхности тела» (ПСС I, 1894, с. 74).

Фрейд разграничивает аффект и представление (след воспоминания), а также описывает три варианта существования аффекта: конверсию, перенесение и превращение в страх. Говоря о *конверсии*, он полагает, что свойственный непереносимым представлениям суммарный аффект, связанная с ними сумма возбуждений, переводится в телесное измерение (ПСС I, 1894, с. 63). При *перенесении*

речь идет о том, что неизменный уменьшающийся аффект как таковой отделяется от непереносимых представлений и помещается в любом представлении, с помощью которого непереносимые представления подавляются, исключаются из воспоминаний (ПСС I, 1894, с. 68-69). *Превращение в страх* Фрейд описал в связи с невротами страха, при которых накопленное сексуальное возбуждение из-за недостающих возможностей переработки не превращается в психическое либидо, но уже прямо на соматическом уровне переводится в форму страха (ПСС I, 1894, с. 342).

– 104 –

В предпринятом Фрейдом (1900) масштабном критическом рассмотрении снов аффекты четко отделяются от представлений. Это может быть связано с тем, как предполагает Грин (Green, 1979), что Фрейд, в своем стремлении доказать существование бессознательного, ориентировался на механизм вытеснения. Однако вытеснение относится только к представлениям, тогда как защита от аффектов состоит в подавлении или торможении. С помощью связанных с речью представлений доступ к бессознательному становится более объективированным, чем с помощью интуитивно понятых аффектов. Фрейд говорит о «разновидностях мыслей, способных к аффекту», о том, что представленные в снах противоположные виды мыслей могут привести к торможению аффекта; это торможение является следствием цензуры снов, а цензура снов имеет дело с защитой, которая позже подчиняется Эго.

На этапе разработки метапсихологии (1915-1919) Фрейд занимается «развитием вытеснения» аффективного кванта. Он пишет следующее:

«В прежних описаниях мы обращались к вытеснению представления влечения и понимали под этим представление или группу представлений, которые, происходя из влечений, приводятся в действие определенным квантом психической энергии (либидо, интерес). Клинические наблюдения вынуждают нас выделить части в том, что мы до сих пор понимали как единое, поскольку они показывают, что наряду с представлением учитывается и нечто другое, что представляет влечение; можно наблюдать вытеснение, которое совершенно отлично от вытеснения представлений. Для этого другого элемента психической репрезентации стало обычным название **квант аффекта**; влечение отделилось от представления и обнаружило соответствующее количественное выражение в процессах, которые можно обозначить как аффекты ощущений» (ПСС X, 1915, с. 254).

Фрейд здесь не считает нужным различать репрезентации представлений и влечений; он отказывается понимать репрезентации влечений как совокупность репрезентаций представлений и аффекта, или репрезентаций аффекта. Грин предполагает, что это упущение проистекает из существующего, по мнению Фрейда, противоречия между аффектом и репрезентацией: фактически, представление можно репрезентировать как образ восприятия; в нем словно есть что-то статическое, перманентное, в то время как аффект является динамическим, изменяющимся. Речь идет о встречающемся у Фрейда различии между представлением как следом памяти и аффектом как процессом разрядки. Все же представления, язык, как и психические операции в целом, связаны с мобилизацией энергии, пусть даже и со сравнительно малым ее количеством, и поэтому их следует понимать как процессы разрядки. Различение представлений и аффектов перестает быть столь жестким, как прежде (см. Green, 1979, с. 691).

– 105 –

Фрейд описывает три варианта существования количественного фактора (кванта аффекта) репрезентации влечений:

«Влечение или полностью подавляется, тогда мы не находим никаких его следов, или проявляется как так или иначе количественно измеряемый аффект, или преобразуется в страх. Две последние возможности ставят перед нами задачу понять **превращение** психических энергий влечений в **аффекты** и в особенности в **страх** как новый вариант развития инстинкта» (ПСС X, 1915, сс. 225–256).

Таким образом, именно страх приобретает возрастающее значение в рассмотрении Фрейдом аффекта. Далее он пишет:

«Мы помним, что мотив и намерение подавления были ничем иным как уменьшением неудовольствия. Из этого следует, что судьба кванта аффекта репрезентаций в дальнейшем становится важнее судьбы представления, и что это решает оценку процесса подавления. Если с помощью подавления не удастся предотвратить появление ощущения неудовольствия или страха, тогда мы можем сказать, что подавление не удалось, хотя оно стремилось достигнуть своей цели в составляющей представлений. Конечно, неудавшееся подавление требует от нас большего интереса, чем удавшееся, которое остается по большей части вне сферы нашего изучения» (ПСС X, 1915, с. 256).

При попытках Фрейда заново определить психический аппарат вне рамок топографической теории, что в 1923 году привело к формулированию структурной теории, снова встал вопрос о бессознательных аффектах, в особенности, бессознательном чувстве вины. В этой связи Фрейд сравнивал внутренние восприятия, к области которых относятся аффекты, с внешними.

«Внутреннее восприятие отражает ощущения процессов из самых различных, в том числе, конечно, и самых глубинных слоев психического аппарата. Они плохо изучены; в качестве наиболее яркого их образца могут выступать процессы ряда удовольствия-неудовольствие. Они – более древние, элементарные, чем продуцируемые извне, могут осуществляться в состоянии затуманенного сознания. С другой стороны, об их большом экономическом значении и метапсихологическом обосновании я уже говорил. Эти ощущения мультифокальны, как и внешние восприятия, они могут одновременно иметь источники в нескольких местах и обладать при этом различными (даже противоположными) качествами...» (ПСС XIII, 1923, с. 249).

Становится понятнее, что эти различия между внутренним и внешним восприятием рассматриваются теперь как менее явные, чем прежде; подчеркивается прежде всего выразительная интенсивность содержания внутренних восприятий, особенно имеющих телесную основу. С этого момента Фрейд начи-

нает рассматривать различия между возбуждениями влечений и аффектами как менее выраженные. Это уже не представления, которые характеризуют влечение. Сложным остается, однако, вопрос о бессознательном аффекте. По этому поводу говорится:

«... если движение вперед прекращается, тогда они осуществляются не как ощущения, хотя внутреннее соответствующее другое в процессе возбуждения остается прежним. Короче, не совсем корректно говорить о бессознательных ощущениях, сохраняя аналогию с бессознательными представлениями. Различие заключается в том, что для бессознательного представления сначала должно быть создано связующее звено, чтобы перевести его в сознание, в то время как для ощущения, которое развивается прямо, в этом нет необходимости. Другими словами: выделение сознательного и предсознательного не имеет для ощущения никакого смысла, предсознательное здесь выпадает, ощущения либо сознательны или бессознательны. Также, если они связаны со словесными представлениями, это происходит не из-за осознания, они сознательны с самого начала» (ПСС XIII, 1923, с. 250).

Как заключает Грин, в соответствии с этим можно говорить о нескольких модусах существования в бессознательном и в особенности о бессознательной модальности аффекта. Относительно различий между представлениями и аффектом Грин говорит следующее:

«Аффекты невозможно напрямую связать со словесными следами воспоминаний..., язык при артикуляции аффекта ограничивает его. Вербализация «индуцирует» аффект, по большей части, непрямыми путями. Аффект – это самостоятельная субъективная модальность, поэтому его экспрессивное измерение не исключается из семантического материала. Предпосылкой тому является коммуникативное посредничество от аффекта к аффекту или консенсус о словесных посланиях, которые относятся к аффективным посланиям, при этом словесная информация имеет лишь характер намека» (Green, 1979, с. 696).

Введение структурной теории позволило Фрейду пересмотреть теорию страха. Речь в ней шла о том, чтобы лучше понимать и отличать друг от друга различные клинические формы проявления страха, равно как и их генез: ограниченные формы страха при неврозах переноса; менее очерченные, сильные, повторяющиеся проявления страха при травматическом страхе; формы страха с соматическим компонентом, которые наблюдаются при актуальных неврозах и неврозах страха; и, наконец, кажущийся исчезнувшим страх в случае нейтрализации. Что касается генеза, то соответственно клиническому опыту различают страх, возникающий из-за угрозы потери объекта, из-за потери любви, из-за угрозы кастрации, а также страх Суперэго.

– 107 –

Существенным шагом в построении теории было на тот момент выделение сигнального страха и травматического страха, а также акцент на роли, которую играет Эго при срабатывании страха. Если сигнальному страху придается функция значения, то травматический страх, который прорывается через порог раздражения, приобретает энергетическую функцию.

«Благодаря выделению сигнальной функции аффекта теория допускает в аффективной жизни возможность функционирования образцов, аналогичных мышлению. Возможность отпора небольшого энергетического вклада при сигнальном страхе соответствует способу, с помощью которого психический аппарат проверяет



внешний мир посредством небольшого энергетического вклада (ПСС XV, 1933, с. 96). Пропасть между аффектом и мышлением уменьшается, аффект – уже не просто фактор, который мешает мышлению» (Green, 1979, с. 698–699).

Соотнося свои размышления с клиническими наблюдениями и знаниями, Фрейд в последней теории инстинктов и структурной теории уделял все большее внимание тенденции отказываться от первоначального равновесия между представлением и аффектом в пользу последнего и за счет первого. В связи с этим сильнее подчеркивалось значение страха и различия между его аспектами, но прежде всего инстинкт рассматривался все более и более независимо от его содержания (Green, 1979, с. 726-727).

В чем важность этого изменения для психоаналитической теории? Фрейд во своей второй теории страха (1926) соотнес возникновение страха с Эго («Эго является пристанищем страха»); он понимал страх как сигнал. Этот сигнал запускает вытеснение или защиту другого рода, когда восстанавливаются представления или группы представлений, которые соответствуют представлениям пережитой в детстве катастрофы, запустившей в свое время непереносимое неудовольствие, вызванное инфантильными желаниями (инстинктами), а далее страхом. Защита, запускаемая сигналом страха, должна предотвратить повторное переживание таких неприятных событий, поскольку они связаны с непереносимым страхом. Этот процесс осуществляется бессознательно и имеет важную для индивида защитную функцию.

Страх здесь выполняет роль бессознательного посредника или коммуникатора между представлениями (следами воспоминаний), которые в свое время мобилизовали страх (непереносимое неудовольствие), и теми представлениями или группами представлений, которые стоят на службе защиты. После своего первого появления, вызванного ремобилизацией ранних катастрофических событий, страх становится пусковым сигналом для мероприятий защиты. Таким образом, он включается в ход событий, следующих внутренней логике; он является квази-важным звеном в «цепочке мыслей».

– 108 –

Если мы говорим о страхе как о звене «цепочки мыслей», тогда следовало бы уточнить, что он является частью цепочки представлений; сигнальный страх связан с определенной опасностью, представлением чего-то плохого, угрожающего, что могло бы случиться в будущем. Представление «опасность» стало бы провоцировать возникновение аффекта; в 1900 году Фрейд говорил о «мыслях, способных к аффектам».

Страх при травме или травматический страх (ПСС XIV, 1926, с. 199) не имеет описанного выше сигнального характера; здесь в большей мере речь идет о страхе, который точно так же был мобилизован из-за внутренних опасностей. Он так усиливается в своей интенсивности переживания неудовольствия, что пробивает себе дорогу в область сознательных переживаний, прорывая защиту от раздражителей и вытеснение. Из-за того, что он не обладает сигнальной функцией, он не может – бессознательно – исключить угрожающую внутреннюю опасность с помощью запуска соответствующих механизмов защиты. Травматический страх воцаряется в большей степени в бессознательных переживаниях субъекта, при этом он не может быть использован для ориентировки и регулирования поведения. Он лишь способствует переживанию того, что нечто плохое, катастрофичное, сильно угрожающее актуально существует, при этом не позволяя выявлять представления или цепочки представлений,

которые могут сделать это нечто доступным для идентификации и понимания. Также как и в случае невроза, речь здесь идет о ре-травматизации, о ре-мобилизации внутренней ситуации опасности, которая в тоже время формирует защиту, хотя и менее организованную, примитивную и недостаточную. Опасность может состоять, например, в ре-мобилизации сильно угрожающих репрезентаций объектов или частных объектов. Она может возникать из конфронтации с примитивными, не интегрированными, не регулируемые импульсами влечений. Страх, прорывающийся в сознательные переживания, лишь в очень незначительной степени обладает защитной функцией, так как он только уведомляет личность, что внутренняя ситуация является угрожающей, без дальнейшего ее уточнения (см. Heigl-Evers und Heigl, 1982a; Heigl-Evers und Rosin, 1988).

#### **4.2. Аффекты в концепциях Якобсон, Сандлера, Бреннера и Кернберга**

Среди авторов, которые очень подробно занимались теорией и клиникой аффектов, стоит отметить Якобсон. Аффекты и чувства являются, с ее точки зрения, как выражением самости, так и ответами на внешние раздражители и служат преимущественно для направленной на себя разрядки внутри и направленной на объект разрядки вовне (1964, 1973, с. 96). В детском развитии жизнь чувств и фантазий проявляется преимущественно в так называемом аффектив-

– 109 –

ном языке органов; он присутствует до определенной степени также в жизни чувств нормального взрослого, особенно в состояниях страха и возбуждения и при других манифестациях «ресоматизации» аффектов (Schur, 1955). Под аффективным языком органов Якобсон понимает «психофизиологические проявления чувств и фантазий ребенка на первых стадиях его развития», которые охватывают не только незаметные, но и видимые внутренние физиологические процессы (вазомоторные и секреторные феномены, а также те, что связаны с оральными и выделительными функциями). Якобсон полагает, что развитие аффективно-моторной активности начинается уже на третьей стадии энергетической и структурной дифференциации с либидозного и агрессивного замещения репрезентаций самости и объектов, причем, конечно, сначала преобладает аффективный язык органов. Уже на этой стадии появляются аффекты сигнального характера (там же, с. 63-64). Затем на более поздней стадии начинающегося формирования Суперэго преобладающим аффективным сигналом становится страх Суперэго (страх вины).

Иоффе и Сандлер (Joffe and Sandler, 1967b), а также Сандлер (Sandler, 1972) видят в человеческих аффектах проявление уверенности высокого уровня. Уверенность постигается ребенком через переживание чувственных состояний; это происходит в связи с развитием детского мира представлений. Оба автора говорят о нарциссических основах аффекта, поскольку они также служат уверенности индивидуума и, тем самым, нарциссическим потребностям.

Функция аффекта, по мнению этих авторов, постоянно актуализирована: с его помощью оцениваются образы самости и объекта, чтобы добиться на основании этой оценки идеальных условий для Эго.

Это особенно характерно на ранней фазе развития ребенка, когда очень большое значение имеет такая помощь в ориентировке и регуляции поведения; объясняется это тем, что на данной фазе процесс познания недостаточно эффективен, а, следовательно, речевая функция и способность к символизированию отсутствуют. Поскольку ребенок в достаточной мере еще не располагает навыками восприятия, познания, управления

поведением, чтобы самому регулировать свои нарциссические потребности, эту функцию в значительной мере выполняет мать.

В семидесятые годы Бреннер (Brenner, 1974, 1975) представил психоаналитическую *теорию аффекта*, основанную на клинических данных, которые были получены с помощью психоаналитического метода.

Он рассматривал аффект как ощущение удовольствия или неудовольствия, которое приводится в действие либидозной или агрессивной энергией, то есть связано с дериватами влечений, а также с представлениями или комплексами представлений, которые придают ему индивидуально-специфическую форму. Аффекты развиваются из неспецифической матрицы удовольствия/неудовольствия и формируются переживаниями раннего периода, которые организуются

– 110 –

в представления и цепочки представлений. Как и Фрейд (ПСС XI, 1916/17, с. 410), Бреннер считал, что ядро некоторых аффектов определяется переживаниями, которые появились в филогенезе, то есть относятся к врожденному имуществу человеческого существа.

Тезис постепенного развития и дифференциации аффектов из недифференцированной матрицы удовольствия/неудовольствия на основании результатов новейших дифференциальных исследований аффектов может считаться устаревшим (см. Krause, 1991).

Бреннер считает, что аффекты связаны не только с удовлетворением или фрустрацией дериватов влечений; он, как и Якобсон (Jacobson, 1953), видит их в большей степени связанными с созреванием и развитием Эго и Суперэго (Brenner, 1986, с. 66). Он классифицирует аффекты согласно категориям удовольствия и неудовольствия и, соответственно, выделяет счастье (радость), страх и депрессивный аффект.

Хотя отношения между аффектом и влечением сегодня следует рассматривать иначе, чем это делал Бреннер, представленные им варианты ощущения счастья, страха и депрессивного аффекта остаются до сих пор существенными для клинической практики. Эти варианты формируются в индивидуальном опыте, который организуется в представлениях или группах представлений; таким образом, каждое переживание аффекта становится индивидуально-уникальным феноменом.

Бреннер пишет о выделенных им категориях следующее.

О счастье (или *радости*):

«Если ощущение удовольствия является интенсивным, то аффект обозначается как экстаз или блаженство. Если в представлении одерживается победа над одним или несколькими людьми, то этот игровой вид счастья определяется как триумф. В зависимости от интенсивности удовольствия, соответствующие представления классифицируются как всемогущество, удовлетворенность собой, как легкое превосходство или самодовольство» (Brenner, 1986, с. 58).

Об аффекте *страха*:

«Страх – это возбуждение чувств (аффект), которое вызывается антиципацией опасности в Эго... Что-то неприятное происходит... Если опасность воспринимается как острая или непосредственно предстоящая, то можно говорить об ужасе, если неудовольствие интенсивно – о панике. Если неудовольствие

выражено слабо и опасность воспринимается как небольшая, как неопределенная или еще далекая, можно свободно говорить о беспокойстве или неприятном чувстве» (Brenner 1986, с. 58).

О *депрессивных аффектах*, связанных с представлениями несчастья, которое уже произошло:

– 111 –

«Уже в соответствии с интенсивностью неудовольствия можно говорить об унынии, грусти или досаде. Когда представление тоски по потерянному объекту выходит на первый план, можно говорить об одиночестве. Когда у нас, как это выразил Дарвин (1872), «нет надежды на утешение», мы говорим об отчаянии. И о стыде или унижении, когда акцент делается на том, что человека высмеивают или ругают» (Brenner, 1986, с. 60).

В последнее время Кернберг критически рассматривал вопрос о том, какая взаимосвязь устанавливается между аффектом и интериоризованными объектными отношениями. По его мнению, самый ранний интрапсихический опыт - аффект и восприятие - интегрируется в контексте самого раннего единства интериоризованных объектных отношений (1985, с. 110), и поэтому следует говорить о «чистом аффекте» или о «чистом первичном процессуальном мышлении» как о независимых аспектах первичного процессуального функционирования. Кернберг (Kernberg, 1985, с. 110) опирается в этой связи на работы Росса (Ross, 1975) и Шпитца (Spitz, 1972). Шпитц занимает следующую позицию:

«1. Я думаю, что никакой след памяти не может быть сохранен в психической системе без того, чтобы какой-либо из аффектов не был бы в этом задействован.

2. Восприятие, в плане возможности осознания воспринятого, не может протекать без вмешательства аффектов.

3. Чтобы новорожденный мог перешагнуть границы осознания, аффект должен ускорить восприятие. Восприятие может начать существование тогда, когда аффект придал ему длительность, определил биологическое время. Только тогда может развиваться когерентность как связь между восприятием и восприятием, восприятием и аффектом» (Spitz, 1972, с. 731, с. 733-734).

### **4.3. Значение современных исследований аффекта**

Теперь следует обратиться к тезису о врожденности некоторых аффектов, который Фрейд в свое время сформулировал недостаточно четко. Можно сказать, «...что уже у новорожденных и преждевременно рожденных можно заметить практически все (за небольшим исключением) наблюдаемые у взрослых образцы иннервации» (Krause, 1983, с. 1022).

Сигнальную составляющую аффекта, таким образом, можно наблюдать уже после рождения. Здесь имеется в виду *интерперсональное* сигнальное воздействие аффекта на людей, ухаживающих за младенцем. «У ребенка есть желания, прежде всего инстинктивные желания, сигнальные системы своих чувств, а ухаживающий за ним человек обладает необходимой моторикой и програм-

мами для их удовлетворения» (там же, с. 1024). При достаточно хорошо функционирующих отношениях между матерью и ребенком или отцом и ребенком формируются «структуры, подобные диалогам» (там же, с. 1026), которые оказывают значительное влияние на дальнейшее развитие ребенка.

При имеющейся на этой фазе биологически обусловленной беспомощности новорожденного это раннее обладание интерперсональной сигнальной составляющей аффектов весьма полезно. Хотя способность к *энкодированию*, то есть к продукции сигналов, и к *декодированию*, то есть к пониманию сигналов других, кажется врожденной, преобразование собственных переживаний и чужих знаков в речевые символы таковым не является. Также к врожденным не относятся правила проявлений и переживаний в социальном контексте. Приобретение этого «знания» определяется типом ранних объектных отношений, а также актуальных культурных влияний. Врожденный потенциал младенца «разгорается» во взаимных отношениях с матерью, как сформулировал в рамках представленной им психоаналитической психологии развития Шпитц (Spitz, 1965).

Для ограниченного числа аффектов посредством моторно-экспрессивных конфигураций можно показать, что они проявляются во всех культурах; их можно наблюдать в культуре и в используемых людьми способах поведения. Относительно определенными являются мимические выражения радости, горя, ярости, отвращения, удивления и ужаса. Культурная инвариантность обнаруживается с помощью визуального материала раздражителей; о ней можно говорить и в связи с моторно-экспрессивной составляющей аффективной системы.

«К первичным эмоциям (первичным аффектам) относятся те, которые могут запускаться определенными визуальными сигналами и тем самым служат регулированию отношений» (Krause, 1990, с. 637).

Аффективная система, как и система влечений, представляет собой часть филогенетического имущества *Species humana*, его врожденное, филогенетически закрепленное оформление. Наблюдаемое в течение гоминизации «разрыхление» жесткого развития инстинктов сопровождается гипертрофией аффективной системы. Аффективная система возникает из инстинктивной, при этом, конечно же, добавляется и что-то новое: вследствие того, что социальная сигнальная составляющая (аффекта), или *возвешение о действии*, может быть отделена от мотивационной составляющей, *выполнения действия*, возникает отсрочка, которая необходима для внутренних и внешних коммуникативных процессов. Если аффект выражается, это свидетельствует о повышенной вероятности определенного способа поведения, однако это не означает, что такое поведение обязательно будет осуществлено. Без биологического разъединения действий по предупреждению и выполнению не возникло бы свободное социальное и мотивационное пространство для социального поведения, направленного на решение проблем (Krause, 1990, с. 638).

В онтогенетическом развитии Эго, связанном с удовлетворением влечений, можно точно так же наблюдать регуляцию отсрочки: она становится возможной за счет возрастающей ориентации Эго, направленной на удовлетворение инстинктов, на

принцип реальности и соответствующее применение принципа удовольствия. Также это способствует развитию функции мышления Эго.

«Но затем мы должны сказать, что, собственно, неправильно говорить о контроле принципа удовольствия за протеканием психических процессов. Если бы дело обстояло так, то подавляющее большинство наших психических процессов должно было бы сопровождаться удовольствием или вести к удовольствию, в то время как на самом деле наш опыт противоречит этому заключению. В реальности дело обстоит так, что в психике имеется сильная тенденция к реализации принципа удовольствия, которой определенно противостоят другие силы, так что окончательный исход далеко не всегда соответствует тенденции получения удовольствия...»

Вот один из примеров торможения реализации принципа удовольствия. Мы знаем, что первичные способы работы психического аппарата модифицируются в соответствии с принципом удовольствия, и что он с самого начала неприменим, и даже в значительной степени опасен для самоутверждения организма в сложном окружающем мире. Под влиянием инстинктов Эго отдалается и от **принципа реальности**, который, не предполагая отказа от окончательного получения удовольствия, требует, однако, **отсрочки** удовлетворения, отказа от многочисленных возможностей удовлетворения и временной терпимости к неудовольствию на более долгом обходном пути к удовольствию и осуществляет все это. Затем в течение долгого времени принцип удовольствия остается способом реализации с трудом «воспитываемого» сексуального инстинкта; однако принцип удовольствия, независимо от того, соотносится ли он с сексуальным инстинктом или находится в самом Эго, преодолевает влияние принципа реальности, нанося вред организму в целом» (ПСС XIII, 1920, с. 5).

Первичные эмоции или аффекты с их определяющим действием эффектом, могут рассматриваться как структурированное уведомление о действии:

«В структуре этих действий имеется субъект, объект и желаемая интеракция между ними. В соответствии с тем, где находится объект в отношении к позиции субъекта, как оценивается гедонический оттенок ситуации, возникают первичные эмоции» (Krause, 1990, с. 639).

Объект может быть представлен на теле субъекта, например, во рту или в желудочно-кишечной области, или находиться за пределами организма субъекта. Он также может находиться в оптически-апперцептивном поле субъекта, то есть быть визуально-настоящим, или он может быть вообще не представлен

– 114 –

чувственно, а лишь репрезентирован ментально. В соответствии со своим местоположением объекты переживаются и фиксируются как гастральные, тактильные, визуальные или ментальные сущности (Krause, 1990, с. 641).

Это существенно для клинической работы, так как восприятие объекта в рамках оптически воспринимаемого телесно-психического единства - это более позднее приобретение. Ранние (гастральные и тактильные) объекты ребенка частичны и персонифицированы; они играют большую роль, поскольку определяют более

поздние переживания при возникновении феноменов преэдиповых, структуральных или базальных нарушений.

Дальнейшая классификация объектов основывается на опыте, который был получен уже с их помощью и служит целям познания. Это эмпирическое знание может иметь свои корни в филогенезе и базирующихся на нем индивидуальных знаниях. «Это архаичные классификации, которые определяют объект как полезный и благоприятный, в более широком смысле «хороший», или повреждающий, причиняющий боль, в более широком смысле «плохой»... «Плохое для гастральной области - это тошнота, плохое в тактильной области - боль, плохое в оптически-апперцептивном поле - страх/ярость» (Краузе, 1990, с. 641).

В основе третьей классификации, с помощью которой субъект упорядочивает свои объекты, лежит атрибуция относительной власти: чувствует ли субъект свое превосходство над объектом или нет?

Если определять аффекты (как регулирующие отношения) при помощи названной выше препозиционной структуры: субъект, объект и желаемая между ними интеракция, тогда соответствующая аффекту препозиция всегда должна относиться к той области, в которой проигрывается взаимодействие.

Так, *отвращение* отражает желание: ты (объект) выходи из меня (субъекта) вон! *Ярость* отражает желание, чтобы объект исчез, а субъект при этом остался: Эй, ты, скройся с глаз, а я остаюсь! *Страх*, напротив, связан с желанием отдалить субъект от области объекта. *Печаль* (скорбь) представляет собой желание снова реализовать уже однажды имевшееся взаимодействие с объектом в одной из четырех областей (гастральной, тактильной, оптико-аудиальной, ментальной). Отсутствие «злого» объекта сопровождается в момент его ясного ментального представления облегчением и радостью (Краузе, 1990, с. 641). Для *радости* характерно то, что текущая интеракция между субъектом и объектом должна продолжаться: Ты (объект) оставайся, как ты есть!

Итак, регулирующие отношения аффекты служат преимущественно для определения необходимой и желаемой близости/дистанции с объектом. Нарушения регулирования близости/дистанции играют большую роль в клинике так называемых преэдиповых или структуральных нарушений и диадических нарушений отношений.

– 115 –

На основании эмпирических исследований Краузе (Краузе, 1990, с. 630) понимает психический процесс, обозначаемый как аффект, как систему с тремя сферами функций:

- сфера управления сознательным и бессознательным мышлением и поведением индивидуума,
- сфера регулирования взаимодействий и, соответственно, совместной социальной жизни,
- сфера самовосприятия и самооценивания.

Названные сферы функций делают возможным различение трех групп аффектов: переработки информации, регуляции отношения и рефлексии. Вследствие того, что мы уже достаточно подробно представили регулирующие отношения аффекты, нам следует коротко охарактеризовать и другие группы.

К аффектам *переработки информации* относятся любопытство, интерес, удивление, которые признаны первичными эмоциями; эти аффекты служат тому, чтобы перерабатывать раздражители внешнего мира, а также понимать и поддерживать отношения с миром (миром объектов). Когда окружение, из которого они происходят,

оказывается в целом доброкачественным и доброжелательным, то в ходе ранней социализации раздражители, исходящие от объектов, можно приспособить к мобилизации аффектов переработки информации. Если эта ассимиляция достаточна, то за счет нее усиливаются когнитивные функции, необходимые для переработки раздражителей. Следующая за мобилизацией удивления, любопытства, интереса переработка раздражителей удастся настолько, насколько удовлетворительно осуществляются процессы согласования и единения во взаимодействии матери и ребенка (Krause, 1990, с. 670).

Любопытство с позиции психологии невротиков было оценено уже Шульц-Хенке. Он говорит о специфичной для человека «сравнительно большой дифференцированности его любопытствующего обращения к миру» (Schultz-Hencke, 1951, с. 24) и обозначает приближение, следуя Бретано и Гуссерлю, как *интенциональность*.

«... слово «любопытство» – это только наивное, драматическое, репрезентативное выражение. Напряженность играет здесь ту же роль, как и тогда, когда мы говорим о «напряженном» внимании. Мы имеем дело с самой первой формой переживания побуждения, которая также очень значима для психологии невротиков, с формой переживания потребности, которая является характерной для человека и может быть повреждена. Таким образом мир впервые «завоевывается» (Schultz-Hencke, 1951, с. 25).

К аффектам рефлексии относятся вина, стыд и депрессия. Краузе (Krause, 1990, с. 679) исходит из того, «что *эмоции рефлексии* базируются на интернализированных дериватах первичных эмоций.

– 116 –

*Стыд* - это интернализированное отвращение к референтной группе или объекту, к которым человек считает себя принадлежащим. Значимые составляющие самости воспринимаются как неподходящие, а самость другого является точкой отсчета. *Депрессия* - это интернализированная ярость объекта, он не может избавиться от того, чего хотел бы избежать. *Страх вины* - это интернализированный страх объекта: чего он боится и от чего не может уклониться. Аффекты рефлексии являются предпосылкой относительно независимо функционирующих структур.

*Аффект стыда*, на который психоанализ сегодня обращает все большее внимание (см. Hilgers, 1995, 1996; Seidler, 1995a, b), связывается Вюрмсером с «... обнаружением слабости, дефекта и скверны» (Wurmser, 1990, с. 85). Стыд разворачивается на двух уровнях: он может относиться как к активности саморазоблачения, так и к содержанию разоблаченного. Этот аффект рассматривается как гарант приватности и интимности. Вюрмсер в своих работах пытается определить психическое переживание как выражение конфликтного процесса. Желание показать себя и быть признанным в своей слабости лежит в основе интенции, которая затем ведет к возникновению стыда. К возникновению стыда она ведет потому, что субъект вместо полного любви принятия встречается с отказом, наталкивается на критику и отвержение. Так, он характеризует стыд как однозначно негативный аффект; стыд применяется для обозначения презираемости, оскорбленности и осмеянности.

Зайдлер (Seidler, 1990a, 1993a, 1995b, с. 138) понимает стыд как промежуточный аффект, который является предпосылкой гарантированного наблюдения другим, то есть связан с трехсторонними отношениями. Эта способность испытывать стыд связана с переживанием третьего, с переживанием границ между внешним и внутренним, собой и другими, а также самостью и Эго. Для Зайдлера способность испытывать стыд



появляется после открытия психического внутреннего пространства, то есть пути доступа к собственным желаниям, фантазиям и стремлениям, которые сначала, как пробное действие, могут предшествовать каждому реальному действию.

В последнее время в качестве еще одной категории аффектов называют *аффекты мстительности* (Heigl und Heigl-Evers, 1991). К ним следует отнести озлобленность, гнев, злобу и вражду. Мотивационная или деятельностная составляющая этих аффектов направлена, как правило, на реванш, возмездие и месть. При этом речь нередко идет не просто о временном состоянии чувств, а в значительно большей степени, из-за склонности этого аффекта к взаимному проникновению, о длительном, направленном на возмездие и месть враждебном состоянии (например, в форме длительной затаенной обиды или мизантропии). Они часто определяют переживания пациента на года и десятилетия, не тревожа и не беспокоя его; они могут долгое время влиять на его мимическую иннервацию, создают образцы экспрессивных реакций, запечатляются в

– 117 –

его лице, становятся как бы его второй натурой, составной частью его характера. Как правило, для своего носителя эти аффекты являются созвучными его Эго и не вызывают у него чувства вины; его не беспокоят ни качество, ни интенсивность, ни постоянство этих аффектов.

Обычно в основе этих эмоций лежит переживание того, что «со мной случилась ужасная несправедливость». Эта несправедливость впервые переживается уже в раннем детстве, нередко в связи с травмирующим опытом или с ранними объектами, которые воспринимаются как плохие, которые были интроецированы, отделены и за счет этого лишены дальнейшей обработки. Отсюда аффекты мстительности являются архаичными аффектами, они настраивают субъекта на возмездие и месть, поэтому примирение не является категорией его переживаний. Они имеют тенденцию к разрядке и, соответственно, побуждают к действиям, направленным на возмездие и месть, действиям, которые связаны, как правило, с интенсивным удовлетворением, прежде всего в смысле морального удовлетворения (несправедливость искупается).

Трагедия детства, которая не может быть прощена и забыта, часто состоит в травмирующем унижении, которое происходит на преэдиповых фазах, в нарциссическом повреждении, в травмах, которые внезапно разрывают связанную с доверием симбиотическую фантазию. Таким образом, потерянная грандиозность самости восстанавливается на анальной фазе в смысле всеислия (Я - безупречный праведник, никто не имеет права меня осуждать). На эдиповой фазе на этом основании не принимается отцовский авторитет; значимые идентификации с родительскими объектами не происходят или осуществляются недостаточно, и развитие структуры Суперэго остается дефицитарным. Такие травматические унижения ведут в аффективном переживании ребенка к фиксированному ожесточению по отношению к виновнику унижения; эта злопамятность означает, что мотивация мести постоянно подпитывается и может долгое время присутствовать в жизни (Heigl-Evers, 1968b; Heigl und Krause, 1993).

#### **4.4. Значение аффектов в диагностике и терапии**

Если обратить внимание на то, каким аффектам преимущественно уделялось внимание в ходе развития психоаналитической теории, то получается следующее: Фрейд с самого начала изучал аффект, который выполняет при внутриспсихической переработке конфликта сигнализирующую функцию, а именно аффект страха,

запускающего защиту, к которому позже Бреннер (Brenner, 1974, 1975, 1986) добавил равным образом запускающий защиту депрессивный аффект неудовольствия. Наряду с этим, в связи с разработанной им моделью кон-

– 118 –

фликта, в ранних построениях Фрейда уже играли роль аффекты вины и стыда, особенно аффект неосознанной вины. В первых работах Фрейд также занимался аффектами, которые проявляются в отношениях к объектам и имеют значение независимо от инстинктов, аффекты любви и ненависти.

В постфрейдистской фазе в связи с концепцией самости и нарциссизма, а также идеального Я, Эго-идеала и Суперэго в поле внимания вернулись аффекты вины и стыда.

Для постфрейдистского учения об объектных отношениях особенно интересной стала *межличностная* сигнальная функция аффектов (Enke, 1989; Krause, 1983, 1990; Moser, 1978, 1983, 1985; Spitz, 1965). Большого внимания удостоились также регулирующие отношения или первичные аффекты, особенно хорошо исследованные эмпирически в контексте современных наблюдений за новорожденными (Emde, 1991; Lichtenberg, 1991; Stern, 1985). Обозначаемые отныне, как аффекты рефлексии, вина и стыд стали предметом как социально-психологических, так и психоаналитических исследований; соответственно различным подходам к исследованиям они по-разному оцениваются и интерпретируются (см. Hilgers, 1996; Krause, 1990; Seidler, 1993, 1995b; Wurmser, 1981). Их значение для отношения индивидуума к себе самому в дальнейшей жизни пока глубоко не изучено. Это справедливо также для аффектов мстительности, на которые исследователи обратили особое внимание в последние годы (Heigl und Heigl-Evers, 1991), и особенно проявляющихся при вызванных травмами или структуральных, обусловленных развитием, нарушениях.

Для *описания и диагностического понимания* аффективных нарушений при различных психогенных формах заболеваний в диагностике и терапии оказалась полезной предложенная Краузе ориентировочная схема разделения аффективной системы на подсистемы:

1) *экспрессивный* компонент на периферии тела в виде выражений лица и вокализаций; при этом речь идет о тех неречевых сигналах, информационное содержание которых решающим образом продолжает и дифференцирует сигналы речевых сообщений;

2) *психофизиологический* компонент активации или деактивации автономной эндокринной системы; на этот компонент следует обратить внимание при выпадении экспрессии, как это нередко проявляется, например, при психосоматических нарушениях;

3) *мотивационный* компонент с его реализацией на уровне поведения с помощью телесной мускулатуры и манеры держать туловище, который оказывает тот же эффект, что и экспрессивный сигнал; на него особенно следует обратить внимание при истерических симптомах в произвольной мускулатуре, когда, как правило, выпадает или слабо представлена мимическая экспрессия;

4) *осознанное восприятие* телесных компонентов;

– 119 –

5) *обозначение и оценка* восприятия сложившейся ситуации, а также присоединение к области самости или объекта; четвертый и пятый компонент являются

важным потому, что если они выпадают, то снова должны стать доступными в ходе терапевтического процесса (Krause, 1990, с. 635-636).

В новейших работах исследовательская группа Краузе, опираясь на многочисленные эмпирические работы (Hufnagel, Krause und Steimer-Krause, 1991; Krause, Steimer-Krause und Ullrich, 1992; Steimer-Krause, Krause, Saenger-Alt und Wagner, 1988; Steimer-Krause, Krause und Wagner, 1990), предложила концептуализировать психоаналитическую диагностику с обращением к совместному влиянию названных выше субсистем описанным ниже образом.

#### *4.4.1. Окончательная схема диагностики аффекта*

В основном, в диагностических целях следует прояснить следующие вопросы.

1. Имеется ли генерализованный синдром выпадения аффективного выражения или нет? При этом следует обратить внимание прежде всего на верхнюю часть лица; не проявляется ли фронтальная иннервация, движения глаз, а также морщины на лбу при концентрации или злобе в общем, или это происходит прежде всего тогда, когда в связи с содержанием разбираемых тем какие-либо аффективные движения следовало бы сдерживать?

2. При выявлении генерализованного синдрома аффективной пустоты, остается ли и как долго продолжается описанный негативный аффект, замеченный не в контрпереносе и не в переживании, о котором рассказывает пациент, но в его сигнализации? Здесь речь может идти об отвращении, презрении, ярости, страхе.

3. Можно ли на основе рассказа определить когерентную тему центрального конфликта отношений?

4. Следует ли раскрывать оставшийся ведущий аффект при помощи этого центрального конфликта отношений?

Когда отсутствует генерализованный синдром торможения аффективного выражения, но обнаруживается уменьшение вариантов до двух противоречащих друг другу ведущих аффектов, которые к тому же совпадают с центральным конфликтом отношений, можно с большой уверенностью сделать заключение о неврозе переноса.

Генерализованный синдром торможения экспрессии с мимическим ведущим аффектом без однозначно корреспондирующего центрального конфликта отношений, напротив, с большой долей вероятности свидетельствует о раннем нарушении. Его содержательное оформление характеризуется, среди прочего, разновидностью негативного ведущего аффекта. Отвращение кажется более значимым в поле нарциссических нарушений телесной самости, в то время как презрение имеет отношение к полному нарушению действующей и волевой само-

– 120 –

сти. В этом состоит и различие между перверсиями и психосоматическими заболеваниями, с одной стороны, и психозами, с другой. (Krause, Steimer-Krause und Ullrich, 1992).

#### **4.5. Выводы**

В целом, нужно отметить следующее: в *психоаналитической терапии* аффекты всегда играли важную роль. С тех пор как Фрейд открыл сигнал страха, запускающий защиту, а Бреннер (Brenner, 1974) ввел понятие депрессивного аффекта неудовольствия, тоже запускающего защиту, при терапии больных с невротами

конфликтов речь идет о том, чтобы помочь им сделать эти аффекты неудовольствия (прежде всего в контексте переноса) терпимыми и, тем самым, осознанно переживаемыми: таким образом им может быть открыт доступ к их конфликтам, защищенным с целью уменьшения неудовольствия (страх или депрессивный аффект). Для раскрытия контекста конфликта нельзя обойтись без тщательной идентификации и прояснения всех участвующих аффектов. Это справедливо также для регулирующих отношения аффектов, анализ которых в особенности важен для понимания взаимодействий, определяющихся переносом и контрпереносом. Для вскрытия патогенных конфликтов имеет большое значение обнаружение четких сигналов: как аффектов переработки информации (удивление, изумление, настороженность), так и аффектов рефлексии (смущение как указание на стыд, подавленность как указание на вину). Также здесь следует обратить внимание на аффективные феномены резонанса со стороны терапевта; если у пациента создается впечатление, что его терапевт совершенно не восприимчив, бессмысленно ожидать каких-либо позитивных изменений (см. Arlow, 1977; Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1990a; Moser, 1978, с. 236; Thomae und Kaechele, 1985, с. 110).

Точно так же нельзя отказываться от работы с аффектами при диагностике и терапии в группах пациентов со структурными нарушениями, поскольку у этих пациентов причиняющая вред, диффузная и, следовательно, не служащая ориентации и регуляции поведения эффективность часто формирует один из симптомов. Кроме того, следует обратить внимание на защитную функцию аффектов; так, страх может защищать агрессивные аффекты или агрессивные аффекты - страх. В связи с этим допустимо включение спонтанных аффективных реакций терапевта уже при диагностическом определении причин. Имеющиеся у этих больных патологии объектных отношений, как правило, характеризующиеся специфическими ведущими аффектами (Kernberg, 1988a), обычно довольно тяжело понять.

В терапии таких больных решающую роль играет идентификация аффектов и прояснение того, с чем связано их возникновение (прояснение контекста). Обычно все это возможно только тогда, когда терапевт включает в тера-

– 121 –

певтический процесс собственные аутентичные аффективные реакции (отвечающие влиянию); именно аффективный ответ терапевта делает возможным идентификацию аффекта для пациента и именно прояснение имеющихся между терапевтом и пациентом отношений и связанных с ними аффектов существенно способствует терапевтическому процессу. При этом переживание пациента, со своей стороны побуждающее терапевта проявлять всю полноту своих чувств, является значительным и решающим влиянием работы с аффектами в терапии: больной получает осознание того, что у него есть контакт с терапевтом, и что он может влиять на него, побуждая к каким-либо действиям (см. Blanck und Blanck, 1981, 1989; Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1990a; Krause, 1990).

## **5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО О ПСИХИЧЕСКОМ КОНФЛИКТЕ**

В общем, психоаналитики-постфрейдисты не отказались от модели конфликта, которая была модифицирована Фрейдом посредством введения структурной теории и нового определения Эго. Были предложены новые основания для объяснения клинических феноменов, новые теории и новые терапевтические техники, чему способствовала возросшая точность клинического наблюдения и методов оценки.

Так, Хартманн в своем критическом анализе дуализма инстинктов жизни и смерти вводит агрессивность в качестве ключевой категории инстинктов, регулируемых принципом удовольствия/неудовольствия. Отныне либидозные и агрессивные инстинктивные потребности, которые состоят друг с другом в отношениях напряжения, выступают как существенные контрагенты внутреннего конфликта. На основе предпринятого Хартманном и его коллегами выделения эго-психологии возникли те инициативы, которые привели к непосредственному наблюдению за детьми в традиции психоаналитической психологии развития.

При обсуждении этих исследований и их результатов анализировались, в дополнение к выделенным Фрейдом инстинктивным потребностям, и другие основные человеческие потребности. Речь идет о потребностях в зависимости, принятии и привязанности, с одной стороны, и самостоятельности, независимости, автономии, отделении и разъединении, с другой стороны; противостоящей паре, в которой наметилось противоречие Эроса и Танатоса, связи и отделения. С тех пор антиномия зависимости/автономии, равно как и категория внутренних конфликтов, используется при объяснении психических конфликтов.

– 122 –

Предложенное Хартманном отграничение самости как составляющей Эго, определяемой объектными идентификациями, от его аппаратной или функциональной части открыло новые перспективы для научных исследований. В связи с появлением психологии самости были заново осмыслены клинические феномены и нарциссизм, как их понимал Фрейд; при этом внимание психоаналитиков снова было обращено к описанному Фрейдом между 1910 и 1919 годом дуализму влечений, противопоставлению сексуальных инстинктов и эго-инстинктов, или инстинктов самосохранения; после того, как в 1923 году Фрейд заново сформулировал теорию инстинктов, инстинкты самосохранения были превращены в инстинкты жизни (Эрос). Как еще один компонент конфликта были постулированы нарциссические потребности, которые направлены, с одной стороны, на сохранение самооценности и ее регулирование, с другой стороны, на безопасность и благополучие организма, то есть на функционирование защиты от раздражителей. Как показывает клинический опыт, эти потребности могут вступать в конфликт как с инстинктивными потребностями, так и с потребностями в независимости и в автономии.

Благодаря концептуализации сферы репрезентаций, изображений самости и объектов, сложившихся в системе Эго, и возникающих между ними отношений, стало возможным распознавание других вариантов возникновения конфликтов. Сгруппированная в триаду модель структур «Ид, Эго, Суперэго» была продолжена трехсторонней моделью отношений, полем отношений, которое в принципе определяется тремя объектами. Примером такого поля отношений может служить введенный Фрейдом эдипов образец; наряду с этим имеет значение и презэдипово триангулирование. Теперь невротическое формирование конфликтов следует рассматривать и понимать в такой системе отношений (в поле трехстороннего напряжения), предпосылкой которой являются сущности самости и объектов, а также персональные объектные отношения.

С тех пор трехсторонняя арена стала восприниматься как существенная область проявления конфликта. Мы хотим в связи с этим указать, что конфликт как таковой представляет собой триадную систему, состоящую из двух оппонентов и развивающегося между ними напряжения, а также возникающего на этой основе образования компромиссов. С триадической констелляцией, с существованием третьего

объекта и, тем самым, с возможными объектными персональными отношениями связан также и психоаналитически понимаемый инсайт. Инсайт может возникнуть только тогда, когда между Эго и самостью можно увидеть границу как нечто третье, позволяющее рассмотрение самости через Эго; таким образом задаются предпосылки самоопределения и самооценивания, функций, которые предшествуют формированию Суперэго. Психоаналитический принцип терапевтического толкования также связан с существованием третьего объекта и соответствующих персональных отношений; толкование может быть осуществлено только тогда, когда между объясняемым и объяс-

– 123 –

ненным существует граница. Она представляет собой результат рефлексивной оценки одного с помощью других и позволяет возникнуть чему-то третьему, а значит, чему-то новому.

Расширенное психоаналитическое понимание конфликта связано также с дифференцированным рассмотрением терапевтического процесса, который понимается как процесс взаимодействия, регулирующийся переносом и контрпереносом. В таких процессах мобилизуют друг друга внутренние объекты; эта мобилизация позволяет - в идеале - чередование самооценивания и оценивания объектов обоими партнерами.

Все более интересным становится также аспект взаимного распределения ролей в терапевтическом процессе, который ни в теории, ни в клинике еще не получил достаточного прояснения (Sandler, 1976, 1982).

На современное психоаналитическое понимание неврозов конфликта оказало влияние и дальнейшее развитие учения об аффектах. Исследование аффектов в рамках психоанализа благодаря клиническому открытию другого бессознательного запускающего защиту сигнала неудовольствия, а именно депрессивного аффекта (Brenner, 1974, 1975, 1986), расширило понимание психического конфликта и его компонентов. Исследуемые в рамках дифференциального (социально-психологического) подхода аффекты регуляции отношений, переработки информации и рефлексии играют важную роль в развитии индивида в целом, а также при возникновении и разворачивании конфликтов и в терапевтическом процессе; они отражают весь спектр желаний отношений, как они возникают в связи с инстинктивными потребностями. Они являются важными сигналами, сопровождающими усилия индивида, направленные на приспособление новых составляющих «мира объектов». Как аффекты рефлексии они сигнализируют индивиду об импульсах, действиях или других отступлениях от требований Суперэго и Эго-идеала.

В диагностике и терапии нарушений при тяжелой психопатологии Хартманн доказал плодотворность приведенного им разделения *интрасистемного* и *интерсистемного* конфликтов. Когда говорят об интрасистемном конфликте, имеют в виду несовместимости, которые возникают в системе Эго, например, между репрезентациями объектов или между репрезентациями объектов и самости. Такого рода непереносимость сначала возникает в межличностных взаимодействиях, а затем формируется при помощи образования следов воспоминаний и репрезентаций во внутреннем мире индивидуума. Их компоненты не стоят в конфликтной оппозиции друг другу, в напряжении, которое появляется после компромиссного уравнивания (образование компромиссов). Собственно, конфликт может и не возникать до тех пор, пока во внутреннем мире не существует третий объект и еще невозможно четкое отграничение от второго объекта, пока не смогут установиться персональные отношения или отношения к целостным объектам. Внутри индивида пре-

обладают отношения к частичным объектам, с которыми связаны важные функции регуляции; они замещаются с помощью внешних объектов. Переживание возникающего таким образом примитивного переноса имеет реальное содержание для данного больного. Необходимость такого замещения является результатом того, что не произошло достаточного трансфера важных функций регуляции с репрезентаций объекта или объектов на репрезентации самости (Blanck und Blanck, 1989, с. 43).

В случае таких психопатологий следует разделять несовместимые представления или комплексы представлений («только хороший» или «только плохой» объект) с помощью механизма проекции; внутреннее напряжение конфликта и являющееся результатом этого компромиссное образование могут и не возникнуть. Замещения и делегирования на внешние объекты, которые являются содержанием возникших в терапии примитивных переносов, лишены характера невротического переноса; они переживаются как реальные, то есть обоснованные и оправданные, как созвучные Эго, и в связи с этим не рассматриваются своим носителем критически. Конфликты возникают вследствие тех фрустраций, тех разочарований, которые случаются из-за того, что заместители частичных объектов не выполняют или не удовлетворительно выполняют перенесенные на них функции регуляции.

Несовместимость такого рода определяет клиническую картину нарушений, называемых преэдиповыми, структуральными или базальными. Такие нарушения характеризуются доминантностью отношений частичных объектов, ослабленным вследствие недостаточно оформленных функций Эго, преавтономной схемой Суперэго, в дальнейшем названной преавтономной регуляцией действий и проверкой реальностью (перенос переработки внутренней несовместимости во внешнее поле интеракции).

Эти картины нарушений могут возникать тогда, когда на преэдиповой фазе случаются повреждения развития. Такие повреждения могут быть следствием нарушенного диалога матери и ребенка, недостаточных процессов согласования и единения между партнерами по диалогу; также они могут являться результатом преэдиповых макротравм. В дальнейшем проявляются псевдо-диадические фиксации; это случается, когда в переживании матери, а вследствие этого, и ребенка, *третий* объект, как правило, отец, так или иначе не существует. Картины структуральных нарушений могут возникнуть и тогда, когда на эдиповом уровне уже достигнутая трехсторонняя констелляция снова пропадает из-за травматизации (насилия и/или сексуального домогательства), так как эдиповы фантазии инцеста и патерницида становятся угрожающе близкими к действительности. Поэтому трехсторонний уровень отношений, ставший, таким образом, опасным, должен быть покинут с помощью регрессии в направлении диадического модуса отношений; следствием будет соответствующая инстинктивная, Эго- и Суперэго-регрессия.

Логично, что терапевтические техники, связанные с проработкой трехсторонних отношений, при этих нарушениях не показаны. В терапии таких нарушений речь идет в первую очередь о том, чтобы принять аперсональные (псевдо-диадические) отношения через сохранение (*holding*) и поддержание (*containing*). К техникам, от которых можно ожидать эффекта при этих нарушениях, относится принятие на себя функций самопомощи; тем самым оправдываются ожидания, которые пациент направляет на

субституты частичных объектов. Однако в том виде и в способе, с помощью которого терапевт выполняет эту функцию, должно быть подчеркнуто, что он не должен соответствовать ожиданиям больного, не выполняет функции объекта его самости, так как после соответствующей обработки направленных на него ожиданий он делает себя воспринимаемым и узнаваемым для пациента как *другой*; он, соответственно своему собственному переживанию, аутентично «отвечает» и проясняет, что он не хочет надолго брать на себя предписанные ему функции регуляции, да и вовсе не может этого сделать. Когда речь идет об аутентичности терапевта, важную роль играет экспрессивность их поведения, которая должна соответствовать границам толерантности пациента. Таким образом, может начаться процесс, в котором нарушения диалога, искажения восприятия и несимметричность отношений на основании действия «отвечающего терапевта» становятся излишними (см. ниже).

## **6. ПСИХОПАТОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КОНФЛИКТАМИ**

Психопатологии при нарушениях, психически обусловленных и частично психически обусловленных, определялись по мере становления психоаналитической теории, которое происходило при постоянной подпитке клиническим опытом и знанием. Фрейд, изучая истерию, уже в ранних работах концептуализировал бессознательный психический конфликт и придал ему центральное значение в патогенезе истерических симптомов и синдромов (ПСС I, 1894, с. 61). Клинические наблюдения привели его к пониманию того, что во внутреннем мире индивидуума возникает несовместимость представлений, импульсов, аффектов, что там появляются противостоящие друг другу тенденции: формируется напряжение, которое не может быть разрешено потому, что оно по различным причинам связано с непереносимым неудовольствием, а именно со страхом. Для устранения неудовольствия человек имеет возможность исключить из сознательного переживания в принципе неустранимого виновника конфликта. Конфликт вытесняется - или от него защищаются другим способом -

– 126 –

и его носитель может чувствовать себя освобожденным от него; вытесненному, как компоненту конфликта, бессознательно противостоит стремящийся к проявлению дериват инстинкта как другой компонент. Однако вытесненное и процесс вытеснения, так же, как и дериват инстинкта, лишены осознания. Мобилизация стремящегося к проявлению, например, в связи с фрустрацией, может привести к «возвращению вытесненного» в структуру симптома, как Фрейд говорил уже в 1896 году (ПСС 1, с. 387). Подобный симптом понимается как образование компромисса при столкновении сил, лежащих в его основании.

### **6.1. Патогенность эдипова конфликта**

Особенное значение в дальнейшем клиническом наблюдении и базирующемся на нем становлении теории приобрела патогенность *эдипова* конфликта. Фрейд видел в эдиповом комплексе «основной столп» психоанализа. В 1931 Фрейд подчеркнул большое значение преэдиповой связи с матерью у женщин и в связи с этим указал на тот факт, что, если значимые конфликты развития девочки протекают уже в связи с этой ранней связью с матерью, эдипов комплекс не может больше рассматриваться как основное ядро женского невроза (ПСС XIV, 1931, с. 523).



На эдиповом уровне могут возникать конфликты различного рода, для которых ищутся компромиссные решения, в большей или меньшей степени связанные с психическим здоровьем. При этом психическое здоровье, как известно, тяжело поддается определению. В нашем контексте представляется, что существенно ненарушенное психическое функционирование гарантировано прежде всего силой Эго и доступно к проверке реальности; проверка реальности понимается как способность, которая в значительной степени конгруэнтна с тем, что называется Эго, другими словами, которая представляет собой одну из важнейших функций структуры Эго. Здесь речь идет о способности к конфронтации с внутренней и внешней реальностью, то есть о принятии, по возможности менее ограниченном, и сохранении как внутренних, так и внешних раздражителей, о гибком интегративном обхождении с полученной таким путем информацией, где важны не только богатство идей, фантазия и когнитивные функции (установление причин, контроль, запоминание и др.), но прежде всего синтетико-интегративные функции Эго.

Со становлением эдипова треугольника достигается уровень отношений к целостным объектам, то есть, Я может переживать и воспринимать свою самость и свои объекты персонально и целостно. За счет этого достигается соответствующий уровень образования конфликта. Если могут быть сформированы образы целостных объектов, тогда возможно соответственно сильное Я, чтобы разрешить конфликтное напряжение во внутренней бессознательной сфере. Решения существующих на этом уровне конфликтов могут осуществляться относительно дифференцированными способами, но также могут - при

- 127 -

соответствующей мобилизации неудовольствия - вести к регрессии и формированию симптомов. При этом у Эго остается возможность, несмотря на образование симптома, преодолевать внутреннюю и внешнюю реальность.

К распространенным повсеместно, с точки зрения Фрейда, конфликтам эдипова комплекса относятся так называемые его негативная и позитивная версии. В то время как позитивный эдипов комплекс, соответственно мифу о царе Эдипе, связан с сексуальным желанием в отношении родителя противоположного пола с одновременным враждебным соперничеством с родителем того же пола, при негативной версии все происходит наоборот. Здесь проявляется любовь к родителю того же пола, одновременно ревностная ненависть к родителю противоположного пола. В конкретном случае обе версии, позитивная и негативная, могут быть смешаны друг с другом (ПСС XIII, 1923, с. 260).

В связи с эдиповым конфликтом Фрейд (ПСС XIV, 1931, с. 531) сформулировал концепции угрозы и страха кастрации и зависти к пенису. Угроза кастрации способствует «разрушению эдипова комплекса» у ребенка мужского пола в связи с отказом от сексуального обладания материнским объектом (ПСС XIII, сс. 395-402), и тем самым открывает путь к экзогамии (ПСС XIII, 1921, с. 158). В определенном смысле этим, по словам Фрейда, «выросшим скалам» зависти к пенису у девочек можно, по нашему мнению, придать функцию отделения от матери. Зависть к пенису, переживание того, что она, как и мать, несправедливо обделена, телесно ущербна, побуждает девочку жестко дистанцироваться от матери и в большей или меньшей степени стремиться к отделению от нее. Зависть к пенису способствует отделению от объекта, к которому с самого начала имеется чрезвычайная, искренняя близость, мать, со своей стороны часто имеет склонность видеть в дочери собственный портрет, партнера по элементарной первичной близости (ты такая же как я), и препятствует

продолжительной связи мать-дочь, которая противостоит экзогамии и тем самым благоприятным условиям для сохранения вида: девочка видит себя - по-другому, нежели мальчик - подталкиваемой к смене объекта; так происходит отказ от первичного объекта любви (см. ПСС XVI, 1937, с. 96).

К теме эдипова разочарования девочки в матери следует добавить следующее: это разочарование нельзя понимать только как упрек слишком слабому объекту, от которого отказываются, которым пренебрегают, который слишком мало жертвует. В большей степени эдипово разочарование является тем принципиальным отречением, которое состоит в том, что девочке никогда не удастся фаллическое единение с материнским объектом и она в дальнейшем не имеет перспективы заново пережить ту близость, которая интимно связывала ребенка и мать и телесно, и психически. Именно этот опыт разочарования приводит девочку в стадии эдипова комплекса к отказу от материнского объекта любви и приближению к совершенно новому, неизвестному третьему объекту, а именно - отцу (ср. Heigl-Evers und Weiderhammer, 1988, с. 129).

– 128 –

Если в связи с этим у детей обоих полов происходит признание «кастрированной позиции», принятие «иметь меньше, чем...» у маленьких девочек, «быть меньше, чем...» у мальчиков, тогда становится возможным отказ от сексуального обладания эдиповыми объектами, а через идентификацию с отверженным объектом также и развитие дифференцированного Суперэго и стабильной идентичности, равно как и усиленное обращение к социальному окружению. Если эдипов комплекс не может быть разрешен с помощью отказа и, тем самым, не открывается путь к дальнейшему самостоятельному развитию, то он вытесняется вместе с конфликтами, которые являются его содержанием, или другим способом оказывается в бессознательном; поскольку он может снова мобилизоваться у взрослого, он остается потенциально патогенным.

Длительная патогенность вытесненного или по-другому защищенного конфликта основывается на том, что в структурном развитии индивидуума возникают *фиксации*, которые, с одной стороны, связаны с развитием инстинктов, с другой стороны, с развитием Эго. Суть фиксации состоит в том, что определенная ступень либидозного развития с относящимся к ней удовлетворением и образцами объектных отношений приобретает особое значение (под влиянием конституциональных факторов, особенно выразительных предложений удовлетворения или их совокупности). Такие фиксации являются основаниями для более поздних успешных регрессивных движений; это происходит в том случае, когда актуальные сексуальные потребности побеждаются решительным отказом или сильным искушением. Сформулированное Фрейдом в 1917 году этиологическое уравнение между силой фиксации и выражением ситуации отказа (или попытки при внутреннем отказе) говорит о комплементарном отношении: чем сильнее фиксация, тем менее сильным является отказ, который может запустить регрессию (ПСС XI, 1916/17, с. 376).

В связи с этим могут снова возникать детские неврозы или невротические конфликты пубертата, что может вести к различным проработкам с соответствующими клиническими манифестациями. Здесь следует различать невротический характер и симптоматические неврозы.

Под *невротическим характером* мы будем понимать те проявления конфликтов, которые характеризуются использованием характерологической защиты (например, реактивного образования, рационализации, интеллектуализации) и формированием черт характера (речь идет об основных установках и ритуализированных моделях поведения). Такая переработка связана с нарушением «ощущения жизни»; эти больные

страдают от неудовлетворенности, отсутствия радости жизни, ограничения способности к достижениям и возможности удовлетворительно строить отношения с другими. Если эти нарушения проявляются сильнее, то возникает диффузное чувство страдания; при этом человек может продолжать терпимое, хотя и не удовлетворительное для него функциони-

– 129 –

рование в привычных жизненных ситуациях. Определенную степень выраженности таких нарушений следует рассматривать как болезнетворную (см. Hoffmann, 1979, 1986; Hoffmann und Hochappel, 1991).

*Симптоматические невроты* для больного связаны с чувством страдания. Проработка конфликтов устроена так, что структура личности кажется отграниченной, больной переживает нарушение как чужеродное тело, как что-то, что не принадлежит ему: больные не видят связи между симптомом и структурами собственной личности; последние созвучны их Я. Их желание излечения содержит только желание освобождения от тягостного симптома.

## 6.2. Регрессия, фиксация и патологическое образование конфликтов

Конфликты, ведущие к возникновению невротозов, развиваются в трехсторонней системе отношений; содержательно эти конфликты характеризуются желанием удовлетворения влечений или нарциссических потребностей с помощью противоречащих друг другу желаний зависимости и автономии. Формы интеракции, которые связаны с возникшими здесь невротическими попытками решения, являются регрессивными по своей сути. Образцы объектных отношений, которые имеют значение для исходного конфликта, являются трехсторонними; в своем течении они определяются *тремя* объектами. Имеющиеся здесь конфликты отношений связаны с вытеснением в аффективной системе, так, например, стесненность в выражении одного или нескольких аффектов, гиперинтенсификация или гипертрофия аффекта. Чтобы увидеть эти конфликты при диагностике, также необходима трехсторонняя ориентировка. При этом речь идет об

- «• установлении особенного места этой личности в треугольнике (на каком месте она находится?);
- установлении инстинктивных и нарциссических потребностей, удовлетворения которых ждут друг от друга партнеры в треугольнике (что и от кого этот человек хочет?);
- установлении модели взаимодействия в треугольнике (как кто обращается с другими?);
- ответ на эти вопросы необходим для определения о готовности личностей к переносу и действию» (Heigl-Evers und Weiderhammer, 1988, с. 127).

Первично такие конфликты возникают тогда, когда инстинктивные потребности, нарциссические потребности, желания отношений в поле напряжения зависимости и автономии у ребенка на эдиповой стадии ведут к опыту, который имеет характер бедствия или катастрофы, так как они связаны с непереносимым неудовольствием (страх или депрессивный аффект). При этом речь идет не только о кастрации или эдиповой вине, но и о повторении таких катастроф

– 130 –

преэдиповой фазы, как потеря объекта и потеря любви. Если это проявляется в дальнейшей жизни под влиянием отказов, которые делают возможным установление равновесия с помощью образования компромиссов, прежде всего, эффективной при этом защиты, то должны быть созданы и другие образования компромиссов, которые - поскольку они характеризуются усилившейся регрессией и формированием симптомов - обозначаются как патологические (Brenner, 1986). Чтобы предотвратить манифестации непереносимого неудовольствия, возникают образования компромиссов симптоматического характера, которые держат мобилизованный старый конфликт в отдалении от сознательного переживания.

Регрессивные процессы приводят к образованию невротических черт характера или симптомов. По предложению Бреннера, они обозначаются как патологическое формирование компромиссов, независимо от того, идет ли речь о соматических симптомах или о симптомах в форме черт характера или способов поведения. Бреннер пишет о возникновении невротических симптомов следующее:

«Каждый невротический симптом и каждая невротическая черта характера представляет собой образование компромиссов. Компромиссы являются следствием психических конфликтов, причина которых находится в детстве и к компонентам которых относятся дериваты инстинктов, страх и депрессивные аффекты; эти конфликты связаны с катастрофами детства, с защитой и проявлениями Суперэго. Оба характеризуются избытком торможения, неудовольствия, недостатком удовлетворения, самодеструкцией и/или социальной дисгармонией» (Brenner, 1986, с. 179).

Исходя из современной точки зрения следует добавить, что не только страх и депрессивный аффект, но и стыд, вина и агрессивные аффекты исполняют функции сигналов, запускающих защиты.

При возникновении этих образований Эго играет решающую роль в качестве посредника. С помощью его защитной деятельности в отношении дериватов инстинктов, проявление которых на основании трагедий детства связано с непереносимым неудовольствием (страх/депрессивный аффект), создается конфликтное напряжение; одновременно оно посредничает в конфликте, который возник между дериватами влечений и Суперэго. Эго с помощью образования компромиссов пытается быть справедливым по отношению к участвующим контрагентам: к дериватам влечений, делая для них возможным удовлетворение, совместимое с требованиями Суперэго и необходимостью уменьшения неудовольствия наряду с защитой, по отношению к Суперэго, пытаясь соответствовать его требованиям, и, наконец, по отношению к собственным интересам, одним из которых всегда является учет внешней реальности. Если образование компромиссов ведет к достаточному учету участвующих контрагентов, клинически оно не проявляется; если такой учет не удается, тогда из-за сильного ограниче-

ния удовлетворение дериватов влечений слишком мало; в этом случае не происходит достаточного снижения неудовольствия, развивается слишком сильное ограничение функций Эго, все это приводит к самоповреждению и саморазрушению или к социальной дисгармонии. Патологическое образование компромиссов возникает тогда, когда определяется невротический симптом. Из этого следует, что в симптоме можно

распознать участвующие компоненты, которые находятся в напряжении по отношению друг к другу: прежде всего обремененный неудовольствием дериват влечений и направленная против него защита, а также проявления Суперэго (см, Arlow, 1963; Battegay, 1988; Brenner, 1986; Fenichel, 1974; Hoffmann, 1979; Hoffmann und Hochapfel, 1991; Kuiper, 1973; Loch, 1989; Mentzos, 1982; Mertens, 1981, 1990, 1991; Nunberg, 1959; Schwidder, 1972; Thomae und Kaechelle, 1985, 1988; Waedler, 1960).

Связанное с образованием симптомов регрессивное развитие в направлении заданных фиксаций будет в общих чертах рассмотрено ниже.

### **6.3. О психодинамике депрессивных неврозов**

При *депрессивных* неврозах имеется первичная и затем повторяющаяся трагедия или бедствие, что заключается в уже состоявшейся потере защищающего и согревающего, ограничивающего и регулирующего, кормящего и исполняющего желания, принимающего и утверждающего человека, в лишении опоры при ограниченной самостоятельности. Таким образом, речь идет о потере удовлетворения инстинктивных потребностей, нарциссических потребностей, желаний отношений в поле напряжения между зависимостью и автономией.

История развития и жизни таких пациентов показывает, что названные возможности удовлетворения остаются связанными с репрезентациями соответствующих объектов, однако в связи со внешней потерей происходит ограничение или упразднение названного удовлетворения, другими словами, специфический отказ; в этом случае каждый раз, как происходит что-то плохое, мобилизуется бессознательный запускающий защиту депрессивный аффект (Brenner, 1986). Потери, ведущие к переживанию такого отказа, могут быть индивидуальными (потеря значимой референтной личности из-за смерти, болезни или ухода), но также речь может идти о потере социальной защищенности (институциональные кризисы, безработица, лабилизация финансовой надежности). Потеря может возникнуть также из-за социального успеха (например, подъем по социальной лестнице, который связан с отказом от имевшихся до этого возможностей опоры).

С потерей положительного защищающего объекта, который также ограничивал в качестве спасителя агрессивность субъекта (первого объекта), высвобождаются агрессивные импульсы, которые могут выражаться в обвинениях и/или самообвинениях, причем третий объект часто рассматривается как «орган

– 132 –

обвинения» или как «свидетель обвинения». Иногда в третьем объекте ищется также замещение потерянному (например, при терапевтическом переносе). Если этого не происходит, то начинаются яростные обвинения, которые должны вызвать у адресата чувство вины. Эта агрессивность может направляться не только на третий объект в треугольнике, но запускающая страх опасность состоит именно в этой агрессивности. Она всегда направляется на потерянный объект или на его интроекцию, созданную в Эго; поскольку его бессознательно опасались как подавляющего, кастрирующего соперника, и теперь, после того, как он заявил о себя как таковом, он становится адресатом соответствующих агрессивно-деструктивных возбуждений. При этом наряду с депрессивным аффектом из-за трагедии, которая уже произошла, и страхом перед опасностями мобилизуется тяжелое чувство вины.

Под влиянием потери объекта проявляется *регрессия объектных отношений* на ранние псевдо-диадические ступени пассивной зависимости, как правило, от

первичного материнского объекта. В связи с этим следуют также регрессии развития на ранние или более поздние оральные стадии с соответствующим выражением модусов удовлетворения в переживаниях и поведении пациента. Если в ходе такой переработки потерянный объект снова оказывается в Эго с помощью идентификации, как это было описано Фрейдом для меланхолии (см. также ПСС XIII, 1921, с. 119), тогда характерным защитным действием будет направление агрессии на этот созданный в Эго объект, а это значит, против себя самого.

Также при развитии Суперэго побеждает регрессия к выражению строгих, часто садистских норм, в противоположность которым Эго занимается формированием мазохистского подчинения и жертвенности.

Регрессия, запущенная описанной потерей, и обратная внутренняя ориентация на формальный и по времени прошедший модус отношений приводят к внутреннему восстановлению отношений, определенных пассивной зависимостью от материнского заботящегося объекта. Во внешней реальности это означает, что на определенных людей - членов семьи, врача, терапевта - направлены все ожидания и притязания, проистекающие из такой пассивной зависимости. В результате в отношениях, определенных переносом, осуществляется интеракциональное давление на соответствующий объект, осуществляются попытки сделать возможной пассивную зависимость; это проявление давления может манифестироваться в слабости, апатии, потере инициативы, суицидальных попытках, обвинениях, в отказе от еды и в бессоннице. Давление, осуществляемое для сохранения пассивной зависимости от объекта, может демонстрироваться и в сильных тенденциях к закреплению, в попытке не отпускать объект (переноса), как бы включить его в себя, заполучить его и внушить ему в этой связи, что он - «злой объект» (злодей, дьявол и др.), если он уклоняется от такого присоединения.

– 133 –

*Регрессия инстинктивных желаний* и относящийся к этому тип удовлетворения ориентированы на ранние оральные стадии фиксации. Обеспечение, подпитка любого рода должны постоянно поступать извне, должны быть гарантированы соответствующей личностной или материальной средой; к материальной среде относятся еда, питье, наркотики, медикаменты, деньги и другое материальное имущество, а также музыка и другие раздражители органов чувств. При этом нередко можно наблюдать анальную тенденцию накопления таких гарантирующих надежность материальных субстанций.

Орально-садистская агрессивность, мобилизованная отказом и описанная выше, регрессивно сменяется соответствующей *обратной ориентацией Эго*: потерянный объект, против которого направляется агрессия, снова направляется в Я; но это означает, что и первоначально связанная с объектом агрессивность отныне направляется против самости; в этом случае говорят о защитных механизмах «поворота против собственной личности». Этот поворот служит для переработки вины, которая является результатом деструктивной агрессии против фрустрирующего объекта; при этом неприязнь к объекту, ведущему себя подобным образом, превращается в ненависть к себе. Демонстративное поведение часто выказывает явные тенденции к мазохистской покорности, в которой все же можно распознать садистско-деструктивные импульсы (см. Benedetti, 1984; Jacobson, 1964; Kuiper, 1973; Mentzos, 1982).

#### **6.4. Клинический пример**

Подобное депрессивное нарушение можно показать на следующем клиническом примере: 47-летний мужчина рассказывает, что он в течение четырех лет страдает от многочисленных телесных недугов, а именно: чувства онемения с левой стороны туловища вплоть до левой руки, затрудненного дыхания, давления в области сердца, головных болей, болей в суставах, бессилия, общего изнеможения. Жалобы на очень неприятные симптомы, проявляющиеся то тут, то там. Он спит все хуже, у него плохой аппетит, он страдает от нарушений пищеварения, обильного потоотделения и головокружения. Он чувствует себя изнеможенным, падающим с ног, лишенным мужества и жизненных сил; энергии нет. Ничто более не приносит ему радости, он должен каждый раз собираться с силами, чтобы сделать что-то, все действует ему на нервы. Больше всего он хотел бы остаться в кровати: день кажется ему горой, которая непреодолима, и это вгоняет его в уныние. Он ищет помощи и совета; вдруг ему помогут «создать структуру» или дадут какое-то средство от изнеможения, которое бы придало ему сил. Он думает, что у него тяжелое заболевание или что он умрет от инфаркта.

– 134 –

Мужчина маленького роста, во время разговора кажется вялым, выглядит старше своих лет. По манере выразиться и действовать он производит впечатление беспомощного и потерявшего ориентацию человека, странная мимика отчетливо передает его состояние.

В более поздних разговорах он жалуется, обвиняя; за каждый ответ цепляется, как за соломинку. Он вызывает у исследователя одновременно сочувствие, злость и презрение (возьми себя в руки, «тряпка»). Желание «создания структуры» кажется осмысленным, оно объединяет, фантазии его «лежащего в постели, вскормленного, обеспеченного, защищенного, но и активного, делающего что-то для себя, требующего». К концу бесед он ведет себя так, как будто его привязали к стулу, как будто он не может или не хочет идти; в его взгляде можно увидеть легкий упрек, как если бы он хотел сказать: «Почему ты уже отсылаешь меня?»

Когда речь зашла о пусковых ситуациях, он рассказывает, что у него почти одновременно возникли две тяжелые жизненные ситуации. Тесть, которого он очень ценил, почитал и уважал, неожиданно, будучи в полном здравии, умер от инфаркта. Он воспринял это так, как будто у него ушел пол из-под ног; он внезапно почувствовал себя одиноким и вся ответственность навалилась на него. И эта потеря произошла именно в то время, когда у него на работе сложилась сложная ситуация. Ему, наконец, предложили то место, которое он уже давно страстно хотел заполучить, которое означало для него взлет, признание и в то же время большую ответственность и необходимость взять на себя руководящие функции. После долгих раздумий он отклонил это предложение, поскольку не чувствовал себя достаточно сильным для того, чтобы выполнять руководящие функции такого рода; перед этим решением он неделями не спал и чувствовал себя измотанным физически. Как позитивное событие он упоминает рождение здоровой дочери; с одной стороны, он этому очень рад, с другой - ощущает страх перед новой ответственностью и новыми заботами. Он отметил также при этом, что о ребенке заботится главным образом супруга.

Об истории своей жизни пациент рассказывает, что его родительская семья была слишком опекающей, благопристойной, порядочной, без забот, без конфликтов, очень гармоничной. Позже он упомянул частые отсутствия отца; но мальчиком он получал много внимания от матери и многочисленных теток (добавил он, как бы извиняясь),

которые очень о нем заботились. Это была большая семья, где все пеклись друг о друге, полная защиты, самопожертвования и гармонии. Позже он добавляет: «Возможно, слишком много заботы?..» В школе он был отличником, прилежным и очень хорошим учеником, полным сострадания к слабым, которым он всегда помогал. У него были очень хорошие отношения с учителями, особенно с учительницами. Он всегда хотел выглядеть положительным, охотно вызывался для выполнения небольших заданий и одолжений. Он избегал споров и крити-

– 135 –

ческих ситуаций; вместо того, чтобы спорить, ему было легче помочь или сгладить конфликт. Так, он договаривался с более крупными и сильными учениками, отчасти боясь их физического превосходства. Также он отметил, что долгое время стеснялся девочек.

Первые нежные сексуальные отношения у него сложились только в середине третьего десятка. Связь с первой подругой была достаточно длительной, после разрыва он очень долго пребывал чрезмерно расстроенным, уединялся, ничего не ел. После тридцати он познакомился со своей нынешней супругой и женился. В ней он ценит главным образом надежность и готовность помочь, она такая же спокойная и сдержанная, как и он сам. Затем он образовал вместе с семьей супруги вариант большой семьи, они жили вместе общим домом, он заботился об общей организации хозяйства, особенно о финансовых вопросах. Это давало ему ощущение надежности, он чувствовал себя свободно. Без жены и дочери, которых он нежно любит, он не может представить свою жизнь. Два этих человека являются для него смыслом и содержанием его жизни. Он с трудом может представить, как он хотя бы день или неделю проведет один или в отъезде. Обычно в таких ситуациях у него появляются страхи и опасения, не случилось ли чего-нибудь с обеими, например, несчастный случай или внезапная болезнь, и он быстро возвращается домой.

## **6.5. О психодинамике фобических неврозов**

При фобических неврозах конфликтное переживание объединяется с детской трагедией потери любви; для этих больных важно сохранять любовь определенного объекта, чтобы чувствовать себя определенно и надежно защищенным с помощью бессознательной мотивации от собственного угрожающего произвола. При потере любви этого объекта нарушаются ориентация и регуляция; следствием является опасность непереносимого неудовольствия в виде страха; этому предшествует что-то неприятное (плохое).

Такая зависимость ведет к чрезвычайно сильной связи с первично любимым и любящим объектом; в эдиповом поле напряжений это означает, что по отношению к другому родителю, сопернику, скорее будет сохраняться дистанция и критическая реакция. Таким образом, сильные агрессивные порывы против этого объекта держатся под постоянным контролем. Это справедливо также для сексуальных желаний, которые проявляются относительно третьего объекта и могут представлять угрозу для связи с регулирующим объектом любви; таким образом сталкиваются опасности, угрожающие собственным сексуальным (активное совращение) и агрессивным (холодный отказ) порывам, и возникший из-за этого страх. Страх, который проявляется в связи с риском потери любви, ведет к усиленной зависимости от «управляющего объекта».

– 136 –



*Зависимость от регуляции объектам* все более усиливается, независимо от того, является ли он одушевленным (мать, отец, партнер, дети) или неодушевленным (дом, машина, велосипед). Чрезмерной связи с объектом, любовь которого нельзя потерять, противодействует амбивалентно ироничное превосходство, шутливое принятие дистанции, различные формы выражения мягкого презрения. Таким образом, привязанности к этому объекту противостоит определенная мера автономии и развитие агрессивности.

*Инстинктивная регрессия* часто ведет от опасного эдипова уровня отношений к фаллической ступени. Здесь на месте опасного для отношений соращения и соперничества с эдиповым объектом появляется фаллическое очарование, чтобы таким образом - сравнительно безопасно - превосходить объект, от которого человек чувствует себя зависимым, а также и соперников, претендующих на данный объект; это осуществляется с помощью таких атрибутов, как яркий внешний вид с экстравагантными украшениями, рафинированно инсценированные поступки, роскошные автомобили и пр. Дальнейшее регрессивное избегание эдипова соперничества, которое может быть связано с опасностью потери любви - это отступающая переориентировка на анально-садистский уровень удовлетворения влечений. Здесь в качестве исходного эдипова соперничества выступает конкуренция в сфере успеха, способностей и продуктивности; эти усилия производят впечатление на объект любви и имеют своей целью превзойти соперника. Таким способом в противовес сильной привязанности к объекту развивается определенная мера агрессивности и автономии. Регрессия на анально-садистский уровень характеризуется также тем, что объект, к которому возникает фобическое отношение зависимости, подвергается скрытой манипуляции, его мелочно опекают, при случае также высмеивают, и в переносном смысле мучают при постоянном подчеркивании, сверх-акцентировании либидозного внимания к нему.

Готовности Эго бессознательно противодействовать фобии у этих больных противостоит потеря автономии и ограничение агрессивности.

К часто наблюдаемым феноменам *защиты* относятся альтруистические уступки в отношении объекта зависимости; они закрепляют возникающие идентификации с регулирующим объектом и служат защите сильных импульсов зависти, опасных для отношений. Механизм замещения, постоянно действующий при этих неврозах, не дает заметить притязания инстинктов, которые проявляются в фобической симптоматике (в случае агорафобии, например, это притязания инстинктов самопредставления, демонстрации себя, конфронтации, провокации, обольщения). Фобическая симптоматика такова, что притязания влечений и аффекты не сильно искажаются с помощью замещения или обращения в противоположное; связь между симптомом и защищенным содержанием остается относительно очевидной. Если проявляется конфронтация, столкновение с эрзац-объектом, то вследствие мобилизации защищенных притязаний

влечений соответствующих аффектов снова возникает страх. Фобический страх следует рассматривать как предупреждающий сигнал о внутренних опасностях, то есть об осознании внутренних конфликтов между Ид и Суперэго. Эго уклоняется от опасности влечений как бы бегством; вместо внутренней опасности возникает внешняя. Таким образом - с помощью избегания и поиска подходящих эрзац-объектов - биопсихическая система защищается от десенсибилизации. Свобода от страха достигается избеганием;

она приобретает за счет неудовольствия, которое связано с ограничением свободы передвижения и радиуса действия.

У пациентов с фобическими невротами решающую роль играет конфликт между содержащимися в Ид инстинктивными импульсами большой силы и Суперэго, которое отличается большой строгостью. Страх проявляющихся инстинктивных импульсов, которые недостаточно контролируемы или не контролируемы вовсе, ведет к подчинению строгим нормам Суперэго. Наряду с этим при помощи адаптации должен быть удовлетворен «мир объектов», прежде всего в том смысле, что связанный с фобическими симптомами стыд становится терпимым в случае сохранения варианта фаллического «прекрасного образа» (см. также Koenig, 1981; Mentzos, 1984; Richter und Beckmann, 1973; Studt, 1984).

## 6.6. Клинический пример

Если в клинической картине доминируют фобические элементы, то это может выглядеть следующим образом. 43-летний пациент сообщает о страхах и нарушениях в контактах: он может передвигаться только в пределах своей квартиры; в магазинах, на мостах, в транспорте и на большой высоте он впадает в состояние страха, подобное панике, отчего он избегает таких ситуаций. Когда он находится один в своей квартире, очень часто, прежде всего в вечерние часы, проявляются сердечные приступы, сопровождающиеся затрудненностью дыхания и страхом смерти. «Я боюсь, что сердце остановится. Мне не хватает воздуха. Иногда у меня возникает чувство, что я сошел с ума и потерял рассудок». Часто внутренние навязчивости толкают его сделать что-нибудь плохое, убить кого-нибудь ножом или нанести ему повреждения. На большой высоте у него иногда возникает желание спрыгнуть вниз.

О пусковой ситуации пациент сообщает, что когда ему было 18 лет, со своей первой подругой он испытал Ejaculatio praecox. Вскоре после этого впервые появились страх мостов и сердцебиения. Позже эти страхи перешли в панические состояния, как только он начинал подниматься вверх по лестницам или пользовался общественным транспортом. Тогда он не мог себе этого объяснить. Однако он заметил, что подобные состояния страха развиваются тогда, когда он проходит по мосту или по улице рядом с крутым берегом. С этого момента у него начало развиваться поведение избегания.

– 138 –

Когда он из-за своей профессии вынужден был на долгое время уезжать от семьи, то есть от матери, такие симптомы и переживания проявлялись снова. Так, на железнодорожном мосту ему показалось, что это достаточно глубокая пропасть. Он ощутил непреодолимое стремление прыгнуть через перила в глубину. Он вернулся назад и не перешел мост. Несколько дней спустя, в поезде, снова возникло такое же состояние страха. Затем развилось все усиливающееся поведение избегания, которое было связано с сердечными спазмами и давлением в груди. Впоследствии произошла генерализация этих состояний.

Когда он познакомился с женщиной, с которой имел удовлетворительные сексуальные контакты в течение нескольких лет, число жалоб поначалу уменьшилось. Затем интенсификация отношений привела к соперничеству и постоянным стычкам между спутницей жизни и его матерью. Как у матери, так и у сына стали проявляться многочисленные жалобы на сердце. Подруга привозила его с утра к матери, а вечером забирала. Когда подруга в конце концов порвала с ним, он совершил несколько попыток самоубийства. Этот разрыв был для него чем-то вроде «конца жизни».

Начались тяжелые реакции с жалобами на сердце, снова появились старые страхи и опасения, прежде всего навязчивые представления и импульсы. Он сильно сдал в этот период, по вечерам стал пить; после этого он чувствовал себя жалким и строил наполеоновские планы.

О своей истории жизни он сообщает, что у него всегда было такое чувство, что он был нежеланным; отец хотел дочку. Со временем ощущение того, что он «третий лишний», становилось все сильнее.

Отец, с точки зрения пациента, был подчинен матери, которую не любил. Он был тупым, молчаливым, тяжелым на подъем и иногда - в пьяном состоянии - агрессивным. Мать вступила в брак в очень молодом возрасте из-за беременности, открыто она никогда не прощала отцу эту беременность. Она явно ненавидела отца и с самого начала посвятила себя слабому сыну; они образовали своеобразную коалицию против отца. В отношении сына она регулярно вела себя как жертва и до сегодняшнего дня поддерживает с ним тесную связь, он до сих пор зависит от нее. Она с большим рвением занималась своим собственным телом; кроме того, она часто представлялась больной и таким драматическим способом привлекала к себе внимание. Он, с одной стороны, был и есть для матери беспомощный, слабый, маленький мальчик, с другой стороны, был и остается заменой супругу. С разлуками оба справлялись с трудом. Мать и сын вплоть до сегодняшнего дня каждый день подолгу разговаривают, хотя бы по телефону. Они оба использовали друг друга для того, чтобы сделать переносимым свое одиночество.

Школьное и профессиональное развитие пациента характеризуется прилежностью и приспособительным поведением; он всегда был очень честным. Благодаря этому он стал лучше, чем отец. На протяжении многих лет он работает служащим в солидной фирме, в отделении, ведающем зарплатами; там его ценят за надежность и аккуратность.

– 139 –

## **6.7. Психодинамика невротических навязчивых состояний**

При невротических навязчивых состояний исходным является уровень эдипова треугольника, определенный одним объектом (чаще отцом), который, с одной стороны, демонстрирует жесткую силу, а с другой стороны, никому не подчиняется, является самовольным и жестоким, и другим объектом (как правило, матерью), который ведет себя покладисто, готов к страданиям, и к тому же действует в противоположном направлении, которого отвергают и не ценят. Ребенок идентифицирует себя амбивалентным образом с обоими родителями. Так, с одной стороны, он хочет быть требовательным объектом, производящим впечатление властного и способного к проявлению грубой силы (таким, как отец), и в такой же степени идентифицирует себя с матерью; однако, он ощущает, что должен опасаться генитальных повреждений и переживает этот страх в связи с возможным угрожающим возмездием со стороны матери-соперницы. *Амбивалентная идентификация* с покладистым и страдающим, мазохистским родителем означает, что центральным является мазохистское удовольствие от боли, в то время как бессознательно он стремится к морально-садистскому уничтожению жестокого другого. Угрожающее генитальное повреждение, в форме кастрации у мальчиков или генитального ранения и повреждения у девочек, мобилизует соответствующий непереносимый страх; в напряжении соперничества возникает *страх вины* (страх наказания).

Непереносимые аффекты неудовольствия, запущенные опасностью генитального повреждения, ведут к регрессивному уклонению от опасной эдиповой триады на

анально-садистский уровень. При этом объектные отношения регрессивно изменяются таким образом, что теперь жестокая борьба идет не за сексуальное обладание объектом, а в гораздо большей степени за право быть сильнейшим, обладать большей силой воли, способностью навязать себя самого, свои интересы, свои ценности другим. Эта борьба осуществляется амбивалентно: с одной стороны - теперь в анальном аспекте - существует опасность насилия (внутреннего) объекта, а также осуществляется борьба с помощью противоположного вложения энергии; с другой стороны, имеет место идентификация с осуществляющим насилие объектом, с его анальным произволом. В этом конфликтном, критическом противопоставлении мобилизуются страхи, связанные как с садистским овладением другим, так и мазохистским позволением другому овладеть собой. Возникающее здесь неудовольствие-страх может быть во многих случаях преодолено только посредством усиления защиты (из-за чего усиливается и проявление симптоматики).

В актуальных симптомах, будь то представления, фантазии или действия, эта амбивалентность проявляется в рамках патологического образования ком-

– 140 –

промиссов. Так, например, через страсть к чистоте, с одной стороны, реализуется стремление к чрезмерной чистоте, с другой стороны, именно через это действие осуществляется разрушение.

Потребности в автономии, с одной стороны, и в зависимости от объекта, с другой, находятся в длительном противостоянии. Нарциссические потребности ведут через регрессивное оживление детских фантазий всеильности к фантазиям величия, которые могут распространяться в форме снов наяву; такие сны наяву защищают от конфронтации с реальностью, которая ставит под вопрос фантазии величия и может разрушить их. На трехстороннем эдиповом уровне отношений эти фантазии величия реактивируются, поскольку позволяют вести борьбу с актуальными эдиповыми соперниками. Это справедливо также и для борьбы с имеющимся соперником на анальном уровне влечений и отношений, мобилизованным посредством регрессии.

Регрессия инстинктов содержательно включает как садистский, так и мазохистский анальный поиск удовольствий. Удовольствие возникает здесь при столкновении с противостоящим; оно обретается в подчеркнуто агрессивном столкновении, а также в агрессивном сдерживании объекта, через покорение и удержание. Через направление энергии в противоположную сторону осуществляется борьба с анальным удовольствием (переживаемым как грязное, приземленное, порочное, но сильно возбуждающее).

Намеченные процессы регрессии - как в образовании объектных отношений, так и в обхождении с инстинктами - так сказываются на Эго, что здесь рано или поздно возникают противоположные вложения энергии в отношении формирования реакций (например, в смысле описанной Фрейдом триады невротических состояний: «порядок, жадность, упрямство»). Для предотвращения жестоких и грубых импульсивных действий осуществляется отделение представлений и аффектов от Эго, а также разрыв цепочек представлений, которые могут вылиться в такой импульс. В этой связи говорят о механизме изоляции. В полях напряжения власти и бессилия, преодоления и подчинения, в Эго формируются и сохраняются фантазии собственного могущества. Возникающее в связи с этим представление о могуществе мыслей характеризуется также и страхом: мысли, слова переживаются как поступки, а следствием может быть торможение процессов мышления.

Суперэго находится в сильном конфликтном напряжении по отношению к Эго, в постоянной борьбе с ним. Под угрозой наказания оно пытается навязать Эго свои жесткие ограничительные нормы; Эго, покоряясь, пытается при этом избежать такого нормативного давления. Оно подчиняется приговору виновности «механистичного и псевдоморального» Суперэго, которое относительно, поскольку Эго вместе с таким подчинением приобретает право на повторение запрещенных деяний (см. Benedetti, 1978, 1984; Fenichel, 1974; Hoffmann, 1980; Quint, 1971).

– 141 –

## 6.8. Клинический пример

Навязчивые элементы могут влиять на состояние здоровья и поведение пациента, например, таким образом. 35-летняя пациентка сама себя называет дьяволом уборки. Ее страсть к уборке в последние 13 лет значительно усилилась, так что теперь она должна самым тщательным образом убирать свою квартиру каждый день. Она никогда не может закончить работу, она всегда усталая, даже затравленная, и ей не удается быть пунктуальной при встречах с людьми. Из-за своей страсти к уборке она испортила антикварную мебель, которую унаследовал ее муж. На протяжении некоторого времени она так чистила мебель и деревянные предметы, что их поверхность была совершенно разрушена и более не поддавалась восстановлению и полировке. Этой страсти к уборке она совершенно ничего не могла противопоставить, когда она пыталась не сразу исполнять эти навязчивые импульсы, она начинала испытывать страх.

Особенно тяжелой симптоматика всегда становилась после споров с супругом. В последнее время атмосфера в доме стала непереносимой. Супруг ругается с ней постоянно, угрожает разводом, опрокидывает ее ведро для уборки и трясет ее от ярости.

Пациентка рассказывает также, что она слегка потеет и страдает от состояний страха и внутреннего беспокойства: она целый день размышляет о том, как должен выглядеть план на следующий день, ничему больше не может радоваться. К этому добавились головные боли и онемения в затылочной области, которые не лечатся медикаментозно. В течение приблизительно пяти лет она страдает от болей в области желудка и воспаления мочевого пузыря.

Страсть к уборке проявилась тогда, когда она познакомилась со своим мужем. После его тогдашних посещений, при которых также были и сексуальные контакты, она начинала убираться в квартире. Навязчивые действия интенсифицировались после свадьбы. В это время она также делала уборку в квартире своей матери. После того, как супруг открыл свое собственное предприятие, пациентка почувствовала себя обделенной вниманием, и страсть к уборке усилилась; с тех пор положение только ухудшалось. За уборкой она проводит каждую свободную минуту.

О своей родительской семье пациентка сообщает, что отец был алкоголиком, поэтому мать была вынуждена работать, заботиться о содержании семьи. Сама она, вследствие этого, была безнадзорным ребенком; ей очень не хватало матери, но она испытывала и сострадание к ней. Мать изображается как пассивная, спокойная, сдержанная женщина, которая никогда ничего не могла добиться. Она осталась до сих пор очень альтруистичной и воспринимается дочерью как мученица.

Пациентка чувствовала, что мать часто предъявляла к ней чрезмерные требования, так как возлагала на ребенка свои заботы и трудности. Она считала мать временами чересчур требовательной к себе; кроме того, позже та ис-

пользовала дочь в финансовом отношении. Когда отец приходил домой пьяным, она часто должна была убежать из дома, чтобы защитить себя. Из-за этого она не могла быть настолько свободной, как это было возможно для ее сверстников. Отец напивался почти каждый день, скандалил. Он ругался на мать непристойными словами и угрожал ей побоями, так как считал, что она ему изменяет. У пациентки пьяный отец вызывал отвращение, она воспринимала его как нечто неприятное, трезвым он ей очень нравился.

В юношеский период пациентка, которая к этому моменту занималась садоводством, влюбилась в состоятельного старшего рабочего и случилось так, что она лишилась девственности; это событие для нее в значительной мере было связано с переживанием удивления и боли. Она отдалась более старшему мужчине, для которого активные действия были привычны, своей силой, однако, он давал ей ощущение защищенности и безопасности. С одной стороны, она могла себя чувствовать выделенной из круга работниц, с другой стороны, должна была, как более молодая и неопытная, заниматься неквалифицированной работой.

### **6.9. О психодинамике истерических неврозов**

Изначальные детские трагедии, которые заново или повторно мобилизуются в случае *истерических невротических характеров или при симптоматических неврозах*, являются результатом инцестуальных желаний обладания и связанной с ними враждебностью в отношении соперника. Ситуация характеризуется тем, что эдиповы объекты нельзя оставить в покое, так как это было бы также отказом от сексуального удовлетворения. Так появляется вина, которая является особенно тяжелой потому, что означает нарушение табу на инцест, нарушение запрета на эндогамию. Здесь проявляется регрессия не только на нижележащие уровни развития, но и на фаллическую стадию; в значительной мере происходит отказ от сексуальности, чтобы не нужно было отказываться от исходного объекта сексуального вожеления. Наряду с инцестуальной виной играет роль страх кастрации и - у девочек - страх генитального увечья и лишения пениса.

Инсценированная здесь трехсторонняя игра отношений определяется совершенно особым способом через идентификацию. Речь идет о том виде идентификации, который Фрейд описал в связи с переработкой эдипова комплекса; он приводит к частичным идентификациям с родительскими объектами, к идентификациям с ограничениями: с одной стороны, нужно вести себя так, как отец и мать, с другой стороны, определенные вещи, которые делают отец и мать (связанные с выражением сексуальности), в этих отношениях *нельзя* делать. Но это именно те инцестуальные желания, от которых ребенок часто не может отказаться, которые он пытается скорее не допустить до осознания с помощью вытеснения, чтобы избежать переживаний, связанных с непереносимыми аффектами.

Следующие затем идентификации относятся к поведению эдипова объекта в целом, особенно к его ролям, и ведут в дальнейшем к определенному виду подражания (в выборе профессии, выборе партнера и даже в выборе симптоматики). Это означает сильную *фиксацию* на объектах и на изначально сложившейся структуре отношений с

ними - страстного вожделения одного и враждебного отказа от другого - с изменяющимся распределением ролей.

Названные травмы могут ремобилизовываться, например, при выборе партнера: когда этот выбор ориентирован на модель исходного объекта и связан с относящимися к этому фантазиями отношений, происходит разочарование. *Ремобилизация* может произойти и тогда, когда на основании неправильно понятого сексуализированного поведения такого больного его партнер доходит до сексуальных действий, поскольку чувствует себя вправе сделать это. Пусковым также может быть переживание успеха в плане исходной инцестуализированной борьбы с соперниками, то есть удавшееся завоевание соответствующего актуального объекта через исключение соперника или соперницы, которое имеет следствием интенсивное переживание вины, как это было представлено Ибсенем и прокомментировано Фрейдом (ПСС X, 1915, с. 381) с последующей потерей защиты от инцестуальных желаний.

Фиксация на трехсторонней эдиповой структуре отношений, пребывание в привязанности к обоим эдиповым объектам, позволяет сделать успешный шаг в построении жизни вне сексуальной сферы (например, завершение школьного или профессионального образования); это дает возможность перенести исходную катастрофу.

Преследуемые здесь варианты развития влечений реализуются в регрессии на фаллическую или фаллическо-нарциссическую ступень. Генитальное возбуждение преодолевает опасную инцестуальную отметку за счет того, что оно служит в первую очередь нарциссическо-фаллическому разворачиванию внешнего блеска, эксгибиционистскому предложению собственной привлекательности, эротизации отношений под влиянием отключения сексуального поведения. Однако при такой ориентации заново проявляются зависть к пенису и страх кастрации (зависть к пенису понимается как совершённая кастрация, как нечто плохое, что уже произошло в прошлом). Зависть к пенису может быть переработана различным образом, например, через фантазии мести в форме кастрации или обладания пенисом. Страх кастрации может быть проработан так, что, с одной стороны, развиваются фантазии фаллической потенции, связанные с сильным вожделением, направленным на мать, но, с другой стороны, действительное сексуальное удовлетворение снижается, вследствие чего может возникнуть, к примеру, донжуанство.

Регрессивное переустройство Эго определяется тем, что осуществляется пребывание в детстве вплоть до телесной сферы, это служит избеганию и защите от опасного взрослого соперничества при одновременном про-

должении существования инфантильных инцестуальных фантазий. Это может привести к андрогинной установке при одновременном сохранении и детских и юношеских черт, как их, например, демонстрируют «вечная невеста» и «вечный юноша», которых при отказе от сексуального удовлетворения гетерогенно и гомоэротично привлекают в равной степени отец и мать. Наряду с этой характерологической защитой играют роль защитные мероприятия, такие как вытеснение, защита агрессивных импульсов через сексуализацию, неприятие всерьез, недооценивание, преуменьшение серьезности реальности.

Регрессия Эго характеризуется дефицитностью проверки реальности, а также антиципации последствий собственных поступков; малой любознательностью; этим достигается пребывание в детском, лишенном вины, незнании. Эго пытается отрицать существование симптомов; это соответствует вытеснению детской сексуальности,

которая лежит в основе формирования симптомов. Недооценивается значение симптомов, они рассматриваются как не относящиеся к личности; Шарко говорил о «la belle indifference» истерических пациенток. С другой стороны, Эго стремится использовать симптомы для своих собственных целей, то есть для вторичной выгоды болезни. Механизм, который необходимо упомянуть в связи с формированием истерических симптомов, это *конверсия*. Под ней Фрейд изначально понимал превращение кванта аффекта, содержащего конфликт несовместимого представления, в процессы иннервации различных областей тела, преимущественно произвольной мускулатуры и органов чувств. Сейчас этот подход в значительной степени пересмотрен, но акцент на телесных процессах сохранен. Так, может, например, произойти ошибочная мускульная регуляция, ведущая как к движениям с целью сексуального предложения себя, так и к тем, что направлены против себя самого.

Суперэго таких больных больше ориентировано на нормы отношений, нежели на законодательные нормы, на ситуативно обоснованные квази-импровизированные правила, нежели на нерушимые приказы (заповеди). Регрессивно здесь могут быть мобилизованы предшественники Суперэго, проявляющиеся как не знающее снисхождения карающее преследование; это происходит при возникновении нарциссических нарушений, которые нельзя вынести (см. Fenichel, 1974; Kuiper, 1973; Loch, 1989; Mentzos, 1980).

## 6.10. Клинический пример

Истерические элементы могут проявляться в картине болезни следующим образом: 23-летний пациент сообщает, что он несколько раз буквально валился с ног. Он не может этого объяснить; у него нет проблем и в остальном он чувствует себя здоровым. В семье, однако, были некоторые проблемы, но он не

– 145 –

видит никакой связи с этими «приступами». Мужчина, выглядящий очень молодо, рассказывает тихим и мягким голосом. У него стройная фигура, бледная, почти прозрачно-белая кожа; он ведет себя несколько по-девичьи, но в целом очень приятно. В его очень модной одежде есть что-то бунтарское. Он говорит очень изысканно и производит впечатление одаренного и интересующегося искусством человека. В помещении возникает странная атмосфера: с одной стороны, элементы юношеского или даже девичьего излучения (впечатление от телесной бледности и хрупкости), с другой стороны, элементы бунтарства и художественно-эстетической направленности.

Затем он сообщает о своих профессиональных планах, связанных с искусством; его стандарты очень высоки и указывают на потребность в престиже, влиянии и блеске. Возникают ассоциации и образы международных соревнований в области театра и сценических шоу, что создает примечательный контраст с описанным телесным внешним видом, впечатлением пассивности и стесненности, сообщениями о полном упадке сил. Тщательные клинические обследования не выявили ни причин этих приступов, ни нарушений сосудистого, сердечного или мозгового характера.

Вопрос о ситуациях, в которых проявлялись описанные приступоподобные состояния, не прояснил положения; в ходе дальнейшей беседы становилось все понятнее, что речь, в основном, идет о таких ситуациях, как важный экзамен или конкурс при приеме на работу. При этом у него нет боязни экзаменов, в социальных ситуациях он чувствует себя даже увереннее, чем другие, и не видит никакой внутренней связи. Он не придает особого значения этим состояниям; мать же очень



беспокоится по этому поводу, поэтому он и пришел сюда, да и подруга уговаривала его обратиться за помощью. Затем он направляет разговор на профессиональную ситуацию: он очень успешен и любим, особенно женщинами в ателье (он обучается портновскому искусству, чтобы затем получить работу в области моды).

Некоторые существенные сведения об истории жизни: он всегда был любимцем в семье, в особенности, его любили родители матери и сама мать. Позже, уже в школе, он лучше находил контакт с учительницами. О кровном отце у него не осталось воспоминаний; он только знает, что мать вскоре после его рождения развелась с мужем. В семье, когда заходила речь об отце, его характеризовали так: одаренный, но легкомысленный, нерадивый, безответственный, в общем, неудачник. Вместо рассказа об отце он рассказывает о превосходном дедушке: успешный предприниматель, который был строгим, но очень любил его. Уже в то время, когда он учился в школе, мать повторно вышла замуж за очень успешного, но жесткого, настойчивого мужчину, у которого всегда было мало времени. Пациент был отдален от отчима, боялся его, но, возможно, отчасти восхищался. Во время деловых поездок отчима он становился доверенным лицом матери; она рассказывала ему обо всех заботах и проблемах. Она чув-

– 146 –

ствовала, что сын ее очень хорошо понимает. Затем он мечтал о матери, она была еще очень молода, выглядела хорошо; возможно, немного экстравагантно, добавляет он со смесью критики и восхищения. Она также понимала его профессиональные желания и поддерживала его; отчим же был против; по его мнению, это женская профессия.

О сексуальном развитии он дает лишь скудные сведения: все было в порядке; после пубертата у него было очень много подруг; в течение трех последних лет он постоянно встречается с одной девушкой. Они великолепно понимают друг друга; прежде всего они оба любят нежность и ласку. Подруга, однако, может быть достаточно доминантной, он в ней ценит как это, так и ее способность добиваться своего в социальных ситуациях. Мать и подруга очень хорошо сошлись друг с другом.

## 6.11. Выводы

В общем, можно сказать следующее: модель конфликта в классическом психоанализе, основанном на патогенности эдипова комплекса, была существенно расширена благодаря пониманию трехсторонности объектных отношений. Это развивающиеся в трехстороннем поле отношения, в которых как инстинктивные потребности, так и нарциссические потребности и потребности в зависимости и связи, с одной стороны, и в автономии, с другой, требуют удовлетворения и могут быть сделаны доступными рефлексии в ходе психоанализа. Невротический конфликт, таким образом, закономерно связан с констелляцией трехсторонних отношений. Проработка конфликта - конфликт понимается как совокупность *внутренних* бессознательных напряжений - происходит через образование внутренних компромиссов. К компонентам такого образования компромиссов относятся дериваты влечений (дериваты как направленных на объект, так и направленных на самость влечений), а также дериваты бессознательных желаний отношений в связи с зависимостью и автономией, аффекты неудовольствия (аффект страха, депрессивный аффект, аффекты вины и стыда и агрессивный аффект), защита и проявления Суперэго. Такое формирование компромиссов следует рассматривать не только как компромисс между инстанциями структурной модели, включая реальность, но и как компромисс в

напряжениях трехстороннего поля отношений (поля репрезентаций самости и объектов), в котором они возникли.

Невротические симптомы, такие как невротические черты характера, следует понимать как патологическое формирование компромиссов. Патологические образования компромиссов характеризуются следующим: составляющие удовлетворения дериватов влечений, а также бессознательных желаний отношений, слишком незначительны из-за чрезмерно ограничивающей регуляции; исключение непереносимых аффектов неудовольствия удается в недостаточ-

– 147 –

ной мере; нанесение себе вреда и саморазрушение, равно как и социальная дисгармония проявляются как торможение функций Эго. Названные компоненты находят выражение в симптоме; они взаимодействуют между собой при реинсценировке невротических конфликтов и их можно выявить при диагностике и терапии. Такие реинсценировки невротических конфликтов и соответствующее патологическое формирование компромиссов в поле отношений пациент - терапевт позволяют, через восприятие себя и других, возникнуть информационной базе, которая делает возможным развитие диагностических заключений и терапевтического влияния. Эти бессознательные реинсценировки осуществляются через содействие регрессивным процессам в психоаналитической беседе и через связанное с этим развитие переноса и контрпереноса. Перенос и контрперенос не проявляются в случае невротического конфликта непосредственно; сначала они демонстрируются в ходе регрессивных процессов. В психоаналитической терапии через содействие регрессии поощряется проявление переноса и осуществляется противостояние возникновению невротического переноса; это делает возможным такое повторение конфликтов, лежащих в основе невротических симптомов, что генетические предпосылки при их переработке получают доступ в память, а конфликты через проработку противостояний обновляются и ведут к более здоровому образованию компромиссов. Эта терапия основывается, среди прочего, на допущении, что через осознание компонентов, которые содержатся в патологическом формировании компромисса, то есть в симптоме или черте характера, по мере надобности актуально переживаются лежащие в основе конфликтные напряжения и, тем самым, становится возможной регуляция Эго.

К результатам работы Эго относятся прежде всего способность прорабатывать и обосновывать конфликты, которые мобилизуются через элементы переживания, запускаемые непереносимым неудовольствием во *внутреннем мире* индивидуума, субъекта; речь идет о способности Эго посредничать между действующими контрагентами (Ид, Эго, Суперэго, реальность) таким образом, чтобы полярные диалектические напряжения во внутреннем мире могли проявиться и стать переносимыми интрапсихически.

Критерием для различения психопатологий, обусловленных эдиповым комплексом, и тех, что связаны с развитием или травмой, является способность индивидуума прорабатывать внутренние несовместимости без включения реальных объектов. Невротические конфликты имеют свою *внутреннюю* область проявления. Проявления конфликтов, как например, формирование симптомов, которые выражаются во внешней социальной реальности, непонятны по своему значению, а их происхождение без более тщательного анализа определить крайне сложно.

– 148 –

## 7. ПСИХОПАТОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАЗВИТИЕМ, И ТРАВМАТОГЕННЫЕ ПАТОЛОГИИ

### 7.1. Внутренние и интеракционные иллюстрации структурных нарушений

В то время как психопатологии, обусловленные конфликтами, обнаруживают область своего выражения во внутренней сфере, в бессознательном мире фантазий личности, внутренние несовместимости в случае клинически и теоретически отличающихся от них патологий развития (А. Freud, 1978, с. 2730) прорабатываются - при включении реальных объектов - в интерперсональной, *интеракционной* сфере.

Дифференциация психической структуры и ее элементов Ид, Эго и Суперэго, с одной стороны, и системы отношений субъекта к интериоризованным объектам, с другой стороны, осуществляется в связи с ситуацией взаимной зависимости. Это положение справедливо как для удавшегося, так и для неудавшегося психического развития индивидуума; это справедливо для генеза нарушений, равно как и для теоретического обоснования их терапии.

Регулирующее и формирующее влияние на развитие индивидуума оказывает окружающая среда, представленная значимыми другими в сохраняющих и отказывающих аспектах их отношений. Относительно пациентов с обусловленными развитием структурными нарушениями Эго, также обозначаемыми как президиповы или ранние нарушения (как базальные или диадические нарушения отношений) можно в этом плане сказать следующее: интеракции субъект-объект (структура диалога), направляемые детскими потребностями и аффектами, равно как и реакциями материнского объекта, и возникающие из этого переживания низвержения или опыт, который следует понимать как ядро телесного, психического и социального Я, не могут в достаточной мере обеспечить формирования структуры. Это в особенности касается следующих способностей или *функций Эго*: (1) восприятие, надежно различающее внешние и внутренние раздражители, (2) дифференциация модуса взаимодействий в направлении билатеральности и взаимообусловленности, (3) право распоряжаться сигнализирующими аффектами, (4) гибкое регулирование близости-дистанции, (5) толерантность к фрустрации. Формирование этих функций является предпосылкой того, что достаточно надежный «хороший» объект, закрепленный объектным постоянством, может быть интериоризован; это стимулирует и регулирует дифференциацию с помощью эмоционально-аутентичного способа, подтвержденного возможностями выросшего ребенка.

– 149 –

Репрезентации объектов могли быть также недостаточно отграничены друг от друга и от репрезентаций самости; вследствие этого не может возникнуть постоянство самости (идентичность) и постоянство объектов. Для развития *объектных отношений* у таких больных характерно недостаточное формирование дифференциации инструментальных форм взаимодействия: инструментальная, то есть служащая самосохранению, активность недостаточно интегрирована в самость, в ее репрезентации; эта инструментальная активность остается в большей степени присоединенной к репрезентациям частных\* объектов и их реальным субститутам, которые одновременно примитивно идеализируются, и в результате появляется внешняя и внутренняя зависимость.

Диффузное телесное напряжение (напряжение инстинктивных потребностей, напряжения, исходящие от нарциссических потребностей, а также аффективные напряжения, связанные с близостью/дистанцией от объекта) не может быть дифференцировано настолько, чтобы стать переживаемым через связь с символами, в особенности вербальными символами, отрегулированными с помощью операций защиты и преодоления; это означает, что нарушаются как внутренние, так и внешние взаимодействия в их определенности, что переживание не может отражаться достаточно постоянно, в виде сохраняющего протяженность опыта. Доминируют механизмы защиты, которые в отношении «первичных проективных процессов» возникают из переходного состояния между первоначальным двойственным союзом с матерью и фазой детского отделения и индивидуализации. Эти *архаичные, примитивные формы защиты* предполагают взаимодействие с окружающим миром (через частные объектные отношения) с целью защититься и предотвратить переживание экзистенциального страха; это расщепление, примитивная идентификация, примитивное идеализирование и обесценивание, а также примитивное отрицание и проективная идентификация. Эти архаичные защитные механизмы осуществляются относительно частичного объекта, то есть они являются вариантом обращения с объектами, которые относятся к стадии меньшей мотивационной, аффективной и когнитивной отграниченности; они сопровождаются более непосредственной и почти полной разрядкой аффекта. Основным примером таких форм защиты является расщепление. Так, несовместимые, содержащие страх составляющие переживаний не могут быть отнесены к самости, которая, тем самым, подверглась бы угрозе (через обесценивание и фрагментацию); вследствие этого они также не могут служить для создания внутреннего конфликтного напряжения и не могут прорабатываться способом, предполагающим компромисс; они в большей степени переживаются как относящиеся к внешнему миру, к «миру объектов» и результатом этого являются интеракциональные образцы при обхождении с внешними объектами.

---

\* В российской психоаналитической литературе как синоним используются термины «частичный» и «парт-объект». - *Прим. науч. ред.*

Несовместимости и непереносимости, возникающие в области этих нарушений, не следует сравнивать с теми конфликтами, которые образуются в трехсторонней системе отношений; в то время, как трехсторонне возникающие конфликты с целостными или личностными объектами и, соответственно, дифференцированная самость (идентичность) при существовании относительно сильного Эго ведут к интернализированным диалектическим (интерсистемным) напряжениям, к конфронтации или поляризации на *внутренней* сцене, несовместимости и непримиримости (интрасистемные локализации), возникающие в (псевдо-) диадических ранних отношениях при травмирующих условиях, развиваются по другому образцу.

Их проработка осуществляется *интеракционально*: отдельные элементы перемещаются во внешний мир, на внешние объекты. При сосуществовании несовместимых форм отношений (отношения к «только хорошему» и к «только плохому» объекту), отдельные элементы подчиняются внешним объектам. Так, «только злой/плохой» частичный объект идентифицируется с социальной референтной личностью и борется, чтобы сохранить и защитить действующий в собственных

интересах «только хороший» объект; вина, возникающая под угрозой наказания архаическими, то есть мучительно-садистскими или обесценивающе-деструктивными предшественниками Суперэго, экстернализируется или проецируется, и соответствующий объект одновременно становится адресатом садистских или деструктивных обвинений-атак. Или же внешний объект идеализируется, приводится в соответствие с внутренним «только хорошим» и становится получателем, адресатом неограниченных, неконтролируемых иллюзорных ожиданий. Как следствие в большей или меньшей степени искаженного восприятия социальных референтных личностей регулярно возникают напряжения в сфере интерперсонального взаимодействия; они часто ведут к тяжелым нарушениям отношений, которые создают и формируют клиническую картину.

Так, у пациентов с пограничными структурами обнаруживаются объектные отношения, интериоризованные и актуализированные во взаимодействии с терапевтом, которые следует оценивать клинически как частные объектные отношения. Частичный или парциальный объект понимается в этой связи или как «только хороший» или как «только злой/плохой», как объект, получающий только либидозную, или только агрессивную энергию.

Хорошие и плохие/злые составляющие репрезентаций объектов и самости содержатся отдельно друг от друга; только хороший частный объект или частная самость таким образом защищается от агрессии. Существование отдельно друг от друга, с точки зрения Мелани Кляйн (Melanie Klein, 1972), сначала является нормой для психического развития ребенка. Однако оно может перерасти в длительный процесс защиты; это происходит тогда, когда к Эго ребенка на достигнутом им уровне развития предъявляются чрезмерные требования вследствие определенных событий или из-за повторяющегося опыта определенного харак-

– 151 –

тера в диалоге матери и ребенка, в результате чего ребенок переживает травму. Такой опыт позволяет чрезмерно проявиться «только злым» частным объектам и ведет к тому, что мобилизованные из-за этого недифференцированные (агрессивные или отвращения) аффекты угрожают уничтожить следы воспоминаний о «только хороших» объектах. Если дальнейшее развитие не удастся, отказа от защиты, вызванной этим напряжением, и восстановления отношений к объектам, в которых интегрированы плохие и хорошие составляющие и источниками которых является как либидозная так и агрессивная энергия, не происходит, а создать интегрированную самость не удастся, то такая Эго-фиксация (фиксация на ступени расщепления) будет иметь отягчающие последствия.

Переживания и поведение организуют частичные единства объектных отношений (Masterson, 1980), которые состоят из расщепленных или «только хороших» или «только злых/плохих» образов объектов, из соответствующих образов самости и относящихся к этому аффектов. Дальнейшего развития функций Эго в более дифференцированные формы не происходит, в особенности страдают функции проверки реальности и понимания причин, а также способность к личностным (обменным) отношениям. Соответственно повреждается также психосексуальное развитие; с фиксацией на раннем уровне развития функций Эго, центрированном на механизмах расщепления, связана *фиксация на оральном инстинктивном удовлетворении*.

Кернберг (Kernberg, 1978) показал, как устойчивый механизм расщепления тяжело нарушает дальнейшее развитие Эго; это справедливо среди прочего и для

способности к нейтрализации инстинктивной энергии, которая необходима для формирования более дифференцированных и более высоко организованных функций Эго. Способность к нейтрализации инстинктивной энергии, которая помогает дальнейшему развитию функций Эго и развитие постоянных объектных отношений взаимно влияют друг на друга; это обстоятельно описал уже Хартманн (Hartmann, 1972, с. 157).

Почему дифференциация Эго, с одной стороны, и развитие способности к личностным объектным отношениям, с другой, зависят друг от друга, становится более понятно, если точнее представить себе объектные репрезентации пациентов с пограничными структурами. Здесь речь идет о внутренних образах порабощающих, одолевающих, самовольных, неконтролируемых, иными словами, опасных фигур; человек не может на них положиться, поэтому ему удобнее их избегать. Хорошие, удовлетворяющие частные аспекты объектов должны быть защищены от этих неисчислимых опасных образов. Такие образы следует понимать как интериоризацию, как низвержение опыта, который получило еще слабое детское Эго в столкновении с непримиримым внешним миром; все это стало составной частью психической реальности пациента. Если такие репрезентации в ситуации лечения проецируются на терапевта, то они оказываются настолько искаженными и иррациональными, что не соответствуют реальным личностям и актуальной внешней действительности.

– 152 –

К таким нарушениям относится также *недостаточная дифференциация аффектов*, особенно их сигнальной функции. Так, например, действующие совместно с Суперэго аффекты рефлексии (чувство вины и стыда), у этих пациентов обнаружить невозможно, поскольку у них недостаточна структура Суперэго; иногда проявляются переживания смущения, неловкости при неопределенном чувстве вины и стыда, но они не являют собой сигналов, которые могли бы служить ориентации и регуляции поведения. Точно так же нарушена и сигнальная функция аффектов регуляции отношений, переработки информации и мстительности. Так, страх проявляется неопределенно, диффузно или приступообразно. Или же имеет место диффузная депрессивность, которая не дает носителю никакого указания на причины своего возникновения; или в связи с инстинктивными импульсами возникают состояния неопределенного возбуждения, которые могут приводить таких больных как к конкретному объекту, так и к гетеросексуальному либо гомосексуальному промискуитету. Так, например, пациенты с импульсивными невротами или асоциальными способами поведения сообщают о неясных неопределенных состояниях возбуждения, которые подталкивают их к определенным нерелексированным действиям. То же самое характерно и для многих больных при прегенитальных сексуальных невротиках.

Возникновение симптомов, проявляющихся в клинике в связи с базальными нарушениями, не следует рассматривать в рамках модели конфликта и формирования компромиссов. Проявляющиеся здесь и прорабатываемые несовместимости не могут быть приведены в отношении с конфликтными напряжениями; их компоненты в значительно большей степени содержатся отдельно друг от друга для того, чтобы избежать непереносимого неудовольствия. Мобилизирующееся при этом неудовольствие - это не связанный с патологическим формированием компромиссов во внутренних конфликтах невротический страх, а скорее, то неудовольствие, которое возникает, когда недостаточно или совсем не функционирует *базальное регулирование* (защита от раздражителей, экзистенциальная защищенность, гарантия ненарушаемого

организменного благополучия, установление самости и идентичности, регуляция самооценки, удовлетворение влечений). Это неудовольствие имеет качество *страха уничтожения*, который следует понимать как дальнейшую трагедию раннего детства.

Исполнение этой регуляции, первично относящейся к репрезентациям частных объектов, делегируется при таких нарушениях на их субституты в социальной реальности; в связи с этим возникает так называемое выпадение регуляции, являющееся причиной неудовольствия. Задача Эго - обеспечить исполнение этой регуляции. Это гарантируется тем, что имеющиеся фантазии пресекаются репрезентациями частных объектов, которые переняли эту задачи; это происходит посредством механизмов защиты (идеализация, отрицание и расщепление), а в дальнейшем с помощью того, что такой частный объект субституируется через внешний объект, при этом Эго обеспечивает с помощью соот-

– 153 –

ветствующей адаптации восприятия то, что (внутренний) частный объект и внешний субститут остаются конгруэнтными для пострадавшего (иллюзорно). Поскольку такой *субститут частного объекта* только ограниченно перенимает или не перенимает вовсе предписанные ему задачи регулирования, проявляются соответствующие выпадения. Эти выпадения и страх уничтожения, мобилизованный в связи с ними, пострадавший часто не связывает с реальным (отказывающим) поведением субститута частного объекта (в терапии, как правило, терапевта). В большей степени здесь действует Эго, которое недооценивает реальность так, что отказывающий или отказывающийся реальный субститут все же переживается как функционирующий, поскольку ему приписываются качества соответствующих репрезентаций частных объектов. Может проявляться переживание потери, лишения и угрозы в отношении уничтожения существования, хотя реальный субститут частного объекта так или иначе стремится к тому, чтобы взять на себя функцию такой регуляции. Это происходит тогда, когда выпадение регуляции однажды становится сильно заметным для пострадавшего, тогда субституирование хорошего частного объекта прекращается и его прежнему субституту приписываются теперь характеристики злого отказывающего частного объекта.

В настоящий момент необходимо остановиться на том, какие синтетико-интегративные *результаты деятельности Эго* должны быть осуществлены в связи с необходимой здесь защитой от неудовольствия. Это видно, например, по только что описанным мероприятиям, которые производятся Эго, чтобы сохранить стабильными репрезентации частных объектов с доверенной им базальной регуляцией и относящиеся к этому отношения. Это означает, что внешний объект переживается как идентичный с внутренним частным объектом, и что такая конгруэнтность внешнего и внутреннего сохраняется посредством недооценки восприятия, то есть через ограничение функций Эго; Эго ослабляет само себя ради того, чтобы гарантировать биопсихологическое равновесие личности. Эго моделирует себя, так сказать, для того, чтобы в большей степени соответствовать задачам приспособления. В тяжелых случаях может возникнуть впечатление, что Эго даже жертвует собой, что оно ради дальнейшего существования личности допускает фрагментацию и дезорганизацию.

Кажется сомнительным, что такое Эго можно обозначить как слабое; во всяком случае, о слабости следовало бы говорить, если положить в основу так называемые критерии «фиктивно нормального Эго» (см. Streeck, 1983). Однако, если исходить из того, что у больных с базальными нарушениями должны сохраняться доминирующие частные объектные отношения, в особенности, отношения к тем частным объектам, с

которыми связана экзистенциально важная регуляция, тогда естественно понимать Эго как организатора, посредника, инстанцию приспособления, которая находится на службе сохранения или восстановления важной для жизни структуры.

– 154 –

Эго в случае базальных нарушений старается не восстановить компромисс - так как внутренние конфликтные напряжения не заданы - а в большей степени заботится о компенсации выпадений регуляции, которые возникли в связи со ставшими лабильными, неустойчивыми и неясными частными объектными отношениями.

При этом Эго по мере надобности использует и структуры Суперэго, которые в случае базальных нарушений представляют собой предшественников Суперэго или преавтономную схему Суперэго.

Мероприятие по восстановлению Эго может состоять, например, в том, что привлекаются предшественники Суперэго, чтобы через экстернализацию вины (субститут покидающего или потерянного частного объекта является плохим) сделать пережитую травму более переносимой. Для этого также может использоваться инициация образования групп из людей со сходной судьбой.

Эго может в дальнейшем привлекать другой объект внешнего мира, чтобы заменить потерянный частный объект, например, материальную субстанцию в форме пищи (в случае булимии) или в форме наркотического средства. Тем самым вводится безличный субститут частного объекта, материальный субстрат. Зависимость от такого материала выступает как клинический симптом.

Усилия Эго по компенсации, по уравниванию поврежденных репрезентаций (поврежденных на основании выпадения базальной регуляции) могут выглядеть так, будто осуществляется регрессия отношений на очень ранние уровни, которые характеризуются досимволическими репрезентациями, репрезентациями в образе частей тела, органов, систем органов. При этом речь идет об обращении к онтогенетически очень ранним формам взаимодействия, на которых доминировали досимволические телесные переживания. Тем самым, органы сохраняют качество частных объектных репрезентаций; они являются тем, что впоследствии становится компенсирующим субстратом. Это происходит среди прочего на базе следов воспоминаний (соматическая память) самых ранних (пренатальных) форм взаимодействия. Эта попытка Эго исключить непереносимое неудовольствие имеет - как и использование наркотических веществ - симптоматичный характер психосоматические заболевания). Органы, трансформирующиеся в репрезентации, становятся подверженными нарушениям и заболеваниям.

## **7.2. Гипотезы о возникновении синдромов структурных нарушений**

Опираясь на клинические знания, мы хотим указать на три патогенетических предположения, три образца возникновения нарушений.

1. В первой из называемых здесь гипотез речь идет о *патологии развития в узком смысле* (А. Freud, 1978). В ранних и самых ранних отношениях матери и ребенка не сложились или недостаточно проявились взаимное согласование

– 155 –

и гармония; не сформировались процессы, которые позволили бы в достаточной степени развиваться врожденному потенциалу автономии ребенка; не реализовалась



необходимая для этого мера стимуляции (гипер- или гипо-стимуляция). Не образовались коммуникативные структуры, которые способствовали бы развитию у ребенка как базального доверия к объектам (первичное доверие в понимании Эриксона, так и развитию веры в собственный потенциал, доверия к самости в поле напряжений между стремлением к автономии и потребностью в опоре и зависимости, при колебаниях между отделением и повторным сближением. По сути, при таком генезе речь идет о нарушениях в интеракциональной составляющей ранних объектных отношений. Краузе говорит в этой связи о «нарушениях коммуникативной структуры в ранней диаде родители - ребенок» (Krause, 1990, с. 643).

2. При долгосрочной терапии пациентов с пограничными нарушениями всегда обнаруживаются указания на *травматический опыт на ранних этапах развития* (Dulz und Schneider, 1995, с. 7; Gast, 1997, с. 249; Hirsch, 1997; Rohde-Dachser, 1994, с. 84; Sachse, 1995); при этом речь может идти о том, что ребенка внезапно покинули, или о грубых враждебных или сексуальных действиях одного или обоих родителей или других людей или, например, об экзогенном, обусловленном несчастным случаем, силовом влиянии, или об организменных потрясениях в связи с тяжелыми заболеваниями, или также об исчезновении матери из-за ее смерти. Этот опыт был получен на той фазе развития, когда ребенок еще не способен перерабатывать массивное влияние внешней реальности, когда он переживает этот опыт в большей степени как *переизбыток раздражителей*. Частые у таких больных и кажущиеся искаженными объектные репрезентации на этом фоне следует понимать как переработку реального травматического опыта. Они создаются посредством отказа от проверки реальности во время травматического события и, тем самым, формируется ослабленное Эго, а запускающийся из-за этого паникоподобный переизбыток страха (паника = страх из-за травмы переизбытка раздражителей = страх без сигнальной функции) ведет к регрессии, и к частой у таких больных фиксации Эго на ступени расщепления (Fenichel, 1937; Heigl-Evers und Heneneberg, 1985, 1986; Khan, 1963).

Воздействие доминантных (частных) объектных отношений на структуру Эго пациентов с ранними нарушениями можно, конечно, понимать и по-другому: доминантные (частные) объектные отношения пациента с такими нарушениями могут выступать как единственно возможный вариант репрезентаций внутреннего мира и отношений субъекта к «миру объектов». Чтобы гарантировать эту регуляцию, Эго, связанное как с внешней, так и с внутренней реальностью, осуществляет адаптационные процессы, при исполнении которых оно свои собственные функции или редуцирует, или компенсаторно усиливает; и, как правило, при таком развитии ущемляется проверка реаль-

– 156 –

ности. Исходя из этой точки зрения, доминантное частное объектное отношение влияет на Эго, которое, в свою очередь, оказывает стабилизирующее действие на это отношение.

Кроме того, нужно обратить внимание на упоминавшийся выше тезис, в соответствии с которым в ходе травмирующей ситуации из-за переизбытка раздражителей исключается проверка реальности, которая, по мнению Ференчи, в значительной степени идентична с Эго (Ferenczi, 1932). Травма протекает без представлений; пострадавший субъект не может понять ее, не может отследить ее возникновение и найти каузальное обоснование. Каузальное обоснование восстанавливается затем с помощью бессознательной фантазийной деятельности Эго, которая осуществляется под влиянием содержания Ид. Таким образом, это не

представленные в травматической ситуации реальные объекты, которые ведут к искажениям реальности, а фантазии (репрезентации), возникшие на ранних и самых ранних фазах, привлекаются для дополнительного объяснения травмирующего события (см. также Eagle, 1988; Higitt und Fonagy, 1992; Zerf, Weiderhammer und Baur-Morlock, 1986).

3. Для понимания следующих гипотез возникновения нарушений нужно оговориться, что преимущественно либидозные отношения к родительским объектам являются необходимыми для ребенка, чтобы успешно преодолеть внутренние волнения эдиповой фазы развития. Если ребенок воспринимает родителя одного с ним пола как угрожающего, то потому, что его возмездие опасно для инстинктивных желаний. Если бы девочка отобрала отца у матери, и если бы мальчик отобрал мать у отца, то ребенку пришлось бы столкнуться с возмездием. Обращение в фантазиях и играх к эдиповым желаниям и ужасающим последствиями, которые произойдут, если ребенок не откажется от их реализации (они выразительно и образно представлены и символизированы как конфликт безвинности-виновности в мифе об Эдипе), и, наконец, отказ сам по себе может быть достигнут ребенком только тогда, когда образы родителей не связаны с ранним (преэдиповым) травматическим опытом или с тем, что родители в эдиповой фазе производили по отношению к ребенку инцестуальные или агрессивные злоупотребления так, что это оказало на него травмирующее влияние.

Эдипова конфигурация становится для этих пациентов тяжело преодолимым барьером развития: инцест, с одной стороны, и убийство родителя-соперника, с другой стороны, оказываются слишком похожими на реальность. Это угрожающая близость действий становится возможной по ряду причин. Или, как уже говорилось выше, из-за инцестуальных действий, чаще всего со стороны отца или заменяющей его фигуры, упраздняются границы инцеста и, соответственно, мобилизуется агрессия против соперника или соперницы, или ребенок перестает исключать агрессивные злоупотребления из пережива-

– 157 –

ния деструктивных действий в рамках новых отношений. Или один из родителей более или менее скрыто в течение долгого времени унижает и обесценивает личность другого в глазах ребенка и в то же время сообщает ему, что он, собственно, был лучшим партнером. Таким же способом может существовать эдипов *двойной импульс*: инцест/патрицид значительно усиливается и приближается для ребенка к действию.

Запускаемые этим страхи и чувство вины побуждают ребенка к регрессивному возвращению на те ранние фазы образцов объектных отношений, которые гарантируют определенную защиту от эдипова импульса, за счет того, что они в значительной мере маргинализируют третьего. У этого есть последствие: развитие проверки реальности, как она осуществляется на эдиповой фазе при ненарушенном течении, ограничивается. Кроме того, выпадает акцентирование относительности представлений о всесильности и грандиозности собственной самости, а также объектов.

Вследствие регрессивного обращения от эдипова конфликта не происходит дифференцированного структурирования Суперэго, как оно обычно осуществляется на основании идентификаций с родительскими объектами и их Суперэго на эдиповой фазе. Из-за того, что интернализация ценностей и норм, которые при нормальном развитии все больше деперсонализируются, осуществляется недостаточно (Heigl und Heigl-Evers, 1984), *преобладают преэдиповы архаические предшественники Суперэго*, такие как возмездие, месть, преследование наказанием.

В дальнейшем страдает также формирование идентичности - на эдиповой фазе и позже, в пубертате. Идентичность остается не очерченной, диффузной, редуцирована ее стабилизирующая и организующая сила.

Делегирование важных функций регуляции, связанное с ранними образцами частных объектных отношений, на частные объекты или их реальные субституты ведет к *инструментализации субститут*ов, причем личность остается бледной; продолжают существовать соответствующие зависимости от внутренних и от внешних (частных) объектов. Одновременно ограничивается *функция проверки реальности*; поэтому речь идет о том, чтобы сохранить иллюзию того, что социальные субституты конгруэнтны внутренним частным объектам и выполняют регулирующую функцию.

Эдипов конфликт при таких нарушениях, аналогично происходящему в античном мифе, слишком близок к действительности; от него уходят с помощью регрессии в направлении модуса проработки внутренней несовместимости, который гарантирует оптимальную дистанцию в роковой эдиповой триаде. Именно таким образом связаны нарушения формирования Суперэго, поиск идентичности и проверка реальности; они препятствуют прогрессивной дифференциации внутренних структур так, как это возможно при здоровом и невротическом преодолении эдипова конфликта во *внутренней* сфере.

– 158 –

После представления теоретических точек зрения и относящихся к этому концепций и понятий, которые можно использовать для ориентировки в диагностике и терапии, мы хотим *наглядно продемонстрировать рассуждения* пациентов с заболеваниями или нарушениями, обусловленными патологиями развития, различной симптоматики и различных патогенетических оснований; это, конечно, не должно заменить описаний специфических психопатологий, но может побудить к интенсивному изучению этих вопросов в соответствующей литературе.

### **7.3. Клинический пример пограничного нарушения**

Мы выбрали этот пример, так как он делает ясным тот факт, что тяжелый структуральный синдром может развиваться при проработке *острой макротравмы в связи с эдиповой фазой*.

23-летняя пациентка, одетая во все черное, сообщает, что ее жалобы начались после того, как ей исполнилось 15 лет. Родители тогда оставляли ее по вечерам дома одну; она чувствовала себя, как мертвая, от ярости и в качестве наказания наносила себе повреждения, с помощью которых она хотела почувствовать, что она существует. Так она, например, наносила себе глубокие резаные раны на предплечье с помощью коврового ножа и обжигала себя зажигалкой и сигаретами, но потом скрывала эти ранения от родителей.

В последнее время она снова ощутила себя мертвой, так как не могла ничего почувствовать. Чувствовать - это самое важное, особенно в контакте с людьми. Без чувств она не способна жить. Она одна часами оставалась в квартире, неподвижно слушая музыку. При этом она думала, что это разновидность смерти; она хотела быть мертвой. В ней было что-то разрушительное, что-то, говорившее ей, что хорошо просто так сидеть и медленно иссыхать. Иногда против этих разрушительных мыслей ей помогал быстрый бег, ванна или поглощение огромного количества пищи. Только изредка она пила алкоголь или наносила себе повреждения. Вместо этого в последнее время она наказывала себя душевной болью, например, унижала себя тем, что покупала

и позже носила обувь, которая ей совсем не нравилось. Как самонаказание использовались также ограничения в пище и питье. Когда кто-нибудь до нее случайно дотрагивался, проходя мимо, она тщательно и долго принимала душ или ванну. Она все еще чувствовала себя полумертвой, неподвижной и грустной: она не могла разорвать этот порочный круг.

В своих черных одеждах, с падающими на лицо волосами, она сидит в дальнем углу комнаты; голова ее опущена так, что невозможен никакой контакт глазами. Она рассказывает тихим голосом, монотонно, часто останавливается. В комнате, как кажется терапевту, стало холодно; терапевт чувствует осязаемое физическое стеснение и беспомощность.

– 159 –

Она рассказывает о предшествующих попытках лечения с различными диагнозами и о своих собственных попытках повлиять на эти состояния; она сообщает о полном прекращении отношений с семьей и об отчаянных попытках восстановить контакт. Во время рассказа она оживляется, выражение лица становится более дружелюбным, при случае она осторожно выглядывает, любопытствующе и проверяя. Терапевт почувствовала себя более свободно, она ощущает больше сочувствия, легкую симпатию, как если бы «лед чуть-чуть подтаял».

Пациентка рассказывает о трех первых счастливых годах жизни. Родители ее любили, она была желанным ребенком. Затем по профессиональным причинам семья переехала за границу. Когда ей было четыре года, на свет появился младший брат, чему она первое время очень радовалась, пока мать о нем заботилась. Но когда маленькую девочку перестали подпускать к брату, она стала ревновать и долгие годы донимала брата; она часто била и обзывала его и однажды даже толкнула в пруд, чтобы он утонул. Однако после этого она впала в панику и вытащила из воды маленького брата, который еще не умел плавать. Рассказывая об этих событиях, она улыбается: это жуткая история, но она любит жуткие истории.

После возвращения семьи в Германию она пошла в школу. В школе она была тихой, никогда не рисковала заявлять о себе, поэтому показывала средние результаты; она, однозначно, могла быть намного лучше. В последние годы в школе - она тогда жила в интернате - она сделала усилие, стала получать удовольствие от учебы и стала очень хорошо учиться. Вскоре после окончания 10-го класса она, к сожалению, заболела, чувствовала себя одинокой и изолированной и не получала внимания со стороны родителей. Из-за этой болезни внезапно прекратилось ее обучение и она не получила хорошей профессии.

После первых диагностических бесед были выдвинуты следующие гипотезы. У пациентки, несомненно, наблюдается ранняя потеря объекта, которую она пережила на третьем году жизни: она перестала занимать центральное место в жизни матери. С тех пор она чувствовала себя явно изолированной и одинокой, отделенной от семьи. Путем соперничества с братом она хотела либо привлечь на свою сторону мать, либо завоевать любовь и внимание отца. Против брата она не могла ничего сделать. Ей казалось, что референтные личности считают ее бессильной и беспомощной, подчиненной влиянию внешних сил. Из-за переезда в дальнюю страну и возвращения домой через несколько лет проявились серьезные трудности, так, например, она не могла установить длительные отношения со сверстниками. Она жила одиноко и изолированно, тщетно пытаясь, сначала с помощью плохих достижений, затем, вероятно, также через симптомы, привлечь к себе внимание родителей, которые в последующие годы практически прекратили общение с ней; в конце концов, ее

отправили в интернат. В период пубертата ей было все труднее справляться с ее частично диффузной агрессией; вероятно, из-за недостаточно разграниченных репрезента-

– 160 –

ций самости и объектов она направляла свою агрессию преимущественно против себя самой, чтобы иметь возможность освободиться от накопленного в ней агрессивного потенциала. Это происходило прежде всего в форме нанесения повреждений себе самой. После того как она была направлена на стационарное лечение, родители снова от нее отвернулись; они переехали и взяли брата с собой; она снова оказалась в ситуации изоляции.

В ходе дальнейшей терапии всплыло воспоминание о первых годах жизни. Это картина маленькой 4-летней девочки, которая покидает квартиру и отправляется на край города, где в бедных хижинах живут местные жители. Там ее запирает в одной из хижин дружелюбная женщина и, очевидно, совершается сексуальное насилие. Она растерянно торопится домой и с большим страхом делится с матерью этим событием. Все становится известно полиции и женщина наказана тем, что она должна покинуть деревню. Самое худшее в этом опыте то, что с этого момента возникает трещина в отношениях с матерью; она уже не чувствует связи с матерью. Все усилия, которые она предпринимала, чтобы снова восстановить эти эмоциональные отношения, до сих пор в большей или меньшей степени терпят крушение. Снова и снова она возвращается в ходе терапии к этому происшествию своего детства; иногда она говорит: «Это тикает во мне как бомба, зловещая, которая до сих пор еще не взорвалась».

Что же произошло?

Маленькая девочка, желанный ребенок, сначала родителями радостно принятая и любимая, переживает в эдиповой фазе рождение брата, вследствие которого она, вероятно, чувствует себя развенчанной. Реакция на него жесткая, агрессивная, но все же и либидозно подчеркнутая (она толкает его в воду, но потом сразу же вытаскивает). В своих попытках снова привлечь к себе родителей она оказывается в негативной эдиповой инцестуальной ситуации, которая, так как она ее снова и снова хочет проигрывать, привела к углублению трещины в отношениях с родителями, проявившейся уже, вероятно, с рождением брата. Она чувствует себя непонятой, как будто ее отослали, оттолкнули, покинули. Путь в одиночество, в монадоподобное существование, в изоляцию - это ее выход, уход из возникшего бедственного положения. Это бедствие прежде всего состоит в конфронтации с собственной агрессивностью, которая в тот момент была относительно близка к реализации и проявилась в конкретном поступке (столкновение младшего брата в пруд). Быть может, интенсивность агрессивных реакций связана также и с пережитым сначала положением фаворита (была сильно желанным ребенком для обоих родителей). В последовавшем затем опыте гомосексуальной травмы, которая была нанесена женщиной, переживаемой ею как мать, она заново узнала, что такое быть отвергнутой, непонятой, из-за чего трещина в отношениях с матерью углубилась. Из прежде единственного любимого ребенка она стала своеобразным образом непонятым ребенком, который искал свое благополучие в одиночестве.

– 161 –

В эдиповой фазе явно терпят крушение эдиповы желания, сексуальность и женская идентичность, она попадает в пубертате в тяжелый кризис, затем снова

возникают непреодоленные ранее жизненные темы. Неспособность справиться с собственной непонятной агрессивностью и самодеструктивными тенденциями и с демонстративностью симптоматики не способствовала тому, чтобы родители стали доступнее. Она была снова отвергнута, отклонена, на первое место был бесцеремонно поставлен брат, когда родители уехали вместе с ним за границу. В эдиповой триаде терпят крушение попытки регрессивно восстановить раннюю диадическую близость с матерью, точно так же, безуспешно, ее путь идет сначала к монадоподобному существованию, которое она описывает, волнуясь. Это состояние «выхода» из отношений с важными объектами ведет затем к картине болезни, синдрому нарушений, который соответствует структурным нарушениям, возникающим в ранней диаде. Все же есть возвращения к другим нарушениям, которые уже обозначились в диагностической ситуации. Сложилось так, что терапевт чувствует себя расположенной к пациентке. Эта диагностическая беседа переходит в терапевтическое диадическое отношение. (Более о психопатологии пограничных нарушений см. Benedetti, 1987; Benjamin, 1993; Blanck und Blanck, 1981; Dulz und Schneider, 1995; Gast, 1997; Heigl-Evers, Heigl und Beck, 1985; Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1985; Higit und Fonagy, 1992; Janssen, 1990; Kernberg, 1978, 1985, 1988a; Kernberg et al., 1993; Masterson, 1980; Rauchfleisch, 1981, Rohde-Dahser, 1983, 1987, 1994; Rudolf, 1977; Volkan, 1978; Volkan und Ast, 1992).

#### **7.4. Клинический пример нарциссического нарушения личности**

Данный случай нарциссического нарушения личности должен показать, как эти больные бессознательно пытаются сделать более переносимой доминирующую у них несовместимость, с одной стороны, высоко идеализированной самости и, с другой стороны, обесцененной самости, как она интрапсихически существует в Эго.

35-летний мужчина позвонил по телефону с настоятельной просьбой о помощи. Он не может продолжать свою учебу, страдает от заторможенности мыслительных процессов, страхов и суицидальных мыслей и импульсов.

После разрыва с подругой, с которой они встречались на протяжении нескольких лет, он все больше впадал в депрессию, стал малодушным, у него появилось ощущение, что его покидают силы, он не может больше думать, ему сложно сконцентрироваться, он обеспокоен и чувствует себя полностью заторможенным. Жизнь кажется ему пустой, все усилия - бессмысленными. Он томится мучительными сомнениями в себе, и в связи с этим возникают суицидальные импульсы. Он тоску-

– 162 –

ет по безопасному окружению, по немедленному освобождению или успокоению. В телесной сфере он также чувствует себя надломленным, у него всегда есть жалобы. Он как будто отрезан от мира, он чувствует себя подавленным этими внутренними паническими чувствами, телесным напряжением и негативными импульсами. После того как он приблизительно четверть часа рассказывал о своих жалобах, он почувствовал некоторое изнеможение. Во время его рассказа складывается впечатление, что все это содержание, жалобы и стенания из него «вытекают», как будто за счет этого он все больше освобождается от этого давления; после такого освобождения и опустошения он предстает перед исследователем словно выхолощенная скорлупа, пустая, тонкостенная, бесцветная.

После первых вопросов о запустившей эти процессы ситуации и о развитии жизненной истории картина меняется. Пациент ведет себя все более собранно, даже

голос становится сильнее; развивается все более ясный и позитивный эмоциональный контакт между пациентом и исследователем. Возникает впечатление, что таким образом он снова включается в мир, что он приобретает из этого соединения энергию, которая делает для него возможным во второй части обследования очень конкретно и с хорошей рефлексией представить свою социальную и психическую ситуацию до заболевания. Он сообщает, что уже три раза был в подобном состоянии, и всегда речь шла о ситуациях разрыва. Собственно, всегда говорилось об отношениях, в которые он был сильно включен чувственно и в социальном плане. Ему всегда казалось, что он потерял часть самого себя и после этого осталась зияющая рана. Это были отношения с женщинами, а как-то в отпуске - дружеские отношения с похожим мужчиной. Эти отношения были очень интенсивными, он чувствовал себя в них спокойно; там было совпадение интересов, чувств и даже мировоззрений. Оба существовали друг для друга; он использует такие слова как «неразлучные», «гармоничные», «необычные», «восхитительные», «особенные». В этих отношениях он чувствовал себя наполненным, у него было много энергии, он все делал для партнера, брал на себя его работу и, несмотря на перегрузку, ощущал себя превосходно. Но затем всегда случался разрыв, у него словно земля уходила из-под ног. Погружение глубоко внутрь вплоть до телесных симптомов. Ни с помощью работы, ни с помощью отдыха он не может остановить этот срыв и это погружение.

Во время этого пространного рассказа у слушателя, несмотря на первоначальный интерес, возникает все более сильное чувство скуки, сопровождающееся мыслью: «Прекрати, наконец, достаточно», - в сочетании с легким раздражением. Затем изумление, что «поток жалоб» так просто можно остановить конкретными вопросами. Пациент неожиданно становится очень преданным, хочет получить конкретный совет, тут же заявляет, что согласен со всеми мероприятиями; у слушающего возникает легкое недоверие из-за этой «преданности», этого слишком быстрого доверия к человеку, которого он совершенно не знает.

- 163 -

О жизненной ситуации он сообщает, что родился вторым близнецом; брат умер через несколько дней после рождения. Он сам из-за своего плохого физического состояния несколько недель был на стационарном лечении.

Мать очень рано заметила его выраженную чувствительность и высокий интеллект. В отношении его трех старших братьев и сестер он был чем-то особенным, как из-за его нежности и хрупкости, так и вследствие его художественных талантов. Он вспоминает, что ребенком много мечтал; также были сны наяву, когда он играл для себя одного. Ночные сны были полны страхов. В дневных снах мир был полон красоты и первозданности; чаще всего он представлял дальние острова, где все было удивительно красиво. Реальную ситуацию в родительском доме он описывает как непереносимую, мать, с одной стороны, была очень холодна, с другой стороны, она оберегала его как самое дорогое и позже при помощи различных частных учителей и специальных курсов хотела сделать из него что-то особенное; его это совершенно не интересовало, скорее было ему в тягость.

Отец, напротив, был слабым и менее практичным человеком. Он чувствовал себя лучше всего, только когда сидел за своими книгами в своем кабинете, там дети не могли побеспокоить его.

Он, пациент, в значительной мере был одиночкой; в школе он слыл одаренным, себе на уме, но, однако, по его словам, демонстрировал свои художественные таланты, участвуя в некоторых представлениях.

В пубертате он интересовался спортом, как следствие, стал хорошо развиваться физически, легко общался со сверстниками. Но часто его тренировки были чрезмерными, из-за этого получал травмы.

После того как он очень хорошо сдал выпускные экзамены в школе, он начал изучать философию; через некоторое время он «оторвался» от жизни, много читал и размышлял. Скоро это его перестало интересовать и, в конце концов, он прекратил обучение. После этого он пробовал себя в различных социальных службах, также нигде не оставаясь надолго. Это происходило так: сначала он работал с воодушевлением, затем очень быстро терял интерес к людям и к задачам. После этого он заново начал обучение и ему недолго осталось до его завершения. Так или иначе, он беспокоился о том, как будет устраивать свою жизнь. Только в устойчивых близких отношениях он чувствовал себя спокойно и благополучно, в этом тесном сосуществовании он был полон жизни и энергии.

Эта маленькая зарисовка должна была показать, как пациент с нарциссическими нарушениями личности *организует и структурирует отношения*, существенные и значимые для него. В других он переживает идеальное или идеальным образом согласованное с ним существо, которое дает ему шанс переживать себя как квазизаконченное целое, как человека, которому гарантирована его идентичность. Актуальный идеализированный другой используется в

– 164 –

этой приписанной ему функции; другой используется - в фантазиях - как вариант внешнего проявления собственной самости, как часть собственной самости; тем самым у него как бы отбирается его собственное существование; это не исключает того, что человек с нарциссическими нарушениями, со своей стороны, готов сделать многое для того, чтобы сохранить идеальное единение. Иными словами, он пытается способствовать тому, чтобы другой оставался в этом желаемом идеальном состоянии и впредь мог быть ему полезным.

Эти отношения служат прежде всего для удовлетворения *нарциссической нужды* (защита от раздражителей, диффузное состояние благополучия, безопасность, установление самооценности); пока имеются такие отношения, гарантировано удовлетворение этих нужд и пациент чувствует себя достаточно благополучно, хотя - из-за имеющейся выраженной зависимости - остается базальное чувство неуверенности, чувство подверженности угрозе. Эта неуверенность, как правило, обоснованна, поскольку личности, которые описанным образом позволяют сделать себя субститутами частных объектов, обычно прекращают такие отношения, когда становится ясно, что они не могут соответствовать направленным на них идеализированным ожиданиям или если они не хотят соответствовать этим ожиданиям. Если такие отношения подходят к концу, как это несколько раз переживал пациент в нашем примере, неудовлетворенные нарциссические потребности заполняют переживания потерпевшего; самость, которая преобразилась с помощью таких отношений в грандиозную, сталкивается с переживанием обесценивания, переходит к переживанию ничтожности, опустошенности, выхолощенности, идентичность перестает нормально функционировать. Самообесценивание проявляется прежде всего тогда, когда потерпевший не обесценивает потерянный идеализированный объект, когда этот объект не подвергается критике, чтобы сохранить его потенциально доступным. В других случаях, напротив, противодействие угрожающему самообесцениванию осуществляется за счет того, что покинутый частный объект подвергается обесцениванию.



Дефицит, которым страдает пациент, затрагивает прежде всего реальную самость; она слабо сформирована и в ней не может быть найдена база для надежной идентичности; она не может служить посредником между чрезмерно возвышенной идеальной самостью и обесцененной самостью; две последние в значительной степени несовместимы, несогласованны друг с другом, они должны описанным способом содержаться отдельно друг от друга. Здесь речь идет не о конфликтных напряжениях, которые могли бы привести к содержащей компромиссы компенсации, а об интрасистемной (содержащейся в Эго) несовместимости репрезентаций самости.

*Патогенез*, который здесь наметился, основывается на ранней социализации; мать, которая видит или хочет видеть, что из ребенка вырастет нечто особенное, может способствовать развитию его способностей, подпитывающих

– 165 –

такую гордость. Она, однако, не может дать ребенку положительное эмоциональное внимание. У нее больше выражена тенденция держать его в зависимости, недостаточно или вообще не способствовать становлению его самости или автономии; и вследствие этого не осуществляется перехода функций основной регуляции от репрезентаций объектов к репрезентациям самости.

Из-за того, что мать (предположительно) давала ему слишком мало свободы в области существенной регуляции, возможно, слишком мало от него требовала и при развитии телесной силы, слишком щадила его, оберегала его как самое дорогое, он остался хрупким; с другой стороны, ранняя смерть брата-близнеца могла стать источником глубинного *страха*, так как это могло вызывать фантазии, что самоутверждающаяся холодная мать, принимающая не жизнь ребенка как таковую, а его потенциальные возможности, могла быть угрозой для жизни брата. Это требовало от выжившего близнеца стойкого стремления соответствовать ожиданиям матери, чтобы избежать подобной судьбы. Может быть и так, что выживший задним числом чувствует за собой вину, что привело к необходимости постоянной легитимизации своего существования (подробнее о психопатологии нарциссических нарушений личности см. Argelander, 1972a; Blanck und Blanck, 1981; Joffe und Sandler, 1967a; Kernberg, 1975, 1988a, b, 1997; Koehler, 1978; Kohut, 1973, 1979; Lichtenberg, 1990; Mertens, 1981; Rohde-Dachser, 1987; Volkan, 1978; Volkan und Ast, 1994; Zepf, 1985).

## **7.5. Клинический пример психосоматического заболевания**

Краткое описание пациента, страдающего *Colitis ulcerosa*, должно показать необычайную скупость эмоциональных отношений и аффективных реакций, высокую степень зависимости от преимущественно обеспечивающей уход в материальной сфере личности (ключевая фигура); в дальнейшем должно быть отмечено, как возможная или случившаяся потеря центрального частного объекта приводит в действие регрессию на пресимволический, более ранний уровень взаимодействия, в связи с чем органы или системы органов становятся субститутами частных объектов: 34-летний пациент приходит в сопровождении своей давней подруги, которую он, как само собой разумеющееся, приводит вместе с собой в комнату для обследования. Худой, очень аккуратно одетый мужчина, который слегка зажато сидит на передней трети стула, на поставленный вопрос начинает отвечать следующей фразой: «У меня *Colitis ulcerosa*». Затем следует длинная, очень подробная история болезни. В последние 4 года у него начался кровавый понос; понос без крови бывал у него и до этого. Желание

своеобразным образом сходить в туалет возникало у него тогда, когда он покидал дом. 10 или 15 или 20 раз он должен был обязательно ходить в туалет.

– 166 –

Если он покидал дом, он каждый раз задавался вопросом: сможет ли он в случае необходимости быстро добраться до туалета? Из-за этого он был очень сильно ограничен в свободе перемещения. Он вынимает из кармана записку и зачитывает особенности медицинского лечения, результаты диагностических обследований, описания различных терапевтических мероприятий и дозировки медикаментов в последнее время.

Этот основательный доклад в дальнейшем разговоре дополняется подробной, хронологически упорядоченной историей жизни, при этом пациент обращается к некоторым запискам с пометками. В целом, это выглядит как доклад о фактах, событиях, течении, он очень точен, очень конкретен, от части это вызывает потрясение; но все это преподносится без аффективного участия, больше автоматически, механически. Он немедленно отвечает на каждый поставленный ему вопрос. При этом он ведет себя скорее чрезмерно приспособительно, слегка покорно, но в то же время слегка дистанцированно.

На вопрос об ожиданиях от терапии он говорит, что в связи с медикаментозным лечением чувствует себя вполне здоровым, диарея стала значительно менее интенсивной и менее частой. От психотерапии он ожидает указаний на дальнейшее развитие своей жизни, было бы хорошо, если бы с помощью аутогенной тренировки или гипноза или других упражнений можно было повлиять на его состояние.

Он происходит из рабочей семьи. Мать описывала кровного отца как грубого, агрессивного человека; он слишком много и регулярно пил. Физически он был очень сильным, из-за драк он достаточно часто имел дело с полицией. Однажды мать взяла обоих детей и уехала; позже, когда ему было 4 или 5 лет, она развелась. В эти годы он часто оставался у бабушки и дедушки; бабушка, по его утверждению, страдала депрессией и часто бывала в больнице.

О матери у него сохранились хорошие воспоминания; она занималась уборкой и часто брала его с собой; он тогда должен был тихонько сидеть в углу в чужой квартире. Она очень о нем заботилась, часто водила его к врачу, при этом якобы не находилось ничего серьезного; речь шла о простудах, о нарушениях пищеварения, воспалениях ушей, раздражениях на коже, аллергическом насморке и др.

С братом, который был на 5 лет старше, они хорошо понимали друг друга, брат был сильным и упорным в достижении целей, потом, правда, тоже пристрастился к выпивке. Он сам скорее был трусом, его называли «маменькин сынок» и дразнили. В школе он был аутсайдером, не демонстрировал особых достижений, часто отсутствовал из-за своей болезненности. Он избегал всяческих ссор. Его главный девиз всегда звучит так: все можно уладить спокойно и миром. В пубертате он влюбился, но к своей избраннице не подходил. Между тем, мать снова вышла замуж. Этот мужчина ему не понравился; он тоже пил и совершенно о нем не заботился. Поэтому он упрекал мать, что она снова начала отношения с

– 167 –

таким «типом». Но он нечасто говорил об этом с матерью, так или иначе, она тоже сожалела об этом. Он мог понять брата, который очень скоро ушел из дома. Через два года снова дошло до развода. Он в это время очень заботился о матери, раньше времени

уходил из дома, был разнорабочим. Мать часто болела; она была в депрессии и однажды предприняла попытку самоубийства. Он тоже чувствовал себя не очень хорошо, возможно, именно тогда у него начались проблемы с кишечником. В этот период он тоже подумывал о самоубийстве, запасся таблетками, но больше для успокоения и для сна; некоторое время он злоупотреблял алкоголем и распустился. В больнице он познакомился с сестрой, которая очень мило заботилась о матери. Они очень много разговаривали, из этого возникла дружба, продолжающаяся несколько лет. Он чувствует себя с ней очень спокойно и даже съехался с ней. Побуждаемый подругой, он стал посещать вечернюю школу и тайно начал учиться. Семья подруги не должна была узнать, что он был разнорабочим. Прежде всего, отец подруги не должен был ничего знать о его невысоком социальном статусе; он импонировал пациенту; он был дружелюбным, успешным человеком, который очень заботился о семье и о дочери. Он очень быстро закончил учебную программу вечерней школы, для этого ему пришлось приложить немало усилий. Подруга в этот период заботилась обо всем, в частности, и о финансовой ситуации.

Тогда снова проявилась диарея; мать и подруга очень беспокоились. Подруга демонстрировала большое понимание и очень опекала его. В ее присутствии он чувствовал себя очень уверенно. Конечно, совместная свобода передвижений была сильно ограничена из-за диареи, вследствие этого подруга настояла на том, чтобы он обратился за психотерапевтической помощью.

Переполненный подробностями рассказ пациента, с одной стороны, вызывает у исследователя определенную усталость и утомление, с другой стороны, все возрастающее напряжение и страх. Это смещение покорности и сухого, бесчувственного доклада вызывает отвращение с желанием отослать пациента, порекомендовать продолжение медикаментозного лечения. С другой стороны, вид пары вызывает сочувствие и желание помочь; они сидели там так, будто не хотели уходить, не получив достаточной помощи, совета и защиты.

Этот случай должен показать, насколько сильной может быть эмоциональная скудность, в связи с которой возникает психосоматическое заболевание, скупость, которая в дальнейшем определяет собственные отношения больного. Мать этого пациента - уборщица - обращала внимание преимущественно на телесные потребности, особенно в связи с заболеваниями, в то время как ее эмоциональное обращение к нему, ее личная ориентация на ребенка были очень ограничены. Отцы - оба алкоголики, слабые и одновременно жестокие и агрессивные и в глазах ребенка «сильные» - не смогли достаточно четко оформиться в его переживаниях, они только частично проявляются, снова исчезают и уступают ему односторонне ориентированную мать. С матерью, после того,

– 168 –

как исчезли отец и брат, развились довольно тесные отношения взаимной зависимости. Эти отношения были воспроизведены в дружбе с женщиной, профессией которой было обеспечение ухода (медицинская сестра) и с которой он познакомился в связи с обеспечением ухода (сначала в отношении его матери) и проникся к ней уважением.

Бросается в глаза бедность аффективных переживаний пациента, который способен - даже когда он говорит об ужасных вещах - оставлять слушателя равнодушным.

Пусковым моментом заболевания пациента были депрессивные расстройства матери, связанные с попытками самоубийства. *Угроза потери* этого центрального, важного для него объекта (частного объекта) привела к сильной неуверенности,

возможно, также к беспомощности, по-видимому, сложился эмоциональный настрой, связанный с чувством вины, так как он был не в состоянии обеспечить мать. Он сначала реагировал попытками восстановить себя через медикаменты, алкоголь, то есть через материальные средства, что ему очевидно не удалось. Тогда началась внутренняя переориентировка на ранние фазы пресимволического взаимодействия при включении органов и систем органов, в особенности кишечника. В любом случае гипотеза о таком понимании течения болезни кажется наиболее очевидной. Кишечник, вероятно, отныне становится разновидностью субститута частного объекта, потеря которого воспринимается как угроза. Орган - как субститут частного объекта - отягощен ожиданиями и диффузной агрессией, возникающей, когда эти ожидания не оправдываются (подробнее о психопатологии психосоматических нарушений и заболеваний см. Alexander, 1948; Braeutigam und Christian, 1986; Hahn, 1991; Klussmann, 1992; Loch, 1989; Schubart, 1985; Tress, 1992; Uexkuell, 1981; Wesiak, 1984; Zander, 1989; Zepf, 1967, 1986a, b).

### **7.6. Клинический пример патологии отношений у больных с зависимостью**

В последнем примере мы хотим попытаться показать, как патологический внутренний образец отношений и патологические структурные элементы отражаются в ходе терапии в реинсценировках, определяемых переносом и контрпереносом. Патологическая последовательность, характеризующая переживаниями и поведением этого пациента, развивалась по следующей схеме: интенсивные желания любви (слияния) - амбивалентное переживание этих желаний - избегание близости через враждебное и обесценивающее поведение - отверженность и покинутость, чувство самонаказания - повторное проявления ненависти и гнева с разрывом отношений - мазохистско-триумфальное наслаждение от крушения (мазохистское наслаждение болью); пациент встраивает в

– 169 –

ход последовательности наркотическое средство (алкоголь) так, чтобы в фантазиях могло быть достигнуто симбиотическое объединение со страстно желаемым объектом при обеспечении достаточной дистанции по отношению к нему.

У Роланда наблюдается длительный хронический алкоголизм типа гамма. Он прервал несколько курсов лечения воздержанием, что послужило причиной для преждевременных увольнений.

После прекращения обучения он испробовал себя в 20 неквалифицированных профессиях. Продолжительность занятости колебалась от нескольких дней до нескольких месяцев. Отношения на работе заканчивались из-за жестких агрессивных столкновений с начальством. Роланд на протяжении длительного времени был бродягой, бездомным, слонялся по ночлежкам, совершал кражи и насильственные действия, вследствие чего его много раз брали под арест.

Его отношение к жесткому неуступчивому отцу, который также был алкоголиком, с детства характеризуется взаимной, сильной ненавистью, злостной клеветой с обеих сторон, взаимным желанием устранения и жестокими драками. Мать покорялась опасному супругу. В отношении детей она была раздражительной, колебалась от баловства до жесткости, вызывала чувство ненадежности и амбивалентную симпатию. Роланд был ее любимым ребенком, к которому она относилась с особой заботой; но и ему пришлось почувствовать ее направленную против отца жажду возмездия в форме неконтролируемых побоев; он описывает ее как «защищающий контурный тип». Со

своей стороны, он - на основании склонности к агрессии - идентифицирует себя с отцом.

Под влиянием такого опыта пациент не мог построить интегрированные, то есть личные репрезентации объектов и собственной самости. В отношениях с матерью не проявилось согласование, способствующее развитию ребенка; она, с одной стороны, была скорее сверхвнимательной, при этом используя его как объект самости, служащий ее нарциссическому удовлетворению, с другой стороны, она сделала его адресатом своей неконтролируемой агрессии, которая, предположительно, изначально была направлена на отца и в которой она отождествляла сына с отцом. Отец в этом поле отношений с самого начала был соперником за материнское внимание и - как следствие - врагом; с другой стороны, он был кем-то, кто с помощью своей жестокости мог держать под постоянной угрозой ненадежную мать и, тем самым, предлагал себя для соответствующей идентификации, в которую, вероятно, был включен и алкоголизм. Дополнительно к травмирующему опыту с матерью (недостаточное согласование и гармония) добавляется как патогенетический элемент макротравма жестокого поведения сверхсильного соперника - отца.

Пациент выработал в этом отягощенном сильной несовместимостью поле отношений следующие *защитные механизмы*: проявились механизмы расщепления, которые, с одной стороны, должны были содержать страстно желаемый образ только положительного материнского объекта и, с другой стороны, обес-

- 170 -

печить базу для оправдания агрессивности против только злых частных объектов (источником которых был как отец, так и враждебные аспекты поведения матери); одновременно «только положительный» частный объект защищался от деструктивной агрессии; кроме того расщепление содействует тому, чтобы создать необходимую защитную дистанцию в отношении отрицательных аспектов объектов. В этой связи роль защитного мероприятия играет и примитивное обесценивание, которое используется прежде всего тогда, когда референтная личность, переживаемая как «только положительный» частный объект, пробуждает желания пассивной покорности, тотальной защищенности, неограниченного сексуального удовлетворения, завлекает в слишком опасную близость.

Как еще один механизм для регуляции своей мучительной внутренней и межличностной несовместимости пациент научился использовать такое *наркотическое вещество*, как алкоголь; в состоянии алкогольного опьянения ему удается пережить страстно желаемое симбиотическое единение с идеализированным объектом при сохранении необходимой дистанции. *Структура Суперэго* в основном определяется через идентификацию с агрессором, которая проистекает как в смысле экстернализации вины и проекции, относящейся к этому садистско-наказывающему обхождению с актуальным адресатом, так и через идентификацию с жестоко наказывающим агрессором в отношении собственной вины обесценивания объекта, которое затем мазохистски перерабатывается и оформляется в соответствующий триумф.

Пациент снова и снова переполняется *аффектами*, смесью гнева, страха, злобы и раздражения, которые он не может идентифицировать. Он остается подвержен сильным тенденциям возмездия (импульсы мести как поведенческие составляющие аффекта мстительности), при этом он осуществляет эти импульсы садистским, а также мазохистским способом (например, терпит поражение при лечении).

К психопатологии этого пациента относится также и то, что его инстинктивные потребности при данных условиях социализации не смогли дифференцироваться в

желания, что он в большей степени остался привержен прямому, примитивному, нерегулируемому желанию обладания.

В клинике Роланд воспроизводит следующий образец отношений: терапевтическая группа переживается как терроризирующий отец, которого он может сдерживать только с помощью ответных агрессивных действий; терапевт рассматривается в роли матери, которую он одновременно сильно желал, из страха избегал и сдерживал от любви враждебными действиями. В терапевтической группе и в клинике он внушал страх. У терапевта он также вызывал страх, опасения и неуверенность.

Из описания терапевта становится ясно, как в поле отношений во время лечения реинсценировалась старая травма, этому способствовало и соответствующее поведение терапевта. Она не заговаривала с ним о влиянии его по-

– 171 –

ведения на других, так как его ужасная предыстория сначала обязала ее обеспечить ему надежное, безопасное окружение. Она реагировала эмпатийно и сочувственно, хотела стать для него хорошим, надежным объектом. Это удалось ей лишь частично, так как она слишком долго была во власти представления о желательной для него симбиотической ситуации. Хотя она старалась ограничить его, но только через формирование внешней структуры, например, за счет того, что он должен был покидать групповое пространство, отстранялся от группы, если вел себя слишком шумно, агрессивно и угрожающе, в дальнейшем за счет того, что не выполнялись его постоянные особые желания, и группа не шла на обычные уступки или что ему указывали на нормы принятого распорядка.

Помощи в дифференциации его внутренних структур, разве лишь за счет того, что сначала она переняла функции самопомощи в сфере его структурного дефицита, терапевт практически не оказывала. Эмпатии, утверждения и согласованной фрустрации ему в терапии не хватало.

В группе терапевт предъявляла ему чрезмерные требования из-за того, что уделяла слишком большое внимание направленным против него защитным маневрам других. На том этапе наиболее предпочтительным, предназначенным для защиты *психосоциальным* видом *формирования компромиссов* был поиск козла отпущения. В то время как другие участники группы учились и определяли, в чем состоит их участие в противостоянии с Роландом, пока они делали его козлом отпущения, он не мог понять свою роль; в то же время для него было не ново, что ему приписывалась такая роль; готовность к ней стала у него почти привычкой. Однако он чувствовал, что терапевт его принимает, так как она поддерживала его в роли козла отпущения. Именно это, однако, и не было верно. Она также упустила из виду то, что она сама переживала бы в такой роли: конечно же, не удовольствие, а в большей степени страх и печаль.

Терапевт обсуждала аффекты Роланда, его агрессивные тенденции, которые для него самого не были определены и которые он не мог прояснить; терапевтическому обхождению с аффектами в дальнейшем не уделялось внимания; это касалось, среди прочего, таких аффектов, как гнев, беспомощность, страх, зависть и ревность. Также к концу лечения высказываемые им подчеркнута либидозные желания она понимала как эротическо-сексуальное предложение, то есть неправильно.

Все же, с внешней точки зрения, сначала лечение протекало довольно хорошо. Пациент стал спокойнее и постепенно в большей степени приспособился к группе. Терапевт приняла его, пыталась быть для него «хорошей матерью»; она ставила ему необходимые внешние границы, с помощью которых старалась препятствовать его

активности по осуществлению переноса; она обращала внимание на его защиту и частично переняла функцию защиты от раз-

– 172 –

дражителей. Она предоставила возможности для улучшения восприятия других, но не шанс восприятия собственных противоречивых переживаний. Что она, однако, совершенно не рассматривала, был ее страх контрпереноса: несмотря на внешнее внимание, внутренне она держалась от него на расстоянии, боялась его. Этот ее страх не давал ей, например, сообщать ему об агрессивных реакциях, которые он у нее вызывал. Ее страх вызывал также то, что она только частично рассказывала о его негативном переносе; этот страх в дальнейшем предотвращал и ее конфронтацию с ним в индивидуальной и групповой терапии.

Роланд таким образом был прав, когда видел в ней, как и в своей матери, «защищающий контурный тип»; не желая того, она повторяла его травматический опыт: она принимала его только внешне, ее материнское внимание оставалось противоречивым, так как она рассказывала о себе только частичную эмоциональную правду, так как внутренне она всегда - из-за страха - оставалась на дистанции. Она также недостаточно защищала его от отцовской группы. Он неизбежно оставался в плену своей патологической структуры, которая характеризовалась пограничными и прерсикхотическими элементами. Он реагировал привычным для него способом поведения: импульсы подталкивали его к симбиозу, в них смешались его базальные (нарциссические) потребности, его частные желания и его желания отношений; они для него не были отграничены друг от друга и, тем самым, не могли быть идентифицированы и интегрированы друг с другом. Ему не хватало достаточно хорошего, то есть интегрированного личного внутреннего объекта, который мог бы служить дифференциации его внутреннего и внешнего опыта для ориентации и регуляции поведения. Этот недостаток в области репрезентаций не позволил сформироваться автономной структуре Суперэго, но у него была возможность организовать себя с помощью примитивных механизмов, таких как перемещение вины, идентификация с наказывающим или мазохистское триумфальное подчинение последнему. Также для этого пациента характерен недостаток сигнализирующих аффектов, служащих ориентации и регуляции поведения; в алкоголизме он нашел возможность определить свои симбиотические тенденции через диффузное возбуждение недифференцированного требования, позволить себе переживание удовлетворения. Одновременно регулируются и связанные с тенденциями симбиоза диффузные страхи, равно как и направленные вовне и внутрь проявления агрессии. Эти побочные действия алкоголя, конечно, не могут предотвратить того, что сохраняется основной образец: подталкивание в направлении симбиоза - страх поглощения - отказ от желаемого и ужасающего симбиотического (частного) объекта - обесцененная враждебность в отношении амбивалентно переживаемого (частного) объекта и, тем самым, исключение опасной близости - чувство покинутости, отторжения и наказания - усиленная ненависть в отношении

– 173 –

наказывающего, который одновременно разоблачается через мазохистское подчинение его злобности и морально торжествует над ним, и в отношении которого осуществляется пассивная месть в такой форме.

Этот краткий показательный пример, конечно, не исчерпывает всю глубину множественности форм проявления структурной патологии и патогенетических оснований при зависимостях (еще о психопатологии при зависимости см. Buchheim, Cierpka und Seifert, 1991; Feuerlein, 1981; Heigl-Evers, Helas und Vollmer, 1991; Heigl-Evers, Schultze-Dierbach und Standke, 1991; Heigl-Evers, Standke und Wiene, 1981; Heigl-Evers, Vollmer, Helas und Knischewski, 1988; Krystal und Raskin, 1983; Luerssen, 1976; Rost, 1990; Tress, 1985; Wanke und Buehringer, 1991).

## 7.7. Выводы

Можно сказать следующее: мы описали общий психопатологический образец для различных групп структурных нарушений и проявляющиеся при этом симптомы. Этот базовый образец характеризуется, как и при неврозах конфликтов и переноса, *внутренней несовместимостью*; ее компоненты не провоцируют, однако, внутренне конфликтного напряжения, они содержатся отдельно друг от друга для избежания непереносимого неудовольствия. Доминируют репрезентации частных объектов и репрезентации самости, недостаточно отделенные от соответствующих им отношений; частным объектам приписываются важные функции базальной регуляции; перевод этой регуляции на репрезентации самости не происходит вовсе или происходит не полностью. Для становления регуляции, выпадение которой имеет своим следствием угрожающие состояния дезорганизации самости, репрезентации частных объектов замещаются реальными внешними объектами; им приписываются инструментальные функции регуляции, такие как защита от раздражителей, стабилизация самости и чувства самооценности, обеспечение безопасности и благополучия организма и инстинктивного удовлетворения.

Если субститут не осуществляет регулирования в достаточной степени, если соответствующий (хороший) частный объект исчезает, что ведет к переизбытку раздражителей, к дестабилизации самости, к заметному снижению чувства самооценности, к потере защищенности и благополучия организма, и если удовлетворение инстинктивных потребностей перестает быть гарантированным, тогда начинаются компенсация и устранение этих нарушений с помощью механизмов Эго. Тем самым как бы спасаются и снова вводятся в действие хорошие репрезентации частных объектов, а плохие репрезентации при помощи предшественников Суперэго, например, посредством экстернализации вины, могут быть изолированы (отделены) от них (*пограничный синдром*).

– 174 –

Если преобладают дестабилизация самости и снижение чувства самооценности, тогда при помощи идеализации частного объекта и его объединения с самостью могут быть (как бы) «вылечены» возникшие нарциссические травмы; это не может произойти, если соответствующий частный объект не пригоден для этого вследствие своего обесценивания (*нарциссические нарушения*).

Проработка таких выпадений может осуществляться так, что потерянный частный объект заменяется посредством использования какого-либо материала (обжорство, какое-либо наркотическое вещество) (*зависимости*). После такой потери или для того, чтобы «заживить» возникшие нарциссические травмы, может проявиться стремление к регрессии на еще более глубинный уровень; снова переживается - на пресимволическом уровне - опыт взаимодействия, связанный с органами и системами



органов, и потерянный частный объект замещается органом или системой органов (*психосоматические заболевания*).

Описанные способы проработки являются симптомами, и их следует отличать от образца формирования симптомов при неврозах конфликта. Представлены 3 варианта генеза нарушений: недостаточность процессов согласования и принятия в ранних отношениях матери и ребенка, травма на прэдиповой стадии и травмирующие обстоятельства на эдиповой стадии.

Мы попытались с помощью предложенных примеров охарактеризовать психогенные факторы при различных типах формирования симптомов. При этом сложный вопрос о других детерминантах выбора того или иного симптома остается без ответа. Наряду с психогенными, и на это следует обратить внимание, всегда имеют значение наследственные и конституциональные факторы, однако при дальнейших размышлениях о патогенезе следует в большей степени, чем при рассмотрении неврозов конфликта, принимать во внимание социальные детерминанты.

По-другому, чем при неврозах конфликтов, при таких картинах заболеваний на поле взаимодействия в ходе диагностической или терапевтической беседы очень быстро происходит реинсценировка внутренней патологии отношений. Проявляющиеся при этом феномены поведения хотя и осознаются пациентом, но не доступны в своем значении для рефлексии. Они созвучны с Эго и обоснованы в связи с субъективными переживаниями. Это быстрое восстановление примитивного переноса, которое осуществляется непосредственно, как правило, так действует на диагноста и терапевта, что он сразу же реагирует аффективно, в частности, агрессией и отвращением. Аффекты терапевта совместно с опытом, который получил пациент, становятся важной информацией и могут привести, если сделать соответствующие выводы, к диагностике причины.

При терапии таких нарушений очень важно достичь первого смягчающего воздействия на дефицитарные репрезентации и структуры пациента; это осуществляется посредством интенсивных усилий, направленных на установ-

– 175 –

ление основных представлений об участии, уважении, принятии, которые могут достигаться через переживание разделенности судьбы. Если за счет этого возникает достаточная готовность к терапевтическому взаимодействию, тогда показана интеракционно осуществляемая проработка внутренних несовместимостей; дальше можно таким же образом способствовать восприятию «инаковости» терапевта; следуя по этому пути, можно постепенно создать целостные объекты и персональные отношения, позитивно влияющие на внутренние структуры, стимулируя формирование способности к образованию внутренних конфликтных напряжений и решений, содержащих компромиссы.

– 176 –

## **ДИАГНОСТИКА В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

### **1. ИСТОРИЯ КАТАРИНЫ - ВВЕДЕНИЕ В ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ БЕСЕДУ**

Теперь мы попытаемся представить, как терапевту, ориентированному на психоанализ, удастся при первом контакте с пациентом поставить диагноз, выявить

клинические причины развития заболевания. Применяемый при этом метод, первичное психоаналитическое интервью, был в общих чертах разработан уже Фрейдом; он состоит в ориентации в сфере психического, исходя из которой осуществляется проникновение во взаимосвязанный мир переживаний, напрямую сознанию недоступный. В то же время речь идет о попытках зафиксировать как перенос пациента, так и собственный контрперенос и понять его; при этом особенный интерес представляет та смена переноса и контрпереноса, из которой формируются условия, со всем своим ходом, содержанием и ролями, которые взяли на себя участники реинсценировки, являющие собой исходный патогенный опыт.

Фрейд в своих работах описал ход беседы такого рода. Одна из бесед, которую он проводил сам, позволяет сделать отчетливо различимыми диагностические модели поведения, поскольку она возникла случайно и была проведена спонтанно; из-за необычности ситуации оба участника беседы, врач Фрейд и молодая девушка Катарина, оказались в состоянии чрезвычайной близости и особенной восприимчивости друг друга.

Речь идет об истории болезни, которую Фрейд описал в «Катарина...» (ПСС I, 1895, с. 184-195). Содержательно там говорилось о разьяснении истерического припадка, который случился давно, но от последствий которого девушка продолжает страдать. Это объяснение основывается на реинсценировке патогенной ситуации, которая сначала совершенно не была осознана обоими участниками, в том числе врачом-интервьюером Фрейдом.

Изложение этой истории болезни вызывает определенные поэтические ассоциации и тем отличается от других показательных примеров, приводимых Фрейдом. Фрейд, размышляя о патогенезе истерии, отправился на горную прогулку; он хотел отдохнуть и отвлечься, гуляя по горам, вдали от Вены и многочасовых бесед с тяжело больными венскими дамами и от изнурительной исследовательской работы. В небольшом домике для отдыха на горе высотой в 2000 м у него произошла встреча, благодаря которой появилась история Катарины.

– 177 –

Молодая девушка Катарина, не племянница, как она сказала вначале, а дочь хозяйки, что выяснилось несколько позже, обслуживала Фрейда во время его обеда в ресторане, лицо ее имело весьма угрюмое выражение; после того, как она по записям в книге для гостей установила, что приезжий - это доктор, врач; она обратилась к нему с просьбой дать ей совет в связи с нервным заболеванием, от которого она страдает уже некоторое время. Встреча произошла вне дома, так как Фрейд расположился на улице, чтобы, как он написал, наслаждаться превосходным видом. Появление девушки не было для него совсем уж неприятным, несмотря на угрюмое выражение ее лица, так как он - несмотря на его желание отдохнуть от рабочих будней - был готов откликнуться на ее просьбу о помощи и совете. Уже после первых фраз девушки Фрейд предположил, что речь идет о неврозе. Он пишет:

«Так я снова оказался среди неврозов, поскольку ни о чем другом не могло идти речи у этой большой и сильной девушки со скорбным лицом. Меня заинтересовало, что и на высоте в 2000 м неврозы столь же распространены; я стал спрашивать дальше.  
– И чем же Вы страдаете?  
– У меня бывают трудности с дыханием, не всегда, но иногда бывает так, что мне кажется, что я задохнусь.  
Поначалу ее слова были достаточно спокойны, но в то же время мне показалось, что это должно было быть только замешающее

обозначение для приступов страха. Из комплекса ощущений страха она неумышленно отметила только момент, связанный с трудностями в дыхании.

- Садитесь, пожалуйста. Опишите мне, каково это состояние недостатка воздуха?

- Оно появляется неожиданно. Оно проявляется сначала как давление на мои глаза, голова становится такой тяжелой и шумит в ушах, и это невозможно выносить, и у меня начинает кружиться голова так, что мне кажется, что со мной что-нибудь случится, и затем мне сжимает грудь так, что я не могу сделать и вдоха.

- А в горле Вы ничего не чувствуете?

- Горло сжимается, как если бы я задышалась!

- А бывают еще какие-нибудь ощущения в голове?

- Да, в голове стучит, и кажется, что она вот-вот лопнет.

- Да, и при этом Вам не страшно?

- Мне каждый раз кажется, что сейчас я умру, а обычно я смелая, я везде хожу одна, в подвал и вниз через всю гору, но если это такой день, в который у меня происходит приступ, тогда я себе больше не доверяю, мне все время кажется, что кто-то стоит у меня за спиной и внезапно схватит меня!

Это действительно приступ страха и даже сопровождающийся характерной истерической аурой, или, лучше сказать, истерический припадок, содержанием которого является страх».

- 178 -

Здесь интервьюер формулирует первоначальный диагноз. Он развивает и обосновывает его посредством тщательной характеристики симптоматики, к которой он подталкивает свою пациентку заинтересованными, любопытствующими вопросами; при этом ему важно понять аффективное содержание симптома. После этого Фрейд обращается к пусковой ситуации, о которой он старается узнать во всех подробностях и взаимосвязях.

«- Вы думаете об одном и том же, или видите что-то перед собой, когда у Вас случается приступ?

- Да, я всегда при этом вижу такое страшное лицо, которое на меня так ужасающе смотрит, я поэтому пугаюсь.

- Вы узнаете лицо, я имею в виду: это лицо, которое Вы когда-нибудь видели?

- Нет.

- Знаете ли Вы, откуда у Вас эти приступы?

- Нет.

- Когда они у Вас появились впервые?

- В первый раз около двух лет назад, когда я еще жила с тетей на другой горе, у нее раньше дом для отдыха был там, теперь мы вот уже полтора года, как здесь, но они снова начались.

Мог ли я пытаться провести анализ в этом случае? Применять на такой высоте гипноз я не отважился, но, возможно, это удалось бы в простом разговоре. Я должен был попытаться отгадать. Такой страх у молодых девушек я часто наблюдал как следствие ужаса, который охватывает невинную душу, когда она впервые оказывается перед миром сексуальности».

Фрейд основывает предварительное заключение о пусковой ситуации на своем клиническом опыте с другими молодыми пациентками; в своих допущениях он ориентируется на их первые сексуальные переживания и на запущенные в их невинной душе аффекты. Такие фантазии, конечно, ситуативно всплывают в памяти, они оживляются в разговоре с чувственно открытым человеком, открытым благодаря отдыху в полюбившемся ему месте, а также через встречу тет-а-тет с молодой девушкой, которая открыла ему без особых причин и без особых отговорок доступ к своим переживаниям.

«Итак, я сказал:

– Если Вы ничего не знаете, я хочу Вам сказать, в чем я вижу причину появления Ваших приступов. Вы однажды, два года назад, видели или слышали что-то, что Вас сильно смутило, что-то, чего Вы с большим удовольствием не видели бы.

Она на это:

– Господи, да, я же тогда поймала дядю у девушки, у Фрациски, моей кузины.

– Что это за история с девушкой? Не хотите ли Вы мне ее рассказать?»

– 179 –

Фрейд решает после этого, выражаясь методически и технически, на то, чтобы дать пробную интерпретацию. В связи с реинсценировкой он активно, как мужчина, приближается к внутреннему миру своей молодой пациентки. Она демонстрирует определенную готовность и рассказывает ему историю, предположение о которой он делает: Два года назад вместе со своим кузеном она обнаружила дядю (фактически, это ее отец), когда он в темной комнате имел интимный контакт с ее кузиной.

«– И что же?

– Я тут же отошла от окна, прислонилась к стене, мне стало трудно дышать, так это у меня бывает с тех пор, я потеряла сознание, я чувствовала давление на глаза и в голове шумело и звенело.

– Катарина, если бы Вы теперь смогли вспомнить, что тогда произошло с Вами, как у Вас появился первый приступ, о чем Вы при этом думали, тогда Вам стало бы лучше.

– Да, если бы я могла, но я так испугалась, что все забыла.

– А что было потом?

– Мне все время было по-настоящему плохо, я все время думала и думала об этом, ... а в понедельник утром у меня опять кружилась голова и меня тошнило и я осталась в кровати, и три дня меня рвало снова и снова.

– Если Вас тошнило три дня после этого, то я думаю, что Вы почувствовали отвращение тогда, когда Вы заглянули в комнату.

– Да, отвращение я ощутила, – сказала она задумчиво, – Но от чего?»

Так в значительной мере прояснилась история возникновения симптомов, пожалуй, и потому, что интервьюер, который сначала сконцентрировался на инстинктивных составляющих переживания своей пациентки и собеседницы, затем же обратил ее внимание на аффект отвращения, используемый для защиты. Пациентка следует за ним со всей готовностью, повинувшись внутренней необходимости создания компромисса между инстинктивными желаниями и защитой.

«- Да, если бы я только знала, от чего я тогда почувствовала отвращение.

Этого я тоже еще не знал. Но я настоятельно попросил ее рассказать о том, что приходит ей в голову, так как я мог с уверенностью ожидать, что она вспомнит именно то, что необходимо для прояснения этого случая».

В ходе дальнейшей беседы для Катарини стало возможным рассказать всю предысторию; так, она рассказывает, что из-за того, что она обнаружила отношения отца и кузины и открыла их матери, родители развелись; далее она рассказывает о сексуальных домогательствах отца по отношению к ней самой во время совместной ночевки в гостинице, когда она неожиданно проснулась и по ее словам, почувствовала его тело. В третьей сцене, о которой

- 180 -

она говорит, она вспоминает себя, Франциску и отца, который лежит между девушками во время ночевки на сеновале, когда она снова наблюдает близость отца и Франциски.

Таким образом, полностью представлено трехстороннее положение: Катарина, которую отец пытался соблазнить, она же - свидетельница полового сношения отца и кузины как сестры-соперницы, и третья - предательство по отношению к матери, которая воспринимается как рассерженная и наказывающая.

Это диагностическое прояснение, вероятно, стало возможным прежде всего как реинсценировка (разговор на улице на фоне восхитительного вида, строгая мать в это время на заднем плане в доме) и благодаря готовности диагноста восприимчиво настроить свой собственный мир переживаний на пациентку; за счет этого появилась возможность ослабления и преодоления ее сопротивления.

Фрейд продолжает:

«После того как она закончила оба ряда повествования, она изменилась. Мрачное, страдающее выражение лица сменилось более оживленным, глаза смотрят более ясно, она как будто стала легче. Мне между тем удалось понять ее случай; то, что она мне, по-видимому, беспорядочно рассказала, в полной мере объясняет ее поведение в сцене обнаружения. Она несла в себе тогда два ряда переживаний, о которых она помнила, но не понимала, не использовала до конца; при взгляде на совокупляющуюся пару она тут же сопоставила оба ряда воспоминаний и новое впечатление, начала понимать и одновременно защищать. Затем последовал короткий период переработки, "инкубация", и на ее основании возникли симптомы конверсии, рвота как замещение морального и психического отвращения. Загадка была разрешена, она испытывала отвращение не от вида совокупляющейся пары, а от воспоминания, которое пробудилось от этого вида, это могло быть только воспоминание о ночном нападении, когда она "почувствовала тело дяди".

Таким образом, случай был прояснен; но подождите, откуда же тогда постоянно появляется повторяющаяся во время приступов галлюцинация головы, которая повергает девушку в ужас? Я спрашиваю ее об этом. Она уже углубила свое понимание и отвечает немедленно:

- Да, теперь я знаю, голова - это голова дяди, теперь я узнаю, но не того времени. Позже, когда потом все эти распри обнаружили, тогда дядя ужасно разозлился на меня, он впал в такую ярость! Он всегда говорил, что я во всем виновата; если бы я не проболталась, то развода не было бы; он всегда

угрожал, что сделает что-нибудь со мной; когда он меня видел потом, его лицо перекашивалось от ярости и он шел ко мне с поднятой рукой. Я всегда убегала от него и всегда очень сильно пугалась, он хватал меня как-то внезапно. Лицо, которое я всегда вижу, это его лицо, когда он был в ярости.

– 181 –

– Вы рассказали тете также и другие истории, как он преследовал Вас?

– Да, не сразу, чуть позже, когда уже шла речь о разводе. Тогда тетя сказала: "Мы не будем говорить об этом, если будут сложности в суде, тогда расскажем"».

Этот пример диагностической беседы, которую провел сам Фрейд и которая была ясно прокомментирована Аргеландером (Argelander, 1976, 1978), уже позволяет выделить важные элементы диагностического подхода, прежде всего ситуативный элемент, который побудил обоих партнеров по разговору - сначала бессознательно - к реинсценировке, в которой повторяется патогенный образец отношений и которая теперь может быть организована таким образом, что становится возможным диагностическое объяснение.

Ход этой диагностической беседы или интервью уже позволяет отметить важные и до сих пор еще актуальные позиции и техники: опора на психическую основу, все более значительная ориентировка на патогенное ядро, выделяемое постепенно при помощи предположений, проработка пусковой ситуации, выяснение патогенного конфликта из его взаимосвязей при учете достаточного равновесия между компонентами конфликта (дериваты инстинктов и защита), идентификация и прояснение аффектов в связи с патогенным комплексом, обнаружение реакций Суперэго и связанного с ними чувства вины, преследование реминисценций, а также ассоциаций с актуальной ситуацией, исходя из ее внутренней логики, и в этой связи отыскание бессознательной мотивации, внимание к пропускам и противоречиям, и, наконец, формулировка сопровождаемого теорией конечного заключения из полученного материала.

По поводу другого примера, «случая Доры», Фрейд обратил внимание на значение провалов и противоречий в рассказе об истории болезни. Он пишет:

«Тогда я начинаю лечение именно с просьбы рассказать мне всю историю болезни и жизни, но того, что я извлекаю из этого, не всегда достаточно для ориентировки... Эти рассказы могут информировать врача о том или ином периоде жизни в полной мере и взаимосвязанно, но затем следует другой период, информация о котором становится поверхностной, появляются пропуски и загадки, а в другой раз оказываешься перед совершенно непонятным периодом, про который вообще нет никаких полезных сообщений. Связи, также и кажущиеся, по большей части разрываются, причинно-следственные отношения различных событий неясны; во время рассказа больной сам исправляет высказывание или дату, чтобы затем после долгого молчания что-то снова добавить к первому высказыванию. Неспособность больного к упорядоченному представлению его истории жизни, насколько она совпадает с историей болезни, не только характерна для неврозов, но и имеет большую теоретическую значимость» (ПСС V, 1905, с. 173).

– 182 –

В более поздних работах Фрейд высказывался о диагностике достаточно сдержанно и критически (ПСС XV, 1933, с. 167) и рекомендовал для введения в лечение вместо нее использовать пробный анализ (ПСС VIII, 1913, с. 455), чтобы таким образом прояснить показания для психоанализа.

## **2. О РАЗВИТИИ ВАРИАНТОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА**

В последующее время появилось очень небольшое число работ, посвященных психоаналитической диагностике (Deutsch, 1939; Deutsch und Murphy, 1955; Fenichel, 1930; Stekel, 1938). Только Гилл, Ньюман и Редлих (Gill, Newman and Redlich, 1954) разрабатывали первичное интервью как самостоятельный метод психоаналитического обследования, предшествующий терапии, при применении которого в отношении пациента и аналитика следует обращать внимание как на диагностические, так и на терапевтические элементы.

В 1961 году Балинт и Балинт стали указывать как в психиатрическом анамнезе, так и в психоаналитическом интервью, прежде всего на пренебрежение аспектом отношений; они разрабатывают представление о «диагностическом интервью», которое, исходя из положений теории объектных отношений, уже учитывает отношения «здесь и сейчас» диагностической ситуации и взаимное проникновение переноса и контрпереноса (Balint und Balint, 1961).

### **2.1. Первичное психоаналитическое интервью**

Статьи Аргеландера по *концептуализации первичного психоаналитического интервью* могут быть рассмотрены как первые обобщающие и теоретически обоснованные представления в рамках данной тематики (Argelander, 1966, 1967, 1970).

Аргеландер видит основные цели диагностического интервью в следующем. С одной стороны, речь идет о том, чтобы обнаружить смысловые взаимосвязи симптомов со скрывающимися за ними конфликтами, с другой - следует найти ответы на вопрос о том, в какую структуру личности включен данный болезненный процесс, какими существенными для терапии способностями располагает пациент и какие структурно-специфические особенности предположительно приведут к возникновению сопротивления во время лечения, то есть наряду с требованием диагностического прояснения речь идет об общей разработке конкретного подхода к лечению, который принимает во внимание внешнюю и внутреннюю реальность пациента, и о мотивации и подготовке к лечению (Argelander, 1970, с. 98).

– 183 –

Ответы на эти вопросы являются результатом переработки информации из трех различных источников (Argelander, 1970, с. 12).

*Объективная информация*, то есть данные о симптомах, моделях поведения и особенностях личности, медицинские, биографические и социальные факты. Из них диагност на основании своих теоретических предварительных допущений, своего клинического опыта и логических умозаключений строит констелляции определенных психологических показаний. Критерием их относительной достоверности является логическая ясность и соответствие основанным на теории и опыте гипотезам или предварительным допущениям.

*Субъективная информация*, то есть субъективное значение, которое пациент придает своим жалобам, их возникновению и развитию, их влиянию на его жизненную ситуацию, а также его ожиданиям от терапии. Эти субъективные значения следует рассматривать только в совместной работе с пациентом, в атмосфере доверия, надежности и доброжелательного интереса. Критерием надежности этой информации является ситуативная ясность.

*Ситуативная информация*, то есть сценическое оформление ситуации беседы, взаимодействие между обоими участниками разговора, во всех их вербальных, жестовых и мимических, аффективных и телесно-вегетативных элементах и проявлениях. Инструментом восприятия и объяснения является только личность интервьюера. Посредством «разнонаправленного внимания» на бессознательное поле отношений и бессознательные процессы он воспринимает эту информацию и перерабатывает ее. «Необычное в ситуации аналитической беседы» осуществляется через включение этой непосредственной сцены или ситуации и представленных в ней бессознательных сообщений. Распознавание и понимание этих бессознательных значений, их расшифровка, предполагает необычные формы восприятия и мышления.

«"Психо-логика", как необычная форма восприятия и мышления, осуществляется за счет того, что из диалектического процесса взаимодействия с пациентом актуализируются взаимосвязи данных в ситуации как таковой и через речевую и поведенческую коммуникацию формируется сцена, понимание которой позволяет осуществить переработку данных, показывающих настоящие размеры болезни... Сущность психических заболеваний кроется в бессознательных интрапсихических процессах, которые могут быть раскрыты с помощью актуальной ситуации взаимодействия с партнером по беседе» (Argelander, 1970, с. 61).

Тем самым искусно созданная обстановка становится ключевой информацией для исследования процессов, происходящих в чужой душе. Многообразная объективная и субъективная информация беседы обволакивает эту обстановку, ядро интервью.

– 184 –

Если удастся при соблюдении правила «разнонаправленного внимания\*» способствовать объединению структурных элементов в смысловую фигуру, в бессознательную конфигурацию, которая проясняет субъективные истории жизни и страданий, предложенный материал о жалобах, жизненной судьбе, воспоминаниях, отношениях, фантазиях, конфликтах и другом оформляется по ходу беседы в более или менее четкий и осмысленный «образ».

Аргеландер подчеркивает значение в рамках первичного интервью «пограничной ситуации» как критической точки, в которой сливаются успешное формирование материалов, динамика обстановки и влияния выведенного из этого толкования в форме вопроса в новую значимую информацию. Эта «пограничная ситуация» в интервью представляет собой включенное положение, когда приходит решение о том, до какого источника информации можно и нужно продвигаться и какие намерения стоит преследовать.

Интервьюеру для понимания бессознательного пациента необходим доступ к своим собственным предсознательным процессам восприятия и мышления, которыми он может располагать только в том случае, если охватит их своим сознанием. Для определения «необычной ситуации беседы» Ангеландер ориентируется среди прочего



на рекомендации Балинта (Balint, 1961) по построению психиатрического интервью (с. 172).

1. Ситуация начального положения: «Мы относимся с уважением к сложности начального положения, предоставляем пациенту активность, не подталкиваем его ни к чему и погружаемся в его намерения, желания и требования до тех пор, пока это позволяет наша реальность» (это относится к определению даты интервью, выбору интервьюера и т. д.)
2. Плановая подготовка ситуативных условий. Это относится к вопросам продолжительности, определения условий (атмосфера, чтобы никто не мешал), чтобы обеспечить доверие, открытость, интимность и полное понимание сопровождение, совместный ход мыслей и сочувствие.
3. Манера поведения интервьюера: «Эта манера поведения, которая проявляется в моделях поведения, таких, как спокойное ожидание, интерес, разнонаправленное внимание, оказывает решающее влияние... Обратной стороной этого ободряющего поведения является фрустрация, которая проявляется в ожидающем поведении, вдумчивом молчании, контролируемой спонтанности и, наконец, в разочаровании из-за отсутствия прямых советов».

Аналитическое первичное интервью в целом, без сомнения, относится к группе главных аналитических методов работы из числа используемых сегодня диагностических методов. Поэтому оно кажется особенно подходящим для подготовки и введения в психоаналитическую терапию.

---

\* Здесь можно привести синоним: «свободно плавающее внимание» - *Прим. науч. ред.*

## **2.2. Биографический анамнез с точки зрения глубинной психологии**

В отличие от психоаналитического первичного интервью, когда говорят о глубинном анамнезе, здесь имеют в виду тщательный сбор информации при помощи направленных и структурированных вопросов для того, чтобы получить по возможности полную картину настоящей и прошлой жизненной ситуации пациента. На первом плане, очевидно, стоит диагностическая функция. Психоаналитически ориентированный биографический анамнез был разработан прежде всего теми психоаналитиками, которые обучались и работали в Берлинской психоаналитической клинике (Александр, Радо, Хорни, Кемпер, Балинт, Шульц-Хенке и Дурссен). Дурссен в различных публикациях (Duerssen, 1972b, 1986) опирался на идеи Шульц-Хенке (Schulz-Hencke, 1951) и описал этот «биографический анамнез в аспекте глубинной психологии» с позиций неопсихоанализа с использованием множества ярких примеров.

*Биографический анамнез в аспекте глубинной психологии* прежде всего направлен на выявление «общего диагноза» в терминологии Балинта (осмысленное связывание картины болезни и жизненного пути в психодинамическую краткую формулу), чтобы с его помощью объединить конфликт настоящего пациента, условия невротического формирования его характера и его историю жизни в обзорном представлении.

Биографический анамнез должен включать данные из трех областей:

- 1) существенные биографические данные;
- 2) психодинамически полные смысла констелляции чувств;

3) характерные реакции сопротивления-переноса, которые предположительно будут влиять на ход терапии.

Для получения этой информации Дурссен предлагает три стратегии беседы: открытые вопросы для сбора биографических данных, альтернативные вопросы для прояснения неясных проблем в сфере чувств, толкование раздражителей или пробные толкования для оценки защитных механизмов и потенциальной способности пациента к перестройке.

Цель первичной ориентирующей беседы с пациентом - приобрести общее представление о том, как этот человек, который теперь сообщает о характере заболевания, живет в настоящее время, с кем он связан, как протекает его день и насколько текущие жизненные обстоятельства противоречат внутренним скрытым или подавленным надеждам, желаниям и импульсам. Таким образом, знание о настоящих проблемах в сфере чувств и жизненных обстоятельствах пациента должно позволить терапевту получить представление о том, в каких условиях пациент вырос и как ранний опыт любви, объектных отношений, ценностей, норм и схем реакций привел его к настоящему образу жизни. Если болезнь появилась внезапно, тогда в ходе сбора анамнеза должно стать понятным, ка-

– 186 –

кие внешние факторы жизни пациента приобрели специфическое патогенное значение и каковы были предпосылки патогенеза.

Если эти данные собраны, то в обобщающем обзоре нужно четко определить существенные элементы структуры личности пациента и решить, какая форма терапии показана и какие перспективы улучшений с нею связаны. Глубинно-психологический анамнез предназначен для выявления конфликта, который заметным образом констеллируется у пациента в пусковой ситуации, и для анализа семейной динамики.

Этот метод стал существенным основанием для установления требований по возмещению затрат в соответствии с директивой по психотерапии Федерального врачебного союза. В рамках этого подхода авторами, которые занимались фокальной или кратковременной терапией, были разработаны методы организации объективной, субъективной и сценической информации в соответствии с концепцией так называемого треугольника конфликта и личностей; по их мнению, такая система дает возможность делать выводы о целях терапии, показаниях к ней в целом и эффективности терапевтических подходов (Luborsky, 1984; Malan, 1965; De Shazer, 1985; Strupp und Binder, 1991).

«Биографический анамнез, конечно, имеет не только диагностическую функцию; точные знания об истории жизни человека и возможное обращение к биографическим деталям в последующей терапии в значительной мере служат укреплению базальных терапевтических отношений и могут иметь значение как неспецифический агент влияния в самых разнообразных терапевтических условиях» (Duehrssen, 1972).

### **2.3. Структурированное интервью**

Пациентов с тяжелыми нарушениями становится все больше, и это привело к разработке таких модификаций диагностической процедуры, где принимается в расчет специфика каждого конкретного заболевания. Между тем, в связи с прогрессом психоаналитической теории и терапии возникла необходимость более точного

понимания психических структур (Ид, Эго, Суперэго) и возникающих здесь интра- и интерпсихических конфликтов, равно как и понимания хода и уровней развития структуры в целом и ее функций; при этом прежде всего речь шла о различных при переносе моделях и уровнях объектных отношений, а также способностях больного к ауто- и аллопластической адаптации (см. также Streeck, 1983, 1984; Weiderhammer, 1987).

В этом направлении работала Анна Фрейд и ее коллеги и именно благодаря их усилиям были осуществлены эти модификации; ими был представлен профиль взрослого человека с детализированными критериями оценки личности (Freud, Nagera und Freud, 1965).

– 187 –

Бланк и Бланк (Blanck und Blanck, 1981, с. 119) представили свои психоаналитически-клинические представления в концепции «описательного диагноза развития», на которой основывается оценка структуры Я, включающей симптом.

Ниже мы остановимся на разработанном Кернбергом (Kernberg, 1985, 1985a) «структурированном интервью».

Как показал Кернберг (Kernberg, 1988a), развитие психиатрического интервью в США характеризовалось тем, что акцент под влиянием психоаналитической теории и практики был смещен со стандартных вопросов традиционного психиатрического обследования на взаимодействие между интервьюером и пациентом, и на психодинамически ориентированные стратегии интервью (Deutsch und Murphy, 1955; Fromm-Reichmann, 1950; Gill, Newmann und Redlich, 1954; Sullivan, 1954, см. также Redlich und Freedman, 1970). Структурированное интервью, разработанное Кернбергом, представляет собой второе поколение ранних «динамических интервью». Это была попытка связать историю заболевания пациента и его общее психическое функционирование с его взаимодействием с диагностом. В данном подходе одинаково важная роль отводится как описанию психопатологии, так и анализу отношений; он может использоваться для решения диагностических, прогностических и терапевтических задач первичной беседы (Buchheim, Cierpka und Scheibe, 1988; Ermann, 1980, 1991; см. также Thomae und Kaechele, 1985). Интервью концентрируется на симптомах, конфликтах или сложностях, которые демонстрирует пациент, и на особенных формах, в которых они проявляются в актуальном взаимодействии. Влияние интервьюера приводит к конфронтации, поскольку актуализирует защитные процессы; они связаны с конфликтами идентичности, с проверкой реальности или искажением интернализированных объектных отношений, а также с аффективными и когнитивными конфликтами.

Кернберг описывает следующие формы влияния.

*Прояснение* относится к общему исследованию всех тех элементов рассказа пациента, которые неопределенны, спутаны, противоречивы или неполны. Целью проясняющего вмешательства является приближение сознательного и бессознательного материала к осознанию без провоцирования пациента.

С помощью *конфронтации* необходимо обратить внимание пациента на те аспекты взаимодействия, которые предположительно указывают на конфликтное функционирование и процессы защиты, противоречивые представления самости и объектов, а также на уменьшение осознания реальности.

Посредством *интерпретации* совершается попытка установить связь сознательного или предсознательного материала с гипотетически допустимыми

бессознательными мотивами в ситуации «здесь и сейчас». При этом актуальная информация связывается с лежащими в ее основе страхами, мотивами, конфликтами.

– 188 –

Видимые *реакции переноса* создают контекст для таких интерпретаций, которые связывают актуальные нарушения в «здесь и сейчас» с опытом пациента прошлым («там и тогда»). С одной стороны, этот подход направлен на то, чтобы прояснить для дифференциального диагноза уровни организации психического функционирования (структура личности больных неврозами, психозами, пациентов с пограничными нарушениями), причем основное внимание направлено на такие аспекты, как степень интеграции идентичности, качество механизмов защиты и способность к проверке реальности. С другой стороны, необходимо получить информацию о существенных прогностических и терапевтических импликациях (мотивация, способность к интроспекции и образованию рабочего союза, потенциал к совершению действий и психотической декомпенсации).

Циркулярная процедура, предложенная Кернбергом, развивается после вводного вопроса по циклу «основных симптомов ключевых патологий», который нанесен на контур круга (см. Kernberg, 1988a, с. 50). Затем, посредством описанных выше форм влияния (прояснение, конфронтация, интерпретация), исследуются модели поведения и проявляющиеся во взаимодействии симптомы.

## **2.4. Операционализованный психодинамический диагностика**

В результате усилий, направленных на создание систематизированной и intersubjectively сравнимой (проверяемой), ориентированной на психоанализ диагностики, которую в то же время нужно было отграничить от рассматриваемой симптоматики диагностики, опирающейся на нозологические регистры ICD-10 и DSM-IV, в сентябре 1992 был создан межрегиональный Комитет по ОПД, т. е. операционализованной психодинамической диагностике. Задача этого Комитета - разработка клинических и эмпирических руководств. Первые формулировки совместно работающих здесь групп уже собраны и опубликованы (1996). Для этих первых формулировок общей психоаналитической многоуровневой диагностики исследователи обозначили 5 осевых направлений.

### *Направление 1: восприятие болезни и предпосылок для терапии*

Для установления показаний к терапии имеют значение вид переживания болезни и специфика возможного ее лечения. На основании диагностического интервью оцениваются следующие переменные: степень сложности соматических или психических данных, степень страдания, нанесение вреда переживанию самости, мера телесных ограничений, вторичное приобретение болезни, способность к пониманию психодинамических и соматических взаимосвязей-

– 189 –

зей, оценка подходящих форм лечения, мотивации, проявлений симптомов, психосоциальной интеграции, а также личностные ресурсы, социальная защищенность и соразмерность субъективного повреждения.

### *Направление 2: отношения*

На этом уровне диагностическое восприятие прежде всего направлено на привычное поведение пациента в отношениях, то есть на интерперсональные установки и образцы, которые проявляются как доминирующие и в большей или меньшей степени эффективные (их можно выявить, наблюдая за демонстрируемым поведением и анализируя рассказанные пациентом эпизоды), а также на реакции диагноста (контрперенос) на предложенные пациентом отношения. Как дисфункциональное привычное поведение в отношениях обозначается специфическая констелляция, которая формируется из типичного поведения пациента и типичных реакций его социального партнера. Для упорядочивания на выбор предлагается 30 основных категорий:

Вариант А = вариант переживаний пациента

Пациент всегда воспринимает себя так, что...

Пациент всегда воспринимает других так, что...

Вариант Б = вариант переживаний интервьюера

Исследователь ощущает, что пациент его всегда...

Исследователь воспринимает себя в отношении пациента всегда так, что...

#### *Направление 3: Конфликт*

Конфликты, существенные для психодинамики, становятся доступными в результате клинического описания воспринимаемых способов поведения и переживаний в ходе анамнестической беседы; они проявляются как на уровне субъекта, так и на уровне объекта. На каждом уровне обнаруживается пассивный и активный (контрафобический) модус как выражение переработки конфликта. Исследователь должен выделить из следующего списка два важнейших конфликта:

- зависимость или автономия;
- контроль или подчинение;
- забота или автаркия;
- ценность самости или объекта (конфликты самооценности);
- конфликты Суперэго и вины;
- эдиповы и сексуальные конфликты;
- конфликты идентичности.

#### *Направление 4: Структура*

Оценка структуры, наряду с пониманием интрапсихического конфликта и основной тематики отношений пациента, представляет собой важнейшую задачу психодинамической диагностики. В имеющемся руководстве структурой названа «структура самости в отношении к окружающим» (Rudolf, 1993), которая описана посредством 6 структурных категорий:

– 190 –

*Самовосприятие:* способность к рефлексии в отношении себя, которая предполагает образ собственной самости и чувство идентичности, а также определение собственных аффектов.

*Саморегуляция:* способность интегрировать и регулировать собственные потребности, аффекты и чувство самооценности, и на этом основании развивать способность распоряжаться собой, доверие к себе и чувство самоуважения.

*Защита:* способность поддерживать или восстанавливать душевное равновесие во внешних и внутренних конфликтах при помощи определенных механизмов защиты.

*Восприятие объекта:* четкое различение самости и объекта, связанное со способностью признавать за внешними объектами их собственные права и намерения, способность сжиться с объектом.

*Коммуникация*: способность эмоционально настраиваться на других, быть откровенным с другими и понимать их аффективные сообщения. *Привязанность*: способность выстраивать внутренние репрезентации собеседника и их аффективно обслуживать; способность выбирать между привязанностью и отдалением и выработать правила взаимодействия для сохранения привязанности.

Из отдельных суждений исследователь строит структурированный профиль и определяет структурированный уровень обобщенности. Чтобы различать меру и качество структурных нарушений, были определены и посредством эталонных примеров описаны четыре уровня интеграции структуры (хорошая, достаточная, слабо интегрированная, дезинтегрированная).

*Направление 5: Диагностика синдромов по главе 5 (F) ICD - 10*

«Настоящим должна быть адаптирована кодировка диагнозов по ICD - 10 к требованиям диагностики в психотерапии и психосоматической медицине. При этом основным диагнозом должен служить тот, который с точки зрения клиники и психодинамики обладает наибольшей релевантностью. Дальнейшие (другие) диагнозы могут быть поставлены только тогда, когда они могут существенно повлиять на понимание общей картины или отражают аспекты, модифицирующие течение терапии» (OPD, 1996, с. 80).

В тщательном полуструктурированном интервью, содержащем составные части психоаналитического первичного интервью (с. 104) и ориентированного на глубинную психологию (с. 106) биографического анамнеза, терапевт пытается выяснить основные жалобы и ожидания пациента, на основании текущих и прошлых эпизодов отношений понять осознанные и бессознательные образцы отношений, раскрыть существенные для нарушений бессознательные конstellации конфликтов, при помощи фокусировки на самовосприятии и саморегуляции, защите, восприятии объектов и объектных отношениях (способность к коммуникации и привязанностям), выяснить меру нарушения структуры или уровня интеграции психической структуры (понимаемой как структура самости по отношению к другим) и, наконец, поставить диагноз.

– 191 –

## **2.5. Сбор анамнеза в психосоматической медицине**

Мы уже говорили о том, какое значение для разработки диагностического интервью в различных сферах применения имели работы Балинта. Сформулированные условия успешного интервью (Balint und Balint, 1961, с. 234), в особенности, ограничивающие условия и «эластичная» техника интервью, должны быть особо оговорены для ситуации сбора анамнеза в психосоматической медицине:

1. Настройка и подготовка беседы с целью снять напряжение у пациента и ориентировать его на совместную работу.
2. Создание для каждого пациента подходящей атмосферы, которая позволила бы ему раскрыться и обеспечила бы чувство, что врач его понимает.
3. Рефлексия относительно высказываний, способов поведения или установок для осуществления регуляции взаимодействия.
4. Учет внешних факторов, влияющих на план интервью и техники.
5. Информирование пациента о длительности беседы.
6. Контроль за ходом интервью с учетом взаимосвязи переноса и контрпереноса и использование «эластичной» техники интервью.
7. Рефлексия относительно значения различных форм влияния (вопросы, одобрение, осуждение, успокоение, совет, разъяснение, конфронтация, обобщение и

толкование), относительно меры их применения и времени их использования, а также относительно хода и целей беседы.

8. Внимание к виду, объему и содержанию записей о состоянии пациента.
9. Интеграция данных соматического и психиатрического обследования.
10. Внимание к специфике окончания интервью.

Ниже мы приводим предложенное Адлером и Хеммемером (Adler und Hemmemer, 1989) аналитическое описание сбора анамнеза в психосоматической медицине: какие модификации необходимы, если врач при первом контакте работает с пациентом амбулаторно или в больнице, если пациент не был заранее выбран для психосоматического обследования, если врач комбинирует «клинический объективный» и «субъективный участвующий» подходы (Adler, 1981), чтобы осуществить целостный доступ к пациенту в понимании центрированной на клиенте медицины и одновременно соответствовать целям медицинской диагностики.

Такая модель - это пример многочисленных усилий получивших аналитическое образование клиницистов (Adler, 1981; Adler und Hemmemer, 1989; Balint, 1957; Balint und Balint, 1961; Meerwein, 1986; Morgan und Engel, 1977; Wesiak, 1984) интегрировать решение обеих основных задач клинического определения причин - диагностика отношений и этиологически-нозологическая диагностика - для применения в области соматической медицины.

- 192 -

Адлер и Хеммемер (Adler und Hemmemer, 1989, с. 21) предлагают следующий базовый план для сбора такого анамнеза.

1. Представление, приветствие.
2. Создание благоприятной для беседы ситуации.
3. Карта жалоб. 4. Текущие жалобы:
  - а) время появления; б) качество;
  - в) интенсивность;
  - г) локализация и распространение; д) сопровождающие признаки;
  - е) усиливающие/ослабляющие факторы;
  - ж) обстоятельства.
5. Личностный анамнез.
6. Семейный анамнез.
7. Психическое развитие.
8. Социальные отношения.
9. Системный анализ.
10. Вопросы/план.

*Первый шаг* (знакомство, приветствие). Врач приветствует пациента, представляется и объясняет ему его роль во врачебной беседе и цели этой беседы. *Второй шаг* (создание благоприятной ситуации). Врач осведомляется о том, как пациент чувствует себя в данный момент. Он пытается сделать так, чтобы пациент чувствовал себя настолько удобно, насколько это возможно.

Эти шаги служат введением в ситуацию беседы. Они должны гарантировать, что пациент в достаточной мере ориентируется относительно места, времени, целей и относительно партнера по беседе. Также к вводной части относится обеспечение удобного положения пациента, насколько это позволяет соответствующая обстановка обследования и актуальное место расположения и состояние (боли, функциональные ограничения, условия). Эти положения на практике часто не упоминаются и не обдумываются, хотя они имеют существенное значение для создания и поддержания

соответствующей атмосферы, прежде всего в больнице. Таким образом, пациент чувствует себя принятым как личность и это является важной предпосылкой развития доверительных отношений.

*Третий шаг* (карта жалоб). После этих подготовительных мероприятий пациенту предлагается при помощи «начальных вопросов» по-своему представить (вербально, невербально, сценически) причину его контакта с врачом, то есть рассказать о своих жалобах, заботах, желаниях.

Здесь оправданы вопросы типа: «Что Вас сюда привело? Как Вы себя чувствуете?»

– 193 –

Затем пациенту предоставляется время для рассказа о том, что для него является важным. Пациент при этом может сам решать и выбирать, хочет ли он рассказать сначала о физических симптомах, тяжелых отношениях в семье, социальном кризисе, потере. Вопрос: «Как Вы себя чувствуете?» - способствует тому, чтобы пациент понимал, что врач интересуется не только телесными симптомами. Вид и способ представления создают первое впечатление о стиле пациента, о его личности, о выраженных, намеченных и скрытых ожиданиях, потребностях и желаниях.

Последующие вопросы, как, например: «Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее», или: «Кроме этого, Вы ничего не почувствовали?» - побуждают пациента к тому, чтобы создать карту или сделать набросок его жалоб. Этот третий шаг имеет своей целью определение границ биопсихосоциального положения пациента. На этом этапе уже обрисовываются возможности и сложности дальнейшего ведения беседы в желаемом направлении. При достаточном внимании к собственному внутреннему восприятию (ассоциации, фантазии, импульсивные действия, аффективные и телесно-вегетативные реакции) у исследователя формируются первые гипотезы о «перенесенных» предсознательных и бессознательных компонентах отношений между пациентом и врачом, разворачивающихся в ходе беседы. В противоположность описанному для аналитического первичного интервью подходу в этой ситуации диагност берет на себя более активные и более структурированные роли, в то время как он регистрирует более или менее ясно воспринятую информацию, однако затем беседа продолжается по-другому, а именно следующим образом.

*Четвертый шаг* (текущие жалобы). Каждый симптом, упоминавшийся до этого момента в беседе, рассматривается более подробно в связи со следующими 7 пунктами: время появления, качество, интенсивность, локализация и, возможно, распространение, сопровождающие признаки, обстоятельства, которые усиливают или ослабляют симптом, обстоятельства, при которых симптом появляется.

С помощью этих узко направленных вопросов диагност пытается уточнить первоначально полученный набросок, а с помощью закрытых вопросов получить указания для диагностических или дифференциально-диагностических ограничений.

Одновременно он по возможности точно регистрирует спонтанные высказывания пациента о сопутствующих жизненных обстоятельствах, о более ранних заболеваниях, о состоянии здоровья членов его семьи и его межличностных отношениях. В соответствии с тем, какая предварительная картина возникла перед исследователем, он будет уточнять предложенную информацию или противоречия и пропуски, чтобы планировать и реализовывать дальнейшие шаги, чтобы интегрировать информацию в имеющийся образ пациента, его болезни и ее сущности.

– 194 –



*Шаги с пятого по восьмой* (личный анамнез, семейный анамнез, психическое развитие, социальные отношения). В связи с предыдущей информацией и для дальнейшего продолжения беседы диагност пытается так дополнить сложившийся образ физического, психического и социального развития пациента, чтобы взаимосвязи между различными уровнями в отношении прозвучавших жалоб и симптомов стали более отчетливыми.

*Девятый шаг* (системный анализ). Этот шаг представляет собой попытку обобщить имеющуюся информацию с учетом ее значения для понимания истории жизни и заболевания; задаются открытые вопросы и дальнейшая беседа согласовывается с уже имеющейся информацией.

*Десятый шаг* (вопросы/план). В заключении пациенту предоставляется возможность задать вопросы, которые служат для проверки понимания, прояснения, ориентировки в основных положениях диагноза (что же со мной?), в причинах и условиях возникновения, в дальнейших диагностических или терапевтических мероприятиях и прогнозах лечения. В этом месте еще раз появляется возможность обсудить друг с другом различные понимания болезни и здоровья, и исходя из этого определить дальнейшие мероприятия, но, прежде всего, прояснить соответствующую мотивацию пациента.

Наброшенный здесь в общих чертах план по сбору анамнеза в психосоматической медицине задуман как своего рода руководство. Он представляет собой компромисс между основными теоретическими положениями психоаналитических учений о развитии, личности и болезни, а также опыта психоаналитической диагностики и формирования отношений, с одной стороны, и врачебной практики, которая до сих пор определялась преимущественно или исключительно соматическими аспектами здоровья и болезни и соответствующими стратегиями поведения в диагностике и терапии, с другой. Таким образом открывается целостный подход к пациенту, при этом в достаточной мере уделяется внимание и соматическим, и психическим, и социальным аспектам. Наряду с определенными знаниями необходима и достаточная тренировка при сопровождении и контроле опытного специалиста, особенно в тяжелых ситуациях беседы («неразговорчивый пациент», «тяжелый» пациент, см. Adler, 1981; Haesler, 1979; Heim und Willi, 1986, с. 482) достаточной. Рассказ об отношениях врач-пациент в балинтовских группах позволяет обнаружить и отрефлексировать трудности и ошибки коммуникации, контрпереносы и варианты развития событий (Balint, 1965; Heim und Willi, 1986; Nedelmann und Fersti, 1989; Rosin 1989; Stucke, 1982).

В каждом случае психосоматический анамнез должен, конечно, прояснить «имеется ли вообще и если имеется, то насколько она выражена, причинная связь между особенностями жизненного развития и актуальным психическим конфликтом, с одной стороны, и наличной симптоматикой, с другой», чтобы избежать опасности постановки ошибочного диагноза (Rueger, 1987).

### **3. ПОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ОБЗОР ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ**

Мы описали некоторые диагностические методы, которые играют роль в современной практике психоаналитической и ориентированной на психоанализ

терапии: психоаналитическое первичное интервью, глубинный психологический анализ, структурированное интервью и сбор анамнеза в психосоматической медицине.

Ниже будут представлены применяемые нами методы и техники формирования клинических заключений, ориентированные на базовые образцы психопатологий, обусловленных развитием и конфликтами, и связанные прежде всего с техниками аналитического первичного интервью. В клинике мы ориентируемся на оба психопатологических базовых образца, как мы их описали в предыдущей главе.

Теперь следует показать, как происходит такая диагностическая ориентировка. В первую очередь, для этого вводятся три семантических толкования, которые должны расшифровать демонстрируемое поведение, латентное поведение и лежащее в основе диагностическое поведение. Кроме того, делается попытка понять доминирующие объектные отношения; это происходит при помощи расшифровки иницируемых пациентом в диагностической ситуации инсценировок и реинсценировок.

После этих важных предварительных заключений - речь идет об определенных преимущественно персональными отношениями и содержащих конфликт патологиях, но также и об определенных в основном частными объектными или аперсональными отношениями нарушениях, причина которых в патологии развития или в травматическом нарушении - дальнейшая диагностическая дифференцировка направлена на то, чтобы в случае патологии конфликта выявить относящиеся к этому трехсторонние отношения; в случае же базальной или ранней или структурной патологии выясняется, каким образом трехсторонние отношения были редуцированы до монады или псевдодиады.

Наконец, ниже будет описан инструментарий психоаналитического диагностического разъяснения, который оказался нам полезным. Затем на примере будет прояснено, как могут протекать процессы формирования клинических заключений.

С точки зрения психоанализа, при рассмотрении исследуемых областей переживаний речь всегда идет о содержании, которое пациент не осознает, которое скрыто от его сознательного переживания при помощи мероприятий Эго, направленных на то, чтобы сделать его неразличимым, например, с помощью разрушения взаимосвязей. К основным задачам ориентирован-

- 196 -

ного на психоанализ диагноста относятся: первичный доступ к этим переживаниям, восстановление разрушенных связей, сведение воедино разрозненного содержания, расшифровка потерянного, скрытого до сих пор смысла; при этом речь идет о предварительных соображениях, которыми диагност, как правило, сначала с пациентом не делится. Материалом для таких пробных расшифровок являются сообщения пациента, но не меньшее значение имеют и все прочие формы символического и пресимволического выражения.

### **3.1. Семантическое толкование речевого поведения**

Мы считаем целесообразным форсировать такие попытки расшифровки и усилия, направленные на поиск смысла, в трех направлениях.

В первую очередь, попытка расшифровки может относиться к демонстрируемому содержанию высказываний пациента, так сказать, к психической поверхности, к тому, что он переживает сознательно, хотя не всегда может сознательно рефлексировать с учетом всех взаимосвязей и значений. Здесь речь идет о том, чтобы в демонстрируемом

содержании высказываний пациента отыскать его постоянные ценности, нормы, идеологические представления, основные направленности и убеждения.

На следующем шаге семантического прочтения и толкования важно понять идентифицировать типичные для пациента невротические варианты формирования компромиссов (черты характера, психосоциальные констелляции защиты, образование симптомов) или, в случае структурных нарушений, характерные для него интеракционально осуществляющиеся переработки внутренних несовместимостей (стратегии приспособления, компенсации, преодоления, субституирование частных объектов, психосоматическое, психическое, социальное образование симптомов). И то и другое служит для того, чтобы в его отношениях к другим людям (в диагностической ситуации к терапевту, более широко к ныне значимым референтным фигурам, а также в дополнительных к ним пусковых и ранних ситуациях) восстанавливать терпимое для пациента отношение между защищенными желаниями, с одной стороны, и направленной против этого защитой, с другой, или - при наличии структурного нарушения - сглаживать и компенсировать внутренние несовместимости и слабости регуляции.

В конце концов, можно рассматривать коммуникацию пациента в перспективе психической реальности его детства. Под этим углом зрения речь идет о бессознательных объектных отношениях, бессознательных нарциссических

– 197 –

представлениях пациента, о детерминации его переживаний через специфические варианты развития инстинктов и специфическую нарциссическую организацию его детского развития. Эти регрессивные фантазии переноса являются реактивацией ранних детских моделей переживаний и поведения. (Boothe-Weiderhammer, 1989, с. 84; Heigl-Evers und Heigl, 1973, с. 142). В случае нарушений, обусловленных патологиями развития, такие фантазии часто представлены в прямом действии.

На примере высказывания пациента на групповой встрече могут быть показаны три пути подхода к семантической дешифровке (Heigl-Evers und Heigl, 1973, с. 146, 151).

Оно звучит следующим образом: «Господин А. (господину Б., возбужденно): «Ты уже слегка выпил, и затем ты ей рассказал, рассказал обо всех вещах на столе, о людях, во всех подробностях, она (госпожа Е.) такая болтунья и от нее можно многое узнать, ты разнес это всем людям. Если это не обман доверия, то ... не обман, ну тогда я не знаю...»

На уровне демонстрируемого поведения это высказывание можно понять следующим образом:

Демонстрируемое поведение в этом случае содержит нормативный призыв: «Позвольте нам бороться и при помощи наказания избежать того, что может привести к потере доверия в группе. В особенности необходимо избежать вынесения вовне полученной в группе информации; информация об одном из участников группы, полученная в группе, использовалась вне группы, в его настоящем, для собственных целей, а этого не должно быть; в особенности в паре с тенденциями сексуального отделения».

На уровне скрытого поведения это высказывание может быть понято следующим образом: «Давайте персонифицируем злобу, которая угрожает группе в смысле нарушения групповых норм, и как бы отграничим и локализуем ее очаг; давайте будем бороться с этим очагом и таким образом исключим злобу, другими словами, давайте

найдем виновного, козла отпущения!» Таким образом, речь идет об экстернализации вины.

На уровне бессознательных фантазий в этом высказывании речь идет о том, чтобы в сексе стать ведомым учеником старшей и опытной женщины (матери) и быть удовлетворенным ею, быть соблазненным матерью. Эти фантазии находятся под влиянием страха собственных желаний устранения мешающих соперников и страха наказания.

Эти три различных толкования основываются на различном углублении в актуальный контекст, в первом случае - контекст текущей ситуации, затем - контекст, в котором речь идет о поддержании и защите важных для индивида отношений и, наконец, контекст форм отношений раннего детства, сохранившихся до сих пор только в бессознательном (см. Boothe-Weidenhammer, с. 90)

– 198 –.

### **3.2. О диагностике объектных отношений**

Важным шагом разъяснения на пути формирования клинических заключений в психоаналитической диагностике может служить отделение невротизации конфликта от нарушений, обусловленных патологиями развития, или травматогенных. В качестве особенно важного критерия дифференциации выступает при этом мера индивидуальности или неиндивидуальности доминантных объектных отношений.

Диагностика объектных отношений в ходе диагностической беседы может производиться посредством реинсценировок, определенных переносом и контрпереносом в ситуации врач-пациент. Спонтанная аффективная реакция диагноста на первоначальное предложение отношений, которое осуществляет пациент, это важный индикатор того, стремится ли пациент к персональным отношениям (персональный перенос) или у него есть тенденция делать терапевта субститутутом важного для него внутреннего частного объекта (примитивный перенос), то есть возраст и инаковость партнера не принимается во внимание. *Предложение переноса персональных отношений*, как правило, не является тревожащим, человеку оставляется возможность для дружелюбно-дистанцированного интереса, тогда как тенденция к инструментализации, к «гашению личности другого», которая содержится в образце отношений к частным объектам, вызывает у диагноста (тотчас или через некоторое время) более или менее интенсивные аверсивно-агрессивные реакции, хотя это может проявляться и в форме несильной антипатии. Замедление таких реакций может иметь место в том случае, если пациент возводит диагноста в ранг идеализированного частного объекта и направляет на него соответствующие ожидания; затем может случиться так, что терапевт сначала реагирует позитивными аффектами с состраданием, симпатией, желанием помочь и дать совет, заботой, а агрессивно-аверсивные аффекты проявляются только тогда, когда идеализация становится тяжелым разочарованием для пациента. Только когда терапевт допускает такие аффекты и понимает причины их возникновения, когда он таким образом защищает свою личность, то у него появляется возможность относиться к пациенту с отстраненностью и дружеским интересом, пережить отграничение, которое соответствует его профессиональной роли терапевта и помощника, защищая которую, он, поддерживая постоянное внимание, может сделать доступными для процесса диагностического прояснения собственное внутреннее пространство субъективного опыта, воспоминаний, фантазий, чувств, ощущений, импульсов, мотиваций.

Способность к персональным объектным отношениям связана с допущением трехсторонности, с включением «третьего объекта», принятием авторитета инаковости; поэтому при дифференциальном диагнозе персональных либо аперсональных объектных отношений всегда следует обращать внимание и на признаки трехсторонности.

– 199 –

В соответствии с этим следует прояснить, переживает ли пациент *схожесть* объекта и своей самости, создает близость, мотивирует выбор симпатии, то есть дает возникнуть личностным отношениям обмена, или отождествляет объект со своей собственной самостью или частями собственной самости, переживает его как конгруэнтный и, тем самым, строит аперсональные частные объектные отношения. При дифференциальном диагнозе должно быть уточнено, имеет ли пациент по отношению к объекту установку «ты - как я» или установку «ты - это я», хотя это сформулировано не совсем правильно, поскольку в переживании «ты» объект уже определяется как отделенный от самости. Невосприятие индивидуальности другого фактически означает его упразднение, удаление; партнер не рассматривается как сущность, личность с собственными правами. Это также происходит, если пациент отождествляет диагноста с плохим/хорошим частным объектом (интроектом), который он воспринимает не как часть своей самости и которого он отныне в другом отвергает, ненавидит, презирает и которому сопротивляется.

Дифференциально-диагностическое прояснение индивидуальности отношений в противоположность аперсональности, трехсторонности в противоположность псевдодиаде и монаде, важно также и для показаний к терапии: «озарение» и «толкование», равно как и «конфликт», представляют собой существенные элементы психоаналитически интерпретируемых вариантов подхода триадических констелляций. Их применение обосновано тогда, когда пациент способен переживать существование третьего объекта; не показан такой подход для пациентов с тенденцией к построению псевдодиадических или монадных отношений (Heigl-Evers, 1993).

Если пациент располагает доминантным *личностным образцом объектных отношений*, тогда следует обратить внимание на вопрос о значимой для патологии ранней трехсторонней констелляции, как она отражается в поле отношений диагностической ситуации.

При этом речь идет об:

- определении особого положения данной личности (пациента) в треугольнике (на каком месте она расположена?);
- определении инстинктивных и нарциссических потребностей, которые хотят удовлетворить друг за счет друга партнеры в треугольнике (чего хочет данная личность [пациент] и от кого?);
- определении модели взаимодействия в треугольнике (кто, как, с кем обращается?) (Heigl-Evers und Weidenhammer, 1988, с. 127).

Информация, необходимая для ответа на эти вопросы, может быть получена как в поле взаимодействий в ходе диагностики, так и на основании взаимодействий в пусковой ситуации и актуальных социальных взаимодействиях пациента, а также с учетом данных о взаимодействии со значимыми ранними референтными личностями.

– 200 –

В качестве третьего объекта в рамках отношений переноса-контрпереноса возникающих в ходе диагностического процесса, может быть представлена мать, которая реагирует в форме ревности и стремится помешать тому, чтобы пациентка (дочь), занимаясь психотерапией, посещала терапевта (отца). Это может стать заметно для терапевта тогда, когда он обнаруживает неудовольствие и досаду в отношении этой матери, так как она стоит на пути его влияния на выздоровление и благополучие ребенка. Таким образом намечается базовая трехсторонняя модель, в которой пациент находится между обоими ревностно соперничающими друг с другом объектами. Такой же образец может быть с большой долей вероятности обнаружен в текущих отношениях, возможно, также и в пусковой ситуации.

Третий объект может быть, разумеется, представлен скрыто, тайно; так, пациент может сам себе говорить о том, что он не справляется с требованиями учебы, которую он выбрал сам, и однозначно не справится с предстоящими экзаменами. Терапевт, исходя из своего контрпереноса, может в таком случае реагировать таким образом, что он будет находить эти жалобы раздражающими и будет настоятельно просить пациента засесть за зубрежку и просто приложить больше сил. Тогда формируется треугольник, в котором пациент чувствует сильное давление, исходящее от обоих объектов, требующего и наказывающего.

Пытаясь ответить на второй вопрос, нужно направлять усилия на то, чтобы выяснить *потребности и желания, формирующие конфликт*, о которых речь идет при рассмотрении возникновения неврозов (инстинктивные желания, нарциссические потребности, желания отношений, аффективные потребности). Следует - как в ситуации «здесь и сейчас», так и в текущем социальном и в раннем поле отношений, а также в конstellациях пусковой ситуации - определить, какие детерминанты желаний и влечений здесь присутствуют. В связи с этим можно ориентироваться на следующие описанные в литературе вопросы (Bothe-Weidenhammer, 1989; Hoffmann und Hochapfel, 1991; Waelder, 1960),

- Какая инстинктивная потребность (орального, анального, фаллического, генитального типа) наиболее заметна?
- Какие импульсы либидозного и агрессивного качества проявляются у пациента во взаимодействии? Какое либидозное или агрессивное удовлетворение приобретает пациент в результате своих действий?
- Какое подтверждение выносит он из своего способа презентировать себя и строить отношения с партнером?
- Какие действия по сохранению и контролю, действия в направлении обеспечения принятия себя совершает пациент?

В дополнение следует еще добавить вопрос о том, в какой степени присутствует потребность в наказании или потребность в вознаграждении, мести и восстановлении благополучия. Кроме того, следует установить степень выра-

женности потребности в близости или дистанции, в поддерживающей и весомой зависимости или в решительной автономии или автаркии.

Для ответа на третий из приведенных вопросов следует привлечь как информацию о собственно диагностической ситуации, так и о пусковой ситуации, об актуальном социальном поле отношений, а также о ранних конstellациях. Это необходимо для того, чтобы понять ставшие привычными для пациента предложения взаимодействия и ответные реакции его объектов. При этом большую диагностическую значимость имеет установление и точное определение аффектов, которые придают

определенный оттенок таким интеракциям в переживании пациента. В аспекте психологии аффектов здесь имеют значение как направленные на объект, так и направленные на самость аффекты.

Также когда в переживаниях пациента доминируют аперсональные объектные отношения, необходимо исследовать трехсторонние образования и варианты развития.

При рассмотрении первого вопроса - об особенном положении пациента в треугольнике отношений - может выясниться, что третий объект не имеет никакого личностного существования; что скорее существует (псевдо-) диадическая констелляция, которая в основе своей монадна.

При дальнейшем диагностическом прояснении второго вопроса (чего хочет этот человек [пациент] и от кого в треугольнике?) он модифицируется в вопрос о том, чего хочет пациент от относящегося к нему (псевдо-)диадического объекта. Спектр ответов широк: он, вероятно, хочет, чтобы идеализированный вследствие этого объект служил преображению его самости, или он хочет, чтобы, взяв на себя защиту от раздражителей, объект обеспечил бы ему благополучие или чтобы он был в постоянном распоряжении для удовлетворения инстинктивных желаний орального характера (постоянный доступ); или он хочет, чтобы объект сдерживал свои агрессивно-садистские инстинктивные потребности или, наоборот, всегда был доступен для удовлетворения мазохистских потребностей наказания. (Псевдо-) диадический объект необходим в связи с потребностями в автономии/зависимости, или он рассматривается в отношении эксцессивной зависимости как предмет симбиотического слияния, или жестко отталкивается вследствие потребностей в автономии или автаркии. Нередко (псевдо-) диадический объект становится адресатом сильного аффекта мести с относящимися к этому импульсами враждебности или же эксцессивными требованиями восстановления благополучия.

Вопрос о модели взаимодействия - здесь в псевдодиадической констелляции - может преобразоваться так: существуют (аперсональные) формы отношений, которые характеризуются односторонним или взаимным преобразованием или односторонним или взаимным презрением и обесцениванием, дальнейшими отношениями по образцу страдания и причинения страданий (отношения палач-жертва), модусом эксплуатации и бытия эксплуатируемым или

- 202 -

же модусом получения и слияния, которым, вероятно, соответствует требуемый необходимый объект; речь идет об образце отношений неограниченной зависимости, к которому объект приспосабливается, о формах отношений одержимой скованности, к которым объект идет навстречу с соответствующей готовностью.

Эти модусы взаимодействия проявляются, как правило, в диагностическом процессе ситуативно, через быстро и импровизированно следующие друг за другом инсценировки; для формирования клинических заключений важно определить, можно ли обнаружить и распознать соответствия этому в актуальных социальных отношениях, в отношениях пусковой ситуации и, возможно, в отношениях ранних и более поздних периодов жизни.

### **3.3. Техники диагностического заключения**

Чтобы достигнуть диагностически необходимого прояснения разрушенных смысловых взаимосвязей, ложных связей, блокирования определенных частей переживаний, грубой недооценки реальности, отрицания тяжелого дефицита, наряду с

описанными формами восприятия необходим инструментарий диагностических заключений.

Семантическая расшифровка психоаналитической диагностики происходит при помощи заключений различного рода. Говоря о таком заключении, имеют в виду не прямое знание; его следует отличать от смыслового и чувственного знания, связанного с данными наблюдений (Bochenski, 1965; Colby, 1960). В психоаналитической диагностике играют роль - среди прочего - следующие диагностические заключения (см. Heigl, 1969).

1. *Вывод ex silentio* или *ex omissione*. Явные пропуски и пробелы в рассказе пациента также имеют информационную ценность. Фрейд в 1938 году писал об этом:

«Мы строим свои наблюдения посредством одного и того же аппарата восприятия (то есть того же, что и в других науках), именно на основании пробелов в психическом, дополняя пропущенное посредством естественных умозаключений и переводя его в сознательный материал. Тем самым мы восстанавливаем сознательный ряд дополнений к бессознательному психическому. На обязательности этих заключений покоится относительная надежность психической науки» (ПСС XVII, 1938, с. 81).

Пациент представляет: «Я вижу руку». Он выдает ассоциации к слову «рука» и при этом, при долгом ассоциировании, он и не думает о том, что рукой можно погладить другого человека; он не может припомнить случая, чтобы он хоть раз гладил другого человека. Отсутствие таких воспоминаний можно свести к выпадению проявлений нежности, обусловленному конфликтами.

– 203 –

2. *Вывод post hoc ergo propter hoc*. Здесь из временной последовательности, из временного соединения делается заключение о причинно-мотивационном соединении. С точки зрения логики на основании простого временного совпадения делать вывод о причинной связи недопустимо; при этом, однако, продолжает существовать возможность, что последующее соответствует предшествующему. Из опыта психоанализа известно, что при временном совпадении определенных ассоциаций пациента почти всегда может быть найдена и причинная взаимосвязь, что временной последовательности соответствует причинная.

Когда пациент в начале аналитической сессии говорит: «Сегодня у меня нет сна... Впрочем, в последний раз я разозлился на Вас», - тогда мы можем допустить, что последовавшие друг за другом сообщения имеют между собой нечто причинно-мотивационное. Можно предположить, что пациент потому не запомнил свой сон, что он (бессознательно) опасался, что через сон и его проработку может проявиться агрессия по отношению к терапевту, которую он из-за ее содержания или интенсивности не может допустить.

3. По *отклонению воспринятого от его обычной формы* можно заключить о невоспринятом. Систематическое различие «сознательного» (воспринятого) и динамически «бессознательного» (невоспринятого) означает, что законы, которые справедливы для воспринятого, отличаются от тех, которые действуют в бессознательном; это ведет, правда, к уже описанным выводам (Rapoport, 1959, с. 59). Такие заключения естественны, например, при ошибочных действиях.

Так, уже достаточной пожилой человек, который неоправданно долго был вынужден ждать ухода своего предшественника по службе, говорит в окончании тоста:



«Так давайте же ударим («aufstossen» вместо «austrinken» - выпьем за здоровье) по здоровью моего почтенного предшественника, господина профессора Н.!»

4. На основании *неадекватности воздействия воспринимаемого* делается вывод о том, что здесь имеет место *влияние, не-воспринятого, латентного* (Rapaport, 1959, с. 50).

Пациент, ассистирующий врач в клинике, говорит о том, что похвала главного врача в отношении его деятельности на отделении вызвала у него достаточно сильное ощущение неловкости. Он почувствовал себя в связи с этой похвалой как-то скованно и поэтому попытался ослабить это ощущение. Некоторое время спустя, во время анализа, он вспомнил, что главный врач и раньше, при передаче ему управления отделением, хвалил его и при этом выразил надежду, что наконец-то на отделении снова начнется научная работа, как это имело место несколько лет до этого, когда отделением руководил другой врач. Он почувствовал себя обязанным организовать работу ожидаемым образом, хотя до сегодняшнего дня не знал, хочет ли он этого на самом деле. О детстве

– 204 –

было известно, что пациент часто чувствовал себя «вывеской» тщеславного отца. Из похвалы начальника (воспринятого) через вызванное в связи с этим у хвалимого ощущение неловкости (влияние не-воспринятого) делается вывод о бессознательной установке протеста, первоначально против честолюбивых ожиданий отца в детстве (скрытое).

5. Заключение исходя из *наблюдаемого (воспринимаемого) крайнего (радикального) поведения* о другом, в данный момент *ненаблюдаемом (не воспринимаемом), направленном в противоположном* или в каком-либо другом *направлении крайнем* поведении; мышление в парах противоположностей. Мышление в парах противоположностей можно обосновать следующим образом. Радикально окрашенное поведение, например, чрезмерная скромность, позволяет предположить наличие противоположных этому тенденций поведения той же степени интенсивности. В этом случае жадность и чрезмерная требовательность должны осуществлять противодействие; делается заключение, что такие тенденции противодействия имеют место бессознательно.

Ниже мы хотим рассмотреть формирование заключений на клинических примерах.

### 3.4. Клинические примеры

#### *Пример I*

Речь идет о первичной диагностической беседе с 30-летней женщиной, которая около года назад успешно завершила обучение по специальности «социальный работник», однако до сих пор не предпринимала попыток получить работу по своей специальности. Слегка полная, небольшого роста, небрежно одетая женщина кажется на первый взгляд беспокойной и чрезмерно подвижной. Без всякого предисловия, она сразу же начинает рассказ о жалобах. Она сообщает о том, что боится отказа, это проявляется почти в каждой работе, особенно тогда, когда она обдумывает начало вхождения в свою профессию; этот страх часто связан с неожиданно появляющимися депрессивными настроениями, которые при случае усиливаются вплоть до суицидальных тенденций. Мимоходом она сообщает о нарушениях сна и тяжело переносимой внутренней напряженности, даже расщепленности, из-за которой она

беспокоится особенно сильно. Далее она говорит о том, что после того, как прошел целый год с момента окончания ее образования, она чувствует потребность начать работу по полученной специальности. Она добавляет, что в этом отношении не предпринимала до сих пор никаких попыток.

«На самом деле я, собственно, еще не хочу этого по-настоящему - с другой стороны, я, наверное, теряю профессиональные навыки, ну посмотрим! Возможно, я поговорю еще раз с моим знакомым об этом, или я спрошу доктора (лечащего домашнего врача), что он об этом думает».

– 205 –

После рассказа о своих жалобах пациентка начинает вести себя по-другому: ее голос становится ломким, она поникла, черты ее лица становятся менее выраженными, взгляд стал ненаправленным, стиль ее рассказа теряет согласованность.

Какой вывод здесь напрашивается? Было очевидно, что последовало изменение поведения пациентки, и появилась психически-телесная слабость. Следует прояснить, соответствует ли этому *post*, временному совпадению описания проявления болезни и заключительному ослаблению, спаду, начавшемуся замешательству, причинная взаимосвязь, *propter*; следует также спросить, могут ли быть причинным образом связаны озвученные жалобы с возникшим чувством беспомощности? Другими словами, могут ли проявившиеся симптомы относиться к последствиям, к влиянию психофизического ослабления, состояния, в котором пациентку покидают силы и в связи с этим возникают функциональные ограничения? Диагност говорит: «У меня сложилось впечатление, что в настоящий момент Вы себя не очень хорошо чувствуете, возможно, чувствуете себя жалкой». Пациентка направляет на терапевта свой взгляд так, как будто она от него чего-то ожидает, еще чего-то хочет; врач размышляет о том, что демонстрируемое поведение, общее ослабление, беспомощность, бессилие, связанное с направленным на других ожиданием, соответствует противоположной крайности поведения во внутреннем плане пациентки, которую она сама не осознает. Это противоположное поведение может состоять в непосредственной ставке на силу, в фаллической потенции. Диагност обдумывает, ожидает ли пациентка, которой такое развертывание силы мерещится в собственном внутреннем мире, этой потенции от других, от мужчины, ее знакомого, ее врача и, наконец, от психотерапевта. В ходе дальнейшего диагностического прояснения выяснилось, что у пациентки есть отец, который всегда готов немедленно предоставить ей в распоряжение свою инициативность, свои силы, если она не может положиться на свои собственные, отец, который таким образом всегда готов помочь дочери.

### Пример 2

Если первый вводный шаг диагностического или дифференциально-диагностического прояснения привел к выводу о том, что актуальное переживание и поведение пациента определяется преимущественно посредством частных объектных отношений, тогда необходимы другие установки и другие вопросы для детализированного прояснения ситуации. Диагностам в этом случае, когда речь идет о целостных либо частных объектных отношениях, следует рекомендовать ориентироваться на аффекты, которые пациент первично вызывает у диагноста. Надо понять, можно ли приемлемым образом включить этот аффект в частные или целостные объектные отношения, причем более сильный

– 206 –

аффект часто уже сам по себе указывает на частные объектные отношения. Эти установки и варианты подходов должны быть рассмотрены на небольшом примере (см. Heigl-Evers und Standke, 1991, с. 48).

Диагност рассказывает супервизору следующее:

«Он всегда так тяжело садится в кресло, и при приветствии он подходит ко мне вплотную. Я всегда глубоко вдыхаю, когда он входит в мой кабинет; он занимает так много пространства; он прижимает меня к стене, и я иногда думаю, он мог бы дать волю рукам, без всякого повода для этого».

Первый вопрос сводится к следующему: как выглядит обстановка, в которой находятся оба человека, пациент и диагност? В описанном случае становится ясно, что терапевт, как один из двух объектов, движимый страхом и беспомощностью, пытается уклониться от другого, что он хочет отдалиться, в то время как другой, пациент, стремится подойти совсем близко, угрожающе близко, поэтому у диагноста возникает сильный страх возрастающей близости (объект как бы воспринимается его кожей).

Следующий диагностический вопрос звучит так: что ищет пациент в диагносте, какое состояние недостаточности подталкивает его к тому, чтобы определенным образом подавлять другого?

Из поведения пациента можно заключить, что он, подталкиваемый постоянной потребностью в надежности и защите, активно и жестко требует того, чтобы гарантированно получить удовлетворение этой недостаточности от другого. Диагност должен быть доступен для пациента таким образом, чтобы постоянно гарантировать для него надежность, защищенность и благополучие, тем самым он должен взять на себя функцию, которая, собственно, относится к саморепрезентациям пациента.

Субституирование, которое имеет место у пациента с такими нарушениями, может быть связано с установлением связи между различными регуляциями; здесь может идти речь об удовлетворении инстинктивных желаний гарантированным частным объектом, о том, чтобы придать пациенту общую уверенность; в дальнейшем частному объекту может передаваться функция посредничества в переживании постоянно согревающей привязанности и близости или же в переживании дистанции, которая защищает от опасности автономии и запущенных вследствие этого жестких аффектов и инстинктивных порывов. Также может идти речь о регуляции вины, обвинений и угрожающего наказания при помощи частных объектов; такой объект может стать носителем экстернализированной вины. Частному объекту также может приписываться функция разрешения потребностей пациента.

Далее внимание пациента служит *функциям Эго*. Как изменяет Эго свои функции, как оно одновременно моделирует свою структуру, чтобы способствовать субституированию внутреннего частного объекта при помощи внешнего? Говоря о субституировании частных объектов, следует отметить: до тех

пор пока внешний субститут выполняет (или кажется, что выполняет) приписанные ему функции регуляции, он идеализируется пациентом; если же он эти функции не выполняет или выполняет в недостаточной мере, то он рассматривается в другом свете, воспринимается как плохой и злой, обесценивается.

Тогда Эго как организатор внутреннего и внешнего приспособления должно решить возникшую задачу, для чего используются защитные мероприятия Эго, такие как примитивное идеализирование или примитивное обесценивание, чтобы соответственно модифицировать внешнее восприятие субститута; это имеет следствием

ограничение проверки реальности. В дальнейшем, чтобы сохранить конгруэнтность внутреннего частного объекта и внешнего субститута, могут быть использованы такие механизмы как расщепление и проективная идентификация. Кроме того, к защитным механизмам Эго могут относиться: запуск определенных аффектов, таких как ярость, ненависть и отвращение, мобилизация хронических агрессивных (мстительных) аффектов, таких как язвительность, ярость, гнев, раздражительность, а также хронические аффекты чрезмерного восхищения.

В описанном выше примере, как можно заключить по поведению пациента, функция Эго по обеспечению толерантности к фрустрации заметно ограничена, равно как и восприятие личности другого (его авторитета), функция антиципации эффекта собственного поведения по отношению к другим и функция регулирования близости / дистанции.

Для диагностического суждения о структуре Эго особенно важно *аффективное переживание*; так, следует понять, насколько гипертрофированы переживаемые пациентом аффекты, насколько те или иные *компоненты* аффектов (экспрессивные, эндокринно-физиологические, мотивационные, перцептивные и, наконец, эмпатийные [эмпатия по отношению к себе и другим] либо особенно четко очерчены, либо вовсе не переживаются. Так, по поведению пациента в описанном выше примере можно сделать вывод, что у него агрессивный аффект, связанный с желаниями обладания и покорения, отчетливо проявляется в мотивационном, а также, вероятно, и в эндокринно-физиологическом компоненте, в то время как перцептивные и эмпатийные составляющие выпадают.

Также при работе с пациентами со структурными нарушениями процесс формирования клинических заключений опирается на поиск скрытого смысла в моделях поведения больного, на установление взаимосвязей, которые позволяют удовлетворительным образом прояснить наблюдаемое поведение; следует проверить еще раз, присутствуют ли подобные смысловые взаимосвязи также и в биографической последовательности, особенно на самой ранней фазе и в пубертате, а также в ходе развития заболевания (пусковая ситуация).

При *дешифровке скрытых смысловых взаимосвязей* спонтанная аффективная реакция диагноста, реакция быстро устанавливающегося контрпереноса, является очень существенной. Конечно, этот момент можно использо-

– 208 –

вать только после того, как терапевт смог отстраниться от своих часто жестких спонтанных аффективных реакций и тем самым приобрел возможность для рефлексии.

Такое дистанцирование или отстранение необходимо еще и потому, что оно через создание границы между пациентом и личностью диагноста вводит в диагностические отношения принцип третьего. Ситуация становится для диагноста трехсторонней; устраняется опасность мешающей, препятствующей ясности фиксации и слияния в смысле монадных/псевдо-диадических отношений. Диагност получает возможность выявлять несовместимости и дефициты пациента, а также возможность их интерпретации или толкования, которые, как правило, не сообщаются пациенту.

В соответствии с ситуацией в подобном диагностическом процессе, с повышенным вниманием к рефлексии, переживание посредством распознавания и понимания (вероятное толкование) может быть переоформлено в ответ, который при случае может быть донесен до пациента. Если такое сообщение удастся, тогда пациент сталкивается с чем-то для него новым, неожиданным, на что он, в позитивном случае, реагирует изумленно, или удивленно, или озадаченно.

### Пример 3

Сейчас мы хотим показать формирование клинических выводов посредством казуистики, предназначенной для оценки динамики отношений, структуры личности, динамики конфликта, лежащей в основе симптомов, субъективной ценности симптома, истории образования компромиссов и, наконец, для терапевтического прогноза (см. Heigl-Evers, Heigl und Ibenthal, 1987).

Мы описываем последовательность формирования клинических выводов так, как она практиковалась в психосоматических и психотерапевтических клиниках в Геттингене, Тифенбрунне и Дюссельдорфе. В рамках предварительного амбулаторного обследования проводится первичная диагностика, которая, в первую очередь, служит для прояснения дифференциальных показаний к стационарной или ежедневной клинической терапии, после приема пациента в клинику или в дневной стационар формируется *глубинный психологический анамнез*; собираются по возможности полные данные о симптоматике и ее предыстории, прежде всего о ситуации, ставшей пусковой для данного симптома, о текущей ситуации в семье и прочих социальных отношениях пациента, о его жизненной истории, в особенности, о ее ранней фазе, пубертате и юности, а также о терапевтическом запросе. При этом одновременно проверяются психодинамические гипотезы, сформулированные в ходе первичного контакта при предварительном амбулаторном обследовании, и ставится структурный диагноз. На третьем шаге, так называемом *двойном осмотре*, пациента в присутствии первого исследователя обследует опытный терапевт, которому доверяют

– 209 –

задачи супервизорства. При тщательном наблюдении за переносом и контрпереносом и вытекающими из них инсценировками и реинсценировками еще раз продумывается и формируется в зависимости от обстоятельств структурный диагноз; еще раз проверяются показания, оценивается прогноз и составляется план терапии.

В ходе беседы во время предварительного амбулаторного обследования пациентка, 42-летняя домохозяйка, сообщила о своей агорафобии, которая проявилась вскоре после замужества, 16 лет назад. Тогда из-за агорафобии пациентка в течение некоторого времени принимала препарат эфедрина, прописанный лечащим врачом, и пыталась избавиться от своих страхов, которые временами сопровождалась головокружением, тошнотой и рвотой, кроме того, по совету врача она начала выпивать по бокалу шампанского в день. Эта привычка выпивать привела в конце концов к явной алкогольной зависимости с ежедневным потреблением бутылки шнапса. Проведенное в связи с этим за несколько лет до нынешнего диагностического контакта лечение вызвало абстиненцию, продолжающуюся до сих пор.

Симптоматика, связанная со страхом, по словам пациентки, напротив, так усилилась в последнее время, что она не только боится находиться на улицах и площадях, но и вообще не может больше оставаться одна. В протоколе первого исследователя говорится:

«Госпожа О. Производит впечатление потрепанной и усталой женщины, возраст которой тяжело оценить. Во время беседы она судорожно старается не касаться темы своей симптоматики, например, часто смеется в тех местах, где это неуместно».

Он обсуждает вид и объем симптоматики: психические, физические и поведенческие нарушения оцениваются для терапевтического прогноза как негативные, в то время как положительная установка пациентки в отношении психогенеза ее нарушений рассматривается как прогностически благоприятная.

Пациентка к этому моменту уже завершила годичный амбулаторный курс психотерапии. Ее комментарий на эту тему: «Терапия ничего не дала».

Исходя из такой формулировки, можно заключить о наличии у пациентки установки, в соответствии с которой терапия *должна была ей что-то принести*; можно предположить, что она, в противоположность терапевту, занимает позицию пассивного ожидания и чувствует себя впредь в постоянной зависимости от того объекта, которым для нее является «лечение».

Сформулированная после первой диагностической беседы *психодинамическая гипотеза* звучала следующим образом: пациентка находится под влиянием конфликта отделения и индивидуации; она чувствует себя сильно зависимой от раннего материнского объекта, в то время как с другой стороны чувствуется нерегулируемая агрессивность в направлении независимости (автономии).

– 210 –

Во время сбора глубинного психологического анамнеза выяснилось: в дополнение к симптоматике наряду с уже упоминавшимися патологическими страхами (агорафобия, клаустрофобия и боязнь трамваев) и наряду с алкогольной зависимостью налицо часто проявляющиеся приступы плача, депрессивные настроения во время менструаций, головные боли, тяжелые нарушения засыпания и боли в животе при состоянии после *Ulcus duodeni* и *ventriculi* (Язвы 12-перстной кишки).

Рассказывая о своей жизни, пациентка говорит среди прочего об отце преклонного возраста, который работал служащим на почте и являет собой тип педантичного, очень дисциплинированного, строгого и чрезвычайно пунктуального работника; он не был склонен к проявлениям нежности. Она боялась, что он долго не сможет оставаться на работе, так как он уже был очень стар.

Мать (на момент рождения пациентки ей было 39 лет) описывается ею как очень сердечный, открытый, спонтанный и контактный на первый взгляд человек. При этом она достаточно сильно верила авторитетам, подчинялась властям и сама мало раздумывала. В детстве, ругая дочь за проступки, она часто угрожала ей полицией. Она так заботлива, что полностью подавляет другого. Пациентка всегда была избалована, и сегодня она все еще находится под опекой матери. Всякий раз, когда у пациентки сложности, ей хочется, чтобы рядом была мать.

Здесь обозначаются отношения к материнскому объекту, в которых можно увидеть маленького ребенка в ситуации не произошедшего отделения; ребенок который одновременно переживает мать как навязчиво опекающий и как приятно заботящийся объект, мечется между желанием остаться около матери, окружающей заботой, и отдалиться от ограничивающей матери.

Пациентка дает следующее самописание.

«В настоящий момент я - маленький, беспомощный ребенок, который везде ищет защиту, который предан и жаждет поддержки. Это совершенно ужасное чувство беспомощности. Я боюсь, иногда больше, иногда меньше. Я сомневаюсь, правильно ли это, должна ли я подвести черту под моей жизнью. У меня бывают мысли о самоубийстве. Я раздумываю, виноват ли брак, так как мой муж подавляет меня, стоит ли мне вернуться к М.» (то есть обратно к родителям).

Диагност на основании этих высказываний пациентки предполагает: пациентка видит себя в поле напряжений между зависимостью и автономией, закрепленной в позиции ребенка, маленького, беспомощного, обеспеченного защитой и заботой материнского объекта. Чувство ужасающей беспомощности, которое делает зависимость тяжело переносимой и толкает пациентку в направлении отделения, очень

быстро перерастает в страх; потому она не способна самостоятельно справиться со свободой действий. По отношению к родительским объектам, чрезмерно заботливой и поэтому ограничивающей матери, и именно через эту заботливость подавляющей, и к педантичному, строгому отцу, эта самостоятельность не могла быть приобретена.

Предлагающий

– 211 –

объект - «клиника» - вызывает сильные сомнения; он может разочаровать и через разочарование запустить ярость. Лучше уж самоубийство, чем участие этом процессе. Мысли о самоубийстве могут, кроме того, быть связаны с собственной переживаемой вместе с виной деструктивностью; здесь освобождение кажется ей возможным за счет того, что кто-то другой (подавляющий супруг) виноват во всем. Так как на самом деле нет удовлетворительно защищающего объекта, так как быть окруженной заботой и уходом означает быть ограниченной, так как дар свободы никогда не предлагался, так как агрессивность и деструктивность в конце концов могут быть направлены только против себя самой, для пациентки остается только одно - возвращение в исходную детскую ситуацию, в привычное поле напряжений семьи, которое, по меньшей мере, гарантирует относительную защиту.

На третьем и последнем шаге диагностического процесса осуществляется уже названный двойной осмотр - разговор с участием пациентки, первого исследователя и компетентного супервизора.

Во время короткой предварительной беседы между первым диагностом и супервизором, пациентка, которая должна была подождать 10 минут в холле, достаточно энергично стучит в дверь и открывает ее сразу же, не дожидаясь приглашения войти. Она слегка раздражена, говорит улыбаясь и спрашивает, очевидно обвиняя: «Вы обо мне забыли?!» Так, уже после 10 минут ожидания пациентка стала нетерпеливой, она разозлилась, поскольку испугалась, что про нее забудут. В актуальных отношениях к терапевту, как можно предположить, проявляется страх - страх разделения, страх быть забытой, покинутой важным в данный момент объектом. Из этого страха рождаются обвинения с оттенком злобы в адрес врача-супервизора, обвинения того содержания, что он недостаточно о ней заботится. Терапевт-супервизор отреагировал на жесткое вторжение пациентки, на ее самовольный переход установленных им границ аффектами, которые - к его собственному удивлению - были достаточно сильными. Он пережил сильную агрессию и с удовольствием выставил бы пациентку вон, почувствовал также отвращение, хотя в другое время она казалась ему приятной. Он почувствовал также что-то похожее на гнев: ты мне за это ответишь, ты будешь наказана. Терапевт, приведенный в смущение реакцией, которая явно не была соизмерима с ситуацией, впоследствии смог вспомнить об объекте, референтной личности из своего раннего детства, на которую он всегда одинаково реагировал в ответ на подавляющее, навязчивое, властное, требовательное поведение. Между пациенткой и врачом-супервизором возникла атмосфера интенсивного напряжения, характеризующая нерегулируемыми импульсами и тенденциями: властвования над другими, со стороны пациентки, и жесткого противодействия с желаниями удаления и обесценивания, со стороны диагноста; между тем третий объект - первый исследователь в диагностическом треугольнике - остался при этом вне отношений.

– 212 –

Терапевт, между тем, смог прояснить для себя возникшую маленькую инсценировку, осознав собственный ранний опыт со своеобразно-агрессивным объектом; он понял, что пациентка находилась под внутренним давлением агрессивных произвольных импульсов и оказывается под таким давлением тогда, когда объект, к которому она стремится, от которого она, возможно, ожидает помощи в регуляции, хочет от нее уклониться, отказывается, направляется против нее. Затем он решает - также и в отношении прогноза терапии - узнать, насколько пациентка считает себя готовой прояснить мобилизованные в таких ситуациях аффекты и условия их возникновения. Да, она не может ждать, говорит пациентка в ходе дальнейшей беседы; для нее это невозможно, она чувствует напряжение. Терапевт на это: «Да, Вы чувствуете напряжение, но также, возможно, злость и ярость?» Пациента соглашается с этой темой тут же, и в ходе дальнейшего разговора обсуждаются ситуации, в которых происходило то же самое. Когда врач-супервизор пытается ее подтолкнуть к тому, что там было что-то другое, что наряду с ее разочарованием и яростью было еще какое-то другое чувство, она задумывается ненадолго, однако сначала безрезультатно. Когда терапевт указывает на то, что она в таких ситуациях чувствовала себя не только разочарованной, но также и оскорбленной, она недолго размышляет, чтобы потом согласиться: «Да, и оскорбленной тоже». Здесь в диагностику вводится терапевтический элемент; врач-супервизор использует терапевтическую *технику идентификации аффекта и прояснения контекста*; при этом на первых шагах намечается рабочий союз с пациенткой. Она принимает подход терапевта и углубляется в себя, чтобы проверить, какие аффекты она может воспринять в обсуждаемых ситуациях.

Если, как в этом случае, уже запланированному предшествовало какое-либо другое лечение, это обсуждается в рамках второго обследования, при этом прежде всего в центре внимания оказывается мнение пациентки о предыдущей терапии: «Я могла высказаться. С одной стороны, я почувствовала облегчение, с другой стороны, мне стало тяжелее... Возможно, я не говорила обо всех страхах... У меня часто было такое чувство, что мои симптомы меня накажут; я была, возможно, даже слишком ленивой, я слишком мало делала, чтобы побороть мои страхи».

В этом месте диагност почувствовал легкую неловкость и прояснил для себя, что это чувство у него уже возникало, когда пациентка с такой готовностью откликнулась на его попытки дифференциации и прояснения аффекта. Неловкость могла быть связана с тем, что готовность к совместной работе так быстро сменила первоначальные агрессивные нападки; с этим, пожалуй, должно иметь что-то общее то, что после рассказа о предшествующей неудачной амбулаторной терапии, так сразу обнаружилось самокритичное, даже самообвиняющее поведение в отношении сопротивления, проявившегося в ходе лечения.

При следующей проверке своих аффективных порывов терапевт смог заметить, что ему стало легче, когда пациентка после начальной фазы жесткого агрессивно-аверсивного напряжения в отношениях между ними так быстро включилась и была настроена дружелюбно, и он смог преодолеть свои изначально сильные агрессивные аффекты в отношении нее. Он предположил, что пациентка имеет склонность к тому, чтобы идентифицировать себя с нападающим - в смысле подчинения. В дальнейшем он размышляет, что пациентка, пожалуй, использовала предыдущую амбулаторную терапию преимущественно для того, чтобы освободить себя от напряжения - не понимая его. Ему также бросается в глаза, что способ выражения пациентки скорее



неясный, чем точный. Он решил обратить внимание на то, нет ли у пациентки более сильной склонности отрицать право на сопротивление в терапии, вести себя в большей степени покорно, конечно, в смысле псевдопослушания, псевдоуступчивости.

Далее пациентка начинает спонтанно рассказывать о своем муже, что с утра он всегда бодрый, свистит и смеется, в то время как она утром, наоборот, плохо себя чувствует: «Мне хочется свернуть ему шею, - говорит она очень эмоционально, - когда он так свистит и улыбается». Здесь заметно, что супружеские отношения для пациентки по-настоящему в тягость, и, возможно, симптоматика имеет к ним отношение, вероятно, они провоцируют ее постепенное обострение. Сильные импульсы ярости, о которых пациентка сообщает в отношении утренних ситуаций в спальне, и которые, как предполагает диагност, являются результатом бессильной зависти к супругу, в связи с тем, что *он* чувствует себя хорошо, тогда как *она* должна страдать, не будучи виноватой.

В отношении прогноза терапии диагност полагает, что пациент, который переживает свое собственное страдание как в высшей степени несправедливое, необоснованное, менее готов к кооперативной терапии (такой как психоанализ), что он переживает нагрузку, определенный тягостный труд такого лечения как требование, что для него представляют проблему усилия по обеспечению открытости общения и для того, чтобы вынести неудобную правду, чтобы отказаться от немедленного удовлетворения и успеха, чтобы бороться за приобретение осознания собственного сопротивления.

Указания на низкую толерантность к фрустрации пациентка предоставила тогда, когда говорила о своем раннем злоупотреблении алкоголем:

«Врач посоветовала мне ежедневно утром выпивать бокал шампанского... а это переросло постепенно в бутылку шнапса. Я даже слегка была удивлена тем, как такое могло произойти со мной».

Врач-супервизор понимает, что при низкой фрустрационной толерантности у пациентки есть склонность встречать нездоровье, расстройства и тягостные аффекты орально-материальной подпиткой в форме наркотического вещества; из-за этого, как можно предположить, уменьшается интенсивность ее восприятия, как внутреннего, так и внешнего, и порог раздражения посте-

– 214 –

ленно повышается. Также эти заключения указывают на опасность ограничения контроля Эго за нарастающими неприятными ощущениями и аффектами. Намечается определенная форма покорности, псевдоуступчивости, которая на этот раз напоминает поведение Тили Уленшпигеля: она следует терапевтическому предписанию своего врача выпивать ежедневно бокал шампанского; и из этого - к ее собственному удивлению - вытекает, в конце концов, бутылка шнапса *pro die*!

Врач-супервизор интересуется обстоятельствами, сопровождавшими первое проявления симптоматики страха в жизни пациентки, которые - как уже замечено в анамнезе - связаны с ее *очень ранними воспоминаниями детства* (6 лет): «Это было начало школы, мама оставила меня, несмотря на все мои крики и слезы. Учительница была вынуждена крепко меня держать. В знак протеста меня вырвало. Я до сих пор этого не простила моей матери!» В связи с последовавшими вопросами она продолжает: «Я чувствовала себя совершенно покинутой. Я никак не могла понять мою мать. Никак! И что она оставила меня несмотря на мои крики и плач! Я просто не могу ей этого простить... Еще полгода я кричала во все горло!»

Пациентку довольно сильно возмутило замечание терапевта о том, что другие дети спокойно перенесли тоже самое. После того, как терапевт сделал такое заявление, он сам ощутил определенный ужас от того, что здесь с ним произошло. Он в этом высказывании идентифицировал себя с матерью пациентки и тем самым, потерял нейтралитет терапевтической позиции. Это был неверный, агрессивный шаг в отношении пациентки. Он смог понять, что контрперенос, который он здесь продемонстрировал, все еще связан с отвращением, которое пациентка вызвала у него своим первоначальным поведением (произвольное вторжение в его кабинет). Возмущение, которое возникло у пациентки, связано, вероятно, еще и с тем, что она испытывала особую нужду в терапевте, а он показал этой репликой, что не понял и не принял ее, как в свое время ее мать. Вследствие сильной зависимости от материнского объекта, которая является результатом слабости собственной регуляции (регулирующий объект недостаточно интегрирован в Эго), это переживается весьма жестко. Мать усложнила ей обращение с агрессивными порывами еще и тем, что она практически никогда не извинялась за высказанные и невысказанные упреки, то есть не обращала внимания на упреки вины ребенка, не принимала их всерьез. Пациентка впала сначала в состояние беспомощности, которое затем привело к возмущению и ярости: как можно со мной обращаться так, не зная меня ни внутри, ни снаружи. После того как терапевт осмыслил все это, он сказал: «Я смог понять, что мое замечание Вас разозлило, оно на самом деле было несколько неподходящим». После этого высказывания было заметно, что пациентка удивилась. Возмущение как аффективный сигнал должно было сообщить адресату: со мной произошла ужасная несправедливость.

– 215 –

При *диагностическом и прогностическом формировании заключений* во время этого второго обследования было рассмотрено следующее: при разработке конфликта отделения/индивидуации, как он, по-видимому, нашел свое отражение в переносе, с проекцией вины на терапевта, он же мать, и относящейся к этому скрытой деструктивной агрессивности (ярость), должна была быть прояснена сигнальная и коммуникативная функция аффекта возмущения. То есть пациентка сначала должна была пережить то, о чем ей говорит возмущение, а именно что с ней несправедливо обошлись - на самом деле или фиктивно. В дальнейшем она должна понять действующие взаимосвязи возникновения аффекта возмущения; в противном случае аффекты сильного возмущения, снова и снова демонстрируемые ею, могли бы привести к сильному сопротивлению в терапии. Впредь в терапии этой пациентки следует обратить внимание на ее бессознательную склонность проецировать вину, которая могла бы проявиться в тенденции, такой как приписывание вины за все обиды, сначала матери, позже супругу, теперь - терапевту. При этом следует также обратить внимание на то, виноват ли на самом деле и если виноват, то в какой степени, терапевт (учитывая его перенос по отношению к пациентке).

Когда диагност в ходе беседы во время вторичного обследования указывает пациентке на то, что она должна принять решение о стационарном лечении с амбулаторной контактной терапией продолжительностью приблизительно 3 или 4 года, она не выказывает никакого удивления. Кажется, что ее такая перспектива даже обрадовала; это выглядит так, как если бы терапия продолжалась бы недостаточно долго. Она говорит: «И десять лет было бы для меня несложно!»

Диагност насторожился в этом месте, он чувствует немного более сильный аффект, который связан с мыслями: «Это тебе бы так подошло! 10 лет - со мной

никогда!» Таким образом, в отношении к пациентке у него вновь появляются авersive и агрессивные аффекты, связанные с желанием отдалиться от пациентки, оттолкнуть ее от себя, как он сам замечает, при этом он отчетливо чувствует, что эта реакция имеет нечто общее с его собственным ранним опытом. Напрашивается вывод, что эта пациентка имеет тенденцию устанавливать отношения зависимости. В связи с этим он задумчиво замечает: «Вы думаете о жизни с терапией, с терапевтом-мужчиной или женщиной?» Когда в дополнение к этому обсуждается тема целей лечения и терапевтического договора, пациентка говорит: «Что я лучше смогу обходиться со своими страхами, но я бы не хотела терять их полностью!»

Пациентка, говоря это, вела себя спокойно; она с определенностью установила, чего она хочет или не хочет в отношении своих симптомов, тем самым, она определяет достаточно очевидную границу терапевтических усилий и изменений. Пациентка, производившая впечатление достаточно неуверенного человека, неожиданно превратилась в спокойную, держащую себя в

– 216 –

руках женщину. Диагност отмечает у себя в ответ на это аффект позитивного удивления, да, разновидность повышенного интереса к женщине, образ которой до этого момента был размыт, слабо очерчен. Ему также импонирует, что она в этом высказывании противопоставляет ему собственную точку зрения, так как она, вероятно, исходит из того, что терапевт хочет, по возможности, полностью устранить ее симптомы. Дальнейший ход беседы наводит диагноста на мысль о том, что пациентка переживает свои страхи, также как и выражение особенной чувствительности, как нечто ценное, что является отличительной чертой ее личности. Сама она описывает свою чувствительность следующими словами: «Чувствовать, когда другому плохо, чувствовать, как другой относится ко мне; у меня богатая фантазия!» Пациентка опасается, по предположению диагноста, потерять вместе со своей фобической симптоматикой и способность к особому рода чувствительности; так как она тесно связана для пациентки со страхом. Она опасается, что исчезновение ее симптомов может быть тождественно потере важной для нее способности к эмпатии. Возможно, допускает диагност, пациентка при коммуникации с другими использует механизмы проективной идентификации, которые одновременно служат как целям защиты, так и целям коммуникации.

Терапевт интерпретирует поведение, продемонстрированное пациенткой, с точки зрения диагноза и прогноза следующим образом: «чем дольше будет длиться терапия, чем больше усилий должно быть приложено для того, чтобы ее страдания исчезли, тем больше все люди заметят, в особенности почувствует ее я мать, как велика ее вина; она не сможет от меня так легко отделаться! - И что она меня оставила, несмотря на все мои крики и плач! Я это просто не могу ей простить...» - Это приписываемая матери ответственность за вину в сочетании с делегированием функций регулирующего относительно скрытые произвольные импульсы объекта терапевту, образует, по видимому, предпосылку основного сопротивления в ходе терапии. Далее диагност размышляет, что здесь следует разобраться и с *негативной терапевтической реакцией*, которая, как известно, представляет собой труднопреодолеваемое сопротивление; он высказывается в том смысле, что каждый раз, когда после прогресса в анализе можно было бы ожидать улучшения симптоматики, наступает ухудшение, как если бы больной предпочел страдание выздоровлению. Фрейд свел эту кажущуюся парадоксальной реакцией к существованию бессознательного чувства вины, которое - также бессознательно - требует наказания, например, через продолжение страданий.

Для этой пациентки улучшение означало бы также освобождение матери от виновности, оправдание ее. Освобождение материнского объекта от виновности означало также отказ от проекций вины; то есть переживание собственной вины становится мишенью для деструктивно-агрессивного Суперэго, что приводит к высвобождению непереносимых чувств вины и стыда.

– 217 –

Итак, каким образом теперь можно сформулировать результат отдельных шагов описанного процесса клинического формирования заключений (в рамках вторичного обследования)?

Доминирующий тип объектных отношений, как он наметился в инсценировке, определенной переносом и контрпереносом, между пациенткой и диагностом, характеризуется со стороны пациентки выраженной потребностью в зависимости, которая подталкивает ее к другому, при этом она может быть навязчивой, что становится для партнера крайне неприятным. Пациентка ищет зависимости и привязанности к объекту, так как она желает, чтобы он ее защитил, в особенности от ее собственного бессознательного агрессивного сексуального произвола, который она переживает как угрожающий и пугающий. Она видит в другом «регулирующий объект» (Koenig, 1981). Такая зависимость от объекта делает пациентку особенно уязвимой к отделению и состоянию покинутости. Она не позволяет объекту оставлять ее одну, переживает отделение в большей степени как его моральную вину, на которую реагирует сильным возмущением.

Объектные отношения, к которым преимущественно стремится пациентка, предполагают для нее дальнейший отказ от свободы и автономии; потребности, которые ею мало осознаны или полностью неосознаны, которые ее, однако, каждый раз подавляют все сильнее; так как автономия означает для нее произвол, то происходит мобилизация страха.

Таким образом, переживание пациентки определяется конфликтом зависимости/автономии, противоречащими друг другу импульсами привязанности и отделения. Потребности в зависимости и привязанности, во внешней регуляции являются доминантными и в дальнейшем осознаются, потребности в самостоятельном поведении защищаются и являются бессознательными. Эти объектные отношения означают превращение неразрешенной детской привязанности к матери, которая переживалась ребенком с самого раннего периода, в подавляющее и собственническое попечение; это произошло предположительно также и потому, что «третий объект» в семейной триаде, отец, был упрямым, морально-ригидным и нечувствительным перфекционистом.

Пациентка переживает состояние покинутости как травму, как это представляется особенно явно в ее воспоминаниях о начале обучения в школе, как она была покинута матерью и пережила мучение страхом чуждого, прежде всего также собственного бессознательного произвола, как она воспринимала детей одного с собой возраста ни в коем случае не как взрослых, но «как еще маленьких». Пациентка имеет сильную тенденцию приписывать покидающему объекту вину за его измену (причиненная им травма отделения) и ее следствия, развивать в отношении него аффекты злопамятности, даже недоброжелательности. Относящиеся к этому импульсы мести перерабатываются так, что становятся мазохистскими, то есть на объект оказывается давление, окрашенное садиз-

– 218 –

мом, в то время как она морально-мазохистски конфронтует со своими собственными страданиями, которых на основании этого она должна безусловно придерживаться.

В отношении объекта, с которым она чувствует себя связанной зависимостью, пациентка, с одной стороны, ведет себя покорно и интенсивно демонстрирует гибкость и повиновение, с другой стороны, заметны ростки протеста и бунта, которые проявляются частично в упомянутых порывах к мазохистско-моральному триумфу, а также разновидность чрезмерно подчеркнутого покорного поведения, которое может принимать черты поведения Тиля Уленшпигеля (см. поведение пациентки в отношении врача, посоветовавшего ей шампанское). Эго пациентки под влиянием описанных объектных отношений имеет тенденцию к снижению толерантности к фрустрации, к ограничению внутреннего и внешнего восприятия в конфликтных областях, в дальнейшем к ограничению функции самооценки и оценки окружающих в конфликтных зонах. Эта адаптация, являющаяся результатом работы Эго, слаба по своей структуре. Нормы Суперэго частично ригидны, жестки, подавляющи, обстоятельны и недостаточно интегрированы в Эго.

Описанный диагноз с его фобическими и мазохистскими (также мазохистски-мстительными) элементами определяет следующие цели терапии: способствовать осознанию описанных взаимосвязей конфликтов зависимости/автономии, в особенности возложения виновности и возникновения собственной недружелюбности при оказании морального давления, которое обосновано готовностью к мазохистскому страданию; и их проработке. Эти цели - так можно предположить в отношении прогноза - тяжело достижимы, потому что элементы недружелюбия и стремления к мазохистскому триумфу имеют тенденцию к хронификации; симптоматика предполагает также определенное нарциссическое приобретение удовольствия (симптомы страха тождественны для нее чувствительности, эмпатии и также, в скрытой форме, определенной возможности контроля над окружающими). Кроме того, в связи с защищенными садистско-деструктивными произвольными импульсами следует допустить существование более сильных бессознательных чувства вины и потребностей в наказании, которые могут привести к негативным терапевтическим реакциям. Собственное страдание не может быть прекращено, поскольку потребности в наказании должны быть удовлетворены и в то же время должно быть снижено противостояние с собственным чувством вины.

Названные цели представляются достижимыми посредством установления невроза переноса, через аналитическую работу над переносом (Коегпег, 1989). При этом внимание следует направить главным образом на описанное сопротивление, как оно проявляется в переносе. Терапия должна проходить так, чтобы врач и пациент сидели лицом друг к другу и имели возможность в полной мере увидеть и оценить все мимические выражения аффектов, потому что только

тогда они могут быть прояснены. Что пациентка имеет определенный доступ к терапевтическому обхождению с ее аффектами, показывает ход беседы при вторичном обследовании: «Мать была достаточно наказана отцом, я, пожалуй, даже испытываю сострадание к ней. Отец был много старше, чем она». При этом в ее голосе слышится некоторое удовлетворение. Врач-супервизор говорит на это, вопросительно улыбаясь: «Никогда не забывай слонов?» - и беседует с ней о ее тенденции пребывать в состоянии мстительной злопамятности; пациентка может встретить улыбку, как предполагает

врач-супервизор, с пониманием. Удовольствие говорит здесь об удовлетворении совершенной мести: существует, слава Богу, уравнивающая всех справедливость; кто поступает со мной плохо, с тем также произойдет что-нибудь неприятное. В ходе терапии при помощи прояснения аффектов такие взаимосвязи могут быть донесены до осознания пациентки.

### **3.5. ВЫВОДЫ**

В качестве обобщения можно сказать следующее: в небольшой зарисовке мы представили диагностический подход Фрейда раннего периода психоанализа и пять диагностических методов, которые используются в сегодняшней клинической практике: первичное аналитическое интервью, глубинный биографический анамнез, структурированное интервью, операционализированная психодинамическая диагностика (OPD) и диагностический подход в психосоматическом сопровождении. Затем мы представили наш собственный подход. Исходя из определения доминирующего типа объектных отношений (персональные или аперсональные), в случае доминирующих отношений к целостным объектам (неврозах) мы ориентируемся на предложенные Хоффманном и Хохапфелем (Hoffmann und Hochaepfel, 1991) вопросы, в случае доминирующих отношений к частичным объектам (структуральные нарушения) - на собственный список вопросов. Эти два примера диагностического прояснения, направленного на патологии конфликта и на патологии развития, показывают, как разрабатываются основанные на теории выводы, которые в конце концов ведут к формулированию диагноза.

- 220 -

## **МЕТОДЫ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

### **1. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ**

При изложении диагностики, как мы ее понимаем и используем, возникает дифференциально-диагностическая дилемма, отражающая две психопатологические модели: модель патологического конфликта, с одной стороны, и модель патологического или травматогенного развития - с другой. Исходя из этой дихотомии, выявляются соответствующие дифференциальные показания, в результате чего встает вопрос о том, какие психотерапевтические средства, какие приемы и методы будут эффективны при тех или иных конкретных нарушениях и позволят добиться поставленных терапевтических целей.

Если говорить о различии между *селективным и адаптивным подходом* (Zielke, 1979), то мы склонны отдавать предпочтение адаптивному подходу, другими словами, тому, чтобы провести больному, обратившемуся за психотерапевтической помощью, такой курс лечения, который возможно более полно соответствует его нарушениям в их индивидуальном проявлении, наиболее приспособлен к личным особенностям конкретного больного человека.

Как результат критического рассмотрения вопроса об адаптивном подходе, ниже мы приводим описание трех случаев из психотерапевтической практики, речь при этом идет о различных методиках с использованием разных терапевтических приемов, но ведущих к одной и той же цели (см. Neigl, 1972). Мы имеем в виду методику классического психоанализа (индивидуальной аналитической психотерапии), индивидуальную психотерапию, основанную на психологии подсознательного, или

(аналитически ориентированной) глубинной психологии и психоаналитическую интерактивную индивидуальную терапию. Каждая из этих методик, если ее адаптировать к работе с группой людей, может быть также использована в малых группах в виде психоаналитической групповой терапии, групповой аналитически ориентированной терапии, основанной на психологии подсознательного, и в виде психоаналитической интерактивной групповой терапии.

Наряду с дифференциальными показаниями, которые определяют использование одной из этих методик, необходимо подробно описать те условия, в которых должна проходить терапия, и разъяснить, как вписывается в эти конкретные условия та или иная методика (1981). Речь идет о таких вопросах: можно ли осуществлять лечение данного пациента амбулаторно или он должен находиться под наблюдением целый день, в последнем случае имеет зна-

– 221 –

чение, нуждается ли пациент в круглосуточном стационаре или достаточно дневного. После выяснения этих вопросов в каждом случае нужно решить, какую комбинацию терапевтических методов надлежит использовать на том или ином этапе лечения. Может получиться так, что для пользы пациента необходима комбинированная индивидуально-групповая терапия, то есть нужна комбинация, которая наряду с диадическим полем отношений создаст более просторное, трехстороннее, поле отношений. Может получиться и так, что пациенту (обычно в случаях психосоматических заболеваний) дополнительно требуется еще и соматическая терапия. К тому же в рамках подобной комбинации могут быть показаны арт-терапия и музыкотерапия. До сих пор нелегко конкретизировать такие комбинации при оказании амбулаторной медицинской помощи.

При наличии показаний к проведению психотерапии в стационаре (круглосуточном или дневном), решение об этом должно приниматься, среди прочего, и на основании таких критериев, как допустимость отрыва от семьи и соседства других людей; необходимо также проанализировать, какие комбинации методов лечения должны быть предложены на каждом этапе, как может быть сформулирован общий план лечения и как при его конкретизации эти комбинированные методы могут быть в него интегрированы конкретной терапевтической бригадой. В общий план лечения при психотерапии, рассчитанной на целый день, кроме названных видов терапии, особенно в случаях, когда необходима социальная реабилитация, должны быть включены мероприятия по выработке социальных навыков (учебные группы по формированию социальных навыков, ролевые игры, ступенчатая система профессионального обучения); но, прежде всего, в план терапии необходимо ввести опыт общежития и обучение совместной жизни с другими людьми в клинике или дневном стационаре (Bekker und Senf, 1986; Heigl und Neun, 1981; Heigl-Evers, Henneberg-Mönch, Odag und Standke, 1986; Janssen, 1987; Schepank und Tress, 1988).

При психотерапии, рассчитанной на целый день и показанной, главным образом, при тяжелых заболеваниях, а также при амбулаторном использовании одного из методов, основанных на психоанализе, большую роль в терапии играет контакт с родственниками или другими людьми, общающимися с пациентом.

Показание к такому приобщению родственников особенно важно, если в соответствующих отношениях формируется стойкое сопротивление движению пациента в направлении здоровья.

Усилия по адаптации психоанализа за счет модификации его методов, в результате чего возникла геттингенская модель, должны рассматриваться в контексте

обширных клинических исследований, которые проводились главным образом в США (см. также: Fuerstenau, 1992; Luborsky, 1984; Wallerstein, 1986, 1990; Weiss und Sampson, 1986).

– 222 –

Развитие аналитической психотерапии, как оно происходило в клинике и на практике в Геттингене, Тифенбрунне, в Дюссельдорфе и в различных формах в других местах берет свое начало в 1918 году, в том времени, когда произошло предсказанное Фрейдом резкое изменение требований к обслуживанию пациентов.

## **2. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (психоанализ)**

### **2.1. Базовая модель психоанализа**

Если способ рассмотрения психической структуры и психической патологии, представленный в предшествующих разделах, правилен, то перед терапией, которая при этом должна проявлять себя как целительное изменение, стоят следующие задачи.

Речь идет о том, чтобы терапевтическими средствами воздействовать на патологические компромиссные образования в виде невротических симптомов и неврозов характера, и в результате этого сформировать модифицированный компромисс, который сравнительно в большей степени был бы связан с психофизиологическим здоровьем. Новые или более близкие к здоровью виды компромисса, к которым следует стремиться, должны допускать большую гибкость механизмов защиты, большее многообразие защитных мер; они должны расширять редуцированные возможности удовлетворения инстинктивных желаний, нарциссическую потребность желаний отношений в поле напряженности автономии и зависимости; они должны допускать большую дифференциацию Суперэго в направлении к большей автономии, они должны создавать предпосылки к развитию психосоциальной компетенции, которая позволяет формировать удовлетворительные межличностные отношения и использовать внутренние ресурсы на пути к прогрессу и творческой жизни.

Эти *целевые установки*, сформулированные для психоанализа, являются идеальными. В действительности, при лечении больных они, безусловно, подвергаются необходимой редукции, что и отражено в стандартах на оказание психотерапевтической помощи, которые разработаны Объединением врачей больничных касс. Упрощение целей связано с общей продолжительностью терапии; кроме того, встает вопрос и о ее частоте, то есть о частоте сеансов. При сохранении терапевтических методов и приемов психоанализ под действием этих стандартов подвергается определенной модификации и становится психоаналитической психотерапией (см. Mertens, 1990, т. 1, с. 200).

– 223 –

Речь идет о том, что содержания, которые однажды были осознаны в определенном контексте раннего детского опыта, контексте бедствий или катастроф, затем не могут быть осознаны, именно ради постоянного содержания личности, прежде всего работоспособности ее психических и психофизиологических механизмов регуляции; тем не менее должны быть постепенно пережиты заново и при этом отрефлектированы,



чтобы быть интегрированными в Эго. Обоснование усилий, направленных на то, чтобы уже не осознаваемое снова было осознано и познано, базируется на предположении, что при этом раскрывается патогенное действие уже не осознаваемых конфликтов, которые могут быть устранены благодаря тому, что становятся доступными для сознания. Против такого раскрытия психика индивидуума воздвигает защитные барьеры, которые в процессе лечения приводят к сопротивлению против терапевтической интенции. Становится понятно, что с методом, в основе которого лежит описанная концепция, тесно взаимосвязано явление сопротивления, и оно здесь приобретает центральное значение. На сопротивление осознанию преимущественно и должны быть направлены терапевтические усилия, если необходимо добиться терапевтического успеха. Поскольку такое сопротивление представляет собой отражение действия важных психических структур данного индивидуума, его описание означает одновременное изложение разъяснений, касающихся этих структур.

Итак, в ходе психоаналитического процесса должны быть раскрыты ставшие неосознаваемыми конфликты и противоречащие друг другу элементы, при этом в той мере, в какой *один* контрагент проникает в сознание, *другой* старается его отсюда удалить. Однако и тот контрагент, который борется против осознания, как правило, тоже является неосознаваемым. С точки зрения терапии, необходимо сделать доступным для сознания этот конфликт во всей его целостности, в полном объеме его поля напряженности.

Из сознания оказываются вытесненными инстинктивные желания определенного вида, которые приводят к конфликтам отказа от побуждений; с ними связано желание отношений, нарциссическая потребность в самостабилизации и в стабилизации самооценки, а также в безопасности и хорошем физическом состоянии организма; кроме того, речь идет о желании отношений или взаимодействия, которое направлено на удовлетворение неосознаваемых конфликтующих потребностей в зависимости и автономии. Против осознания этого направлена противодействующая сила, уже на ранних этапах работы названная Фрейдом защитой (ПСС I, 1895, с. 269). Эта защита, которую позднее Фрейд обозначил как функцию Эго, может проявляться в разных обликах; она манифестируется не только в тех формах, какие были названы защитными механизмами и описаны сначала самим Фрейдом, и затем, прежде всего, Анной Фрейд, а скорее различными функциями Эго, а также недостаточностью функций Эго, которые могут вы-

ступать в качестве защиты; инстинкты и аффекты могут также состоять на службе у защиты (см. Heigl-Evers, 1965). При терапевтическом осознании защита проявляет себя в виде сопротивления.

Когда содержания бессознательного проникают в сознание, а защита их туда не пускает, это приводит к конфликтному напряжению, а у больных неврозами такое напряжение перерастает в симптомы или другие болезненные проявления (неврозы характера); эти содержания бессознательного имеют регрессивную природу. Они соответствуют переживаниям, которые по времени и/или формально можно сопоставить с ранними типами поведения. Поэтому они доступны для осознания только в регрессии. В психоаналитической терапии необходимо привести регрессию в действие. Это осуществляется при помощи процессов переноса: регрессивные инстинктивные желания, нарциссические желания, желания отношений вводятся в терапевтический процесс через объекты, которые должны такие желания реализовывать, причем так, чтобы прежние объекты, которые опосредовали (или

отрицали) удовлетворение, были «перенесены» на терапевта. Таким образом, в поле терапевтического взаимодействия происходит переигрывание «начисто» первоначальных (инфантильных) желаний и связанных с ними конфликтов.

Терапевт должен выступать в роли объекта переноса и при этом опосредовать желанное удовлетворение (а также отказ от него); прояснение, раскрытие контекста конфликта при этом нежелательно; здесь используется внутренний протест против инсайт-ориентированной терапии, который и называется сопротивлением.

Использование регрессии и переноса становится возможным благодаря правилу свободных ассоциаций, которое является *основным правилом психоанализа*. Данному требованию нужно следовать как можно более свободно, безо всяких ограничений; для этого психоаналитик должен позаботиться о создании по отношению к пациенту определенной *установки*, базирующейся на *нейтральности* и *отстраненности*. Отстраненность означает, что в терапевтическом процессе терапевт не осуществляет удовлетворения всплывающих потребностей и они ограничиваются вербальным выражением; нейтральность означает, что, как говорит Анна Фрейд (1936), терапевт старается держаться на одинаковом расстоянии от Ид, Эго и Суперэго пациента, сохраняя нейтральность между элементами структурной модели, другими словами, избегая какого бы то ни было вмешательства во внутренний мир пациента.

Центральным принципом терапевтической интервенции является *интерпретация*. Речь идет о том, чтобы сначала распознать символические смыслы в обширных взаимосвязях ассоциативных сообщений и помочь пациенту их понять; на этом пути в конце концов становится возможным вынесение суждений о переживаниях и поведении пациента, выявляющихся в содержании конфликтов. Интерпретации подготавливаются такими интервенциями, как конф-

– 225 –

ронтация, демонстрация и классификация. Достижимый благодаря интерпретации инсайт нуждается в подкреплении и преобразовании при помощи так называемой проработки, которая является наиболее трудной частью психоаналитической работы.

## **2.2. Способы и средства лечения**

После того как вкратце изложены основные элементы психоанализа, мы хотим показать пути, которые могут привести к сформулированным психотерапевтическим целям, через понятия регрессии, переноса и контрпереноса, а также сопротивления. В заключение мы опишем средства, которые на этом пути нужно использовать для того, чтобы все же достичь поставленной цели. При этом необходимо сказать об обстановке, психотерапевтическом контракте и терапевтическом альянсе, об основном правиле психоанализа и его эквиваленте - равномерности внимания со стороны терапевта, об установке на отстраненность и нейтральность; в заключение речь будет идти об очищении, озарении в процессе интерпретаций и о проработке.

## **2.3. О регрессии**

Психические структуры с заключенными в них конфликтами и детерминантами конфликтов формируются на протяжении всей жизни, при этом фазы наиболее интенсивного развития приходятся на период раннего детства (1-й - 5-й годы жизни) и пубертата. Начало конфликта, который может оставаться неосознаваемым, нужно искать в раннем периоде жизни индивидуума; к нему можно подойти (с точки зрения

терапии взрослого) только двигаясь назад, регрессивно. Поэтому понятие «регрессии» имеет для терапии особое значение.

Согласно современным взглядам, особенно в контексте структурной теории психоанализа, под регрессией понимается общая тенденция развития психических событий (см. Koerner und Rosin, 1992).

«Регрессия – это появление того способа психического функционирования, который был характерен для психической деятельности индивидуума на ранних этапах его развития. Примитивные формы психической деятельности могут существовать наряду с их более зрелыми формами. Многие формы регрессии появляются только временно и являются обратимыми. Является ли регрессия, которая постоянно приводит к снижению сознательного контроля (Waelder, 1960, нем. 1963, с. 61), патологичной и в какой степени, определяется в зависимости от ее необратимости. Как правило, регрессия не представляет собой единого события; она может захватывать все

– 226 –

подструктуры психического аппарата и обычно по-разному проявляет себя в отдельных областях процессов Ид или функций Эго и Суперэго» (Heigl-Evers und Rosin, 1984, с. 94).

Фрейд ввел понятие регрессии в своем исследовании снов и их толковании в связи со сформированной тогда топологической моделью психического аппарата. Это понятие должно было способствовать прояснению определенных процессов возникновения сновидений.

«Мы говорим о регрессии, если в сновидении представление сновца преобразуется в чувственный образ, из которого оно когда-то возникло. ... Нами используется термин "регрессия", поскольку он привязывает известный нам факт к схеме психического механизма, имеющего определенную направленность. ... Если мы рассматриваем сновидение как регрессию в рамках предполагаемого нами психического механизма, то нам становятся легко понятными эмпирически установленные факты, свидетельствующие о том, что все существующие в памяти соотношения мыслей во сне при работе над сновидением теряются или могут быть выражены с большим трудом... Структура мышления во время сна растворяется ввиду регрессии в своем исходном материале» (ПСС И/111, 1900, о. 548).

Согласно этому Фрейд понимает под регрессией дифференцируемые благодаря ей процессы различного рода: представление возвращается к тому чувственному образу, из которого оно возникло; одновременно происходит возвратное движение между тою (сознанием, предсознанием, бессознательным) психического аппарата; параллельно этому мысли в сновидении растворяются в процессе работы сна, когда утрачиваются связи в памяти, в исходном материале некоторого рода.

В 1914 году Фрейд еще раз уточнил понятие регрессии в этой части. Речь здесь идет о возврате к более ранним по времени, формально-примитивным состояниям, за которыми стоят давние ощущения.

«По поводу регрессии мы хотим заметить, что она играет в теории формирования невротических симптомов не меньшую роль, чем в теории сновидений. При этом мы различаем три вида

регрессии: а) топическую в смысле разрабатываемой здесь схемы у-системы (психического аппарата), б) временную, когда речь идет об обращении к более ранним психическим образованиям и с) формальную, если примитивные способы выражения и представления замещают привычные. Все три вида регрессии в своей основе представляют одно и то же и в большинстве случаев встречаются совместно, потому что более раннее по времени является одновременно и более примитивным по форме, и более близким к ощущениям в психической топике» (ПСС II/III, 1914, с. 554).

– 227 –

В 1919 году Фрейд дополнил онтогенетический аспект регрессии ее филогенезом; он хотел, чтобы регрессию понимали как возврат не только на раннюю стадию индивидуального развития, но и как возврат на более ранние этапы в истории человеческого бытия. Он писал:

«За этим индивидуальным детством мы можем разглядеть филогенетическое детство, историю развития человеческого рода, сокращенным повторением которой, видоизмененным под влиянием случайных обстоятельств, и является история каждого отдельного человека. ... Похоже, что сновидение и невроз сохранили для нас больше психических древностей, чем мы могли предполагать, так что психоанализ может претендовать на высокое положение среди наук, которые стараются реконструировать древнейшие и наиболее скрытые этапы развития человечества» (ПСС II/III, 1919, с. 554).

С введением теории либидо (1905) это понятие было расширено в аспекте связанности с инстинктами: теперь речь идет и о регрессии, *обусловленной инстинктами*. Понятия (раннего) вытеснения, регрессии и фиксации занимают центральное место в психопатологии нарушений, обусловленных конфликтами. В процессе дальнейшего развития теории на первый план вышли тесные отношения прежде всего между регрессией и фиксацией. Лапланш (Laplanche) и Понталис (Pontalis) говорят об этом так: «В той мере, в какой фиксацию нужно понимать как "запись", регрессию можно интерпретировать как возвращение того, что когда-то было "записано"» (1972, с. 439).

В заключение Фрейд проводит различие, ориентируясь на разные генетические ряды, между разными видами и формами временной регрессии, выделяя объектную регрессию, либидо-регрессию, Эго-регрессию. Модел (Model, 1958), а также Арлов и Бреннер (Arlow und Brenner, 1976, с. 60) указывали на то, что Фрейд, например, при пояснении наблюдаемых иллюзий наряду с регрессивными изменениями функций Эго упоминает о регрессии функций Суперэго.

Что касается *психоаналитических методов лечения*, то в 1914 году Фрейд писал о том, как открытие психического процесса, который он позже назвал регрессией, существенно видоизменило развитие аналитических методов.

«Мы направляли внимание больного непосредственно на травмирующее событие, во время которого впервые появился данный симптом, старались разгадать в нем психический конфликт и освободить подавленный аффект. При этом мы вскрывали процесс, характерный для работы психики при неврозах; впоследствии я назвал этот процесс регрессией. Ассоциация больного шла от сцены, которую нужно было объяснить, к более ранним событиям

и требовала анализа, а он, в свою очередь, занимаясь прошлым, должен был скорректировать современность. Такая регрессия уволила все дальше и дальше назад, как сначала казалось, вполне закономерно к временам пубертата, затем неудачи ввиду недостатка понимания

– 228 –

притягивали аналитическую работу к годам детства, предшествующим пубертату и до этого бывшим недоступными для какого бы то ни было исследования. Регрессивное направление становилось одним из важнейших признаков анализа» (ПСС X, 1914, с. 47).

О формировании *набора атрибутов* аналитической терапии (кушетка, настрой аналитика, основное правило), которые делают регрессию возможной и облегчают ее протекание, будет сказано особо. Создание соответствующей обстановки не просто значительно упрощает возникновение регрессии, а практически вызывает ее.

Восприятие неосознаваемых психических процессов предполагает не только у пациента, но и у терапевта переходящее регрессивное состояние, которое Фрейд назвал равномерным вниманием (ПСС VIII, 1912, с. 377; ПСС XIII, 1923, с. 215). Лишь так возможно понимание одного бессознательного другим, и только при этом условии, то есть при помощи своего бессознательного, терапевт может постичь бессознательное пациента, как сформулировал это Фрейд в отношении психоаналитической терапии. Здесь речь идет о настрое на восприятие, при помощи которого поведение и переживания пациента, а также раскрывающиеся в них процессы могут быть отражены внутренним миром терапевта (в его ассоциациях, фантазиях, чувствах и телесных ощущениях) и использованы как материальный базис для диагностических и терапевтических выводов (Heigl-Evers und Rosin, 1984, с. 95). Способность к регрессии является важной характеристикой психоаналитического процесса познания. Крис (Kris, 1935, 1950) говорил о «*регрессии на службе у Эго*», Хартманн (Hartmann, 1939) - о «*регрессивной адаптации*» психоаналитика, а Олинник (Olinick, 1969) - о «*регрессии на службе у Другого*» (см. также Mertens, 1990, т. 2, с. 78).

Мертенс, излагая эмпатическую концепцию Буи (Buie, 1981), указал на то, что регрессия аналитика играет особенно важную роль прежде всего при связанном с собственным опытом, имагинативно-имитативном и аффект-резонансном режимах восприятия. Регрессивная откровенность в отношении широкого диапазона детских переживаний, допустимость проявления не только ярких эмоций, исполненных радости, но и фантазий, вызывающих чувство подавленности, неловкости или страха, является существенным условием реконструкции у пациента неосознаваемых взаимосвязей между смыслами (Metens, 1990, т. 2, с. 79).

Знания, приобретенные благодаря аналитической психологии развития, и опыт терапевтической работы с пациентами, имеющими структурные нарушения, демонстрируют клиническое значение регрессии также на уровне ранних телесных процессов обмена. Шпитц (Spitz, 1965, нем. 1988, с. 146) описал этот режим восприятия как режим коэстетических ощущений, Джекобе (Jacobs, 1973) говорил о «*телесной эмпатии*».

– 229 –

О проблеме управления регрессивными процессами как при индивидуальной, так и при групповой терапии мы поговорим подробно, когда будет идти речь о различных методиках.

Фрейд в 1912 году обратил внимание на еще один аспект регрессии - на ее специфическую роль при трудностях, возникающих в процессе аналитической работы, а также на ее взаимосвязь с вытеснением и сопротивлением. В отношении аспекта, названного первым, он писал: «...все силы, которые обуславливали регрессию либидо, поднимаются в виде "**сопротивления**" против (аналитической работы)...», и далее говорится:

«[либидо] оказалось в регрессии, потому что притягательность реальности уменьшилась. Для того, чтобы его теперь освободить, нужно эту притягательность бессознательного преодолеть, чтобы поднять на поверхность конституированное индивидуумом вытеснение неосознаваемых импульсов и результатов их действия. Это дает гораздо более существенную часть сопротивления, нередко позволяющую глубже понять болезнь и в тех случаях, когда отрыв от реальности уже утратил временное обоснование. С сопротивлением, происходящим из этих двух источников, и должен бороться анализ» (ПСС VIII, 1912, с. 368).

На межличностные аспекты процессов регрессии в терапевтической ситуации указывал прежде всего Балинт, которого вдохновили работы Ференчи и Шпитца. Под влиянием работ Ференчи он обогатил понимание регрессии с точки зрения психологии Эго ее пониманием с позиций психологии взаимоотношений. При этом он писал:

«Для того, чтобы полностью понять значение регрессии и суметь использовать ее в терапевтической ситуации, нужно всегда помнить о том, что форма, в которой выступает регрессия, только частично зависит от пациента, его личности и его болезни, а в некоторой своей части она зависит также и от объекта. Следовательно, она должна рассматриваться как один из множества симптомов взаимодействия между пациентом и аналитиком. Это взаимодействие имеет, по крайней мере, три аспекта - способ того а) как регрессия признается объектом, б) как она принимается объектом и с) как объект на нее реагирует» (Balint, 1968, нем. 1970, с. 180).

Новые исследования характеризуются установлением связи между пониманием регрессии с точки зрения психологии Эго и появлением взгляда с позиций психологии объекта (см. Thomae und Kuechele, 1985, с. 286). Под этим углом зрения формируются важные решения при выяснении показаний и при проведении аналитического процесса; то есть внимание уделяется возможностями границам пациента; регрессия должна быть использована для выяснения неосознаваемых связей между смыслами, а в своем прогрессивном аспекте дол-

– 230 –

жна быть поставлена на службу интеграции и адаптации, при этом необходимо позаботиться о том, чтобы предотвратить опасность ее стагнации (о злокачественной регрессии (см. Balint, 1968).

## 2.4. О переносе и контрпереносе

Для того чтобы управлять терапией в регрессивном направлении, необходимо средство, которое называется «переносом»: давние адресаты регрессивных (инфантильных) желаний, присутствующие в психике субъекта в виде воспоминаний и фантазий, даже если они частично осознаются или хотя бы могут быть осознаны, «переносятся» на терапевта. Против раскрытия этого переноса возникает соответствующее сопротивление, потому что пациент (неосознанно) хотел бы удержать терапевта в роли объекта, исполняющего эти желания.

Без понятия переноса невозможно постичь суть психоанализа и нельзя его использовать в качестве психотерапевтического метода.

Соответствующие клинические феномены наблюдались издавна, уже тогда, когда Брейер (Breuer) лечил пациентку Анну О., а затем полученный в процессе этого опыт обобщил и проанализировал совместно с Фрейдом. Именно тогда был вскрыт сексуальный мотив в поведении пациентки, позже названный переносом; впоследствии Фрейд в клинической практике и теории всегда проявлял живой интерес к данному явлению.

О своих ранних клинических наблюдениях Фрейд писал следующее:

«С другими [пациентами], которые решались на то, чтобы предать себя в распоряжение врача и полностью ему довериться, что обычно делается только добровольно, но никогда не может быть выдвинуто в качестве требования, – с этими другими, говорю я, едва ли возможно избежать того, чтобы личное отношение к врачу, по крайней мере, на некоторое время неприлично не вылезло на первый план; да, кажется, как будто такое воздействие со стороны врача является условием, при котором единственно может осуществиться решение проблемы. Я не думаю, что при таком положении вещей что-то существенное изменится, если мы сможем использовать гипноз или должны будем как-то это обойти или чем-нибудь заменить» (ПСС I, 1895, с. 265).

Кроме того, Фрейд видел в том доверии, которое пациент испытывает к врачу при особых условиях психотерапии и которое может быть реализовано в полной мере только в близких личных отношениях, основание для того, чтобы придать отношению к врачу в переживаниях пациента совершенно особое значение.

Фрейд тогда же заметил, что в связи с этим во время лечения встает вопрос о перерывах в процессе ассоциирования, что является существенным препятствием для терапии:

– 231 –

«Если больная пугается того, что она переносит на личность врача мучительные представления, всплывающие из содержания анализа. Это случается довольно часто, а в некоторых случаях даже регулярно. Перенос на врача осуществляется вследствие образования **ложных связей**» (ПСС I, 1895, с. 308).

Фрейд видел в таком процессе нечто регулярное, поскольку эти препятствия представляют собой новые симптомы, создаваемые по старому образцу, причем они тоже нуждаются в лечении. Именно в 1905 году Фрейд впервые отметил решающую роль переноса для процесса лечения и терапии в целом.

«Перенос, который должен быть назван серьезнейшим **препятствием** для психоанализа, превращается в мощнейшее **вспомогательное средство**, если удастся его разгадать и транслировать больному» (ПСС V, 1905, с. 281).

Так, в критическом комментарии по поводу лечения им пациентки «Дора», которая прекратила лечение из-за того, что он упустил из виду [не стал анализировать] перенос. К этому времени Фрейд уже проводил различие между двумя формами переноса: «простой перепечаткой» в смысле повторного издания безо всяких изменений, то есть повторения опыта прошлых отношений, и «исправленным изданием», которое «опирается на некую умело используемую реальную особенность в личности врача или взаимоотношениях с ним» (ПСС V, 1905, с. 279).

Впоследствии, в процессе работы Фрейда по созданию своей теории, теории психоанализа (1910), перенос стал пониматься им следующим образом:

«**Перенос** спонтанно возникает в любых человеческих взаимоотношениях, и в том числе в отношении больного к врачу, при этом он всегда является носителем терапевтического воздействия. ...Психоанализ не создает переноса, а лишь открывает его сознанию и использует его для того, чтобы направить психические процессы на достижение желанной цели» (ПСС VIII, 1910, с. 55).

В 1912 году в рамках первой всеобъемлющей теории переноса Фрейд сформулировал положение о том, что никто не может быть «убит in absentia или in effigie»; этим он обратил внимание на особую значимость аффектов, сопровождающих воспроизведение опыта прежних взаимоотношений, для терапевтических отношений, существующих здесь и теперь. Кроме того, Фрейд ввел различие между «позитивным» и «негативным» переносом, между переносом нежных чувств и переносом враждебных переживаний. И, наконец, он подчеркивает, что перенос смыкается с фигурами, с образами (отца, матери, брата и др.) и «...врач оказывается включенным в один из психологических "рядов", которые сформировались у больного раньше» (ПСС VIII, 1912, с. 365).

– 232 –

Такое расширение понятия «перенос» привело к появлению понятия «*невроз переноса*».

«... Нам регулярно удается всем симптомам болезни придать новое значение при переносе, заменить обыкновенный невроз неврозом переноса, от которого его [больного] можно излечить благодаря терапевтической работе» (ПСС X, 1914, с. 134).

В 1920 году Фрейд модифицировал это понятие, и теперь оно звучит так:

«Он [больной] ...вынужден **повторить** вытесненное переживание как нынешнее вместо того, чтобы **вспоминать** его как факт прошлого, хотя врачу, возможно, больше хотелось бы именно этого. Такое воспроизведение, характеризующееся нежелательной точностью, всегда содержит в себе элемент инфантильной сексуальной жизни, а именно эдипова комплекса и его проявлений, и разыгрывается, как правило, в области переноса, то есть в сфере отношения к врачу. Если это произошло в процессе лечения, то можно сказать, что первоначальный невроз



заменился новым неврозом – неврозом переноса» (ПСС XIII, 1920, с. 16).

Подобное проявление прошлого в образе настоящего под видом переноса Фрейд считает следствием *принудительного повторения*.

В обзоре, сделанном позже (в 1938 г.), он снова обобщает свое понимание переноса; он пишет, что пациент, как ни странно, относится к аналитику не в свете существующей реальности, то есть не как к помощнику и советчику, которого вознаграждают за его труды, а усматривает в аналитике некое возвращение, реинкарнацию какой-то важной фигуры из своего прошлого, из детства, и потому переносит на аналитика чувства и реакции, которые, несомненно, когда-то предназначались этому образу. Сам факт переноса вскоре оказывается моментом, имеющим неожиданно большое значение, с одной стороны, как вспомогательное средство неопределимой важности, с другой - как источник серьезной опасности. Перенос *амбивалентен*, он включает в себя позитивные, сердечные, и негативные, враждебные, чувства по отношению к аналитику, который, как правило, оказывается на месте одного из родителей - отца или матери (ПСС XVII, 1938, с. 100).

«Опасность этих состояний переноса, очевидно, заключается в том, что пациент недооценивает их природу и принимает их за новые реальные переживания, а не за отражение прошлого. Если он (или она) ощущает сильную эротическую потребность, которая скрывается за позитивным переносом, то он верит в то, что страстно влюблен; если тип переноса резко меняется, то пациент считает себя обиженным и уязвленным, ненавидит аналитика как своего заклятого врага и готов сию же минуту отказаться от анализа. В обоих крайних случаях он забывает о контракте, который подписал в начале лечения, и становится неспособным к продолжению совместной работы. Перед ана-

– 233 –

литиком стоит задача – каждый раз выдергивать пациента из опасной иллюзии, снова и снова показывать ему, что принимаемое им за новые реалии жизни – лишь отражение прошлого. Пациент не должен оказаться в состоянии, которое делает его недоступным для любых аргументов, поэтому нужно предусмотрительно позаботиться о том, чтобы ни влюбленность, ни враждебность не достигали экстремальной напряженности. Необходимо заранее подготовить пациента к такой возможности и не оставлять без внимания даже первых признаков указанных состояний. Такая предусмотрительность в работе с переносом бывает щедро вознаграждена. Если удастся, как чаще всего бывает, обучить пациента распознавать действительную природу феноменов переноса, то тем самым сопротивление будет лишено своего могущественного оружия и опасности превратятся в достижения, потому что пережитое в форме переноса пациент никогда не забудет, и оно станет для него средством убеждения, более мощным, чем все остальные приобретения» (ПСС XVII, 1938, с. 102).

Несколько лет назад (1983) Сандлер указал на то, что, хотя определение переноса как повторения прошлого в настоящем и является наиболее употребительным (см. Sandier, Dare и Holder, 1979), само понятие за последние 50 лет подверглось некоторому расширению и изменению. Он цитирует Шарпе, который в 1930 году писал:

«"Перенос" начинается с самого первого аналитического сеанса... Просто потому, что каждый человек думает о другом, если ему приходится вступать с этим другим в тесный контакт... Анализ дает потенциально большое пространство для игры воображения и фантазий по поводу аналитика... С самого первого часа у пациента появляются какие-то размышления об аналитике, о том, каков этот аналитик в повседневной жизни, но чистые факты ситуации фантазирования, изолированность и ограниченность сеанса, закрытость и неизвестность аналитика активизируют фантазию; наряду с возбуждающим действием жизни в мечтах и с воспоминаниями о прошлом, это ведет к формированию совершенно особого отношения к аналитику. Такое отношение и является переносом» (Sharpe, 1930, с. 54).

Благодаря усилиям Анны Фрейд, направленным на углубленное понимание Эго и механизмов его защиты, был открыт новый аспект переноса - защитный (см. также: Sandler und Freud, 1989).

Еще одно интересное открытие началось с того, что Анна Фрейд, исследуя механизмы защиты Эго, обратила внимание на два механизма особого рода и описала их, назвав «идентификация с агрессором» и «альтруистическая уступка» (A. Freud, 1936, с. 297, 310).

«Особенностью этих механизмов является тенденция **использовать другого человека в качестве цели защиты** (выделено составителем). Речь идет о механизмах защиты, которые можно назвать объектно-

- 234 -

ориентированными, о механизмах защиты, при которых имеет место смена ролей или сочетание идентификации и проекции. Речь идет о механизмах защиты с активной сменой компонентов, ориентированных на: самого себя и на объект, при этом нежелательные аспекты Эго обнаруживаются (или должны обнаруживаться) во внешнем объекте. Одновременно с этим человек часто воспринимает и усваивает те элементы объекта, которые его пугают или которыми он восхищается» (Sandler, 1983, с. 587).

Такое расширение понятия переноса привело к тому, что перенос стал включать в себя определенные виды объектно-ориентированной деятельности, которые необязательно должны быть повторением отношения к важной фигуре в прошлом (Sandler, 1983, с. 590).

В 1979 году Сандлер, Дэйр и Холдер указывали на то, что к переносу «относятся также неосознаваемые (зачастую очень слабые) попытки манипулировать другими и создавать в общении с ними ситуации, являющиеся завуалированным повторением прежних переживаний и отношений» (Sandier, Dare and Holder, 1979, с. 43).

Подобные взаимодействия Сандлер (Sandler, 1976, 1982) рассматривает как детерминированные *интрапсихическими ролевыми отношениями*. Он полагает, что есть некая равномерно распределенная готовность (неосознанно) принять на себя предписываемую взаимодействием роль; он видит в такой готовности своего рода параллель равномерно распределенному вниманию психоаналитика. Другие авторы (Kluewer, 1983; Koenig, 1982; Koerner, 1989, 1990) придавали большое значение этой интерактивно обусловленной компоненте переноса. Абсолютно особую важность

приобретают взаимодействия такого рода при диагностике и терапии пациентов с базальными или структурными нарушениями.

Не менее существенное значение, чем перенос со стороны пациента, имеет и контрперенос со стороны терапевта. Фрейд натолкнулся на этот феномен в процессе своей работы над развитием психоаналитических методов и впервые написал о нем в 1911 году:

«Наше внимание привлек "контрперенос", возникающий у врача под тем воздействием, которое пациент оказывает на не осознаваемые врачом чувства, и мы недалеки от того, чтобы выдвинуть требование о необходимости признания врачом в себе существования этого контрпереноса и усилий по его преодолению. Мы заметили, что, поскольку все большее число людей использует психоанализ и обменивается полученным опытом, каждый психоаналитик продвигается лишь настолько, насколько позволяют его собственные комплексы и внутреннее сопротивление, поэтому мы требуем, чтобы каждый аналитик начинал свою деятельность с самоанализа и непрерывно углублял его по мере того, как будет приобретать опыт в работе с больными. Если же человек ничего не делает в плане тако-

– 235 –

го самоанализа, то ему следует отказать в праве лечить больных психоаналитическими методами, хотя бы он это и умел делать» (ПСС VIII, 1911, с. 108).

Можно предполагать, что рекомендация относительно самоанализа, которую Фрейд дал психоаналитикам вследствие открытия контрпереноса, оказалась неисполнима, так как очень быстро приводила к достижению границ собственного неосознаваемого сопротивления аналитика. Оказалось, что без помощи другого невозможно ослабить сопротивление и защитную реакцию на чувство невыносимого отвращения, самостоятельно уменьшить их или же устранить. Тогда Фрейд рекомендовал своим коллегам и последователям учебный анализ, то есть тоже анализ с помощью другого, что было вполне логично, и назвал такой анализ обязательной предпосылкой использования психоанализа в работе с пациентами. В 1937 году Фрейд наконец высказал свое мнение по поводу опасности, которой подвергается аналитик, постоянно имея дело с вытесненным материалом; для устранения этой опасности Фрейд считал необходимым, чтобы каждый аналитик «периодически, примерно с промежутком в пять лет, снова становился объектом анализа и не стыдился этого шага» (ПСС XVI, 1937, с. 96).

Учебный анализ, бесспорно, стал главной составляющей любого психоаналитического образования, включая курсы повышения квалификации. Однако, нелегко оказалось следовать рекомендации Фрейда и проводить учебный *фракционированный* анализ, который должен сопровождать всю профессиональную жизнь.

Другим следствием, которое Фрейд вывел из открытия контрпереноса, было формирование подхода к этим важным и сложным элементам психоаналитического процесса. В 1912 году Фрейд писал об этом в рубрике «Советы врачам»:

«...он [аналитик] должен предоставить бессознательному больного свое собственное бессознательное в качестве принимающего органа, то есть настроиться на анализируемого, как телефонная трубка настраивается на говорящего. Как

телефонная трубка преобразует электрические импульсы, возникающие в проводах вследствие звуковых колебаний, снова в звуковые колебания, так и бессознательное врача должно уметь преобразовывать пришедшие к нему сигналы от бессознательного пациента».

А в 1913 году он пишет: «В своем собственном бессознательном каждый человек обладает инструментом, при помощи которого он способен толковать высказывания бессознательного другого» (ПСС VIII, 1913, с. 445). Эта таинственная коммуникация между бессознательным и бессознательным со времен Фрейда привлекает внимание психоаналитиков и еще и сегодня представляет собой важный предмет обсуждения.

– 236 –

Однако и современники Фрейда и постфрейдисты были не слишком решительны в своем обращении к контрпереносу (см. Mertens, 1991, с. 13; Nerenz, 1985; Thomä und Kächele, 1985, с. 83). В этом отношении следует выделить прежде всего Ференчи, который с 1918 по 1932 год неоднократно обращался к понятию контрпереноса, причем первоначально, по всей видимости, его внимание к этому феномену привлек сам Фрейд (см. Nagera, 1989, с. 514).

Ференчи полагал, что в случае контрпереноса врач должен выполнять двойную работу: его задача состоит не только в исследовании бессознательного материала, предоставляемого сообщениями пациента и его поведением, но и в постоянном контроле над своей собственной установкой по отношению к пациенту. Подлинное преодоление контрпереноса связано с появлением своего рода предсознательного индикатора, который моментально сигнализирует о том, что эмоции врача по отношению к пациенту (все равно, позитивной или негативной направленности) грозят выйти за рамки дозволенного. Лишь в том случае, если аналитик может положиться на этот индикатор, он может, в хорошем смысле слова, дать себе волю. Тогда терапевт колеблется (курсирует) между свободной игрой своей фантазии и своими эмоциями, с одной стороны, и строгой критической мыслительной работой над материалом пациента, с другой. Он всегда может заменить «своеволие» критической установкой в тот момент, когда определенные автоматические сигналы, исходящие от предсознательного, укажут ему на то, что он переходит границу аффекта трансфера (см. Heigl, 1959, 1960a и b, 1966).

Согласно Пауле Хайманн (Heimann, 1950, 1959/60), к контрпереносу следует причислять *все* эмоциональные реакции, которые аналитик испытывает по отношению к своему пациенту. При этом она отличает подлинные эмоции переноса, при которых пациент исполняет функцию заместителя родителей, от реалистических чувств аналитика по отношению к пациенту, которые позволяют пациенту оставаться личностью *in his own right*\*. По ее мнению, эмоциональный ответ аналитика своему пациенту представляет собой один из важнейших инструментов для исследования бессознательного пациента. Не советуясь с собственными эмоциями, аналитик обедняет свои интерпретации. Результаты наблюдения за собственными эмоциями контрпереноса - как за эмоциями переноса, так и за реалистическими чувствами - выступают в качестве важного критерия при ответе на вопрос: какой материал я должен интерпретировать в данный момент?

Ракер (Racker, 1957, 1968) в зависимости от рода идентификации аналитика с пациентом разделил контрперенос на согласующийся и дополнительный. По степени интенсивности он различал идею контрпереноса и позицию-контрперенос; а в

зависимости от конкретной ситуации он говорил о прямом или косвенном контрпереносе.

---

\* В своем праве (*англ.*).

– 237 –

При этом под согласующимся контрпереносом он понимает идентификацию терапевта с Ид и Эго пациента, тогда как при дополнительном контрпереносе имеет место идентификация аналитика с Суперэго и внутренними объектами пациента. При этом согласующийся контрперенос (который можно понимать также и как эмпатию) и дополнительный контрперенос как перенос в более узком смысле находятся друг с другом в некоем компенсаторном отношении (см. Heigl, 1960b, с. 110; Mertens, 1991, с.13).

Феномены связанного как с переносом, так и с контрпереносом *сопротивления* заслуживают того, чтобы в ходе терапии на них был обращен совершенно особый интерес. Перенос и контрперенос способствуют тому, что в терапевтическом процессе возникают определенным образом оформленные отношения, структурирующие ход терапии. Речь идет о том, что оба партнера терапевтических отношений берут на себя строго определенные, укорененные в индивидуальной истории и индивидуальных структурах роли. Оба партнера - бессознательно - заинтересованы как в сохранении своей ролевой концепции, так и в содействии тому, чтобы его партнер также придерживался доставшейся ему роли. Каждый - бессознательно - противится перемене ролей, то есть у него развивается сопротивление. В психоанализе разработаны различные техники, которые должны помочь, с одной стороны, больному, а с другой, терапевту осознать факт наличия у них связанных с переносами или контрпереносами сопротивлений и добиться их ослабления. Больному рекомендуется следовать правилу свободной ассоциации (основному правилу психоанализа). Следование этому правилу способствует тому, чтобы сквозь барьеры и преграды сопротивления вновь и вновь просачивались ослабляющие и подрывающие их ассоциации и связанные с ними аффекты. Терапевту рекомендуется ориентироваться на принципы воздержания и нейтральности и таким образом минимизировать свои индивидуальные интересы, направленные на сохранение ролевых фиксаций пациента, и ограничить связанное с этими интересами удовлетворение своих собственных потребностей. Такое ограничение становится возможным благодаря отказу от удовлетворения потребностей (воздержание) и нейтральности (отказ от личных интересов, направленных на позиции Эго, Ид и Суперэго пациента). Если терапевту удастся такого рода отказ, то перед ним открывается возможность более точной оценки состояния, как больного, так и своего собственного. Р. Флисс (R. Fliess, 1942) описал этот процесс как своего рода награду, которую Суперэго выдает за достигнутый отказ от удовлетворения влечения.

## 2.5. Сопротивление

Сопротивление также является чрезвычайно важным понятием теории психоаналитического лечения. Это неудивительно, ведь при его проведении конфликтное содержание переживаний больного, которые тот по субъективным при-

– 238 –

чинам, а именно, чтобы избежать неудовольствия, забыл или иным способом удалил из сознательного переживания, с целью исцеления должны быть вновь вырваны из забвения; можно ожидать, что у больного будет развиваться сопротивление этому процессу. Фрейд в ряде своих клинических исследований уже очень рано столкнулся с такого рода поведением больных и назвал его (1895 г.) сопротивлением (ПСС I, 1895, с. 280).

«...Некая психическая сила... с самого начала вытесняла патогенное представление из ассоциации и противилась его возвращению в воспоминание. Незнание истерического, таким образом, было, собственно, нежеланием – более или менее сознательным – его знать, а задача терапевта состояла в том, чтобы... преодолеть это **сопротивление ассоциации**» (ПСС I, 1895, с. 269).

Согласно тогдашней точке зрения Фрейда, *мотивы сопротивления* были обусловлены опасностью повторного переживания болезненных представлений и аффектов («всей мучительной природы»). После того как Фрейд осуществил модификацию модели конфликта, к инициаторам сопротивления добавились побуждения к неприемлемым влечениям. В ходе терапии Фрейд, полагаясь прежде всего на настойчивость и силу убеждения, пытался преодолеть это препятствие, пока не увидел в противоречии наряду с препятствием также и средство, помогающее отыскать доступ к вытесненному, то есть бессознательному конфликту. Тем самым «момент сопротивления стал одной из основ» психоаналитической теории (Sandler, Dare and Holder, 1979, с. 67; ПСС V, 1904, с. 6).

В дальнейшем виды сопротивления, связанные с переносом (*сопротивления переноса*), получили особое клиническое значение; уже с 1912 года Фрейд рассматривал их как наиболее серьезные препятствия на пути психоаналитического лечения.

«...Анализируемый выпадает из своих реальных отношений с врачом, как только он оказывается во власти сильного сопротивления перенесения; затем он [присваивает] себе свободу пренебрегать основным психоаналитическим правилом, заключающемся в том, что он безо всякой критики со своей стороны должен сообщать все, что приходит ему на ум; он [забывает] о намерениях, с которыми начинал лечение... Логические связи и выводы [становятся ему] безразличны» (ПСС VIII, 1912, с. 373).

И позднее Фрейд постоянно обращался к причинам, формам проявления и функциям сопротивления; в 1926 году он резюмировал:

«...Что сопротивление ...оказывает Эго, которое упорно держится за свою противоположную направленность... Мы знаем из опыта, что при устранении вытеснения Эго постоянно сталкивается с трудностями, даже после того как у него появляется намерение отказаться от сопротивления; фазу напряженных усилий, которая следует такому похвальному намерению, мы называли фазой «проработки»... Практически всегда после

устранения сопротивления Эго перед аналитиком встает задача преодоления еще и власти навязчивого повторения, привлечения бессознательных образцов к вытесненному процессу влечения; нам ничего не остается, как назвать этот момент **сопротивлением бессознательного**... Погрузившись глубже, мы обнаружим, что вынуждены бороться с пятью видами сопротивления, идущими с трех сторон, а именно, от Эго, от Ид и от Суперэго, причем Эго оказывается источником трех различных по своей динамике форм. Первым из трех этих сопротивлений является только что рассмотренное **сопротивление вытеснения**... От него отличается сопротивление переноса, имеющее ту же природу, но проявляющееся при анализе иначе, гораздо более отчетливо, ибо ему удается установить определенное отношение к аналитической ситуации или к личности аналитика, а тем самым реанимировать вытеснение, которое по идее должно быть лишь воспоминанием. Также сопротивлением Эго, хотя и иной природы, является сопротивление, которое берет начало в **болезни** и основывается на включении в Эго определенного симптома. Оно соответствует неприятию отказа от удовлетворения и облегчения. Четвертый вид сопротивления – **сопротивление Ид**; именно его мы делаем ответственным за необходимость проработки. Пятое сопротивление, сопротивление Суперэго, осознается в самую последнюю очередь; самое темное, но отнюдь не самое слабое, оно, как представляется, происходит из сознания вины и потребности в наказании; оно противится всякому успеху, а потому и выздоровлению, достигаемому посредством анализа» (ПСС XIV, 1926, с. 191).

В дальнейшем Фрейд признал, что феномен сопротивления, как он проявляется в процессе лечения, связан с механизмами защиты:

«Решающим фактом является именно то, что защитные механизмы, направленные против ожидаемых в будущем опасностей, превращаются в **сопротивление** исцелению. Это приводит к тому, что само исцеление трактуется Эго как некая новая опасность» (ПСС XVI, 1937, с. 84).

Терапевтическая работа в отношении сопротивления, прежде всего в отношении различных видов сопротивления переноса, как они определяются в «здесь и теперь» лечения, получает все большее значение. Анализ защиты, осуществляющийся в ходе анализа сопротивления, становится важной составной частью психоаналитической техники (А. Freud, 1965; Glover, 1955; Hartmann, 1951).

Сандлер, Дэйр и Холдер констатировали в 1979 году, что понятие сопротивления в психоанализе до сих пор осталось в сущности неизменным; однако формы, которые оно может принимать, описываются все более детально; чувствительность даже к тонким нюансам различных видов сопротивления все в большей степени становится важной составляющей психоаналитического искусства. Авторы дополняют фрейдовскую классификацию следующими формами сопротивления (Sandier, Dare und Holder, 1979, с. 74):

– 240 –

- сопротивление на основании угрозы, которую аналитический метод представляет для адаптаций, к которым так или иначе стремится пациент;
- сопротивление, вызываемое тем, что происходящие в пациенте изменения ведут к трудностям в его отношениях с важными лицами его окружения;

- сопротивление, возникающее из-за того, что излечение, а следовательно, потеря аналитика, воспринимаемого как поддерживающая и заботящаяся родительская фигура, выглядит для пациента как некая опасность;

- сопротивление, появляющееся из-за угрозы самооценке, возникающей вследствие аналитической работы; пациенты, прежде всего, отличающиеся повышенной стыдливостью, часто с очень большим смущением воспринимают свои инфантильные желания, пробудившиеся в ходе терапии;

- сопротивление, направленное против отказа от использовавшихся до сих пор адаптивных моделей; поэтому для являющегося составной частью проработки процесса переучивания требуется значительное количество времени;

- сопротивление, которое вызывается нечуткими приемами и неуместным лечебно-техническим вмешательством аналитика и которое - когда оно не замечается терапевтом - в некоторых случаях может привести к внезапному прекращению лечения.

В настоящее время достигнуто всеобщее согласие относительно того, что существенной задачей терапевтических усилий является такое разъяснение пациенту природы каждого из его сопротивлений, которое позволяет ему не только сознательно переживать их, но и понимать их как препятствия, которые ему предстоит преодолеть на пути к исцеляющим изменениям. Чтобы выполнить эту задачу, аналитик должен, также прибегнув к помощи своего контрпереноса, понять психодинамику мотивов и функций сопротивления; пациенту, уважая меру его терпимости и его возможности, следует объяснить, что у него развивается сопротивление, а также - почему это происходит, против чего сопротивление направлено и каким образом оно осуществляется (Greenson, 1975, с. 116).

## 2.6. Обстановка, в которой происходит лечение

Необычная задача, которая стоит перед психоанализом благодаря тому, что он стремится открыть больному доступ в область его бессознательных переживаний, требует и *необычной основной диспозиции* (обстановки); она заключается в следующем пространственном расположении: пациент лежит на кушетке, а терапевт, находясь вне поля его зрения, сидит рядом с кушеткой или позади нее. Это введенное Фрейдом расположение, на которое оказал свое влияние и предшественник психоанализа - гипноз, сохраняется при индивидуальном аналитическом лечении и по сей день. Проведение терапии в условиях, когда пациент находится в положении лежа и максимально расслаблен, а воздействие внешних раздражителей сведено к минимуму (в том числе и при по-

мощи звуконепроницаемой перегородки), лучше всего подходит для того, чтобы направить внимание пациента на его внутреннее состояние, на внутреннее пространство его переживания. Уходя за пределы поля зрения пациента, терапевт должен облегчить ему развитие уже заключенных в нем фантазий переноса, обращенных к личности терапевта, не препятствуя им своим реальным присутствием. Пространственное окружение, в котором проводится терапия, также должно как можно в меньшей степени тормозить раскрытие внутреннего мира пациента; пространство, в котором осуществляется лечение, следует обустроить таким образом, чтобы оно, не бросаясь в глаза, соответствовало личности терапевта, чтобы от него исходило расслабляющее воздействие, благоприятствующее интроспекции.



Специфика такого пространственного расположения несомненно состоит в том, что оно препятствует оптическому восприятию, содействуя акустическому, что приоритетным становится стимулирование переживаний посредством языка; при этом наряду с их содержанием существенную роль играет также и вокализация с ее разнообразными тонами и нюансами. Благодаря такому расположению внимание обоих участников аналитического процесса направляется главным образом на внутренний мир одного, больного; к особенностям такой обстановки относится также и асимметричная дистанционная конфигурация (Хофштеттер). В отличие от психодрамы, стремящейся исследовать истину души посредством действия (Морено), в данном случае речь идет о ее исследовании посредством языковой среды. Такое расположение означает одновременно и расширение возможностей и их сужение; исключение довербальной коммуникации, которое особенно важно для стимулирования аффективного переживания, отказ от использования мимики и жестов, постоянно становится предметом критических обсуждений (см. также Kutter, Paroma-Ortega und Zagermann, 1988; Lichtenberg, 1991; Thomä, 1981).

## 2.7. Объединение для лечения и рабочий альянс

В процессе терапии следует всячески стимулировать интроспекцию, поскольку она позволяет появиться пониманию до сих пор не осознававшихся взаимосвязей переживания. Наряду с обстановкой достижению этой цели служат *объединение для лечения* и *заключение рабочего альянса*.

Особое значение придается в психоаналитическом процессе фантазиям, неограниченное открытие для их развития терапевтического пространства предопределяет четкое соглашение относительно реальных условий, в которых проводится лечение. Так, в начале терапевтического курса с пациентом необходимо образовать своего рода объединение, в рамках которого должны быть оговорены предполагаемая длительность лечения в целом (периодичность и

– 242 –

продолжительность сеансов), вид финансирования, специальные финансовые вопросы (потеря гонорара в случае пропуска занятия), границы дозволенного, вопросы относительно принятия жизненно важных решений, возникающих в процессе терапии (как гласят рекомендации, они должны конкретизироваться лишь после того, как подвергнутся психоаналитической проработке).

Еще более важным психоаналитическим понятием является *рабочий альянс*; Фрейд достаточно ясно высказался по этому поводу, хотя он и не использовал такого термина:

«Первой целью лечения остается задача расположить его [пациента] к лечению и к личности врача. Для этого нельзя сделать ничего иного, как только предоставить пациенту достаточное количество времени. Если к пациенту выказывают серьезный интерес, тщательно устраняют появляющиеся в начале лечения различные проявления сопротивления и избегают явных промахов, такое расположение появляется у него само собой; в своем воображении он причисляет врача к тем лицам, в которых он привык видеть проявления любви. Впрочем, этот первый успех можно легко потерять, если с самого начал занять иную позицию, нежели позиция, состоящая в стремлении проникнуть в сущность проблем пациента...» (ПСС VIII, 1913, с. 473).

Рабочий альянс, хотя и вызывал споры, нашел в аналитической практике широкое признание; прежде всего Штерба, а позднее Гринсон и Сандлер дали этому понятию более точное определение. Штерба (Sterba, 1934) говорил о том, что по существу союз заключается между разумным Эго пациента и анализирующим Эго аналитика. Эффективной средой для него является частичная идентификация пациента с анализирующими приемами терапевта, происходящая в процессе попыток последнего понять поведение пациента (Sterba, 1929). Но это означает, что пациент должен иметь в своем распоряжении некое (фиктивное) нормальное Эго, спектр функций которого минимально ограничен и которое тем самым способно к терапевтическому расщеплению Эго (Sterba, 1934).

Гринсон (Greenson, 1975, с. 202) подробно занимался рабочим альянсом и его отмежеванием от невроза переноса. Он характеризует рабочий альянс как

«относительно невротический, рациональный прямой контакт между пациентом и его аналитиком. Эта разумная и целенаправленная часть эмоций пациента, направленных на аналитика, создает рабочий союз» (там же, с. 204).

Столь же подробно он занимался и тем, какой вклад в создание рабочего альянса вносят пациент и аналитик, а также аналитическая ситуация. Гринсон пишет в этой связи: «Благодаря возникновению рабочего союза пациент становится способен к образованию особой формы объектного отношения»

– 243 –

(там же, с. 217). Объектное отношение, которое Гринсон в данном случае имеет в виду, следует, как мы понимаем, обозначить как личное или целостное объектное отношение. Такое отношение зависит от введения в переживание пациента некоего третьего объекта, от способности двигаться в триангулярных конstellациях. Третий объект появляется тогда, когда между первым и вторым возникает осязаемая граница; это именно та граница, которая делает возможным расщепление Эго, то есть оценку переживающего Эго рефлектирующим Эго. В результате появляются рациональные критерии показания этой терапии тем пациентам, над переживаниями которых доминируют частичные объектные отношения.

Сандлер, Дэйр и Холдер (Sandier, Dare and Holder, 1979, с. 30) сходным образом высказывались о том, что следует оценивать способность пациента к образованию союза, содействующего лечению; при этом они говорят о диагностическом и прогностическом критериях. Согласно этим авторам, союз, создаваемый для лечения, основывается «на присущем пациенту сознательном или бессознательном желании кооперации и на его готовности принять помощь терапевта для преодоления своих внутренних трудностей» (там же, с. 27). По мнению Вайса, Сэмпсона, Горовица и других (Weiss, Sampson, Horowitz u.a., 1986) у пациентов, приступающих к терапии, следует в большей степени принимать в расчет бессознательные мотивы, нежели сознательные, и обрабатывать оставшиеся непреодоленными конфликты. Для того чтобы быть готовым к этому, терапевт должен заботиться об атмосфере благожелательности и признания, которая предоставляет пространство даже для инфантильного, недозволенного, извращенного и таким образом позволяет пациенту чувствовать себя достаточно уверенно (Fürstenau, 1992; Luborsky, 1984).

## **2.8. Основное правило**

Уже в ходе предварительных бесед пациент должен быть ознакомлен с *основным правилом*. Гринсон (Greenson, 1975) выступает за то, чтобы в начале лечения давать пациенту простое и ясное толкование того, как следует понимать метод свободной ассоциации и каким образом ему нужно следовать, а также того, на что он нацелен. В литературе встречаются различные мнения по поводу формы, содержания и времени объяснения этого правила, сопровождающиеся обоснованием различных предлагаемых модификаций (Mertens, 1990, т. 2, с. 26). Мы придерживаемся того мнения, что эта информация должна быть ясной, понятной и наглядной; она должна содействовать ориентации пациента и его уверенности, а также указывать на возможные, едва ли не неизбежные проявления сопротивления (Lichtenberg und Galler, 1987).

– 244 –

Для ознакомления пациента с этим необычным правилом, для наглядной демонстрации того, как можно ему следовать, рекомендуется привести клинический пример ассоциации, скажем, короткого сновидения и вызываемых им ассоциаций. Так, пациенту, например, можно сообщить содержание следующего сновидения, уже бывшего когда-то предметом анализа:

«На земле лежит изогнутый в правую сторону стальной прут». Пациент, которому аналитик сообщил о том, что при обработке сновидения необходимо находить ассоциации к его деталям, ассоциировал по поводу этого сновидения следующее: вечером он сидит перед телевизором и видит, как тогдашний чемпион мира по боксу «Шугар» Рэй Робинсон правым крюком отправляет своего противника в нокаут. Мальчиками на школьном дворе они постоянно мерялись силой своих бицепсов, согнув руку в предплечье. – Его строгий отец наказывал его следующим образом: он, стоя с правой стороны, склонялся над стулом, а отец бил его камышовой тростью. – Накануне он был свидетелем транспортной катастрофы; виновный в происшествии угрожал подоспевшему полицейскому, на что он (пациент) отвечал с ужасом и страхом. – Несколько дней назад шеф ругал его; он как всегда молча выслушивал его и демонстрировал согласие, но в конце разговора заметил, что сжал в кулак засунутую в карман руку.

Рассказывая об основном правиле, следует указать также и на то, что речь идет не только о свободном от какой бы то ни было селекции сообщении ассоциаций, но и об эмоциях и аффектах, о телесных ощущениях, о переживании тела в целом, а также о появляющихся в ходе терапии нарушениях и симптомах.

Каким же образом использование описанного терапевтического средства открывает путь к достижению терапевтической цели? Развитию отношений переноса определенным образом способствуют условия проведения терапии, обстановка, в которой она проводится. Для этого процесса от пациента требуется способность к созданию *рабочего союза* с терапевтом, которая опять же предполагает наличие у него (фиктивного) нормального Эго (ПСС XVI, 1937, с. 89). При поддержке таким образом структурированного Эго и образовавшегося рабочего отношения к терапевту пациент на время предоставляет себя частичной регрессии; она возникает благодаря усилиям, направленным на достижение *свободных ассоциаций*, которые корреспондируют с усилиями, которые предпринимает терапевт, чтобы поддерживать *равномерное распределение внимания*, которому способствуют терапевтические установки на

*воздержание и нейтральность*. Стимулирование регрессии всегда означает также и стимулирование переноса, так как последний коренится в опыте раннего детства. Регрессивные феномены развиваются с помощью интерпретации терапевта, конфронтации и прояснения (Greenson, 1975, с. 51), понимаются при помощи определенных предположений и последовательно прорабатываются; для этого па-

– 245 –

циенту необходима способность к *терапевтическому расщеплению* Эго: он должен уметь постоянно переходить от готовности к регрессии к усилиям по когнитивному пониманию и оценке содержания регрессивных переживаний. Следовательно, при такой терапии регрессия, с одной стороны, стимулируется, а с другой, благодаря рабочему союзу, в котором ставшее более зрелым Эго пациента поддерживает связь с анализирующим Эго терапевта, ограничивается и вновь устраняется.

Необходимое терапевту соблюдение установки на *воздержание* означает, что он отказывается от удовлетворения потребностей и желаний, которого в аналитическом процессе ожидает от него пациент, чтобы таким образом содействовать вербализации подобных элементов переживания. *Нейтральность* психоаналитика требует от него усилий, направленных на соблюдение примерно равной дистанции по отношению к структурам Эго, Ид и Суперэго (Anna Freud, 1936); она должна создавать в достаточной степени освобожденное от реальных страхов пространство для разворачивания ассоциаций пациента. Другими словами, пациент не должен бояться, что из-за предпочтения, отдаваемого аналитиком либо Эго, либо Ид, либо Суперэго, допустимость ассоциаций определенного содержания окажется под угрозой.

Следование *правилу свободной ассоциации* как основному правилу психоанализа, то есть неуправляемое, свободное от какой бы то ни было селекции, аутентичное, откровенное сообщение пациента обо всех возникающих лишь в его переживании элементах, создает материальный базис для отыскания скрытых, имеющих определенное значение взаимосвязей и для гипотетического формулирования некоей осмысленности, которая затем - на уровне рабочего союза - должна быть перепроверена пациентом. «Свободной ассоциации» пациента соответствует постулируемая Фрейдом установка терапевта на «равномерное распределение внимания». Фрейд писал в 1912 году (ПСС VIII, с. 381).

«Как анализируемый должен сообщать обо всем, что он выхватывает из наблюдения за самим собой, воздерживаясь от любых логических и аффективных возражений, стремящихся подвинуть его к тому, чтобы сделать какой-либо выбор, так и врач должен быть в состоянии использовать все ему сообщенное с целью истолкования, познания скрытого бессознательного, не заменяя выбор, от которого отказался больной, своей собственной цензурой...».

## **2.9. О технике толкования**

Если удастся вызвать у пациента регрессивный процесс, то также создаются условия для возникновения переноса, и у пациента вместе с относящимися к этому сопротивлениями проявляются существенные для анализа элементы переживаний. Через проработку сопротивления перенос ясно обнару-

– 246 –

живается вместе с содержащимися в нем конфликтами отношений и может быть приближен к пониманию пациента при помощи аналитических техник. Джилл (Gill, 1982) представляет позицию, согласно которой все без исключения варианты сопротивления, проявляющиеся в ходе терапии, можно свести к двум формам; при этом речь идет, во-первых, о «сопротивлении против осознания переноса» и, во-вторых, о «сопротивлении против запуска переноса». Таким образом для Джилла сопротивление переносу в обеих формах становится центром анализа сопротивления и, тем самым, анализа в целом (см. Mertens, 1991, с. 87).

В регрессивных процессах психоаналитической терапии как феномены переноса реинсценируются также содержащие конфликт ранние отношения. Если такая реинсценировка с помощью свободных ассоциаций пациента удастся в полной мере, то они становятся доступными для психоаналитической работы. С реинсценировки анализируемый начинает процесс взаимодействия, сформировавшийся на основе его раннего опыта (в детстве и пубертате). Тогда конфликты определенного рода вели к осложнению в отношениях с определенными объектами, что привело к мобилизации аффекта неудовольствия (страх и/или депрессивный аффект); затем это было устранено из сознательного переживания при помощи защиты. Теперь анализируемый актуализирует разворачивающийся снова и снова в его внутренней сфере процесс на поле психоаналитического взаимодействия - в отношениях между ним и терапевтом; при этом смысловые и значимые взаимосвязи сначала для него бессознательны.

Смысловые и значимые взаимосвязи должны быть прояснены и стать более понятными ему благодаря терапевту с помощью толкования через промежуточные шаги конфронтации и прояснения, и цена за это понимание - неудовольствие. Возникающее здесь неудовольствие (страх/депрессивный аффект) анализируемый может выносить только тогда, когда его отношения к аналитику (рассматриваемые в значении их особенных конфликтных содержаний, в отношении аспектов переноса), окрашены достаточно положительно, то есть когда он снова переживает в аналитике ранний объект, от которого он, по словам Фрейда (1914), «привык получать любовь». Другими словами, должны возникнуть отношения достаточного доверия между ним и психоаналитиком, чтобы осуществились отношения ожидания целительного изменения. Без такой надежды анализируемый не сможет полностью включиться во всегда трудоемкий психоаналитический процесс.

Принцип «толкования» определяет аналитический подход при терапии нарушений, обусловленных патологическими конфликтами. Фрейд высказался об этом впервые в контексте толкования сновидений (ПСС II/III, 1900, с. 100). Позже он заново определил толкование в более широком контексте, контексте психоаналитического процесса лечения, и дал четкие указания о том, как нужно его использовать.

– 247 –

«Я настаиваю на том, что толкование сновидений в аналитическом лечении должно использоваться не как искусство ради него самого, но что его практика подчиняется тем техническим правилам, которым подчинено в целом осуществление курса лечения» (ПСС VIII, 1912, с. 354).

Намного позже Фрейд в фиктивном диалоге еще раз сформулировал свое понимание толкования на основании клинического опыта, который он успел собрать; он прежде всего описал предметы толкования, которые - далеко за пределами толкования сновидений - включают любые поведенческие проявления пациента.

«Они должны расшифровать для себя материал, который им... поставляет анализируемый, и понять его совершенно особенным образом... Они сначала должны **истолковать** этот материал, будь то воспоминания, фантазии или сны. Это, конечно, происходит ввиду ожиданий, которые сформировались у них благодаря их знанию предмета, в то время пока они слушали... Если они нашли правильные толкования, то ставится новая задача. Они должны дождаться нужного момента, чтобы поделиться с пациентом своими толкованиями с надеждой на успех... Это дело – чувство такта, которое может быть значительно улучшено через опыт. Они допускают большую ошибку, когда в стремлении сократить время анализа вываливают свои толкования на голову пациенту, как только они были получены. Они добиваются этим только проявления сопротивления, отказа, возмущения, но не достигают того, чтобы Это овладело вытесненным. Предписано же ждать, когда пациент сам приблизится к этому настолько, что, руководствуясь предложенными толкованиями должен будет сделать только небольшие шаги» (ПСС XIV, 1926, с. 249).

Когда говорят о толковании, имеют в виду герменевтический метод; при этом речь идет о поиске, восстановлении потерянных, разбитых, искаженных смысловых взаимосвязей, и о их возвращении в переживания и в область рефлексии анализируемого.

Чтобы герменевтическая расшифровка могла пройти успешно, сначала должен стать доступным подходящий для этого «текст», должен быть создан информационный запас; должно возникнуть пространство общих переживаний, в котором проявляется внутренний мир пациента, в особенности его бессознательные составляющие, как бы обрисовываются его контуры. Вклад, который в это вносит пациент, возникает из его усилия следовать правилу свободных ассоциаций, соблюдение которого может сделать понятными все содержания, доступные сознательному переживанию; вклад терапевта состоит в том, что он, исходя из своей установки разнонаправленного внимания, старается включить все ощущения, чувства, фантазии, воспоминания, мысли,

– 248 –

возникающие в его собственном внутреннем мире в ответ на пациента и предлагаемый пациентом «текст» и регистрирует их, проясняющее воздействие.

Терапевту в первую очередь надлежит обнаруживать и понимать разрушенные взаимосвязи, которые скрыты во внутреннем мире пациента, открывающимся перед ним, и которые по содержанию представляют собой ставшее бессознательным конфликтное переживание. К тому же необходимо создать в себе *рабочую модель* (Greenson, 1960), то есть в ходе аналитической работы построить своего рода модель пациента в собственном внутреннем мире, в которую входят как телесные свойства пациента, так и его общие высказывания (фантазии, аффекты, формы защиты и прочие поведенческие проявления), жизненный опыт и т.д. В эмпатийном слушании терапевт может включить высказывания пациента в эту модель и выработать модель ответа, результатом которой может стать для него своего рода переживание очевидности. Через это переживание «рабочее Я» (Fliess, 1942) аналитика побуждается к тому, чтобы сформулировать толкование процесса, протекающего в рабочей модели, и примерить это толкование к этой модели, прежде чем он сообщит о нем пациенту (Heigl-Evers und Heigl, 1975b, с. 838). Как только терапевт понял конфликтную взаимосвязь, как только он смог пережить и понять, как этот конфликт отныне отражается в отношении к нему самому (перенос), он будет пытаться сначала обратить внимание пациента на этот

различимый в общих чертах конфликт. Гринсон (Greenson, 1975, с. 51) обозначил эти усилия по направлению внимания как *конфронтацию*, как *демонстрацию*. Дальнейшими шагами аналитик будет пытаться показать, пояснить, будет стремиться к прояснению взаимосвязи конфликтных переживаний в собственном. Гринсон обозначил в своей большой научной статье такую психоаналитическую технику, как *прояснение* (Klarifizieren). Речь здесь идет о том, чтобы понять и выразить скрытое конфликтное переживание в его отношении к терапевту, в переносе и прежде всего через его элементы сопротивления. То есть имеется в виду процесс, который богат на «изменяемые случаи», которые в особенности являются следствием сопротивления и согласно учению психоанализа относятся к сущности бессознательных переживаний в терапевтическом процессе, или *кларификация*.

Если терапевт способствует этому процессу с достаточным терпением, конфликт может быть *плодотворным в отношении толкования*, то есть он может быть разрешен за счет того, что пациент будет мотивирован и будет в состоянии понять взаимосвязи своих переживаний, отныне ставшие доступными в относительной полноте через озарение. *Озарение* означает при этом не когнитивное понимание, но состояние эмоционального потрясения, толчка, включенности, даже встряски.

Такой включенный в озарение процесс может быть поддержан только обоими партнерами: процесс приобретает и сохраняет свою динамику за счет того, что вклад одного подхватывается другим и на него осуществляется ответ сво-

– 249 –

им собственным вкладом, как будто мячик летает от аналитика к анализируемому и обратно. Также обоими должна быть проделана когнитивная, основанная на формировании заключений часть работы по толкованию. Такие усилия осуществляются тогда, когда между партнерами сложился рабочий союз (Greenson, 1975, с. 202); это является предпосылкой у обоих участвующих для способности к терапевтическому расщеплению Эго.

Полученная в аналитическом процессе сеть толкований и генетических конструкций<sup>1</sup> позволяет восстановить взаимосвязь, которая в связи со специфической невротической защитной деятельностью Эго частично была утеряна. Таким образом, к классической терапии относится также усиление синтетической функции Эго<sup>2</sup>.

Только с приобретения озарения в названном смысле начинается решающая психоаналитическая работа. Теперь речь идет о том, чтобы побудить пациента к проработке приобретенного озарения, то есть могут стать различимыми и доступными для обсуждения многообразные сопротивления, которые противятся не только осознанию самому по себе, но также и требуемой им последовательности.

Термин «проработка» был введен в психоаналитический обиход Фрейдом (ПСС X, с. 126); Фрейд подчеркивал в этой связи особенные усилия, которые успешны при повторяющихся попытках терапевта изменить создаваемое пациентом сопротивление. С сегодняшней точки зрения, речь идет об «аналитической работе со всеми сопротивлениями и прочими факторами, которые препятствуют тому, чтобы приобретенные в ходе терапии озарения оказывали влияния на структурные изменения» (Brenner, 1987; Cremerius, 1978, 1979; Greenson, 1982; Heigl-Evers und Rosin, 1989; Mertens, 1991, с. 91; Sandler, Dare und Holder, 1979, с. 111; Thomae und Kaechele, 1985, с. 316).

Эти сопротивления имеют различные корни: во-первых, они покоятся на том, что пациент заинтересован в сохранении интимности, семейности своих переживаний и поведения, как это происходит при помощи его невротических структур (см.: Sandier,

Dare und Holder, 1979, с. 74; Koenig, 1991, с. 61). Соппротивления также могут возникать из-за того, что прогрессивные шаги, ставшие понятными благодаря приобретенному озарению, как правило, означают отделение (в связи с внутренними объектными отношениями) и со-

---

<sup>1</sup> «Часто не удается в достаточной степени подвести пациента к воспоминанию вытесненного. Вместо этого у него создают при корректном проведении анализа однозначное убеждение в реальности конструкции, которая с терапевтической точки зрения достигает того же, что и восстановленное воспоминание» (ПСС XVI, 1937, с. 53).

<sup>2</sup> «Хартманн (Hartmann, 1939) полагал, что синтетическая функция Эго стоит выше всех других функций Эго. Кажется, что это суждение подтверждается определением Фрейда самой большой задачи Эго, а именно, задачи взаимного примирения часто конфликтующих требований Ид, Суперэго и внешнего мира, так как примирение конфликтных тенденций является центральным аспектом синтетической функции» (Bellak, Hurvich und Gediman, 1973, с. 243).

– 250 –

гласие оставаться в одиночестве при непринятии страха. Соппротивления основываются также на том, что последствия внутреннего изменения и поведенческие программы, являющиеся их результатом, сначала или полностью непредсказуемы, или это удастся с большим трудом. Разрешаются ранее негативные воздействия, которые в свое время побуждали ребенка прекратить и разорвать конфликтные столкновения со значимыми другими через вытеснение и иные защиты. Наконец, следует также рассматривать соппротивления, которые взаимосвязаны с изменениями идентичности, вызванными озарением, и направлены против того, чтобы как бы заново определить себя. Это требует новой ориентации, которая сначала пугает. Изменения, о которых здесь идет речь, не так легко осуществить. В отношении к собственной личности необходимо критически перепроверить представления о себе самом, собственные идеалы и нормы и заняться изменениями, которые изначально переживаются как радикальные. В отношении к реальности, к «миру объектов», речь идет о том, чтобы ввести последовательность предпринятых изменений внутренних объектных отношений, а это также означает больше не соответствовать привычным ожиданиям, которые референтные личности направляют на пациента. Связанное с такими изменениями освобождение защищенных желаний и тем самым высвобождение подавленных витальных сил относятся к элементам, которые переживаются как дающие удовлетворение, несущие удовольствие, восхищающие, освобождающие, конечно, за вышеописанную цену, платить которую сначала - в течение длительного периода - анализируемый отказывается по понятным причинам.

Проработку в психоаналитической терапии можно обозначить как работу по примирению. Примирение означает здесь, во-первых, восстановление нарушенного равновесия между требованиями либидозных инстинктивных элементов, с одной стороны, и агрессивных, с другой. Речь идет о посредничестве между инстинктивными требованиями Ид - той или иной категории - и нормативными требованиями Суперэго, то есть о выработке стабильного и одновременно подвижного компромиссного образования. Далее говорится о восстановлении нарушенного равновесия между стремлением к зависимости в отношении объектов и стремлением к автономии самости тогда, когда одна из двух тенденций длительное время доминирует. Работу по примирению в особенности следует проводить между противоречащими друг другу репрезентациями самости, с одной стороны, и объектов, с другой, а также между противоречивыми объектными репрезентациями. Большое клиническое значение имеет работа по примирению, которая должна осуществляться тогда, когда идеализированная



самость и обесцененная самость сначала должны сохраняться в отдалении друг от друга, и затем при помощи соответствующего компромисса соединяются в реальную самость, как это происходит в особенности у пациентов со структурными нарушениями.

– 251 –

Попытки переработать те сопротивления, которые противостоят примирению, часто сталкивает психоаналитика с их границами. Эти границы характеризуются в связи с проработкой тем, что толкование сначала принимается и может произойти озарение, однако его перемещение сталкивается с описанным сопротивлением. Фрейд видел здесь воздействие бессознательных образцов на процесс изменения; то есть, вероятно, что больному кажется невозможным отказаться от хотя и бессознательного, но все же приносящего удовольствие течения процессов, которые связаны с определенными образцами объектных отношений и соответствующим удовлетворением инстинктов. Здесь следует также вспомнить о расщепленных, инкапсулированных, как бы «замороженных» ранних интроектах, с которыми связано удовлетворение инстинктов (например, тайной мести), а также удовлетворение отношений определенного образца. Это удовлетворение входит (хотя и в искаженной, но в ощущаемой для субъекта форме) в имеющиеся на данный момент образования симптомов и побуждает к тому, чтобы придерживаться общего психопатологического комплекса и отказаться от экспериментов. Клинический опыт показывает, что в таких случаях может возникнуть побуждение к длительной проработке или надежда на то, что эксперимент и инновация могут открыть новые перспективы и поэтому являются ценными.

Было бы наивно, по нашему мнению, в качестве результата проработки ожидать стабильности у пациента, поскольку старые конфликтные напряжения и образцы их разрешения продолжают существовать как содержание индивидуального опыта (в форме энграмм). Принцип примирения является предпосылкой для того, чтобы спор и разлад, несправедливость и насилие были приняты как относящиеся к *Species humana*. То есть можно установить постоянное стремление к все более удовлетворительным компромиссам примирительного характера. Что может быть достигнуто в таком процессе, это, конечно, не основательное изменение личности, и определенную роль здесь играют наследственные детерминанты (см. Heigl-Evers und Schepank, 1980; Schepank, 1987, 1992). Можно достигнуть новой переработки старых конфликтов в направлении нового образования компромиссов, которые выстроены так, что оставляют подавленным желаниям больше пространства для развертывания и снижают давление защиты. С другой стороны, клинический опыт показывает, что в ходе такого процесса происходит явная редукция симптомов, минимизация и исчезновение симптомов, а также соответствующие изменения в характере невроза.

## **2.10. Клинический пример**

Речь пойдет о 28-летней молодой женщине, которая внешне выглядела сдержанной, вежливой и миловидной, однако мимика и жестикауляция у нее были очень выразительными и оживленными, одновременно с этим у нее обнаружи-

– 252 –

валось значительное игнорирование этих проявлений как в целом, так и частично; это обесценивание аффективно сопровождалось ненавистью к себе и затрагивало целостность личности пациентки.

Пациентка была единственным ребенком в семье, о чем она сожалела уже в раннем детстве. У ее матери в молодости была необычайно тяжелая судьба (насильственный увоз в Сибирь, тяжелая работа, голод, изнасилование, мучительное заболевание и неоднократные несчастные случаи). Эта женщина, которая была родом из семьи сельскохозяйственных рабочих, после освобождения из русского плена и поселения в ФРГ вышла замуж за человека из крестьянской семьи, постоянно проживающей на Западе, и не очень высоко здесь ценилась из-за ее происхождения. Мать пациентки, по всей вероятности, была женщиной, у которой женственность ассоциировалась скорее с чем-то негативным, особенно применительно к отношениям с противоположным полом и проявлениям сексуальности.

Тем не менее, пациентка сначала развивалась как подвижная и веселая маленькая девочка, которая в кухне-одногодке нашла желаемую сестричку и полюбила ее. Эта кухня внезапно умерла, когда пациентке было 6 лет. При этом об обстоятельствах смерти ее маленького товарища умалчивалось, было запрещено говорить об этом с родителями умершей девочки или спрашивать у них что-то. К тому же, кухню звали так же, как и пациентку.

В связи с этим она испытывала (около 6 лет) агрессивность и деструктивность, вызванные умиранием, исчезновением, замалчиванием, которые были для нее чем-то жутким; это наложило отпечаток на стиль ее поведения. Потом произошло явное «изменение сущности» ребенка. Она стала спокойной, послушной, вежливой и совершенно милой девочкой; такой ее считали домашние; она старалась отныне подавлять всякую агрессивность в себе; потеря маленькой кухни произошла к тому же вскоре после приема в первый класс школы.

В связи с эдиповой триадой, вообще с семейной констелляцией, удивляет, что пациентка, с одной стороны, сильно привязана к родителям, а с другой стороны, пыталась разорвать отношения, имеющиеся в родительской диаде, выступая время от времени за их развод по той причине, что между родителями обнаруживается несовместимость. Потом пациентка столкнулась с тем, что ее родители остались вместе, отношения между ними стали более тесными; это одновременно обернулось против пациентки, так как у родителей появилось намерение исключить ее из дома, из семьи. Вследствие этого у нее возникла сильная неуверенность, она не могла больше отстаивать свои планы на обучение (в медицинском вузе), не говоря уже о том, чтобы их реализовать. Она потерпела неудачу, когда обратилась к уважаемым ею родителям умершей маленькой кухни, а именно к дяде, который вместо того, чтобы успокоить ее и посоветовать ей что-нибудь, эротично «притронулся»; она не нашла, к своему

удивлению, защиту, которую искала у матери против дяди; напротив, мать отреагировала, высказав свою позицию: «Таковы мужчины, ты должна привыкнуть к этому, ты испытаешь это еще не раз».

В дальнейшем ее отношения с мужчинами складывались затруднительно. Ее одноклассник, к которому она чувствовала расположение, но чьи сексуальные непреодолимые желания все же расценивала как «распутные», назвал ее «шизофреничкой». После этого все импульсивные желания, как сексуальные, так и агрессивные, стали ассоциироваться у нее, вероятно, с «сумасшествием» и скорее даже вызывать чувство вины. Если бы она пошла на поводу у своих сексуальных и

агрессивных импульсов, в этом случае она вынуждена была бы всю тяжесть вины взять на себя, забиться в угол, она была бы изолирована как «сумасшедшая». В связи с этим нужно привести сон, который имел место при проведении психоаналитической терапии во время 195 сеанса: «А именно во сне у меня было такое состояние - да, я должна буду это сказать - как если бы я находилась под действием медикаментов или наркотиков. Следовательно, во сне у меня было чувство, что я реагирую механически на что-то, и совсем над этим не задумываюсь. Итак, я испытывала чувство, что я не совсем в сознании и что жуткий мир находится где-то вдали, но я реагировала, насколько это только возможно на все; я была в доме... ах! да, я была там еще, вероятно, до нашего века, и достаточно высоко в пространстве - итак, здесь, например - были, что в первую очередь, следовательно, вспоминается мне из сна, были прозрачные двери. Я пыталась открывать десятки дверей, я пыталась все снова и снова, ах, я видела за ними только насмешливо улыбающиеся лица, я должна здесь добавить, что это были мужские лица. И ох, хотя они и не говорили ничего, я все равно очень быстро закрывала двери. И потом я констатировала следующий факт: Я не нашла запасного выхода. Эта насмешливая ухмылка была для меня сигналом, да, мы не должны выходить к тебе. И ты также не ищи нас. И тогда, тогда воспоминания стали более осознанными. Следовательно, я начала рассуждать. Да, я подумала: ты сможешь выйти отсюда только в том случае, если пойдешь вниз. И тогда я спустилась на несколько лестничных пролетов вниз. Но в обстановке, однако, ничего не изменилось».

Во время последующего за этим размышления над сном у пациентки возникло чувство тревоги, она почувствовала «действительно отвращение и мурашки». В связи с объединением Германии ей пришло на ум, что она как назначенное должностное лицо, например, не может просто показаться на улице. Она мысленно взвешивала, что она могла бы сделать, если бы снова установился авторитарный режим, такой, как при нацизме. У нее возникла мысль, что протест против авторитетов является «в сущности проявлением слабости». Ей пришли на ум люди из секретных служб, КГБ. «Я полагаю, что знаю точно, что они могли бы подвергнуть меня пыткам, это ничего бы не изменило, они не могли бы добиться даже крика от меня. Не уверена». Здесь, по-моему, всплыли

– 254 –

первичные преднамеренные импульсы, которые нельзя вскрыть ни за какие деньги мира, эти импульсы остаются герметически закрытыми. Еще более мучительно и, возможно, даже убийственно, когда такие импульсы, высвобождаясь или совсем конкретизируясь, превращаются в действия.

О какой вине может идти речь? Предположим, что речь идет о соблазнении ее отцом. Следует вспомнить о ситуации с дядей во время подросткового периода, события, которое должно было быть признано ее матерью, но все же осталось отвергнутым. Намеренными являются, таким образом, активно сексуальные страстные желания, активное овладение ею одним из мужчин. Пожалуй, пациентка также готова отказаться от этой области переживаний, если бы могла в некоторой степени овладеть своей матерью полностью и могла бы иметь ее в своем распоряжении (пациентка временно страдала неудовлетворенностью). Однако все же эти оральные страстные желания, которые осуждала мать и которые должны были быть удовлетворены, сопровождались, вероятно, более сильным чувством вины.

Во сне быть в большом высоком доме, быть в матери, означало для пациентки быть запертой вместе со многими мужчинами с неконтролируемым мужским поведением. Она могла бы отмежеваться от этих мужских импульсов только благодаря

тому, что сделает мать «сумасшедшей», которую следует поместить в психиатрическую больницу или тюрьму и таким образом сделать частично неопасной. Она оказывается включенной в эту систему сама, не столько как сумасшедшая, сколько как злая, виноватая, мучающаяся. В этой системе имеется, следовательно, материнский объект, который имеет свойства тюрьмы, больницы, который характеризуется запиранием, взятием под арест, допросом, пыткой, уголовным преследованием. В случае если пациентка смиряется с этим, она может быть «в матери», тогда ее нельзя изгнать и направить в одиночество. Другой объект, отец, в связи с сексуальными страстными желаниями и агрессивными порывами является опасным, достойным презрения, он обесценивается. Этот объект ни в коем случае нельзя впускать. Он, однако, очаровывает вследствие того, что действует, обнаруживая те импульсы, которые пациент также имеет в себе, но ни в коем случае не осмеливается проявить. Она ведет себя как мужчина, тогда она не принимается матерью, она ею ненавидима, презираема, - когда она избегает таких импульсов, то сама включается в материнскую систему так, что ничто не может подобным образом стать очевидным, и тогда мужчины, сексуальные страстные желания которых она избегает, насмеваются над ней и считают ее «шизофреничкой». Следует ожидать, что при этом у нее возникает смесь вины и стыда.

Сон поясняет триадную констелляцию - хотеть быть в большом доме, в матери, быть принятой и уважаемой ею, хотеть быть окруженной ее материнским теплом, однако мать «замещается» с помощью вездесущей агрессивной мужественности - мужественности, которая является агрессивной в смысле са-

- 255 -

дистски захватнической насильственной пенетрации<sup>1</sup>, от которой нельзя скрыться из-за ее присутствия, которая не может не произойти; иначе говоря: агрессивная мужская сила отца является опасным, пожалуй, даже непобедимым соперником, когда речь идет об обладании матерью. Чтобы суметь овладеть матерью, нужно лишь быть как те мужчины, олицетворять собой эту садистски агрессивную захватническую мужественность. Так как мать из-за событий, произошедших в ее жизни, все же осуждает это ненастойчиво, то этот путь - заполучить мать - также невозможен. Можно предоставить объекту любви этот вид мужественности, и тогда при полном внутреннем (эмоциональном) отказе остаются только пассивные мазахистские переживания.

Наличие переноса очень явно прослеживается в этом сне: старый дом - психиатрическое постройка в конце прошлого века с его большими пространствами, - ухмыляющийся обитатель каждой комнаты - терапевт? Пациент? Аналитик как офицер КГБ, которому ни за что не станут рассказывать обо всем, что он желает знать, который, однако, все равно может молча узнать все и действиям которого, следовательно, стараются решительно противиться.

У пациентки существует сильная фиксация на эдиповой триаде; она, очевидно, желала - это обнаруживается во время ее подросткового возраста и пубертата - чтобы родители расстались друг с другом; тогда она имела бы возможность свести их снова вместе и благодаря этому взять ситуацию в свои руки. Родители все же сошлись снова, но по собственной инициативе, так случилось, что в этом случае для их дочери не осталось места. Пожалуй, здесь также играет очень большую роль зависть к пенису; пациентка находит свой внешний облик, как назло, непривлекательным. У нее отсутствует пенис, который необходим ей для того, чтобы заполучить мать в качестве полового партнера.

Вероятно, признание собственной агрессивности пациентки проблематично потому, что в этом случае она будет вынуждена признать, что похожа на отца с имеющимся у него агрессивно-садистским запечатлением. Желание завладеть матерью вызвало бы у нее, пожалуй, слишком сильное чувство вины.

Пояснительная интерпретация рассмотренного выше сна необходима для того, чтобы терапевт был готов к испытанию на себе переноса: психоаналитик воспринимается как офицер КГБ, который, если не покорится его воле и послушно не подчинится ему, либо изолирует тебя как «сумасшедшего», либо будет пытаться как непокорного, который, следовательно, не примет отказа ни в какой форме. Во всяком случае, деструктивный повелитель, с которым лучше не связываться, но который, однако, именно поэтому обладает сильной притягательностью, - пожалуй, может считать, что вид агрессивности, который прослеживается во сне и в случае переноса, имеет в себе нечто жуткое, захватническое, оккупирующее, расширяющее. Мать не наполняется ничем другим (весь

---

<sup>1</sup> П е н е т р а ц и я - насильственное проникновение одной материи в другую.

дом наполнен такого вида мужественностью), и спящая напротив сама старается не проявлять его, не прикладывать большие усилия, но ей все же не удается действительно от него избавиться.

Пациентка желает во сне не иметь ясности сознания, чтобы благодаря этому почувствовать себя наконец в безопасности в этом большом доме, у родителей. Она переживает по поводу того, что мужчины радуются только тогда, когда женщины не могут разобраться в чем-то. Она соображает тогда, когда она уже находится в состоянии бреда сумасшедшего, в затруднительном положении, каким образом она сможет спастись, именно тогда, когда она уже в затруднительном положении. Это может означать сильный дефицит функции отражения реальности и особенно такой части функции, как антиципация. Если она скрыто наклеивает на себя ярлык «сумасшедшая», тогда возникает также параноидальная мысль, а следовательно, боязнь преследования. Постоянной величиной у нее является открытое реагирование, нормальное чувство - для женщины - принципиально не проявлять инициативу в чем-либо, а только реагировать. У нее проявляется склонность отказываться с упрямством от мужской деструктивной пенетрации, но это означает отказаться и от самостоятельных действий в сексуальной и агрессивной сферах в том случае, когда речь идет о том, что эдиповый ребенок остается эдиповым взрослым.

Терапевт в связи с этим решает заговорить о защитной агрессивности, такой агрессивности, которая имеет место тогда, когда с агрессивной личностью обходятся пренебрежительно, презирают ее и не ценят, которая ощущает себя исключенной из общества нормальных, здоровых людей. Здесь речь идет об обесценивающей установке, которая сформировалась у ее матери по отношению к ее мучителям-мужчинам, когда она была в свое время в плену, и которой мать придерживается по отношению к мужчинам также и теперь. Так как пациентка испытывала на себе этот вид агрессивности как со стороны мужчин вообще, так и со стороны дяди (и отца), то такое обесценивание мужчин может влиять также на отношения к ним; обесценивание грозило бы и пациентке самой, если бы она подавляла такие импульсы. Подчинение женщины мужской силе, страстно желаемое, возможно только на пути мазохических проявлений, при котором недопустимо проявление отказа, определенная Эго-

блокировка. В связи с этим терапевт вмешался следующим образом. *Терапевт:* «Однако, с другой стороны, у меня возникло чувство, что если бы Вы, пожалуй, проявили бы эту агрессию или ярость, то это привело бы к тому, что Вас зачислили бы в разряд, так сказать, психически больных и поместили бы в соответствующую психиатрическую больницу. Следовательно, например, если эти чувства становятся сильными, если Вы становитесь очень злой, не может ли возникнуть мысль, теперь я говорю напрямик, что Вас воспринимают как сумасшедшую, как душевнобольную». *Пациентка:* «Да, это определено ход мыслей моих родителей. Итак, для них это, несом-

– 257 –

ненно, так. Но так ли это еще и сегодня, я не знаю. Таким образом, они постепенно привыкли к тому, что я выхожу из себя. По их мнению, это, несмотря на (кажущуюся) патологичность, является чем-то совершенно нормальным. Однако смиряются ли они с этим, в конце концов, и внутренне, этого я не знаю. Они воспринимают это как мой менталитет».

### **3. ГЛУБИННАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

#### **3.1. Введение**

Под глубинным мы понимаем такое направление психотерапии, в основе которого - центральные положения психоаналитического учения о болезнях и психоаналитической теории личности, однако оно имеет существенные отличия от вышеназванных направлений по таким параметрам, как цели терапии и техники, используемые для их достижения (см. Heigl-Evers und Heigl, 1982b, 1983a, 1984). В классическом психоанализе, в привычном его понимании, усилия терапии направлены на то, чтобы пациент постепенно, продвигаясь небольшими шагами по пути своей жизненной истории, смог вывести на сознательный уровень и вновь пережить ранние детские конфликты, которые находят свое отражение в форме репрезентации влечений, Эго, объектов и объектных отношений, а также в переживаниях и механизмах отражения. Все это становится возможным благодаря работе с переносом, контрпереносом и сопротивлением.

Таким образом, благодаря вмешательству терапевта, которое состоит главным образом из толкования и конструирования, пациент постепенно в процессе терапии получает возможность по-новому увидеть историю своей жизни и ее скрытые смысловые связи. Прежде всего, истолковываются скрытые смысловые связи, проявляющиеся в качестве ассоциаций на слова, интонации, на жесты и мимику партнеров по общению; причем это осуществляется на основе предварительно подготовленных шагов, которые Гринсон (Greenson, 1975) охарактеризовал как демонстрацию, или сопоставление и кларификацию. Толкования, даваемые терапевтом, дополняются через конструирование, которое, при корректном выполнении, по мнению Фрейда, оказывает такой же терапевтический эффект, как и проработанные воспоминания (ПСС XVI, 1937, с. 53). По сравнению с этим видом терапии, глубинно-психологический подход имеет четкие ограничения, которые сформулированы в психотерапевтической директиве от 27.01.1976.

– 258 –

«Психотерапия, ориентированная на глубинную психологию, объединяет в себе те формы терапии, которые занимаются лечением актуально действующих невротических конфликтов, при этом стремится к концентрации терапевтического процесса посредством ограничения количества целей, преследуемых в процессе работы, посредством конфликт-центрированного подхода (подхода, центрированного именно на актуально действующем конфликте – *Прим. автора*), а также посредством ограничения регрессивных тенденций» (Faber und Haarstrick, 1989, с. 39).

Эта формулировка предусматривает возможность использования разных форм психотерапии. Ограничивающими условиями директивы, четко определяющими назначение используемых методов, являются «актуально действующие невротические конфликты», «ограничение регрессивных тенденций» и «концентрация терапевтического процесса». Объектом терапевтического воздействия в глубинной психотерапии является, таким образом, актуально действующий конфликт; для его толкования может использоваться метафорическая точка пересечения причин возникновения невроза (см. Heigl-Evers und Heigl, 1982b, 1983a, 1984). Итак, опираясь на рассуждения Фрейда об этиологии неврозов (ПСС XI, 1916/17, с. 372-391), можно сказать следующее: неврозы и другие психические и психосоматические заболевания обнаруживаются в точке пересечения вертикальной оси истории жизни пациента, изучением которой занимается классический анализ, двигаясь сверху вниз в направлении к началу жизни, с горизонтальной осью актуальной истории болезни. Эта актуальная история болезни характеризуется интерперсональными констелляциями (взаимодействием сосуществующих факторов), которые включают в себя определенные социальные контексты, социоэкономические и социокультурные факторы, а кроме того, определенные события, иногда фатальные и судьбоносные, которые в индивидуальном течении болезни представляют собой то, что Фрейд (ПСС XI, 1916/17, с. 310) называл термином «фрустрация», понимая под этим причину, «корень» невроза.

Речь идет о тех внешних лишениях, о фрустрации реальных, приемлемых для Эго способов удовлетворения, которые Фрейд относил к первому условию возникновения невроза потому, что либидо бросается на способы и цели, «которые дольше всего сопротивляются Эго, в результате чего они объявляются им вне закона, и в результате этого не имеют будущего» (ПСС X, 1915, с. 370). Фрустрация может относиться к таким инстинктивным потребностям, как потребность в любви к себе и желание взаимодействия в связи с автономией и зависимостью. На горизонтальной оси в отношении актуальной истории пациента можно отследить те внутренние конфликты и психосоциальные констелляции, вызываемые ими, которые могут быть доступны одной лишь глубинной психотерапии. При этом способ возникновения психосоциальных факторов является достаточно прогностичным: при их обсуждении и оценке нужно раз-

– 259 –

личать, вызвано ли их появление преимущественно внутренними факторами, например, навязчивым бессознательным повторением в настоящем ранее пережитого травматического опыта (ПСС XIII, 1920, с. 17), или прежде всего внутренними факторами интерперсонального или социального происхождения, которые не продуцируются самим пациентом.

Лох (Loch, 1979, с. 189) в качестве примера приводит экзогенные патогенные факторы появления нового начальника или подчиненного, которого пациент не выбирает и который вызывает у него патогенный эффект, причем степень этого

влияния также зависит от реакции пациента на данного человека, а следовательно, от его структуры; кроме этого, Лох к такого рода факторам относит смерть значимого другого, который оказывает на пациента стабилизирующее влияние и защищает его от декомпенсации. Он видит в этих экзогенных моментах важные критерии для проведения терапии в рамках глубинной психотерапии, и говорит в связи с этим: «...Синдром, вытекающий из кризиса, в значительной мере обусловленного определенными экзогенными факторами; проявления этого синдрома можно выявить, а посредством короткой терапии минимизировать, в результате чего не потребуется проработка инфантильного фона» (Loch, 1979, с. 186).

Таким образом, если психоанализ в смысле стандартного метода означает возвращение назад, к основе истории жизни, исследование ее корней, то внимание психотерапии, действующей в рамках глубинной психологии, направлено на актуальную историю пациента, представляющую собой горизонтальную ось метафорической точки пересечения, в которой зародился невроз, или, другими словами, на разветвляющуюся в горизонтальной плоскости крону дерева жизни пациента. Лечение ориентируется на эти актуально действующие конфликты, которые мобилизуются при помощи относительно легко выявляемой ситуации, послужившей пусковым механизмом, а также приводят к проявлению симптомов, а значит, являются относительно легко доступными сознанию пациента. Речь идет о конфликтах, которые были порождены фрустрацией и которые констеллировались не столько самим пациентом, сколько различными экзогенными факторами. Ситуация, являющаяся пусковым механизмом, должна определяться в диагностическом интервью непосредственно или косвенно, она должна ассоциироваться у пациента с определенным событием или происшествием и узнаваться при первом появлении из всего содержимого конфликта. Лечение ориентируется на актуальный смысл конфликта, на его констелляцию в интерперсональных отношениях и в социальных системах. В результате такого разграничения лечения и его целей в значительной степени упускается из виду инфантильный фон, корни жизненной истории, и таким образом вся вертикальная ось метафорической точки пересечения. Концентрация на актуальности патогенного конфликта означает ограничение регрессивных тенденций.

– 260 –

### **3.2. Модифицированный треугольник опосредования понимания глубинной психотерапии**

Если, как в свое время было продемонстрировано Меннингером и Хольцманом (Menninger und Holzman, 1977, с. 176), в классическом психоанализе опосредование понимания происходит в треугольнике (triangle of insight), это отмечается в его угловых точках через перенос на терапевта, кроме того, через текущий перенос и, наконец, через прежние отношения пациента, связи которых необходимо освещать и понимать, то для глубинной психотерапии необходимо постулировать другой, модифицированный треугольник опосредования понимания: отныне нужно передавать понимание болезни с помощью треугольника; в его угловых точках это отмечается через ситуацию, вызывающую или усиливающую симптом, через относящееся к ней социальное поле со своими патогенными образцами социального взаимодействия, а также через актуальные интерперсональные отношения пациент-терапевт. Терапевт старается постепенно сделать доступными для понимания пациента связи, существующие между этими точками треугольника. Это и является целью глубинной терапии - с помощью модифицированного таким образом треугольника достичь частичного



внутреннего переструктурирования опосредования понимания через ограничение восприятия основополагающих внутренних конфликтов пациента наряду со снижением симптоматики, а в идеальном случае - с полной ликвидацией всех симптомов. Таким образом добиваются изменения актуальных интерперсональных отношений пациента (см. Fuerstenau, 1992; Heigl-Evers und Heigl, 1983a; Wallerstein, 1990). Этот метод фокусируется на психосоциальном проявлении внутреннего базального (ядерного) конфликта и на формировании компромисса для его разрешения. В качестве теоретической ориентации здесь может служить модель фокального конфликта, предложенная Френч (French, 1952): актуальное поведение пациента понимается как способ выражения формы разрешения привычного, специфичного для данной личности конфликта, который постоянно проявляется при соответствующих актуальных условиях. Аффекты, которые происходят из базальных конфликтов, переживаются тогда в актуальном интерперсональном пределе и получают особые формы выражения под влиянием специфических факторов актуальной ситуации. Решения, которые первоначально возникают для преодоления ядерного конфликта, под влиянием актуальной ситуации модифицируются и принимают специфическую форму. На основании этого аспекта предлагается рабочая модель, в соответствии с которой личность определяется:

- через ограниченное число связанных между собой ядерных конфликтов;
- через решения, которые возникают для противостояния этим конфликтам и их разрешения;

– 261 –

- из возникших в результате развития актуальных интеракционных условий и, соответственно, модифицированных форм выражения как конфликта, так и привычных способов его решения (French, 1952; Heigl-Evers, 1978, с. 57).

В связи с этим очень редко затрагивается история базальных конфликтов и вопрос о том, каким образом они констеллируются из переживаний ребенка, складывающихся из одной или нескольких катастроф детства и приводящих к возникновению защиты и компромиссов. В гораздо большей степени уделяется внимание влиянию нового опыта и модификаций этого компромисса, возникающих из меняющихся условий, которые естественным образом гораздо ближе к психической реальности, чем инфантильные конфликты прошлого и способы их решения. Сандлер и Сандлер (Sandler and Sandler, 1985, 1988) попытались в последние годы по-новому подойти к пониманию процесса переработки и модифицирования базальных конфликтов, возникающих в ходе развития индивида, в результате чего они стали различать такие понятия, как бессознательное прошлого и бессознательное настоящего. В противоположность бессознательному прошлого, или раннему бессознательному, которое содержит все психические репрезентации, происходящие из социального взаимодействия со значимым лицом, бессознательное настоящего охватывает те реакции, которые относятся к ситуации «здесь и теперь» и означают стойкое приспособление к конфликту, а также страхи, которые исходят из содержания бессознательного прошлого.

«Объекты, которые возникают в фантазиях, происходят из бессознательного настоящего, представляют собой объекты, которые воспринимаются и фантазируются в настоящем (наиболее бросающиеся в глаза аналитику в процессе переноса), но содержание желаемых фантазий отражает фантазии раннего детства, которые мы никогда действительно не осознавали, но которые мы приписываем раннему бессознательному» (Sandler und Sandler, 1988, с. 153).

Бессознательное настоящего порождает дальнейшие неосознаваемые фантазии, которые можно рассматривать как формирование компромисса, так как желания бессознательного прошлого воспринимаются в качестве угрожающих существующему равновесию. «Вторая цензура», которая охраняет бессознательное прошлое от осознания того или иного представления, отражает прежде всего интернализированные социальные страхи; она направляет на избегающее поведение, оберегая личность от чувства стыда, смущения и покорности (см. Mertens, 1990, т. 1, с. 202). Для понимания возникающей из ядерного конфликта фокальной демонстрации конфликта или сдержания бессознательного настоящего, которое производится из содержания бессознательного прошлого в результате различных психосоциальных влияний, рассмотренный ранее треугольник опосредования понимания обнаруживает подходящее поле напряжения, поскольку здесь совокупность актуальных отношений больного может стать

– 262 –

доступной для диагностического обследования и терапевтического влияния. Релевантные психосоциальные конфликты и относящиеся к ним психосоциальные компромиссные образования можно понять из этих отношений (см. Heigl-Evers und Heigl, 1982b, с. 170).

В процессе диагностической работы особенно важную роль играют те аффекты из нового опыта, которые понимаются как регулирующие поведение, а также перерабатывающие информацию и отвечающие за рефлексивные аффекты. Эти аффекты несут большую нагрузку вследствие их интерперсональной сигнальной функции в вышеназванных связях. Их необходимо отличать от тех аффектов, которые служат причиной возникновения психологической защиты как внутреннего сигнала, направленного против всплывающих в памяти катастроф детства, с целью не допустить появления связанного с ними непереносимого для сознания отвращения. Речь идет об описанном Фрейдом невротическом страхе, описание которого позднее было дополнено Бреннером (Brenner, 1986); данное описание рассматривалось как сигнал, соответствующий депрессивному чувству отвращения. Таким образом, нужно через аффект различать внутренний и интерперсональный сигнал (см. Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1990a).

### **3.3. Терапевтический подход**

Организация процесса лечения в описываемом подходе отличается от психоаналитического, где пациент располагается на кушетке, тем, что терапевт и больной сидят напротив друг друга. При таком способе происходит противодействие возникновению глубокой регрессии, в результате чего облегчается восприятие невербальных сигналов пациента - мимики, жестов, поз, что способствует пониманию аффектов, о которых шла речь выше. Частота проведения сеансов и их длительность могут варьироваться в соответствии с требованиями терапии и возможностями, определенными психотерапевтической директивой. В рамках договоренности о лечении пациента знакомят с правилом свободной ассоциации как основным правилом психоанализа и настоятельно советуют ему соблюдать данное правило. Введение данного правила является обязательным для любой терапии, осуществляемой в рамках психоанализа, потому что цель такого лечения - внедрение в бессознательную область переживаний - является достижимой именно при работе в рамках ассоциативного мыш-

ления. Естественно, этот принцип в глубинном подходе устанавливается с фокусировкой на конкретной теме и с отказом от расширения границ регрессии. Установление рабочего альянса особенно важно при использовании данного вида терапии потому, что здесь речь идет о том, чтобы достичь конкретных целей за конкретный период времени; это предполагает наличие основанных на сотрудничестве согласованных усилий обоих партнеров.

– 263 –

Другими словами: для оптимальной работы в рамках данного подхода необходимо, чтобы пациент был способен с самого начала установить такой рабочий альянс. То есть, с одной стороны, он должен уже к моменту сбора анамнеза идти по пути свободных ассоциаций, а с другой стороны - настраиваться на то, что полученная таким образом информация поступает в вышеописанный треугольник опосредования понимания, то есть прорабатывать вместе с терапевтом актуальные конфликты, которые констеллируются в их взаимоотношениях, а также в актуальных отношениях с патогенным полем, и - в итоге - в ситуациях, вызывающих конфликт. Неизменно возникающее при этом сопротивление, которое, например, может появиться в результате глубокой регрессии пациента в отношениях с терапевтом, необходимо вовремя проговаривать и прорабатывать, для чего необходимым условием является наличие рабочего союза. Развитие переноса и контрпереноса тщательным образом воспринимается и регистрируется терапевтом; он, в соответствии с принципом данного вида терапии, пресекает попытки регрессивного погружения пациента. Этим процессом управляет треугольник опосредования понимания, так как при использовании методов, ориентированных на глубинную психологию, терапевту вменяется в обязанности направлять свое внимание на три составляющие: первым фокусом является соответствующая специфическая ситуация, являющаяся причиной симптоматики, вторым - патогенное поле, в котором снова и снова констеллируются конфликты. Третьим фокусом терапевтического внимания и вмешательства являются актуальные интерперсональные отношения между пациентом и терапевтом, в которых, так же как и в реальных отношениях пациента, в результате действия переноса и контрпереноса намечаются внутренние конфликты. Речь идет о том, чтобы растолковать пациенту контекст связей между интерперсональными ситуациями, вызывающими симптомы, социальным полем, в котором констеллируется интерперсональное проявление, и актуальными интерперсональными отношениями с терапевтом. В случае если в результате осознания связей конфликта и патологического компромиссного образования возникает сопротивление, тогда становится необходимым толкование и терпеливая его проработка.

Также при использовании этой модификации психоаналитического направления терапевт должен прилагать усилия к соблюдению правила сдержанности и нейтралитета. При этом соблюдение нейтралитета устанавливает границы посредством того, что терапевт при прямом зрительном контакте, находясь лицом к лицу с пациентом, несомненно, может лучше воспринимать мимику и жесты пациента, чем в той ситуации, когда тот находится на кушетке. Терапевт, работающий в рамках глубинного подхода, в целом осуществляет более активный и структурированный терапевтический процесс, чем при использовании стандартного подхода. Он чаще воздействует на пациента, фокусирует процесс и тем самым имеет возможность получить больше необходимого для работы материала и ми-

– 264 –

нимизировать ненужную информацию. Кроме того, время от времени он своими советами и рекомендациями оказывает непосредственное влияние на пациента; также в этом подходе применяется случайное включение членов семьи или других значимых лиц в терапевтический процесс (Heigl-Evers und Neuzner, 1983).

К специфическим формам вмешательства глубинной психотерапии относятся «руководящие вопросы». Они сопоставимы с определяющими тему вопросами, которые использовал Дурссен (Duehrssen, 1972, 1988) для описания методов динамической психотерапии. Речь идет о таком виде и способе вопросов, которые служат тому, чтобы фокусировать определенный, полученный от пациента материал. С помощью данной техники Дурссен активно вводил в разговор важные темы. Руководящие вопросы находятся на горизонтальной оси метафорической точки пересечения, а значит, актуальной интерперсональной ситуации пациента; они следуют образцу: «Когда появился Ваш симптом?». Только в том случае, если пациент чуть ли не «напрашивается», они переходят на вертикальную ось. В этом случае вопрос должен звучать следующим образом: «В связи с чем Вы об этом вспомнили?».

Наряду с руководящими вопросами в глубинной психотерапии большое значение имеет форма вмешательства, носящая название кларификации (см. Greenson, 1975, с. 51); она служит тому, чтобы окружить соответствующий интересующий психический феномен всевозможными подробностями, имеющими к нему непосредственное отношение и несущими определенный смысл. Кларификация в сочетании с руководящими вопросами является средством, позволяющим вывести наружу и переработать актуальную конфликтную ситуацию; а кроме того, помогающим повысить интенсивность вмешательства в случае необходимости. Предпочтением и более частым использованием кларификации, с нашей точки зрения, глубинно-психологический метод отчетливо отличается от классического психоаналитического.

Руководящие вопросы и техника кларификации имеют своей целью привести к описанию и идентифицировать актуальные конфликты пациента; жизненно-исторические или раннегенетические отношения принимаются во внимание постольку, поскольку они в этой связи возникают в процессе работы. Специфические усилия при использовании данного вида терапии сводятся к тому, чтобы выявить и сделать познаваемой связь с ситуацией, вызывающей проблему и актуальной симптоматикой пациента. Также в глубинно-психологическом методе находит свое место техника толкования, или интерпретации в узком смысле, причем, как уже было сказано, радиус действия этой техники остается ограниченным в области того актуального патогенного конфликта, который в пусковой ситуации интерперсонально «выпадает в виде осадка».

По поведению пациента в ситуации «здесь и теперь» в процессе терапии нужно делать выводы о его актуальном психосоциальном конфликте, бессознательное содержание которого может выйти наружу именно таким образом. Про-

явления этого конфликта в отношениях пациент-терапевт, которые осуществляют свое развитие в переносе, контрпереносе и сопротивлении, заслуживают особого внимания потому, что здесь интерпретация может способствовать внезапному озарению, инсайту, которое по причине своей с аффектами еще долго будет волновать пациента. После каждого инсайта, как правило, возникает сопротивление, которое тоже фиксируется и вслед за этим становится доступным для проработки. Особое значение, в нашем понимании глубинного подхода, имеет кларифицирующее вмешательство (интервенция), которое непосредственно относится к возникающей связи аффектов и

их идентификации; речь идет о техниках кларификации аффектов и идентификации аффектов. Способность испытывать чувство дифференцированно, а также хорошо понимать чужие чувства, является важной составляющей регуляции ориентации действий индивида. Способность к дифференцированному переживанию аффектов (по большей части врожденное) является обязательным для внутренней и внешней ориентации человека, так же как и для его коммуникации с окружающим миром. Аффекты оказывают сигнальное действие по отношению к собственному внутреннему душевному состоянию, а именно интерперсональной ориентации. Проявление и передача аффектов в интерперсональных отношениях выполняет, кроме того, важную функцию коммуникатора (Heigl-Eevers und Heigl, 1983a, с. 67). Возникающие в терапевтическом диалоге аффекты в своих тонких и тончайших проявлениях привлекают особое внимание, так как они могут облегчить данный процесс терапии, выявить базальные интерперсональные конфликты и способствовать новообразованию психосоциального компромисса.

В рамках глубинной психотерапии техника идентификации аффекта используется в том случае, если пациент передает актуально мобилизованные им аффекты лишь неопределенно, мимико-жестовыми микросигналами, а следовательно, переживает эти эмоции в дезинтенсивной форме, если он нейтрализует аффекты или маскирует их под другими эмоциями (см. Krause, 1988, 1990). Под техникой кларификации аффектов понимается установление вертикальных связей таких аффектов, которые являются для пациента бессознательными или лишь частично осознаваемыми. В целом пациент воспринимает эти связи, но, не замечая их неполноты, часто принимает их за убедительные. В этом случае терапевт при помощи кларифицирующего вмешательства пытается продемонстрировать пациенту ошибочное звено в цепи связей; причем, как правило, ему приходится преодолевать сопротивление со стороны пациента (Heigl-Eevers und Heigl, 1983a, 1984; Heigl-Eevers und Henneberg-Moench, 1990a). В терапевтическом диалоге аналитик старается зарегистрировать аффекты, воспринимаемые в выразительности их противопоставления, и дать им названия, а между тем как он усваивает их, он пытается оценить их влияние на собственные переживания с целью понять их коммуникативное значение. В связи с этим терапевт при использовании этой методической модификации должен

– 266 –

выполнять ту мыслительную работу, которую также выполняет аналитик, использующий стандартный метод. Он должен понимать при передаче интерпретации, в связи с какими объектными отношениями возник аффект пациента и какие конфликты в этих отношениях явились пусковыми (конфликты, которые констеллируются как удовлетворение потребностей, как потребность любви в себе или как потребность во взаимоотношениях в связи с зависимостью и автономией).

На основе сформированного суждения терапевт уточняет способ осуществления вмешательства, которое имеет своей целью кларификацию возникающих связей аффектов, проявляющихся во взаимодействии. В качестве терапевтической цели необходимо ориентировать пациента на то, чтобы отныне он регистрировал возникающие аффекты и анализировал их связи, изменял свои патологические психосоциальные компромиссные образования с тем, чтобы они в достаточной мере поддерживали психофизическое равновесие между своими защитными функциями, с одной стороны, и характером удовлетворения - с другой. Вместе с тем терапевт всегда должен мысленно представлять образец способа мобилизаций конфликта и компромиссного образования в ситуации, вызывающей симптом, так как здесь идет

речь о том, чтобы редуцировать временно ограниченный способ лечения или поддерживать оптимальный уровень. В том случае, если удастся развить действенное компромиссное образование в отношении пусковой ситуации, необходимо принять во внимание то, что пациент будет развиваться при встрече с подобными ситуациями в будущем. Критерием того, что компромиссные образования стали лучше удаваться, является то, что упомянутое лицо может сделать доступным большое игровое пространство проявления и действий для общения со своими потребностями и желаниями. Также, по нашему мнению, к репертуару глубинной психотерапии относятся рекомендации и советы, форма вмешательства, которая в психоанализе также скорее ценится, чем осуждается (Heigl-Evers und Heigl, 1982b, 1983a). Однако сам Фрейд сказал в 1918 году, что с некоторыми пациентами, оказывающимися в ситуации здесь и теперь, «врач вынужден вести себя как воспитатель и советчик. Но это должно использоваться с большим опасением, и на больного нужно воздействовать не посредством уподобления с нами, а через освобождение и совершенствование собственной сущности» (ПСС XII, 1918, с. 190).

При использовании глубинной терапии появляется возможность давать советы и рекомендации, в случае если речь идет о том, чтобы при переработке вызывающего симптомы актуального конфликта в модифицированном треугольнике опосредования понимания (ситуация, вызвавшая симптом, - относящееся к ней патогенное поле - актуальные отношения пациент-терапевт) изменить патогенное поле в смысле аллопластического приспособления. Пожилому государственному служащему после ухода его начальника со службы предложили занять освободившееся место. Он отреагировал на это тяжелой фоби-

– 267 –

ческой симптоматикой, так как он, являясь превосходным специалистом, мог с успехом выполнять обязанности лишь второго в иерархии. В процессе терапии в один из подходящих моментов терапевт сказал ему: «Вы, собственно, думали хоть однажды о том, что, отказавшись от повышения по службе, которое было Вам предложено, Вам придется привыкать к новому шефу?!» Вмешательство, способствующее такому аллопластическому приспособлению, имеет определенное значение в глубинной терапии, так как в качестве временно ограничивающего лечения сообщает об актуально возникающих, еще не- или незначительно хронифицированных невробазах.

### **3.4. Клинические примеры**

Далее мы хотим рассмотреть казуистические примеры, в которых будет наглядно представлен глубинный подход.

*В первом примере* речь идет о значении эмоций в связи с переживаниями, вызванными конфликтом, и симптоматической картиной, а также об их идентификации в процессе терапевтической беседы (см. Heigl-Evers und Heigl, 1984, с. 240).

Пациент господин К., о котором далее пойдет речь, с некоторого времени находился на амбулаторном психотерапевтическом лечении; сеансы психотерапии проходили по 1-2 часа в неделю. В этот период К. был приглашен со своей женой на праздничный ужин к своим друзьям - супружеской паре. Сначала он мог лишь неопределенно объяснить, чего он ожидал от этого вечера. у него было лишь несколько соображений по поводу того, как он мог себя вести и на что он хотел направить свои усилия с той целью, чтобы лучше понять других, проникнуться их мыслями и чувствами.

Но во время описываемых событий он не смог принориться к тому, чтобы вместе с другими создать и реализовать какое-то действие - будь то определенная тема беседы, совместная игра и др.

Это произошло тогда, когда оказалось, что способ проведения этого ужина отличается от обычного, организованного привычным способом, подачей фондю (блюдо из сыра, вина и белого хлеба. - *Прим. перев.*). В этом случае все участники ужина располагались вокруг стола, в центре которого находилась плита с горшком масла, в котором каждый сам жарил свой кусок филе, насаженный на вилку.

Обе супружеские пары сидели за круглым столом, заставленным гарниром к фондю, причем довольно тесно располагались вокруг общего горшка с маслом, оказавшись в результате в некоторой интимной близости друг к другу, во всяком случае господин К. переживал это именно таким образом. Кроме того, из разговора с хозяйкой дома он узнал о многочисленных ошибках, которые ей доводилось видеть и которые он также знал по собственному опыту, не одоб-

- 268 -

рял и осуждал в себе самом. С другой стороны, К. не так как обычно воспринимал хозяина дома, главным образом на него оказывали влияние его позитивные качества, поступки и успехи. Сначала он реагировал на это, мысленно оценивая и давая другим критические оценки, что приводило к снижению их значимости и обесцениванию, однако в продолжение вечера это удавалось ему все хуже и хуже. Процесс снижения ценности других людей происходил незаметно для К. и стал очевидным для него лишь в процессе терапии.

Постепенно К. все сильнее погружался в дисфорическое настроение, которое на соматическом уровне проявлялось в резко побледневшей коже лица, углубившейся носогубной складке и повышенной двигательной активности, причины которого он сам не мог объяснить. У него возникло нестерпимое желание вонзить по колено в пол правую или даже обе ноги, в связи с чем у него родилась ассоциация со сказкой о гноме.

В процессе терапии господину К. стало ясным, что до сих пор ему удавалось сохранить чувство самооценности в данной и других подобных ситуациях только благодаря тому, что он, по мере надобности, при появлении чувства, что кто-либо другой в чем-то превосходит его здесь и теперь, неосознанно снижал их ценность. В описываемый вечер этот механизм больше не функционировал, причиной чему могла послужить сильно выраженная потребность в эмоциональном контакте с другими людьми, в результате чего К. в своем поведении ориентировался на одобрение окружающих. В придачу к синдрому двигательной активности на следующую ночь возникла сильная головная боль, прекратившаяся лишь следующим утром, когда К. встал, и появившаяся вновь вечером, как только он выпил немного вина. Появление всех этих симптомов связано с его неспособностью воспринять депрессию как ответ на испытываемое им чувство невозможности преодоления собственной ограниченности, неполноценности, несовершенства. По мере того как господин К. смог еще раз более ясно прочувствовать свои эмоции, имея при этом возможность поплакать, у него постепенно вновь развилось чувство собственной неполноценности, а также дисфорическое настроение и вышеописанные соматические проявления.

В этот вечер К. находился под столь сильным впечатлением от достоинств и способностей хозяина дома по той причине, что при мысленной подготовке к встрече он делал акцент преимущественно на понимание и сопонимание, то есть на эмоциональную близость. Наличие такой установки привело к тому, что его хорошо

отработанный механизм снижения значимости не мог больше функционировать эффективно, в результате чего он отказался от мысли одержать верх над безграничными способностями хозяина и стал недооценивать собственные возможности. Вследствие сложившейся ситуации у господина К. произошло нарушение привычного равновесия между самоутверждением и самокритикой с преимуществом первого, что и послужило пусковым механизмом описанного кризиса.

– 269 –

Одним из качеств господина К. является неспособность адекватного переживания и выражения депрессивного состояния. Соответственно, в связи с этим снижается и его способность к идентификации такого рода аффектов.

В процессе краткосрочной терапии К. имел возможность отчетливо испытать незнакомые ему ранее чувства самоунижения и ненависти к себе. Столь четкие определения появились позже, уже в процессе длительного терапевтического взаимодействия.

В результате последующего анализа чувства отчаяния, которое испытал господин К. в первую очередь, а также причин его возникновения в вышеизложенной ситуации, он смог обнаружить в себе то, что получило название снижение самооценности. Впоследствии ему впервые удалось достичь согласия с собственными возможностями благодаря пережитым депрессивным эмоциям.

*Во втором примере* мы хотим разъяснить глубинный подход и применяемые в его рамках техники (см. также Heigl-Evers und Heigl, 1982b, с. 170).

Пациент, о котором далее пойдет речь, жаловался на учатившееся появление чувства досады, недовольства, суетливости, особенно выраженное по утрам, сопровождающееся периодическими головными болями и непременно чувством бесполезности собственной жизни.

К портрету пациента: возраст - 50 с небольшим лет, спортивного телосложения мужчина с живым и проницательным умом, успешный менеджер большого предприятия, в своей области считается высококвалифицированным специалистом, асом.

Пациент находится на психотерапевтическом лечении около 4 месяцев, сеансы терапии продолжительностью 50 минут проходят дважды в неделю, по мере необходимости, то есть при возникновении приступа досады и суетливости, проводятся дополнительные сеансы.

Поводом для проведения внеочередного сеанса явилось резкое увеличение количества жалоб. Пациент во время вечернего сеанса жаловался на возникающее в первой половине дня пронизывающее чувство недовольства, на усиливающуюся суетливость, на неудовлетворенность окружающим миром, на ощущение бесполезности и пустоты собственного существования, то есть имело место серьезное ухудшение симптоматики.

*Терапевт:* «Когда, собственно, у Вас появилось чувство недовольства?»

Он поставил *направляющий вопрос*, то есть вопрос, который должен вернуть пациента в ситуацию, вызвавшую проблему.

Пациент рассказывает следующее: в настоящее время он вместе со своим коллегой ведет четырехдневный семинар для менеджеров, который состоит из ежедневной двухчасовой лекции с восьмью до десяти часов утра и дискуссии, начинающейся в полдень; основное внимание во время дискуссии сосредоточивается на вопросах, подготовленных участниками семинара. Пациент и его



коллега должны были провести каждый по два утренних занятия. Коллега, который имел не столь богатый опыт и знания, как наш пациент, попросил его на предыдущем послеполуденном занятии провести четвертую утреннюю лекцию вместе с ним. В это время пациент испытал некий дискомфорт. При спокойном размышлении во время терапевтического сеанса ему стало ясно, что он собственно совсем не хотел соглашаться на просьбу коллеги. В процессе сеанса пациент четко осознал свое чувство нежелания проводить эту лекцию. Собственно в предыдущий день, во второй половине и под вечер, еще не было настоящего чувства досады, а скорее неприятное ощущение неловкости, что он понял лишь сейчас в результате размышления.

*Терапевт:* «Когда же возникла настоящая досада или когда появившаяся легкая неловкость превратилась в досаду?» Снова вопрос, который фокусирует вызванную ситуацию на досаде еще более точно, попытка таким образом выяснить *подробности ситуации, вызвавшей досаду*.

В ответ на это пациент рассказал следующее: сегодня в начале семинара, который он проводил вместе с коллегой по его просьбе, он ощутил это действительно сильно; но сейчас ему пришло на ум: вчера во второй половине дня и вечером он испытал уже непосредственно настоящую досаду; это стало ему ясно лишь сейчас. Он был вынужден рано встать - около 6.30 утра, и это происходило уже целую неделю; он не имел возможности получить удовольствия от завтрака, не мог спокойно прочитать утреннюю газету во время еды или потом; когда он рассказывал о приятном завтраке и спокойном чтении газет, на его лице появилась смущенная улыбка.

*Терапевт:* «Это немного неприятно для Вас?»

Терапевт таким образом хотел уточнить, не испытывает ли пациент легкий стыд за свое желание испытывать удобство и комфорт, стыд, присутствие которого могло бы указывать на излишнее акцентирование работы и достижений. Также терапевт хотел узнать, не проявился ли в этом внезапно появившемся чувстве стыда перенос на терапевта, и не могло ли в результате этого развиться сопротивление процессу терапии.

*Пациент:* «Да, мне это никогда не приходило в голову, но сейчас, когда Вы меня об этом спросили, я понял, что действительно испытываю некоторое неудобство, получая удовольствие от чего-либо. Все предыдущие дни я вынужден был вставать рано. Да, и я подумал еще: каждое утро вставать полседьмого, потом с восьми до десяти семинар, затем работа в бюро, подготовка к послеполуденной дискуссии - анализ вопросов, которые в письменном виде изложили участники семинара, и наконец снова работа до самого вечера...»

*Терапевт:* «Как Вы себя при этом чувствовали, что Вы испытывали?»

При помощи этого вопроса терапевт направил разговор в русло, помогающее пациенту как можно более точно *идентифицировать* свои чувства и *эмоции*.

*Пациент:* «Да, я лишь сейчас ясно увидел, что досада появилась уже вчера вечером, хотя тогда я еще не почувствовал этого; в тот момент я подумал: ты снова слишком много на себя взвалил, я слишком сильно себя запряг».

*Терапевт:* «И почему же Вы, несмотря на возникшее у Вас неприятное чувство, которое можно было даже назвать досадой, приняли участие в семинаре в качестве соведущего? Вы же уже исполнили свою часть работы, проведя два семинара из четырех». Этот направляющий вопрос должен был служить тому, чтобы пациент смог

четко увидеть связь своих проблем с конкретной ситуацией, особенно с отношениями со своим коллегой.

*Пациент:* «Да если бы я мог! Я хотел непременно оказать ему услугу. Я мог отказать, мы хорошо понимаем друг друга. Да и он бы мог сам провести этот семинар. Я побоялся, что он будет уязвлен, если я ему откажу».

*Терапевт:* «Вы его спросили, как он отреагирует в том случае, если Вы не примете участие в четвертом семинаре?»

Этот вопрос был направлен на пересмотр интерперсональной действительности.

*Пациент:* «Нет, эта мысль даже не приходила мне в голову, это казалось само собой разумеющимся, поэтому я не сомневался».

Терапевт на основе услышанного выдвинул диагностическую гипотезу, что пациент проецирует на коллегу свои собственные мысли.

*Терапевт:* «Итак, из того, к чему Вы сейчас пришли, можно сделать вывод, что Ваша досада появилась уже вчера, когда Вы ответили согласием на предложение Вашего коллеги. Что же произошло сегодня еще, что усилило это чувство? Появилось еще какое-то обстоятельство, вызвавшее столь сильное раздражение?»

Терапевт поставил вопрос, способствующий продвижению вперед, вопрос, который должен привести пациента к фокусированию проблемы на фоне множества других факторов.

*Пациент:* «Да, обстановка в помещении, где проходил семинар... была какой-то скучной, в голову стали приходиться разные мысли: холодно, отвратительный неудобный стул, никаких украшений в комнате, можно видеть лишь ряды стульев и холодные стены и совершенно не на что смотреть».

Пациент осознал все это лишь сейчас, во время сеанса; до этого он не понимал ни того, что появление своей досады он ощутил еще в предыдущий день, ни того, что ее возникновение непосредственно связано с его уступчивостью по отношению к коллеге. Он до сих пор, несмотря на то, что уже дважды проводил двухчасовые семинары в этом самом неудобном и неприветливом помещении, вообще не задумывался над этим и не замечал своих эмоциональных реакций на окружающую обстановку, а возможно, и вовсе не допускал их.

Таким образом, пациенту удалось более или менее точно испытать и осознать во время проведения дополнительного терапевтического сеанса свои внутренние переживания и чувства, а также их внешние проявления. Глубокая связь

– 272 –

между внезапно появившимся чувством досады и стесняющей его внутренней ориентацией на достижение до сих пор лишь угадывалась по тому признаку, что пациенту было неприятно рассказывать о том, что он, завтракая со всеми атрибутами, получал удовольствие, причем необходимо заметить, что сам он не видел этой связи.

После короткой паузы пациент изменил направление хода мыслей, оставаясь, однако, в рамках прежней темы. Он размышлял вслух, и его рассуждения основывались то на логике, то на ассоциациях, смысл которых заключался в следующем: он снова и снова оказывается в таких ситуациях, подразумевая под этим ситуации, вызывающие приступы досады. В последнее время это случалось с ним чаще, чем обычно. И теперь дословно: «У меня действительно много работы. У меня так много дел. На меня постоянно что-то наваливается». Это было сказано наполовину с гордостью, наполовину с раздражением в голосе.

В ответ на это терапевт предположил, что, возможно, сейчас для пациента представился удобный случай установить связь между своими *внутренними*

проблемами, актуализировать, вывести их вовне в конкретных примерах, прежде всего объединив интерперсональные ситуации, симптомы недовольства и суетливость. На основании этого он задал следующий вопрос: «Вы только что сказали: на вас наваливается нечто, что-то или кто-то. Вы говорили о чем-то конкретном?»

Пациент немедленно ответил: «Да, в течение того дня, когда проводился семинар, постоянно возникали новые проблемы. Я даже вынужден был подготовить доклад на лекцию, это был новый, еще не проработанный материал, отчасти и за моего коллегу, который был с ним совершенно не знаком. И мне пришлось думать об этом и о другом, и многое было неясно, и все это постоянно давило на меня... впрочем, точно так же было и с моим отцом. Я до сих пор вижу перед собой картину, как он идет домой, спеша вдоль улицы с согнутыми в локтях руками. Мы с мамой смотрели из окон первого этажа, не показался ли он... и во время каждого нашего разговора он давил на меня, всегда слишком сильно. И как часто он игнорировал меня из-за того или иного дела!»

Во время своей последней реплики пациент изменил позу, в которой сидел до сих пор: он положил ногу на ногу, сжал руки в кулаки и отодвинул, почти незаметно, свой стул немного назад, то есть увеличил таким образом дистанцию между собой и терапевтом. Все это наводило на мысль, не чувствует ли пациент себя подавляемым и сейчас, не воспринимает ли он терапевта в качестве очередной задачи, с которой необходимо справиться быстро и навсегда.

Теперь терапевт попытался *кларифицировать*, то есть еще более сфокусировать внимание на психическом феномене, стоящем под вопросом, между тем как он пытался отделить детали, несущие определенный смысл, от остального материала и свести их воедино в сознании пациента. Он сказал: «По-видимо-

– 273 –

му, давление Вашего отца из воспоминаний Вашего детства и Ваша участвующая досада в связи с не дающими покоя делами на работе, особенно сейчас на семинаре, неразрывно связаны друг с другом, а возможно, и суетливость, на которую Вы сами жаловались». Тем самым терапевт впервые указал пациенту: давление, натиск, суетливость - в тебе, твой отец находится в тебе!

*Пациент:* «Хм, эта связь для меня внове: давление задач, давление отца, давление в связи с семинаром и моя досада. Я лишь здесь, во время сеанса заметил, что моя досада появилась уже вчера, в связи с тем, что по сути дела я пошел на этот четвертый семинар вопреки своему желанию...»

Пациент согласился с последней попыткой терапевта установить связь между следующими компонентами: давлением, отцом, находящимся не только снаружи, но и внутри него. На этом сеанс терапии закончился, пациент договорился о проведении очередного сеанса на следующий день; он, по его собственному выражению, решил настойчиво преследовать свою цель и добиться результата.

Подведение итогов: направляющий вопрос, ориентированный на горизонтальную ось: «Когда появился симптом (здесь: досада)?» привел пациента к подробному анализу этого чувства и к тому, что он связал его появление с определенной интерперсональной ситуацией, которая послужила своего рода пусковым механизмом. Следующий направляющий вопрос: «О чем Вам это напоминает - кто-то или что-то на Вас давило?» указывает пациенту на конкретную ситуацию и, косвенно, на вертикальную ось истории жизни: пациент вспомнил о подавляющем отце.

Пациент, придя на второй, дополнительный сеанс, то есть на второй сеанс, посвященный приступу досады, сказал следующее: «Вы говорили о моей внутренней

суетливости. Я не знаю точно, в связи с чем Вы пришли к такому выводу. Я обдумал все это еще раз. Мне кажется, я впервые в своей жизни заметил, что я сам такой же, как мой отец. Такой же суетливый, такой же подавляющий. Я всегда полагал, что на меня давят дела и задачи, хотя я сам подавляю все окружающее, мне необходимо, чтобы все шло гладко и выполнялось в одно мгновение».

То есть, говоря научным языком: пациент впервые ясно пережил процесс идентификации с отцом - объектом, захватившим анально, нетерпеливо давящим, ориентированным на результат, носящий название интроект, то есть включенный в состав собственного Я образ другого.

*Терапевт:* «Это приводит меня к важному пониманию того, что Вы сами склонны нетерпеливо оказывать давление, как и Ваш отец. Я полагаю, эта ориентация на результат, эта суетливость и стремление подгонять, характерны как для Вашего отца, так и для Вас; именно это является главной причиной частых приступов досады. Возможно, мы могли бы попытаться определить, при каких обстоятельствах возникает эта внутренняя проблема».

– 274 –

Таким образом терапевт дал *интерпретацию*, между тем как до сих пор он пытался вывести на уровень осознания глубинные феномены, давая объяснение связи между анально-садистическим сверх-Я и симптомами досады и суетливости. Однако на этом этапе терапевт пресек значительное регрессивное погружение пациента в себя, а вместо этого он дал ему *рекомендации* попытаться еще более внимательно рассмотреть обстоятельства и патогенный социальный фон, которые инициируют возникновение приступов досады, с тем чтобы в будущем иметь возможность лучше справляться с людьми и ситуациями, требующих действий и результатов.

## **4. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ИНТЕРАКТИВНАЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

### **4.1. Введение**

Психоаналитический интерактивный метод относится к модификациям психоанализа, которые свое «чистое золото» сплавляли с медью, при этом они заимствовали свои самые эффективные и самые существенные составные части у строгого, лишённого тенденции терапевтического проекта Фрейда (ПСС XII, 1918, с. 192). Модификации психоаналитического метода определяются объектом их применения; они являются результатом усилия адаптировать терапевтические предложения для психопатологий, на которые они направлены, таким образом, что может развиваться эффект, которого здесь нельзя ожидать от чистого, строгого психоанализа и который как правило невозможен, если исходить из клинического опыта. Доступность таких модификаций позволяет устанавливать наряду с селективными также и адаптивные показания (Zielke, 1979), (см.: Fuerstenau, 1977; Heigl-Evers und Heigl, 1980a, 1980b, 1983b, 1987, 1988a; Heigl-Evers und Hennenberg-Moench, 1985; Heigl-Evers und Nitzschke, 1991; Heigl-Evers und Streeck, 1983, 1985).

Предметом этого метода, выросшего из психоанализа, хотя и модифицированного, являются те психопатологии или образцы нарушений, которые обозначаются в литературе как преэдиповые нарушения, как структуральные нарушения Эго, обусловленные развитием (Fuerstenau, 1977), как ранние нарушения (Hoffmann und Hochappel, 1991, с. 10) или - по нашему собственному предложению - как базальные

нарушения или диадические нарушения отношений. Используемые здесь признаки отражают момент возникновения (они являются «преэдиповыми», то есть возникшими до вступления в эдипову фазу сексуального инстинктивного развития, или просто только «ранними»), или они на-

– 275 –

целены на локализацию, их место (а именно «структура Эго»), и/или они содержат указания на модус возникновения (они возникли в ходе «развития»). Мы предпочитаем поэтому говорить о «базальных» нарушениях, когда фиксируется только время и модус их возникновения, когда речь идет о «базальном», нарушенном через фиксацию и регрессию.

Эти психопатологии можно описать в сравнении с эдиповыми невротами конфликта негативно, то есть это *не-невроты*, как психические нарушения; они не демонстрируют признаков невротической патологии конфликта и тех признаков, на которых основывается терапия, получившая название классической. Можно было бы попробовать при этой патологии в подражание формулировке Фрейда, где он ссылается на перверсии, говорить о «негативе невроза», по аналогии с фотографией, по отпечатку предмета на пленке, где темное кажется светлым и светлое темным. Аналогия должна показать следующее: то, что здесь (в случае невроза) вытесняется и представлено в симптоме дискретно и неразлично, обнаруживается в случае перверсии явно, прямо воспринимается для носителя как и для окружающего мира.

«Мы обнаружили, что у таких пациентов стремления ко всем перверсиям как бессознательной силе подтверждаются и проявляются в картине симптомов, и можно сказать, что невроз одновременно является негативом перверсии» (ПСС V, 1905, с. 132).

Пациенты с базальными нарушениями, с патологией диадических отношений, составляют сегодня все большую часть клиентуры психотерапевтов в клинике и практике, причем причины этого прироста еще до сих пор недостаточно прояснены.

Психопатология, о лечении которой здесь идет речь, подробно представлена в другой главе этой книги, но должна быть обобщена еще раз в отношении существенных признаков:

- дефицитарные (то есть частные) объектные отношения;
- нарушения в аффективной системе так называемого (регулирующего отношения) первичного аффекта, а также аффекта переработки информации, аффектов саморефлексии: выпадение или гипертрофия частных компонентов аффекта, задействованного в данный момент;
- низкая толерантность к заболеваниям, унижениям, обесцениванию, разочарованиям, потерям [потерям (частных) объектов, потере любви];
- примитивный перенос, то есть перенос частного объекта с жесткими, вплоть до нерегулируемых, аффективными реакциями, аверсивного, агрессивного, мстительного характера в отношении «тотального злого», страстное удивление, связанное часто с отсутствием дистанции, преобразование, чрезмерные требования к «только хорошему». Инструментализация «только хорошего» частного объекта, предназначенного для того, чтобы взять на себя удовлетворение потребностей, защиту от раздражителей и стабилизацию самости и само-

– 276 –

ценности; инструментализация «только плохого» частного объекта, который через проекцию становится носителем вины и безжалостного преследования наказанием, которому также приписывается регуляция вины;

- в интеракциональном воздействии таких переносов *конstellация примитивных психосоциальных конфликтов* с диффузными реакциями разочарования и/или заболевания.

*В отношении генеза этих нарушений* следует обратить внимание на следующие положения:

- кумулятивный микротравматический опыт, то есть недостаточность процессов согласования в ранней диаде мать-ребенок, которые в преэдиповом периоде, в сензитивной фазе развития Эго нарушили образование самостоятельных репрезентаций самости и объектов;

- *макротравматический опыт* как, например, внезапная разлука, грубое сексуальное или грубое агрессивное злоупотребление в отношении ребенка на преэдиповой фазе, которые ведут к переизбытку раздражителей и к постепенному освобождению проверки реальности и дополнительно фантазируются субъектом при привлечении ранних репрезентаций самости и объектов и при содействии архаично-садистского Суперэго, например как наказание злой самости;

- *эдиповы мечты*, то есть сексуальная и/или агрессивная сверхстимуляция вплоть до явного инцеста и/или жестокого злоупотребления, которые имеют следствием то, что специфические эдиповы импульсы оказываются для индивидуума в угрожающей близости к действительности и представленному третьему, трехсторонней конфигурации могут стать опасностью, связанной с более сильным страхом. *Сверхстимуляция эдиповых фантазий* (например, продолжающееся обесценивание одного из родителей другим в отношении ребенка, который одновременно считается на самом деле желаемым партнером) с описанными выше последствиями. Регрессия с уровня угрожающей триады на уровень ранних диадических отношений, которые отступают от опасного и угрожающего третьего, при одновременной инстинктивной регрессии (на оральную ступень) и регрессией Эго на ранние фиксации Эго на уровне патологического функционирования, который центрируется вокруг механизмов расщепления и других примитивных защитных механизмов.

## 4.2. Терапевтические цели

Если дефицит функции Эго, существующий у таких пациентов, является следствием доминирующего внутреннего объектного отношения, основанного на недостаточном дифференцировании объектной и субъектной репрезентации или состоящего в их поочередном влиянии, то центральная терапевтическая цель в обсуждаемой здесь модификации логически усматривается в изменении этого объектного отношения по направлению к триаде целостных отношений.

– 277 –

Через выбор соответствующего объекта терапия должна ускорить процесс интериоризации. Предпосылкой для «достаточно хорошего поведения» терапевта является переработка аверсивно-агрессивных аффектов, вызванных у их адресата (у терапевта), как правило, личностными, частично-объектными отношениями, в которых в виде минимального либидозного качества появляется чувство жалости, основанное на сочувствии.

Итак, терапевтический процесс должен быть ускорен и изменен таким образом, чтобы

- частичные объекты заменялись целостными объектами с соответствующими личностными моделями отношений, что означает замену (псевдо-) диадных отношений триадными;
- конфликты, возникающие в межличностной сфере как проявление простого переноса, понимались в их взаимосвязи и удерживались во внутреннем пространстве пациента;
- аффекты дифференцировались и обретали сигнальную функцию;
- повысилась толерантность к фрустрации и аффектам;
- лучше использовались другие функции Эго, особенно функции проверки реальности и функции оценки и их подфункции;
- стабилизировались субъектные и объектные репрезентации и стало возможным развитие контурной идентификации;
- развивалось способное к функционированию (эдипово и, соответственно, постэдипово) Суперэго с деперсонифицированными ценностями и нормами, интегрирующимися в Эго;
- произошло изменение в направлении постэдиповой генитальности для дальнейшего развития влечения.

Иначе говоря, в распоряжении терапевта должна иметься как достаточно разрешенная, так и запретная среда, в которой субъектно-объектные отношения, управляемые различными потребностями и желаниями, и возникающие из них жизненные неудачи и опыт развиваются, дифференцируются и стабилизируются так, что целостное Эго рождается с хорошо сформированной синтетико-интегративной функцией; такое Эго было бы в состоянии в изменчивости, в постоянном противоборстве и совместном действии *внутренней* реальности способствовать *внешней* социокультурной реальности, определяемой биологически инстинктивным и биологически чувственным. Так, должно стать возможным появление Эго, которое означает и утверждает отождествление как независимая третья сила в противопоставлении силам влечения и аффектам, а также внешней реальности. Также должно стать возможным появление личностных объектных отношений (дифференцированных и основанных на взаимоотношениях, которые учитывают потребности объекта и субъекта).

– 278 –

### **4.3. О терапевтических мероприятиях**

Какие пути способствуют достижению названных целей психоаналитически-интерактивной терапии?

Чтобы ответить на этот вопрос, нужно выделять три типа проблем:

- проблема сотрудничества;
- проблема переноса и контрпереноса;
- проблема терапевтических техник.

### **4.4. О восстановлении сотрудничества**

Возвращаясь еще раз к картине расстройств, к психопатологии, для лечения которой показан психоаналитически-интерактивный метод, заметим, что этим больным недостает той предпосылки, которая, по мнению Сандлера и его коллег (Sandier et al., 1979), необходима для стабильного восстановления сотрудничества в терапии. В

большинстве случаев речь идет о пациентах, у которых на ранних стадиях развития не сформировалось то, что Эриксон (Erikson, 1950a) назвал «доверием», которые не получили достаточно благоприятный опыт взаимодействия с первичными объектами, а посему не смогли интериоризовать достаточно хороший «целостный» объект. Мы говорим о тех пациентах, у которых в детстве не было опыта взаимодействия с надежными, соответствующим образом удовлетворяющими потребности ребенка, дающими защиту и спасение, в широком понимании слова «сдерживающими» объектами (Winnicott, 1958; Balint, 1968).

Таким образом, если у пациентов, в работе с которыми мы используем психоаналитический интерактивный метод, не наблюдается способности к установлению сотрудничества, мы, как терапевты, должны сосредоточиться на том, чтобы активно поддерживать отношения сотрудничества до тех пор, пока пациент в идентификации с терапевтом сам не начнет развивать эту способность. Другими словами, развитие способности к сотрудничеству станет тогда *целью* терапии. Отмечено, что пациенты, страдающие тяжелыми базальными расстройствами, обращающиеся к психотерапевту, имеют сознательное представление о том, какая помощь им нужна, в противном случае они не выбрали бы терапевта как субъекта помощи. Эта, зачастую довольно слабая, надежда на получение помощи минимальна, как и способность пациента к изменению, но она является отправной точкой развития отношений сотрудничества. Представления пациентов, страдающих доэдиповыми и базальными расстройствами, о готовом помочь объекте характеризуются ярко выраженным и незначительно дифференцированным идеализированием, которое ни в коем случае не является стабильным основанием для принятия

– 279 –

отношений, поскольку они - иногда уже при малейшем разочаровании - ведут к полнейшему обесцениванию терапевта (Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1986, 1990b).

Что же должно произойти, что является гарантией того, что у пациента разовьется готовность к развитию сотрудничества?

В начальной фазе терапии в совместной работе пациента и терапевта рекомендуется восстановить перечень целей или, по крайней мере, приблизиться к нему. В диагностической беседе необходимо выявить, какие ожидания, надежды, опасения пациент имеет в отношении терапии и терапевта. Терапевт должен изложить свои терапевтические намерения и объяснить, как соотносятся ожидания и намерения. При этом учитываются также и ожидания, подразумеваемые пациентом, которые проявляются, например, в спонтанной инсценировке отношений. Терапевту не следует упускать из поля зрения цели, о которых была договоренность вначале; он должен четко соблюдать обговоренные условия (частота встреч, продолжительность, оплата), придерживаться заявленных вначале методов, не должен без предварительной договоренности отменять ранее заявленное и вводить новое.

В дальнейшем сотрудничество интенсифицируется и через *основные установки* терапевта, через определенное качество его поведения по отношению к больному (Heigl-Evers und Heigl, 1983b, 1987, 1988 a,b).

Речь идет о позиции, которую мы обозначили как *присутствие*. Имеется в виду широкое и интенсивное восприятие сигналов пациента - его мимики, жестов, вокализаций, вербализаций, всего того, что является внешним выражением внутреннего состояния, телесных ощущений, аффектов, ассоциаций, фантазий, воспоминаний, мыслей. Терапевт должен быть причастным, конгруэнтным в плане



профессиональной и личностной идентичности. Для некоторых людей быть адекватно воспринимаемым уже своего рода нарциссическое и либидозное удовлетворение. Далее мы говорим о позиции *уважения* к больному: терапевт считается с личностью другого, с его становлением, структурной его личности, его идентичностью, его стратегиями устройства собственной жизни и форм совладания с миром, включая и соответствующие расстройства. Терапевтические отношения могут разворачиваться только как схема с перспективами в будущее, если определенный аспект Суперэго достигнет структурированной значимости: соблюдение неприкосновенности другого человека или, иначе, внутреннее требование совести воспринимать другого как самоценность, вместо того чтобы овладевать им, следуя стремлению к удовлетворению собственных потребностей, или позволять себе быть овладеваемым им (Heigl-Evers und Weidenhammer, 1988).

Речь идет, наконец, о позиции эмоционального *признания* больного, под которым понимается стремление терапевта содействовать пациенту в возникновении образований, основанных на связи определенных аффектов (интерес,

– 280 –

забота) и влечений либидозного характера (жалость, симпатия). Способность содействовать больному, особенно больному с тяжелыми базальными расстройствами, то есть относиться к нему с определенной долей симпатии, предполагает готовность терапевта разделить переживания страдающего человека.

Необходимые для лечения больных либидозные чувства, такие как сочувствие и сострадание, будут возникать в конкретной ситуации лишь тогда, когда на этапе диагностики терапевт сможет идентифицироваться с трагическими аспектами судьбы своего пациента. Необходимо определить, какие личностные констелляции и межличностные проблемы в начале жизни больного вели к возникновению чувства вины (например, фантазии о мести) и к соответствующим расстройствам.

Эмпатийное принятие себя в таких случаях обычно вызывает у склонного к отождествлению терапевта чувство сострадания и способствует возникновению ответного чувства, смешанного с сильными аверсивно-агрессивными эмоциями; это чувство можно обозначить словом «жалость»: «Этот человек так несчастен». Итак, осознание трагических моментов в судьбе пациента позволяет терапевту испытать сочувствие, сострадание и жалость. Подобное подразумевал еще Аристотель, описывая катарсическое воздействие греческой трагедии, некую смесь из ужаса и сострадания, приводящую к личностным изменениям зрителей. Отличие состоит в том, что в древней трагедии изменения реализуются в диалоге, а не в действии, как в жизненной драме. Последствие действий и реакций - нечто другое, нежели обмен репликами в диалоге в смысле взаимного проникновения, из которого может появиться нечто новое, содержащее и что-то старое (Heigl-Evers, 1967b; Heigl-Evers und Heigl, 1987).

Мы не хотели бы упустить возможность указать на то, что терапевт может чувствовать себя не в состоянии развить желаемое чувство признания, поскольку он наталкивается на непреодолимые преграды бессознательного сопротивления. Это сопротивление часто основывается на собственных бессознательных базальных частичных расстройствах, которые обычно не проявляются благодаря успешной защитной системе и сопутствующему ей компромиссному образованию. Доступ к этим элементам расстройства возможен только через собственный опыт (анализ) и супервизию.

#### **4.5. Проявления переноса и контрпереноса**

У пациентов с базальными расстройствами и с диадной паталогией отношений перенос характеризуется следующим:

- он проявляется быстро и непосредственно;
- переносится отношение к частичному объекту;
- этот частичный объект проявляется через вербальные и невербальные элементы поведения, а также через ответное выражение чувств и ассоциаций терапевта.

– 281 –

Таким образом будет понята модель отношений к частичному объекту с соответствующим ей аффектом, характеризующаяся психосоциальной неуживчивостью. Иначе, чем в эдиповых конфликтных неврозах, это происходит потому, что пациент замещает терапевтом частичный объект вместе с сопутствующими этому объекту регуляторными функциями; ожидания, направленные на замещение (как само собой разумеющееся принятие на себя регуляторной функции) часто приводят к психосоциальному (интерактивному) напряжению между терапевтом и пациентом, что и должно стать предметом лечения.

Контрперенос в данном случае также отличается от контрпереноса, возникающего в отношениях с больным неврозом. У терапевта нередко появляется чувство антипатии и агрессии либо только неспецифическое возбуждение.

Это является следствием тенденции пациента переносить на терапевта свои отношения к частичному объекту в смысле замещения, то есть использовать его в качестве инструмента для удовлетворения влечений, потребности в защите, в безопасности, в хорошем самочувствии, для стабилизации чувства собственной значимости. Такая интерактивная инсценировка вызывает у многих терапевтов отчуждение либо чувство антипатии и агрессию.

Если у терапевта обнаруживается какая-то мазохистская склонность, то он, вероятно, позволит себе быть использованным пациентом; такая изначальная готовность впоследствии часто становится - на какое-то время - вызванной аверсивным и/или агрессивным отношением к пациенту. И наоборот, пациенты, страдающие, кроме прочего, различными зависимостями, производящие впечатление опустившихся и неспособных контролировать себя, могут пробудить в терапевте садистские побуждения к овладению, которые выразятся в стремлении к строгому регламентированию, к установлению жестких границ и применению санкций.

Если на терапевта в образе его пациента давит особенно тяжелая и вызывающая жалость судьба, несправедливость его положения, то он чувствует обоснованное право на исправление ошибки; тогда в нем может пробудиться соответствующая готовность предоставить себя в распоряжение пациента, самому исправить ошибки, чувствовать себя как бы виновным в судьбе этого человека.

Наряду с осознаваемыми и поэтому рефлектируемыми аффективными ответами и реакциями на больных, страдающих базальными расстройствами, у терапевтов нередки и отношения, характеризующиеся психосоматическими реакциями. Так, при реагировании на сверхтребовательность возможны истощение, усталость, сонливость вплоть до засыпания. Распирающие агрессивные импульсы, которые несовместимы с профессиональным идеалом терапевта, могут, например, привести к головным болям, после терапевтической сессии может развиться определенной формы тяжелая оральная алчность (что-то в смысле «мне сейчас просто необходимо выпить кофе, кока-колу или что-то в этом роде»). Кроме того, в некоторых случаях наблюдаются моторные реакции общего беспокойства, необъяснимые для самого терапевта.

В реакции на в высшей степени идеализирующую симпатию со стороны пациента может образовываться соответствующее идеализирование терапевта, а также непреодолимое желание как можно дольше сохранять отношения с этим пациентом. И, напротив, сильный обесценивающий перенос может вызывать у терапевта тенденцию к наказанию и мести, которая в социальном плане маскируется, например, в преждевременной выписке пациента из лечебного учреждения.

Если терапевт как частичный объект подвергнется примитивному переносу и ему будут приписаны важные функции, которые он, как часть Эго пациента, как бы выполняет, то в соответствующей интеракции может произойти следующее: пациент будет оценивать терапевта более или менее идеализировано, а те части его личности, которые не попадают в область замещения, как ненужные не берутся во внимание, не воспринимаются, не вызывают ничего, кроме равнодушия.

Таков интерактивный процесс: с одной стороны, партнер непомерно идеализируется, с другой - не берется во внимание как ненужный, воспринимается равнодушно. Тот, кто испытывает на себе такое отношение, реагирует достаточно противоречиво: в определенных аспектах своей личности он чувствует себя уважаемым, высоко ценимым, а в других его просто не замечают. Эффект идеализирования более или менее длительное время компенсирует или маскирует невнимание; если от идеализирования отказаться - либо потому, что замещение вызвало у пациента разочарование, либо потому, что тот, кому это идеализирование адресовано, не может долго выносить такое искажение своей персоны, - то с обеих сторон появятся агрессивные и аверсивные аффекты.

Речь идет о том, чтобы терапевтом замещался «только хороший» или «только плохой» частичные объекты, в случае замещения «только хорошего» объекта терапевт может чувствовать себя вполне понятным до тех пор, пока в переживаниях пациента он конгруэнтен «только хорошему». Если терапевт более не соответствует таким представлениям, это приводит к внезапной перемене и грубому искажению, к превращению в «только плохой» объект. Безличность отношений станет заметна при первом же их изменении и вызовет аффекты, возникающие у личности тогда, когда она не воспринимается в своей реальности.

Если адресат частично объектного замещения воспринимается как захватчик, угрожающий симбиозу, то он чувствует себя, с одной стороны, невероятно важным, очень желанным, однако с другой стороны, он испытывает стесненность, подчиненность, даже подавленность. Этот интерактивный процесс, сопровождающийся чувством притяжения, вызывает у объекта прежде всего страх, связанный с опасением быть кем-то преданным, с беспомощным гневом или с аффектами яростного отвержения.

*Чтобы управлять подобными реакциями контрпереноса* в диагностико-терапевтическом аспекте, необходимо замечать такие чувства и стараться сделать выводы относительно переноса и тех отношений, к которым стремится пациент. Необходимое для этого дистанцирование осуществить нелегко, особенно когда у терапевта появились реакции симптоматического характера. В таких случаях требуется либо проработка таких реакций самоанализом, либо супервизия коллег. Если удастся от простого переноса и достаточно дифференцированного контрпереноса перейти к

диагностическому мнению и к терапевтической схеме, тогда станет возможным на основе таким образом понятой инсценировки разработать вмешательства, способствующие диагностическому процессу. Это произойдет при использовании «ответа», и, кроме того, через принятие на себя функций вспомогательного Эго до того момента, пока пациент не будет в состоянии выполнять необходимую функцию сам. Речь идет, наконец, о некоторого рода терапевтическом обращении как с аффектами пациента, так и со своими собственными, которое должно способствовать сравнительно легкому вхождению пациента в инсценированные им отношения. При этом необходимо иметь в виду границы толерантности пациента к близости и дистанции, к фрустрации и к аффектам (страх, агрессия, стыд, вина). Так, например, со снижением толерантности к близости при агрессивно-деструктивном завладении следует ожидать, что осуществится перенос «только плохого» объекта. Это также может привести к неуправляемому сближению с терапевтом, как в случае идеализированного и поэтому переживаемого как «только хороший» частичного объекта и связанных с ним симбиотических желаний.

#### 4.6. Терапевтический процесс и техники вмешательства

При использовании психоаналитическо-интерактивной терапии в фокусе внимания находятся взаимоотношения пациент-терапевт. Со стороны пациента они определены его старанием и искренностью (правило свободного взаимодействия). Со стороны терапевта взаимоотношения строятся с учетом собственных спонтанных ответных чувств и ассоциаций. Эти реакции разделяют на первичный перенос (пациента), на контрперенос (на перенос пациента) и на бесконфликтный опыт. Внимание терапевта направлено на интерактивную динамику обоюдных высказываний. Явная структура диалога основывается либо на одностороннем согласии, исходящем от терапевта, либо на взаимном соглашении, в котором понимание достигается в ходе взаимообмена; либо она прерывиста, что часто происходит у пациента и иногда - у терапевта.

Реальность, переживаемая терапевтом, сталкивается с реальностью, которая переживается пациентом. Эти коллизии могут образовываться следующим образом:

– 284 –

- воспринимаемое пациентом как осуждение, как обесценивающая критика, как обида (что само по себе не что иное, как благосклонное критическое высказывание терапевта), становится для него непереносимым, поэтому в ответ выдаются колкости (перенесение вины вовне и идентификация с агрессором); таким образом может быть прекращено столкновение с критикой, использованной терапевтом;
- переживаемое пациентом как разочарование, высказывание идеализированного им терапевта должно получить ответ в виде *резкой смены темы*, иначе можно опасаться за превращение идеализирования терапевта в его обесценивание;
- прерывание диалога может произойти также по причине внезапно возникшего *психосоматического регуляторного расстройства*, например из-за головокружения или внезапного снижения тонуса, которое может выразиться в мышечном расслаблении (осанка), в потере голоса, или из-за сильного беспокойства, проявляющегося в моторике. В этом случае в субъективном переживании пациента продолжение диалога, процесса взаимообмена становится вдруг опасным из-за ощущения чрезмерной близости либо чрезмерного дистанцирования от кажущегося недоступным объекта.

Такое прерывание диалога требует тщательного подхода и терапевтического влияния, поскольку в местах прерывания проявляется «стратегическая концепция» пациента.

Для процесса взаимодействия при использовании психоаналитической интерактивной психотерапии большое значение имеет внимание; для этого процесса характерно восстановление объектных (частично объектных) отношений, направленных на терапевта; необходимо понять их регуляторную функцию. Если в ходе сессии произойдет такое прерывание диалога, мы можем говорить о наличии состояния усиленной регуляции. При появлении подобного прерывания диалога необходимо проверить, не нарушил ли терапевт границу толерантности пациента (как в отношении близости и дистанции, так и в отношении разочарования, обиды, оскорбления, страха, стыда и вины).

Используемые в данной терапии техники основаны на: 1) принципе аутентичного (хотя его экспрессия носит селективный характер) ответа терапевта; 2) на принципе принятия на себя терапевтом функций вспомогательного Эго; 3) на работе с аффективными переживаниями пациента (дифференциация, идентификация, прояснение аффекта или прояснение контекста).

«*Ответ*» должен сообщать пациенту, что его определенное поведение, вызванное дефицитом Эго и Суперэго, влияет на других; он должен продемонстрировать, что терапевт, как реальный человек, отличается от перенесенного на него частичного объекта; он должен также ясно показывать, что терапевт будет защищаться от такого обращения с собой, которое соответствует переносимому частичному объекту (Heigl-Evers, 1993; Heigl-Evers und Heigl, 1980a,b, 1983b, 1988a,b; Heigl-Evers und Nitschke, 1991; Heigl-Evers und Streeck, 1983, 1985).

– 285 –

*Вспомогательное Эго* - терапевт - диктует способы поведения, которыми пациент, находясь под воздействием доминирующего частично объектного отношения, не владеет потому, что они мешают поддержанию этих отношений (Fuerstenau, 1977, 1992; Heigl-Evers und Heigl, 1979f, 1980a,b, 1983b, 1987, 1988a).

Терапевтический подход, помогающий пациенту переживать *аффекты* и их компоненты, должен помочь понять выпадения и гипертрофию компонентов его аффективной системы и их влияние на регуляцию отношений, на переработку информации и на рефлексии. Дифференцирование, идентификация и прояснение аффектов, а также прояснение контекста - вот используемые в данном случае техники (Heigl-Evers und Heigl, 1979f, 1980a,b, 1983b, 1987, 1988a, Heigl-Evers und Henneberg-Monch, 1985, 1990a).

#### **4.7. Терапевтический принцип «ответа»**

Техника «ответа» используется как способствующая терапевтическому процессу в целом и специально применяется тогда, когда случается прерывание диалога.

Прерывание в диалоге, как правило, появляется тогда, когда проверка реальности со стороны пациента ограничена или нарушена, когда взаимосвязи реальности разорваны, а способы ее отображения искажены. Такая ограниченность проверки реальности имеет место тогда, когда в терапевтическом взаимодействии с помощью защиты пациент не воспринимает терапевта как такового. Это происходит как по причине характерных для базальных расстройств защитных и оборонительных механизмов, так и из-за находящихся на службе у защиты адаптивных (служащих для

приспособления к внутреннему миру, к субъективной реальности пациента), ограниченных и поэтому дефицитарных других функций Эго (например, проверка реальности, способность к антиципации, контроль побуждений, самокритичность).

В ходе терапевтического взаимодействия и особенно в случае прерывания диалога терапевт задается следующими вопросами.

1. Какие аффекты, ассоциации и фантазии вызывает у меня пациент?
2. На какой вид (частично-) объектных отношений, которые пациент переносит на меня, замыкаются мои аффекты? Какой (частичный) объект пациент видит во мне и с каким аффектом связано у него это видение?
3. Как иначе, под влиянием каких защитных реакций пациент бессознательно моделирует свое Эго, чтобы поддерживать и стабилизировать этот вид объектных отношений?
4. Как я могу - аутентично, хотя и избирательно-экспрессивно - реагировать на такое отношение пациента? Какие из моих аффектов, отвечающих на поведение пациента, могут быть терапевтически полезны?

– 286 –

5. Каковы границы толерантности пациента к разочарованию, обиде, близости и дистанции в актуальной ситуации и в случае антиципации воздействия запланированного «ответа»?

Ниже описывается *пример* такого «отвечающего» вмешательства. 25-летняя пациентка, долгое время участвующая в групповой терапии по поводу тяжелой нервной анорексии, пришла к терапевту на индивидуальную сессию. Во время этой беседы она дала понять, что ей стало хуже, чем когда-либо; она заметила, что ее сестра и ее подруга, за то время, которое она посвятила участию в терапевтической группе, очень продвинулись в жизни, сегодня у них семья и стабильная профессиональная карьера. Незадолго до этой беседы с терапевтом она разговаривала со своей тетей, и та увещевала ее: «Скажи, я хочу индивидуальную терапию, я хочу индивидуальную терапию, я хочу индивидуальную терапию!» Пациентка описывает свое состояние как горечь. (У терапевта возникает вопрос - горько: значит, со мной обошлись горько-несправедливо, или я горько разочаровалась в терапевте и терапии?)

Терапевт задает себе ранее сформулированные вопросы (1-5) и отвечает на них следующим образом.

На первый вопрос: «Я чувствую легкое беспокойство и угрозу, чувствую себя несколько виноватым, переживаю досаду, хочу защититься».

На второй вопрос: «Из моей аффективной реакции можно заключить, что пациентка видит во мне объект, который пренебрегает пациенткой и, обходя ее вниманием в пользу других, обижает ее; объект, поглощенный пациенткой, инкорпорированный ею, поскольку он порождает горечь; объект, который должен полностью предоставить себя в ее распоряжение и не должен быть разделен с другими; объект, являющийся адресатом требований, за которые пациентка не хочет нести ответственность и поэтому делегирует их внешнему объекту (тете)».

На третий вопрос: «Предпринимаются следующие оборонительные ходы: объект инкорпорируется; это происходит таким образом, что внутри субъекта порождается не удовлетворение, а горечь. Суперэго носит дефицитарный характер и приводит к идентификации с агрессором: не я (пациентка, субъект) разрушаю объект, инкорпорируя его, а инкорпорированный объект разрушает меня, поскольку он производит во мне исчезающий привкус горечи (в дефиците - функция самокритичности)».

На четвертый вопрос: «Как я могу ответить на предложенные отношения? В конце концов, терапевтической целью является освобождение от оральной вины, которая вызывается инкорпорированием объекта, симбиотическим слиянием. Эту цель я достигну при помощи «ответа», при этом прояснится и следующий вопрос».

На пятый вопрос: «Какую толерантность здесь нужно принимать во внимание? Во-первых, толерантность к обиде (обида при сравнении с сестрой и подругой, которые имеют больше и продвинулись дальше, чем пациентка), во-

– 287 –

вторых, толерантность к вине и стыду (я поглотила объект, я виновата, мне стыдно). Особое значение имеет толерантность к разочарованию, так как манифестируемые пациенткой разочарования могут разделяться терапевтом».

Ответ терапевта на слова пациентки был следующим: «Я чувствую сожаление, что до сих пор не смог Вам помочь. К сожалению, я также не вижу никакой возможности помочь Вам сейчас, поскольку всю помощь Вы ждете только от меня».

#### **4.8. Техника принятия на себя функций вспомогательного Эго**

Принятием на себя функций вспомогательного Эго называется такое действие, когда терапевт терапевтически надежным способом пытается сообщить пациенту свои собственные эмоциональные реакции и размышления; передача этой информации должна быть аутентичной личности терапевта. Кроме того, она должна указывать как на патологическое (частично) объектное отношение, так и на связанные с ними ограничения функций Эго, проявившиеся в соответствующей фазе процесса взаимодействия и вызывающие эмоциональный ответ терапевта. Это всегда означает указание на реальную несоразмерность желаемого пациентом (частично) объектного отношения; терапевт, таким образом, постоянно берет на себя функцию проверки реальности, как внутренней, так и внешней.

При этом пациенту должно быть ясно, что терапевт, хотя и не надолго, идентифицируется с его потребностью, содержащейся в частично объектных отношениях, независимо от того, насколько она инфантильна, так что, с одной стороны, он выступает эмпатийно-понимающим, но с другой стороны, тем не менее, основываясь на своих аутентичных чувствах, напротив, соблюдает дистанцию. Отвечающее вмешательство терапевта в смысле принятия на себя функции вспомогательного Эго должно, относительно его эмоционального содержания, быть всегда неким сплавом либидозных и агрессивных компонентов (с преобладанием либидозного), некой смесью понимания и критического суждения. Одновременно должны быть предложены новые объектные отношения, побуждающие к выполнению дефицитарных функций Эго и годящиеся для того, чтобы пробудить в пациенте чувство надежды и открыть ему перспективу в будущее.

Небольшая зарисовка на эту тему (Heigl-Evers und Heigl, 1983b): молодой пациент с тяжелым базальным расстройством, с преобладающей низко структурированной защитой, рассказывает в ходе терапевтической сессии.

«Потом я позвоню студентке, с которой познакомился на семинаре. Я не мог заговорить с ней сегодня в кафе, потому что вокруг нее было так много людей. Когда я думаю о предстоящем звонке, я испытываю небольшой страх».

– 288 –

*Терапевт* отвечает: «Я понимаю, Вы хотите ей позвонить. Мне кажется, она Вам нравится. Но мне не понятно, как Габи, так, кажется, ее зовут, воспримет это».

*Пациент* (несколько возмущенно и одновременно удивленно): «Почему?»

*Терапевт* в ответ: «Почему... потому что я не знаю, какие чувства испытывает к Вам Габи и что Вы для нее значите. У нее много знакомых, Вы об этом только что упомянули. Хотела бы я знать, что чувствует другой, звоня мне, как он ко мне относится».

*Пациент*: «Есть тут один, с которым я ее часто видел».

*Терапевт*: «Знаете ли, я была бы тогда очень осторожной».

Здесь терапевт берет на себя те функции, которые у пациента находятся в заметном дефиците, а именно функции предполагаемого понимания (эмпатии) внутреннего состояния другого человека; в данном случае - как подруга той Габи, которую пациент, анонимизируя, называет «студенткой». Это дефицитарная функция проверки реальности, внутренней реальности другого, и она наблюдается в связи с (частично) объектным отношением, которое предполагает симбиотическое слияние с объектом: само собой разумеется, что она чувствует это, так же как я чувствую, что она в той же мере желает близости со мной, как и я с ней. Кроме того, простая защита пускает в ход отказ от реальности: с ее помощью тот факт, что Габи, очевидно, не испытывает к молодому человеку никакого интереса, что она, наоборот, окружает себя другими людьми, не осознается. Здесь оборона занимается при угрожающей опасности объектной потери; такая потеря опасна потому, что может вызвать у данного пациента сильные агрессивные реакции.

Принятие на себя функций вспомогательного Эго в терапевтическом подходе к действенному *архаическому предшественнику Суперэго* у больных, страдающих базальными расстройствами, также играет важную роль.

Так, в случае *идентифицирования с агрессором* при экстернализации вины терапевт отвечает аутентично, что значит - отграничивается от несоответствующих действительности обвинительных упреков и что подобным упрекам он противопоставляет свое собственное мнение. «Вы видите меня так, я вижу себя по-другому, а именно так и так». Это могло бы звучать и конкретнее: «Я сейчас немного обижен тем, как Вы меня оцениваете. Я, конечно же, не ангел, у меня есть слабости и недостатки, но в том чудовище, которое Вы видите во мне, я себя не узнаю».

В *мазохистской версии* идентифицирования с агрессором (вина приписывается себе) терапевт в роли вспомогательного Эго примет на себя оценку пациента (соответствующую реальности) или же окажет побуждающее влияние на пациента с тем, чтобы тот смог оценить себя самого.

Конкретно он мог бы сказать: «То, как Вы сами себя осуждаете, приносит мне настоящую боль! Я хотел бы стать Вашим адвокатом на этом суде, но может быть, Вы хотите защитить себя сами?»

В случае *архаического внутреннего наказывающего преследования* (распавшийся ранний интроект) терапевт дает аутентичные эмоциональные ответы, вызванные у него этим интроектом, такие, как смущение, испуг или жалость.

Возможно, он скажет так: «Я немного напуган Вашей черствостью к самому себе, это звучит так беспощадно!»

В случае *имитации норм* в отношении к идеализируемому (частичному) объекту в переносе на терапевта «ответом», возможно, станет удивление из-за того, что значимость другого так быстро перенята пациентом; «ответ» будет связан с принятием



на себя функций вспомогательного Эго по части проверки, критической рефлексии этой значимости и норм, точнее: «Мне почти неловко от того, что Вы видите меня в столь позитивном свете. Я не так хорош, как кажется!»

В связи с переработкой архаичного предшественника Суперэго пациента рекомендуется остановить свое внимание на *саморефлективных аффектах*, особенно на аффектах вины и стыда. Также важен терапевтический подход в принятии функций вспомогательного Эго при работе с *аффектами злопамятности* и входящими в них импульсами мести, содержащими, как правило, аспект наказания (наказание объекта).

Позиция терапевта могла бы звучать приблизительно так: «Я хорошо понимаю то, что Вы готовы вцепиться в Вашего шефа после того, как он Вас оскорбил; мне знакомо подобное чувство, но одно дело - хотеть что-то сделать, а другое - сделать это! Мой опыт подтверждает, что месть обязательно приведет к ответной мести!»

#### 4.9. Терапевтический подход к аффектам

Прежде чем мы разберем техники обращения с аффектами в психоаналитически-интерактивной терапии, мы вкратце остановимся на диагностике аффективных феноменов; здесь также представлен правильный диагноз, предопределяющий эффективность терапевтического действия.

Поскольку аффекты выполняют важные регулирующие функции личности, такие как

- сознательное и бессознательное управление мышлением и поступками;
- регуляция взаимоотношений и вытекающего из них социального существования;
- восприятие и оценка собственной личности,

то адекватное протекание этих психических процессов имеет большое значение. Нарушения проявляются в виде выпадения или гипертрофии компонентов системы. Краузе (Krause, 1990) разделил аффективную систему на пять компонентов: моторно-экспрессивный сигнализирующий, физиологически-эндокринный, мотивационный, воспринимающий и, наконец, тот компонент, который предполагает название аффекта.

– 290 –

Эти пять компонентов необходимо оценить по степени их отражения и использования. Это означает, что необходимо обращать внимание на мимику и вокализацию, распознавать сигнализирующий, или экспрессивный, компонент. К наблюдаемым проявлениям физиологически-эндокринного компонента относятся: покраснение и побледнение, быстро исчезающая эритема, вздутие вен, изменение частоты дыхания, расширение зрачка, повышенная потливость, акроцианоз и т. д. Кроме/того, нужно оценить и мотивационный компонент, распознавая при этом готовность к действию: расслабление или напряжения мускулатуры тела, готовность к импульсивному поведению, беспокойство, выражаемое через моторные реакции, чрезмерная или недостаточная жестикуляция. При оценке перцептивных компонентов следует учитывать насколько воспринимаются человеком происходящие в нем аффективные процессы. Следует проверить, насколько адекватно восприятие самого себя, например, воспринимается ли человеком внезапно возникшая бурная жестикуляционная моторика, или будет ли он реагировать еле заметный признак зарождающегося в нем гнева страхом, стыдом или чувством вины, не замечая при этом или не воспринимая, как он по привычке, несмотря даже на доброжелательные вербальные сообщения, презрительно поджимает губы. Пятый компонент, получивший

название способности к наименованию (кодированию и декодированию) аффектов, а также к пониманию контекста (разрешенная ситуация, ссылка на себя или на объект), представляет собой самый дифференцированный компонент аффективного процесса. Здесь необходимо прояснить, насколько удастся пациенту связать свое аффективное переживание с соответствующим языковым символом, понять ситуативные условия. И наконец, следует проверить, уравнивается ли способность к самоэмпатии со способностью к эмпатии, направленной на других: насколько данный человек способен декодировать аффекты другого. Понятно, что сам терапевт должен обладать такого рода эмпатией.

В психоаналитической интерактивной терапии одна из задач терапевта - обсудить с пациентом выпадения или гипертрофированном выражении определенных его аффектов. Нужно обратить внимание на то, не подавляется ли один аффект другим (тогда, к примеру, страх воспринимается как агрессивный аффект). При этом необходимо всегда ссылаться на межличностный контекст или контекст отношений, в которых проявляются либо выпадение, либо гипертрофия, либо оборона. Воздействие, которого в первом заходе добивается пациент, можно было бы обозначить как изумление, поражение, удивление. В следующих ниже примерах мы покажем некоторые из этих возможностей (Heigl-Evers und Heneberg-Monch, 1990a).

*Выпадение мотивационной части.* Пациентка лет 50, живущая в бездетном браке, ведущая активную профессиональную жизнь, рассказывает в терапевтической беседе об агрессивно-аверсивных реакциях к своему мужу,

– 291 –

аффектах, которые она сама описывает как гнев и резкое избегание. Она подробно описывает проблемную ситуацию: объектом чаще всего является муж, но и в отношениях с другими аффекты проявляются тоже. В глаза сразу же бросается выпадение мотивации части поступка. Пациентка не может договориться со своим Я-идеальным, ей особенно трудно вести себя агрессивно-аверсивно по отношению к близким ей людям. Компромисс, до сих пор отстаиваемый ею, выглядит так, что она при помощи воспитательных мер оказывает такое влияние на других, чтобы они изменили те способы своего поведения, которые вызывают у нее гнев и избегание. Если бы партнер вел себя, соответствуя ее представлениям, то у нее не было бы основания быть агрессивной. Эта пациентка использует любые средства, чтобы не слыть гневным и невыносимым человеком. Мотивационная часть этих аффектов у нее практически выпала. В остальном эти аффекты по отношению к партнеру усиливаются вследствие его отказа вести себя так, как хочется ей, она же в этом случае чувствует себя вынужденной быть агрессивно-аверсивной.

В связи с этим терапевт ведет себя следующим образом: как только в переносе на него проявляются такие реакции, как в отношении партнера, он говорит: «Ваш гнев и Ваше избегание, как я их понимаю, содержат какую-то безнадежность. Может быть, Вы страдаете от того, что у вас такие чувства и что я вызываю их у Вас?»

*Выпадение самоэмпатийной части.* 48-летний пациент выражает как в социальной жизни, так и по отношению к терапевту довольно примитивный аффект сильнейшего гнева, впоследствии не испытывая от этого ни стыда, ни вины. Он в состоянии замечать этот аффект, даже называть его, но не способен к самоэмпатии. Обычно он не заботится о том, как проявления его аффектов отражаются на других, напротив, он считает, что сразу после случившегося они исчезают без следа. Причиной для гнева или агрессии может стать любое неожиданное требование, отвлекшее его внимание; он очень сильно расстраивается и воспринимает это как что-то направленное

против него лично. На почтальона, на телефонные звонки, на вопросы жены он реагирует всегда одинаково: он уверен, что другие недостаточно внимательны к нему и постоянно нарушают его покой. Он не может видеть, что он не способен совладать с возбуждением, вызванным нарушением его покоя, и активно управлять им, но в то же время не может понять, что не сам не чувствует ответственности за столь яростную оборону границ своей толерантности.

Виновник нарушения его покоя, конкретные люди в социальных отношениях - все они в принципе являются замещающими фигурами частичного объекта, от которого пациент нерелексивно ожидает, что тот защитит его от любого нарушения покоя.

– 292 –

Как терапевт поведет себя в обращении с такими аффектами и, в частности, с выпадением самоэмпатийной части, особенно, если он сам через перенос стал восприниматься как виновник нарушения покоя.

Он мог бы сказать так: «В данный момент я являюсь для Вас кем-то злым, кто Вам досаждаёт, притесняет Вас, и, кроме того, не следит за тем, сможете ли Вы перенести такое обращение, не переступает ли он границы Вашего терпения. Я сожалею об этом, с одной стороны, с другой стороны, я спрашиваю себя, почему я должен следить за этой границей?»

*Выпадение перцепции и самоэмпатии при гипертрофии сигнальной функции.* 18-летний пациент, в профессиональной сфере экспансивный и довольно успешный, сигнализирует в мимической экспрессии, а также в интонации отчетливое презрение, проходящее практически через все отношения. Эта экспрессия стала для него привычной, равно как и мотивационная составляющая: у него имеется тенденция к бесцеременно-воинственному поведению; он ранит и обижает других, сам того не замечая, напротив, он считает себя человеком вполне учтивым и доброжелательным. Здесь заметно выпадение перцептивных компонентов: пациент не в состоянии замечать свой аффект презрения.

Эту привычную экспрессию тяжело устранить терапевтическим вмешательством. Терапевт мог бы сказать что-то типа: «По тому, как я это чувствую, смею заметить, что от Вас исходит что-то унижающее, оценивающее. Вы не столько выражаете это словами, сколько выражением лица и тем, как Вы обращаетесь со мной. Вот только что снова я почувствовал на себе идущее от Вас явное презрение. Не знаю, заметили ли Вы это».

*Гипертрофия физиологически-эндокринной части.* Пациент 52 лет, страдающий психосоматическим заболеванием; обладает высоким интеллектом и чрезвычайно успешен профессионально. Он испытывает приступ всякий раз, когда ему отказывают в чем-то, особенно если это люди, чьей близости он ищет, что с его стороны проявляется в хаотичных торопливых движениях, в бледности лица и в большом мышечном напряжении. Кроме того, его речь становится торопливой, запинаящейся; сигнальные аффекты незаметны. Все это приводит к заключению, что в своем внутреннем мире пациент более подвижен. Здесь очевидна гипертрофия физиологической части аффекта при выпадении других компонентов. Терапевт чувствует себя неуверенно и беспомощно. Наблюдаемому поведению пациента предшествовало то, что терапевт упомянул о том, что собирается в отпуск. Терапевт предполагает, что в этой связи у пациента появятся аффекты горечи и злобы (значимый объект - терапевт - собирается покинуть его, и это несправедливо), которые будут выражаться через физиологические и эндокринные изменения. На основании этих заключений он заявляет пациенту следующее: «Мне кажется, я причинил Вам боль и поэтому Вы злитесь на меня».

#### 4.10. Выводы

Описанные техники - «ответ», *принятие на себя функции вспомогательного Эго, обращение с аффектом* - понимаются как средство, с помощью которого открываются пути к названным в начале терапевтическим целям. Эти пути - интерактивный процесс, взаимообмен переноса и контрпереноса, инсценировка отношений. Эти переносы, так же как и контрпереносы, по своему виду просты, они движут поступками и вызывают ситуации, которые напоминают театр экспромта. Перенос появляется так скоро потому, что люди, обуреваемые им, находятся под значительным гнетом, под давлением сильной биопсихической регуляции, которую они сами взять под свой контроль не могут. Например, такая регуляция, как защита от возбуждения, как мобилизация хороших (внутренних) объектов, как уравнивание чувства собственной значимости и надежности идентичности, не гарантирует, что она подчиняется режиссуре того, с кем это происходит; тогда - по ощущениям пациента - внешний объект, другой человек *должен* взять на себя контроль за этим процессом и стать инструментом пациента, частью его Эго. Такое обращение с объектом на основании своего внутреннего крайнего состояния кажется пациенту вполне справедливым. Другой (здесь: *терапевт*), как и ожидается, будет конфронтировать с такими претензиями, подвергаясь значительному давлению со стороны пациента. Противостоять такому давлению - значит оставить беспомощного человека в беде и показать себя крайне бесчувственным и бесчеловечным. Переживаемое давление получает моральную окраску: избежать его значит нарушить профессиональных идеалов помогающей профессии, но у терапевта могут возникнуть в этом случае свои конфликты, когда обязательство предоставлять себя в неограниченное распоряжение другим сталкивается с аверсивно-агрессивными аффектами.

Такой конфликт может осложниться тем, что нерелективное стремление к выполнению требований пациента, состояние которого не улучшается, приведет к переходу этого состояния в хроническую форму; пациент просто утвердится в своих патологических интерпретациях.

Итак, задача терапевта состоит в том, чтобы идти по среднему курсу между Сциллой - бессрочной гарантией - и Харибдой - непереносимым отказом. В конфронтации и в столкновении с названными межличностными и внутренними конфликтами терапевт должен выбрать верный курс.

В своем становлении, а особенно в своих патологических структурах, пациент должен уметь уважать и принимать себя. Терапевту нужно постоянно следить за этой установкой, так как она из-за сильных спонтанных аверсивных и агрессивных аффектов (презрение и гнев) может быть упущена; это чаще всего случается тогда, когда эти аффекты недостаточно осознаются своим носителем и потому не могут быть приняты. В таком случае терапевту было бы

невозможно диагностировать, что пациент и у других людей может вызывать презрение и гнев, потому что в регулировании отношений эти аффекты пациенты необходимы. Необходимая мера гарантии в зависимости от границ толерантности пациента к неудаче может привести к тому, что терапевт возьмет на себя делегируемые ему функции вспомогательного Эго, и прежде всего, функцию защиты от раздражения.

При этом следует постоянно контролировать, когда изменения объектных отношений (от безличностных к личностным), достигнутые терапевтически, допускают отказ от такого принятия на себя определенных функций. Если терапевт в этом смысле станет вспомогательным Эго, то это означает, с одной стороны, принятие делегирования функций так, чтобы у пациента осталась его собственная точка зрения. Функция вспомогательного Эго, с другой стороны, должна быть выполнена так, чтобы были видны ее пробелы, затем, восполнив их, побудить его включить ее в собственную режиссуру. Кроме того, пациенту, при помощи принятых на себя терапевтом функций такого рода указывается на безличностность его отношений и на возможность личностной коммуникации.

Если терапевт в функции вспомогательного Эго как бы служит пациенту, то он все же должен всякий раз сигнализировать о том, что он при этом остается самим собой, что он - другой. Это «бытие другим» он и демонстрирует своими аутентичными ответами и принятием аффектов пациента в интерактивном контексте.

## **5. МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В РАМКАХ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

### **5.1. Введение**

Виды групповой терапии, о которых пойдет речь в дальнейшем, базируются, главным образом, на теории и методах психоанализа, хотя при их разработке и концептуализации привлекались, разумеется, и понятия, относящиеся к сфере социальной психологии и характеризующие групповую динамику. Мы рассмотрим три метода групповой психотерапии - аналитический, ориентированный на глубинную психологию и психоаналитически-интерактивный (основанные на геттингенской модели), которые уже достаточно давно применяются в клинике, а также рассматриваются при подготовке соответствующих специалистов.

Методы групповой психотерапии, на которые мы бы хотели обратить ваше внимание, уже давно апробированы в клинике; они базируются как на психоаналитической теории, так и на теории социальной психологии. Как подчерки-

– 295 –

вают Хайгл-Эверс и Хайгл (Heigl-Evers und Heigl, 1968), говоря о специфике этих методов, в их основе лежит четкое разграничение ситуаций индивидуальной и групповой психотерапии. Групповой процесс рассматривался ими на всех возможных уровнях, оценивалась глубина регрессии, соответствующая каждому уровню (понятие регрессии указывает нам на тесную связь этого метода с психоанализом). Хотя первоначально авторы ориентировались на топическую модель психического аппарата, в процессе рассмотрения они пришли к необходимости понимать эти уровни не с топических позиций, а как герменевтические пути доступа к пациенту.

Прежде чем перейти к непосредственному рассмотрению терапевтических методов, нам хотелось бы уделить внимание некоторым гипотезам, сформулированным Ханной Арендт, и понятиям, которые она использует в своих работах - «множественность», «общественное», «частное».

Мы надеемся, что таким образом понятие «множественности» (малой группы) как средства терапевтического воздействия станет более понятным для читателя. В связи с этим мы предпринимаем также попытку упорядочить материал в соответствии с

важнейшими методами аналитической групповой психотерапии, применяемыми в клинике. И наконец, мы хотим представить значимые для трех вышеназванных методов геттингенской модели теоретические понятия, а также описать специфику самих методов.

## 5.2. О понятии множественности

Говоря в дальнейшем об основных отличительных признаках множественности, мы позволим себе руководствоваться размышлениями Ханны Арендт (Hannah Arendt, 1978, с. 14-18, с. 164).

Понятие множественности в своем основном значении указывает нам на тот факт, что на планете живет не один человек; планету населяют люди. Еще римляне говорили, что жизнь – это находиться среди людей (*inter homines esse*), а смерть – расстаться с человеческим обществом (*desinere inter homines esse*).

Понятие множественности говорит нам о том, что существует не человек, но люди. Согласно первой библейской версии происхождения человека бог сказал «...Сотворить человека по нашему подобию».

И далее:

«Он сотворил человека как мужчину и женщину». «Этот человек, который рассматривается как бы во множественном числе, принципиально отличается от того Адама, которого Бог, согласно второй библейской версии, создал из «комка земли», чтобы затем присоединить к нему женщину, созданную из ребра человека и явившуюся плотью от плоти его. Согласно этой версии, множественность не

– 296 –

присуща людям изначально, то, что человек не один, объясняется возможностью его размножения» (Arendt, 1978, с. 15).

Каждый из двух представленных выше взглядов на происхождение человека мы можем соотнести с определенной терапевтической концепцией. Перед тем как мы перейдем к их изложению, нам бы хотелось попытаться определить значение слова *множественность*, которая характеризуется четырьмя основными признаками.

1. Человек существует не сам по себе, а среди множества других людей, с которыми он должен считаться и вступать во взаимоотношения. Множественность – это значит быть среди людей.

2. Множественность означает многообразие и разнообразие. Человеческая множественность – это многообразие, которое обладает следующей парадоксальной особенностью: каждая составляющая этого многообразия в своем роде уникальна.

3. Любой отдельно взятый человек не суверенен. Суверенитет, то есть абсолютная автономия и власть над самим собой, противоречит понятию множественности. Множественность означает не быть независимым (суверенным).

4. Множественность означает также невозможность до конца предугадать последствия собственных поступков, ведь последствия какого-либо поступка

проистекают не из самого поступка, но из ситуации, в которой он совершается (Arendt, 1978, с. 14). Итак, множественность означает также относительную непредсказуемость последствий собственных действий.

В зависимости от того, подразумевает ли терапевт под психотерапевтической группой нечто большее, чем множественность, и меньшее, чем сумма отдельных индивидуальностей (первый признак), или же каждый ее член рассматривается им главным образом как единственный в своем роде, а не как подобный другим (второй признак), он склоняется к той или иной концепции терапевтической группы и соответствующей ей терапевтической технике.

Концепции, возникшие под влиянием психоанализа для теоретического обоснования применения психоанализа на больших группах пациентов, могут быть разграничены следующим образом (см.: Finger-Trescher, 1991; Heigl-Evers, 1970, 1978; Heigl-Evers und Heigl, 1979c; Sandner, 1978, 1985): существуют концепции, согласно которым взаимодействие внутри терапевтической группы должно, насколько это возможно, походить на взаимоотношения внутри терапевтической диады пациент-терапевт и рассматриваться как «продолжение этой "диадной" терапии» (Lieberman, Lakin und Stock-Whitaker, 1969, с. 282). Имеется в виду, что индивидуальная психоаналитическая работа помогает запустить другие механизмы. Мультиперсональная ситуация в группе используется лишь в качестве возможности взаимной стимуляции пациентами друг друга в процессе терапии. Такие концепции изложены в ряде работ (Locke, 1961; W. Schindler, 1951, 1955, 1980; Wolf, 1971; Wolf und Schwartz, 1962; Sandner, 1990).

– 297 –

Существуют и те психотерапевты, которые также стремятся приблизить терапевтическую группу к варианту диадного психоанализа, но используют для этого другие методы. Они описывают «социальную систему психотерапевтической группы» в терминах, характерный для основополагающих принципов психоаналитического мышления: они преобразуют символы и оценивают значение событий согласно их латентной силе, а не явным характеристикам (Lieberman, Lakin und Stock-Whitaker, 1969, с. 283). Посредством установки на восприятие группы как единого целого оказывается предпочтение фазам, гомогенизирующим эти латентные силы, выражение которых стимулируется соответствующими техниками. Таким образом группа преобразует в некое подобие человека, суперчеловека, который и является адресатом усилий терапевта в этом аналоге терапевтической диады. Такая терапия называется психоанализом группы, групповым анализом. Подобные концепции согласно Фингер-Трешер (Finger-Trescher, 1991) развивались такими авторами, как Аргеландер, Бион и Олмайер (Argelander, 1963/1964, 1968, 1972b, 1974; Bion, 1961; Ohlmeier, 1975, 1976, 1987).

Наряду с концепциями, старающимися приблизить терапевтическую группу к психотерапевтической диаде, существуют и такие, которые видят задачу терапевта в адаптации принципов психоанализа к множественности психотерапевтической группы. Все же нельзя отрицать, что множественность и ее характеристики (интеракция, интерзависимость, роль, норма, функция) являются предметом преимущественно социальной психологии и с помощью одних лишь психоаналитических понятий не проанализировать. Равным образом нужно заметить, что существуют определенные групповые феномены, латентные силы и мотивы, обуславливающие очевидные варианты группового поведения, которые невозможно описать и понять с помощью одних только социально-психологических понятий. Это означает, что в теоретическую

модель психотерапевтической группы интегрированы социально-психологические понятия, что психоаналитические и социально-психологические аспекты должны быть взаимосогласованы (Ezriel, 1950, 1956, 1960/1961; Foulkers, 1957, 1964, 1990; Grindberg, Langer und Rodriguez, 1960; Heigl-Evers und Heigl, 1973, 1975a, 1976, 1979 b, c, d, e, f, 1983b, 1985, 1990; Kutter, 1976, 1985; R. Schindler, 1957/58, 1960/61, 1968; Stock-Whitaker und Lieberman, 1965).

Вопреки позиции Фрейда и Биона (Bion, 1961) человек сам по себе и человек в групповой ситуации - не одно и то же, в силу того, что человек, отдельно взятый индивидуум, конфронтует с группой в плане своей внутренней реальности, своих внутренних представлений и фантазий в отношении других людей, находясь при этом и в ситуации реальной конфронтации с другими людьми, такими, как они есть в актуально существующей группе. Опыт показывает, что при слишком сильном расхождении (вплоть до полной несовместимости) между воображаемыми другими людьми и этими людьми в их реальном воп-

– 298 –

лощение, что не так уж редко встречается у больных с базальными нарушениями, группа (в том узком смысле этого слова, в котором она рассматривалась Шиндлером в его работах 1957, 1958 годов) не складывается, а остается лишь неким скоплением людей, которое Шиндлер обозначил как предгрупповое.

Представленное нами положение, согласно которому ситуации аналитической индивидуальной и аналитической групповой терапии принципиально различны, справедливо лишь в том случае, если в ее основе лежит последняя из рассмотренных нами концепций терапевтической группы (Heigl-Evers und Heigl, 1968). Если же придерживаться той точки зрения, согласно которой групповая психотерапия может означать как психоанализ, применяемый по отношению к отдельным участникам группы, так и анализ всей группы как некоего цельного организма («личности»), то различия между индивидуальным и групповым психотерапевтическим лечением не имеют особого значения (и показания к обоим видам терапии могут совпадать). Они становятся важны лишь при учете фактора множественности.

### **5.3. К вопросу о понятиях «общественное» и «частное»**

Множественность - это условие существования общественного. При этом мы начинаем оперировать парой понятий: общественное-частное. Эта пара понятий подразумевает принятие разработанного Арендт положения, что суть деятельности во многом зависит от того, реализуется ли она индивидуально или в группе. Различие между частным и общественным существует, по крайней мере, начиная со времен зарождения античных городов. Уже тогда для их жителей обозначились, с одной стороны, - сфера домашнего хозяйства и семьи, а с другой стороны - то, что должно находиться в

сфере ведения полиса. Они колебались между биологически заложенной тенденцией к сплоченности и человеческой способностью к политической организации.

Латинское слово *privatus* как причастие, образованное от глагола *privare* (грабить, лишать; извлекать, освобождать; отделять), можно перевести как «лишенный») - лишенный действительности общественного. Так как частное в своем первоначальном значении - это то, что лишено общественного, нам хотелось бы рассмотреть сначала понятие общественного и тем самым обозначить, что именно не относится к частному.



Понятие «общественного» характеризуется прежде всего следующими взаимосвязанными особенностями.

1. Все, что относится к сфере общественного, может быть услышано и увидено каждым. Благодаря этому возникает сфера внешних явлений. Люди не просто существуют, а предстают друг перед другом.

– 299 –

2. Превращение в предмет общественного, появление перед другими, восприятие этого другими есть условия для возникновения реальности. То, что кем-то сказано и сделано, становится реальностью лишь потому, что другие слышат и видят это. В сравнении с реальностью, которая возникает от того, что что-то увидено и услышано, реальность внутреннего мира человека является смутной и неопределенной.

3. Появиться перед другими, быть ими воспринятым - все это позволяет возникнуть целому новому миру. То, что общественно, является общим для всех. В ходе подобной передачи информации возникает некий совместный мир, понимаемый как воплощение всех возможных дел, которые могут осуществляться между людьми.

Теперь мы знаем, какими признаками частное не обладает и чего оно лишено в своем первоначальном значении. Итак, быть частным подразумевает:

- быть невидимым и неслышимым для других, не восприниматься ими;
- не убеждать ни в чем реальность и себя самого;
- не быть причастным ни к каким так или иначе образованным общностям (не участвовать в передаче подобной информации).

*«Частный характер частного заключается в его отдаленности от других; что же касается этих других, частное не является им, как будто бы его и вовсе нет. То, что оно делает или может сделать, не имеет никакого значения и последствий, и все, что имеет отношение к нему, не имеет отношения ни к чему другому» (Arendt, 1978, с. 58).*

Разумеется, слово «частное» помимо своего собственно первоначального значения имеет и другое, преобладающее сегодня.

а) Частное обладает признаками чего-то отдельного, раздельного (вспомним одно из значений глагола *privare* - отделять). Оно рассматривается как нечто удаленное от общественного, как огражденная со всех сторон безопасность и уверенность своих четырех стен, тепло собственного сердца, покой собственного дома, существование, ориентированное прежде всего на самого себя и погружение в самого себя. Постоянное нахождение в сфере общественного часто приводит к оскудению. Частное - это то, что отделено и спрятано от других.

б) В результате развития общества частное приобрело еще один признак. Частное есть нечто интимное, покой скрытого от всех бытия, в котором и только в котором может расцвести внутренняя жизнь. Частное значит интимное и внутреннее.

#### **5.4. Терапевтическая группа как потенциал для изменений**

Если терапевтическая группа как средство, способствующее изменениям у отдельных пациентов, рассматривается в аспектах множественности, а также общественного и частного, то ее участникам могут быть предложены следующие возможности измениться.

1. *Нахождение среди других людей* помогает конкретному больному воспринять свой недуг несколько иначе, соотнести свою судьбу с судьбами других пациентов. Также, благодаря безусловному принятию другими больными признаний пациента, оно помогает облегчить нередко возникающее у пациентов мучительное чувство исключительности возникших у него проблем. Кроме того, пациентам предоставляется возможность ощутить присутствие других людей, вступить с ними в контакт и при этом ощутить свои и чужие слабости и сильные стороны.

2. Если рассматривать группу во втором аспекте множественности - *каждый член группы как единственный в своем роде*, - группа предоставляет каждому пациенту возможность почувствовать себя воспринятым и уважаемым в своей своеобразии и даже в своей болезни и, возможно впервые, ощутить принятие со стороны других членов группы.

3. В третьем аспекте множественности - *не быть суверенным* - в случае чрезмерной автономности, но не автаркии, группа предлагает ее членам возможность увидеть и испробовать альтернативные варианты - зависимость и тесную связь с другими; с другой стороны, может случиться и так, что при чрезмерной тенденции к соглашательству в сочетании с приспособленческой тенденцией и тенденцией к зависимости в человеке, напротив, пробуждается потребность в самоутверждении.

Понимаемая таким образом группа сталкивает одних ее членов с реалиями других, а также с обусловленной множественностью, непредсказуемостью последствий собственных действий; группа сталкивается с собственным отрицанием таких реалий и с собственными omnipотенциальными претензиями, с фактом сложных взаимозависимостей. Она делает возможным самоутверждение, экспансию, влияние, поскольку опыт работы в группе помогает преодолеть соответствующие страхи и опасения.

Если рассматривать ее в аспекте общественного, в группе возникает некое пространство для самореализации, которое позволяет членам группы быть воспринятыми и признанными, дает им возможность завязать отношения с другими людьми, лучше понять самих себя. Так, моделирование в группе различных вариантов отношений позволяет не только получить представление об индивидуальной, возникшей на раннем этапе внутренней конфликтности, но и сопоставить драматические изменения во внутреннем мире, происходящие в процессе интеракции с собственной личностью и важнейшими детерминантами собственного поведения. Неизвестность и неопределенность внутреннего мира человека может быть изменена в условиях терапевтической группы в процессе вырисовывания оптимального образца отношений, переработки и преодоления трудностей. Возникает некая совместная история группы, к которой определенным образом причастен каждый пациент и которая сама, в свою очередь, предоставляет в распоряжение пациента опыт и информацию.

Терапевтическая группа, будучи полуоткрытым пространством, также дает пациенту возможность запереться, спрятаться в своем внутреннем мире, защитить себя с помощью внутренних предохранителей, обеспечить собственную безопасность благодаря отграниченности.

Итак, группа со всеми ее предложениями, воздействиями и границами, предоставляет возможность лечения пациентов с различной психопатологией, различными терапевтическими ожиданиями и целями.

Клинический опыт работы с больными различного профиля наводит нас на мысль о необходимости соответственно различного лечения, что может быть осуществлено с помощью различных методов, относящихся к геттингенской модели. В то время как методы групповой психотерапии, основанные на глубинной психологии, в отличие от аналитических, представляют в отношении показаний, фактора воздействия и метода работы укороченную, сфокусированную на определенном патологичном конфликте форму, клинические исследования, произведенные на больных с тяжелыми структурными нарушениями Эго и Суперэго (нарциссических больных и больных с пограничными нарушениями личности, больных с зависимостями и маниями, а также на больных с другими поведенческими нарушениями и больных психосоматического профиля) подвели нас к необходимости искать другой путь терапевтического доступа, определяемого далее как психоаналитически-интерактивный (Heigl-Evers und Heigl, 1979f, 1983b, 1985; Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1985, 1986, 1990b; Heigl-Evers und Ott, 1993; Heigl-Evers und Streeck 1983, 1985; Koenig und Lindner 1991; Streeck, 1980).

## 5.5. Определяющие условия

Основной смысл групповой психотерапии заключается в процессе взаимодействия между ее участниками, пациентами и терапевтом. Речь идет о процессе, определяемом индивидуальной внутренней динамикой и межличностной интерперсональной динамикой. Этому процессу с помощью так называемых определяющих условий придается конкретное обрамление, сравнимое, возможно, с ограничивающими воды берегами. Хотя они и содержат динамический элемент, они все же определяются некими постоянными.

К постоянному, более-менее неизменному, относится, например, помещение, предлагаемое терапевтом для психотерапевтических сеансов. Это помещение должно характеризоваться располагающей температурой, освещением, цветовым оформлением, здесь не должно быть сильных раздражителей. Мебель, на которой будут сидеть члены группы во время сеансов, не должна указывать на какую-либо иерархию. Она должна предоставить возможность удобно в ней расположиться, ощутить спокойствие и расслабленность. Эстетичес-

– 302 –

кое оформление помещения должно ненавязчиво указывать на индивидуальность терапевта. Помещение должно быть в достаточной степени акустически изолировано, то есть гарантировать соблюдение врачебной тайны.

К определяющим условиям относится также фактор времени, например, день недели или дни недели, в которые проходят сеансы (с понедельника по пятницу), а также время дня. К этим условиям относится также учреждение (всевозможные учреждения медицинского профиля, такие как консультации, поликлиники, дневные стационары, больницы), в котором работает терапевт и которое оказывает, таким образом, влияние на переживания и поведение как самого терапевта, так и его пациентов.

Следует подумать также и о социокультурном окружении. Так, безусловно, существуют различия между практикой в большом городе, где отдельный терапевт

практически не поддерживает личных контактов, и сельской практикой или практикой в небольшом городе с соответствующей степенью известности членов группы и терапевта. Следует различать амбулаторию университетской поликлиники, задачами которой являются исследование и сбор материала для учебного процесса, и соответствующим отделением в больнице общего профиля, церковном или ином учреждении такого рода. Клиники различаются по тому, где они располагаются: посреди большого города или в зелени идиллического сельского ландшафта. В учреждениях с дневным или полным стационаром важное значение приобретает интенсивность общения между членами психотерапевтических групп вне терапевтических сеансов.

Также для терапевта значимо, допускается ли некоторая «утечка информации» вовне об участии пациентов в процессе терапии, в силу того, что сеансы проходят в небольшом городке, или же, благодаря известной анонимности практики большого города, пациенты относительно защищены от подобной утечки.

Социальноэкономические условия тоже играют не последнюю роль. Финансовая оценка групповой терапии в больничных кассах государственных учреждений иная, чем у представителей частных практик. Если бы реформа здравоохранения привела к увеличению расходов пациентов, то условия проведения сеансов групповой терапии несомненно изменились бы.

Господствующая в общественном мнении оценка групповых процессов в целом и процессов внутри терапевтических групп в частности тоже влияет на терапевтический процесс. В конце восьмидесятых годов, в годы студенческих движений и молодежного бунтарства, бум наблюдался и в сфере терапии. В амбулаториях, особенно находившихся под влиянием психоанализа, во многом под влиянием современных нарциссических теорий (см. Kohut, 1973, 1979) произошла переориентация на работу с индивидуумом. Сегодня, когда все большее значение придается интеграционным процессам в обществе, групповые образования вообще и конкретно терапевтические группы снова привлекают к себе повышенное внимание.

– 303 –

К определяющим условиям группового процесса в узком смысле слова относятся и групповые формации. Важно, реализуется ли групповой процесс в закрытой формации (то есть являются ли членами группы от начала и до конца одни и те же люди), или же групповой процесс протекает в полуоткрытой формации (то есть в течение определенного отрезка времени, который отведен на психотерапевтический курс, группа некоторым образом меняется - некоторые члены группы выпадают, на смену им приходят новые). Важное значение имеет также, осуществляется ли терапевтическое вмешательство в открытой формации, то есть в условиях постоянной смены ее участников, что, как правило, является следствием ограниченности времени пребывания пациентов в стационаре, или же формация является закрытой. Закрытая группа стимулирует возникновение «сцепления» между членами группы, обеспечивает изрядную долю стабильности и вносит свой существенный вклад в возникновение обоюдного доверия у членов группы. Это доверие, в свою очередь, способствует ослаблению у пациентов защитных механизмов, не позволявших им в начале терапевтического лечения делиться многими проблемами и переживаниями.

Но в отличие от полуоткрытой формации, закрытая группа не предоставляет возможности взаимодействовать с новыми пациентами, участвовать в их интеграции в группу, а также не дает в полной мере ощутить проблемы расставания и прощания с покидающими группу пациентами. Формация полуоткрытой группы, напротив,

предоставляет множество возможностей, связанных с интеграцией новых членов группы и расставанием с теми, с кем уже сложились доверительные отношения (Енке, 1994).

Определяющие групповой процесс условия во многом связаны также и с составом его участников. Важную роль играет, входят ли в группу пациенты с заболеваниями одного круга или же группа в этом отношении гетерогенна. Гомогенность или гетерогенность группы может оцениваться также в отношении пола, возраста, принадлежности к тому или иному слою общества, образования, этнической принадлежности и религиозных воззрений. Протекание группового процесса во многом зависит от того, насколько однородна терапевтическая группа. Если группа достаточно гомогенна, то каждый ее член в большей степени ощущает свою сопричастность к судьбам других пациентов, что способствует взаимоидентификации пациентов. Если же группа скорее гетерогенна, то в ней, как правило, развивается некий элемент конфронтации одних пациентов с другими (кроме «непохожести» пациентов большую роль в возникновении подобной конфронтации могут сыграть возрастные различия) (Heigl-Evers und Seidler, 1993). Поскольку формация и состав групп, будучи зависимыми от особенностей учреждения, в котором проводится терапия, обычно не могут значительно варьироваться, терапевт должен уделить особое внимание тому, какое влияние на терапевтический процесс в целом и возможности

– 304 –

к позитивной динамике у конкретных пациентов могут оказать реальные условия, которыми располагает это учреждение. Если терапевтическая группа гетерогенна, терапевту следует убедиться, что имеющаяся между пациентами дистанция не слишком велика и что не происходит противопоставления групповому большинству отдельного больного, отличающегося по какому-то признаку от других пациентов, что может случиться, например, при попадании одного страдающего шизофренией больного в группу пациентов с нарушениями невротического круга, попадании одного мужчины в группу женщин, попадании одного пожилого человека в группу молодых или попадании одного чернокожего африканца в группу европейцев. Если один из пациентов в силу своей отличности от других и возникшей вследствие этого ощутимой дистанции по отношению к групповому большинству начинает, если говорить о социодинамическом распределении функций, занимать «омега-позицию» (Шиндлер), позицию аутсайдера, козла отпущения или мальчика для битья, то вполне вероятно следующее развитие событий. Давление, оказываемое на него групповым большинством, может перейти границы его терпения и он станет избегать группу, либо у большинства группы по отношению к нему может развиваться такая ненависть, такая степень враждебности, что они не смогут больше выносить его присутствие, существующая внутри группы дистанция станет чрезмерно велика и он будет вынужден покинуть группу. Оба этих сценария носят антитерапевтический характер и поэтому должны заблаговременно предотвращаться усилиями терапевта.

В отличие от этого в гомогенных группах, в особенности, однородных в отношении болезни, члены которых проникнуты сопереживанием к судьбам друг друга, как это предполагается в группах взаимопомощи (Меллер), может возникнуть отторжение по отношению к окружению. С другой стороны, фактор сопереживания (Yalom, 1989) может послужить сильным стимулом для того, чтобы принять собственное заболевание или расстройство и более спокойно воспринимать зачастую сопутствующую этому склонность к нарциссизму, а также для того, чтобы,

заручившись поддержкой «товарищей по несчастью», попытаться хотя бы отчасти преодолеть эти проблемы.

Итак, как уже было сказано, кроме групповой формации важным фактором для терапевтического процесса является состав участников.

Необходимо уделять особое внимание всевозможным конфликтам, которые могут быть связаны с перечисленными выше факторами, своевременно выявлять их и подвергать основательной оценке и проработке. Так, конфликт может возникнуть вследствие того, что руководитель группы выступал как в роли «хранителя» группового процесса и предполагаемой им свободы высказываний, так и в качестве стража распорядка клиники (Fuerstenau, 1986; Heigl-Evers und Heigl, 1995).

– 305 –

## **5.6. Подготовка к групповой терапии**

Как и любая другая терапия, групповая терапия, рассматриваемая как ориентированный на психоанализ метод, требует подготовки. Руководствуясь этическими соображениями, в первую очередь следует уделить внимание формированию у пациентов *informed consent*, то есть предоставить пациентам исчерпывающую информацию о том, что из себя представляет этот вид терапии и чем он может быть для них полезен. Соответственно, решение об участии пациента в терапевтическом процессе может быть принято им на основе беседы с терапевтом, в ходе которой пациент получает и анализирует эту информацию.

В ходе этого разговора следует исходить из того, что пациент, как человек, страдающий каким-то заболеванием, расстройством или ощущающий на себе другие негативные влияния, приходит к конкретному терапевту с тем, чтобы получить от него помощь. И подготовка к групповой терапии должна предусматривать обсуждение обоими партнерами (пациентом и терапевтом) того момента, что терапевт планирует для осуществления лечения привлечение третьей стороны - группы, которая будет состоять из людей, точно так же нуждающихся в помощи. Пациента нужно подвести к осознанию того факта, что такая констелляция терапевтического поля может быть для него очень полезной и стимулировать в нем положительные изменения. Терапевту следует указать на то, что каждый человек от рождения принадлежит к какой-то группе и самый первый контакт с другим человеком, как правило с матерью, оказывает на последующую жизнь особенно большое значение; в свою очередь, мать является участником множества других групповых отношений. Ему следует также указать на то, что в любом случае, согласно учению о психоанализе, зарождение психогенно обусловленных заболеваний, расстройств, негативных воздействий происходит, как правило, в период приобретения первого опыта каких-то взаимоотношений с другими людьми и всего того, что с этим сопряжено. Жизнь *Species humana* проистекает как в среде природно-обусловленного коллектива (кровных родственников), так и в так называемых культурных коллективах (то есть опять же в группах!), что откладывает огромный отпечаток на каждом. Поэтому терапевтическая группа является важным полем переживаний, отражения конфликтов и других негативно влияющих и, возможно, патогенных факторов, вызывающих психическое напряжение.

Кроме того, необходимо, чтобы пациент понимал, как участие в процессе групповой терапии может привести к возникновению у него положительных изменений и насколько важно для этого следовать правилу свободного общения. (Речь идет о максимально возможной открытости и непринужденности в высказывании своего мнения и совершенно особом отношении к внутреннему противодействию или

защитным механизмам, которые могут возникнуть в ответ на это.) Пациент должен осознать, что возможное противодействие или

– 306 –

возникновение защитных механизмов не должны расцениваться им как нечто негативное, напротив, пациенту следует связать их с важным составляющими его личности и переработки переживаний. Важно также объяснить пациенту задачи терапевта, который тоже, так или иначе, причастен к происходящему в группе процессу интеракции и тоже внимательно отслеживает свои собственные переживания, пытаясь при этом на основе происходящего обнаружить некие взаимосвязи между фактами и способствовать возникновению понимания этих взаимосвязей у пациентов. Пациент должен чувствовать желанность своего участия в этой деятельности терапевта. Таким образом подготавливаются рабочие отношения между пациентом и терапевтом (см. Koenig, 1974).

Также детальному обсуждению подлежат определяющие группу условия, фактор времени (общая длительность курса терапии и длительность сеансов), количество сеансов в неделю, конечно же, условия оплаты. В том случае, если лечение осуществляется в рамках медицинского страхования на основе директивной психотерапии и проплаты проходят через кассы соответствующих организаций, важно обратить внимание на процедуры подачи заявления и экспертизы, чтобы избежать проблем в отношении финансовых расчетов. В этой же связи следует убедиться в соблюдении всех сроков, определенных законом на эти процедуры.

## **5.7. К вопросу о терапевтических целях**

Цель основанной на психоанализе групповой терапии заключается в том, чтобы помочь пациенту получить доступ к неосознаваемым им психическим конфликтам (к психоневротическим или симптомоневротическим феноменам или же функциональным органическим нарушениям), как они рассматриваются существующим в рамках психоанализа специальным учением о неврозах. Благодаря расширению доступа к бессознательному подобные конфликты должны становиться для пациента ощутимыми и осознаваемыми и, главным образом, более управляемыми; иначе говоря, Эго пациента должно научиться (как в качественном, так и в количественном отношении) лучше использовать собственные силы, подавлявшиеся конфликтами и связанными с ними компромиссами. Наконец, таким образом должна достигаться основная цель любой терапии - выздоровление от болезни или минимизация симптомов.

Компромиссы неосознаваемых конфликтов следует рассматривать как результат противоречия его психических сил. Это противоречие является несовместимым и непереносимым уже начиная с самых первых отношений со значимыми взрослыми, но еще больше усугубляется с возникновением образа Я. Поэтому оно оттесняется в область бессознательного и удерживается там. Силы, которые удерживаются там конфликтом, образуют один из его компонентов; речь идет о компоненте так называемой защиты, который отдаляет другие ком-

– 307 –

поненты - компоненты желаний и потребностей - от осознаваемого их переживания. Относящийся к защите процесс, рассматриваемый в качестве составляющей присущих ей изменений, обозначается на языке терапевта как вытеснение (первичное вытеснение

и вытеснение в последствии) и - в более широком смысле - как защитный процесс или защитный механизм. Силы, направленные против этого вытеснения (речь идет главным образом о заряженных энергией влечения репрезентациях влечения или репрезентациях объектов, себя или объектных отношений), пытаются «вернуть вытесненное» в область осознаваемого и контролируемого деятельностью. В ходе терапии они мобилизуют страх, с тем чтобы помешать возвращению вытесняющих сил, а также мобилизуют внутреннее сопротивление силам, способствующим вытеснению и реализации других защитных механизмов.

При применении психоаналитически-интерактивного метода, напротив, речь идет о том, чтобы постепенно сделать более ощутимой и осознаваемой для пациента интерактивную переработку характеризующегося преэдипальным отступлением отрицания эдипального конфликта, которое отчетливо проявляется в поведении. Речь идет, как правило, о согласованном с Эго поведении, правильностью и справедливостью которого пациент проникнут. Имеется в виду, что с помощью запуска таких поведенческих стереотипов «поддержки» и «смущения», становится возможным начать отступление от этих форм поведения и постепенно добиться прогресса в отношении вытеснения, запретов и постоянного принятия компромиссных решений.

### **5.8. Средства и способы групповой аналитической психотерапии**

Аналитическая терапевтическая группа функционирует в полуоткрытом пространстве. Специфика этого пространства такова, что оно открывает доступ всему частному, приватному. Полностью противоположное общественному, публичному, частное несет на себе, как правило, некоторый отпечаток регрессии. Речь идет о регрессивном содержимом переживаний, которое раскрывается благодаря психоаналитическому разъяснению. Имеется в виду, что это содержание должно проявиться в ходе группового взаимодействия, с тем чтобы наконец стать осознаваемым и понятным, а также подвластным отражающему и контролирующему Эго во всех своих смысловых взаимосвязях. Временное отступление делает возможным прогресс в направлении увеличения дифференциации, понимаемого как *Reculer pour mieux sauter*. Требуемое от участников терапии переключение на регрессию стимулируется и управляется с помощью терапевтических техник. Для психоаналитически ориентированных психотерапевтов такими техниками, как правило, являются минимальная

– 308 –

структуризация терапевтической ситуации, введение правила свободной интеракции, соблюдение сдержанности и нейтралитета, а также различные виды терапевтического вмешательства.

В ходе группотерапевтического лечения пациентов со структурными нарушениями нет надобности в подобной стимуляции регрессивных процессов, поскольку в условиях полуоткрытого пространства группы регрессивные переживания и поведение, понимаемые как примитивный перенос, возникают чрезвычайно быстро и сразу же инсценируются в ходе социальной интеракции. В дальнейшем мы каждый раз будем говорить об особенностях как аналитической, так и психоаналитически-интерактивной психотерапии.

Минимальная структуризация (Heigl-Evers und Heigl, 1972, с. 155; 1973, с. 133; Heigl-Evers und Rosin, 1984; Heigl-Evers und Streeck, 1978 с. 2681) означает, что для совместной работы в группе со стороны терапевта не вводится абсолютно никаких



норм и правил; отменяются все ставшие привычными договоренности, касающиеся длительности терапевтических сеансов. Все это временно теряет силу.

Под правилом свободной интеракции (Heigl-Evers und Heigl, 1968, 1975a, с. 239) как одного из видов метанормы (Heigl-Evers und Streeck, 1978) подразумевается адаптированное к групповой ситуации основное правило психоанализа - правило свободных ассоциаций. Оно подвигает членов терапевтической группы на столь свободное и неограниченное ничем самовыражение, сколь это возможно для них. При этом самовыражение должно сочетать в себе речевые высказывания, мимику и жесты.

Сохранение аналитиком сдержанности заключается в неудовлетворении им возникающих у него в процессе терапии инстинктивных влечений, нарциссических потребностей и инфантильных желаний, что, благодаря последующему точному описанию и оценке, может способствовать их пониманию во взаимосвязи с ситуацией, в которой они возникли (Heigl-Evers und Heigl, 1979d, с. 779). Соблюдение аналитиком нейтралитета предполагает, что он старается сохранять в ходе терапевтического процесса одинаковую дистанцию по отношению к Ид, Эго и Суперэго всех своих пациентов, то есть избегать одностороннего партнерства.

Эти техники приводят пациентов в состояние сомнения, неуверенности при ориентации в межличностных отношениях, в состояние внутреннего «чрезвычайного положения» (Heigl-Evers und Schulte-Herbrueggen, 1977). Привычный способ создания доверительных отношений с внешней реальностью имеет здесь лишь ограниченную сферу применения; ожидание пациентом от других членов группы определенного поведения часто не оправдывается, кроме того, внутри он начинает все больше чувствовать недоверие. У него возникает тревожащий вопрос: «Как же мне следует себя вести?», вследствие чего запускаются регрессивные процессы. В этой ситуации у терапевта, как, впрочем, и у других

– 309 –

членов группы, могут возникнуть ощущения и реакции, напоминающие пациенту жизненные ситуации, с которыми он сталкивался раньше. Повторное переживание ситуации контакта со значимыми ранее людьми и связанных с ними конфликтных образцов поведения, получившее в психоанализе название переноса, будет означать для такого пациента регрессионное приближение к содержанию переживаний того душевного образования, которое Фрейд назвал бессознательным.

Неосознаваемые процессы, согласно структурной психоаналитической теории, проистекают не только в Ид, но и в Эго, и в Суперэго. Речь идет об определенной психической составляющей, отдаленной от сознания в ходе вытеснения и других защитных механизмов. Стимулируемое вышеназванными техниками регрессивное переключение пациентов препятствует (или во всяком случае затрудняет) пациенту критический анализ и селекцию сообщаемой им информации, и таким образом пациент награждает группу всей полнотой своих мыслей, ассоциаций и воспоминаний, находящихся под влиянием процессов бессознательной переработки.

Регрессия стремится к уже минувшим как во временном, так и, возможно, в формальном отношении образцам переживаний и поведения. Она может затрагивать формирование влечений, нарциссических потребностей, объектных отношений, развитие Эго и Суперэго. Повторно переживается определенный опыт удовлетворения, определенный выбор объектов и форм отношений, определенные механизмы защиты Эго и определенный предшественник Суперэго, которые затем воспроизводятся в ходе терапевтического процесса. Эти воспроизведения и отражения регрессии дают терапевту информацию о привычных образцах социального взаимодействия и

коммуникации, языковых образах, мимическом и жестовом выражении аффектов, психосоциальных компромиссных образованиях, фантазиях. К вышеперечисленному могут относиться мечты, которые возникли в контексте группового процесса и являются отражением актуальной степени регрессии. Регрессионное приближение к неосознаваемой составляющей психической структуры ведет к повторному переживанию не только инфантильных желаний, но и связанных с ними опасностей. Они, в свою очередь, сопряжены со страхом и депрессивным аффектом, чувством стыда и вины, которые, как правило, срабатывают как неосознаваемые защитные сигналы и потому оттесняются и возникают вновь лишь в случае регрессивной мобилизации.

Каждый участник группового процесса должен принять решение, будет ли он при следовании правилу свободной интеракции частично отказываться от своего личного, частного «как от избирательного контроля над доступом к самому себе» (Altman, 1975, с. 18) в пользу терапевта и других пациентов, но по крайней мере, в любом случае ему придется хотя бы уменьшить этот контроль. Личное становится общественным лишь через его сообщение другим людям и

– 310 –

выигрывает за счет своей реальности (Arendt, 1978). Приспособленное к реальности выросшее Эго с присущей ему идентичностью до этого момента не давало личному стать общественным и тем самым препятствовало его выходу в реальность. Это удерживаемое от становления общественным, с одной стороны, сохраняется в воспоминаниях и поэтому может быть рассказано другим; с другой стороны, оно - посредством приложения больших усилий - является забытым, вытесненным или оберегаемым от попадания в область осознаваемых переживаний другим способом. Такое неосознаваемое содержимое личного становится достижимым и потенциально передаваемым другим людям только благодаря регрессии (Heigl-Evers und Rosin, 1984, с. 96-97).

Стимулирующие такую регрессию и управляющие ей техники терапевтического вмешательства основаны на психоаналитическом принципе «толкования». Они нацелены на то, чтобы выявить и показать скрытые смысловые взаимосвязи, чтобы, наконец, сделать доступным и осознаваемым патогенный неосознаваемый конфликт.

Здесь, как и в традиционном индивидуальном анализе, речь идет о том, чтобы благодаря применению герменевтической интерпретации скорректировать и восстановить разрушенные и разлаженные взаимосвязи, явным образом отражавшиеся в высказываниях и сообщениях пациента. Чтобы выделить скрытый смысл из того, что сообщается пациентом, необходимо рассматривать эти сообщения как результат переноса и контрпереноса.

Все вышесказанное применимо для групп, участники которых демонстрируют признаки наличия синдромов различных расстройств или психопатологий, характеризующихся высоким порядком защитных механизмов, иначе говоря, таких, при которых динамика конфликта разворачивается на внутренней сцене (в субъективной реальности).

Для пациентов, которые не способны на работу над осознанием внутренней неприемлемости таких защитных механизмов (типа вытеснения) и на формирование внутреннего конфликтного напряжения, которые, напротив, стараются развернуть это внутреннее неприятие приобщением к ситуации значимых людей из социального окружения, требуется применение других терапевтических техник и другая позиция терапевта. По этой причине в данном случае терапевт не должен стимулировать

регрессию, так как пациенты вследствие своих нарушений уже находятся на регрессивном уровне и присущее им поведение, их взаимодействие с другими уже построено так, чтобы компенсировать эту внутреннюю неприемлемость. Дальнейшая стимуляция регрессии в ходе терапии моментально привела бы к отрицательным феноменам, к формированию внутренней дезинтеграции и дезорганизации.

При терапевтической работе с такими пациентами можно придерживаться принципа минимальной структуризации; на правило свободной интеракции в данном случае будет наложено некоторое ограничение: открытость выс-

– 311 –

казываний должна исповедоваться в том объеме, в котором это возможно для самого пациента и приемлемо, с его точки зрения, для остальных участников терапевтического процесса. (То есть необходимо принимать во внимание их границы толерантности.) Основными установками, показанными в контексте такой терапии, являются установки на презентность, на уважение и на принятие. Что касается презентности, терапевту важно интенсифицировать внимание, направленное на пациентов (и одновременно на собственный внутренний мир). Кроме того, необходимо с особым уважением отнестись к личности пациента, его истории, особенно истории возникновения его нарушения и, самое главное, к формам переработки и преодоления ситуации. Еще одним условием является приложение усилий к максимально безграничному принятию другого человека таким, как он есть: установка, реализация которой часто достижима лишь в совокупности с сопереживанием пациенту и с возникающим отсюда состраданием.

Согласно принципам терапевтического вмешательства, в этой ситуации терапевту рекомендуется совершенно другой подход к патологии внутреннего конфликта. Терапевт при своей работе с интеракционным выражением пациентов должен быть готов незамедлительно давать пациентам соответствующие терапевтической ситуации «ответы».

Введение в терапию «ответов» означает столкновение пациента с чем-то неожиданным, не-вызывающим-доверия, другим. Оно означает появление третьего участника в изначально построенной по диадному или псевдодиадному принципу групповой интеракции.

## **5.9. Структура и процесс функционирования терапевтической группы**

Групповая констелляция предлагает конкретному пациенту оказаться в ситуации триангуляции, то есть, по сути, в эдипальной конфигурации. Если терапевт объясняет пациенту, что он, чтобы принести пациенту терапевтическую пользу, нуждается в посредничестве «группы», то есть третьего, и пациент соглашается на такую форму работы, то можно считать, что подготовлена почва для реинсценировки триангулярного, в данном случае эдипального конфликта. Однако группа предлагает еще некоторые возможности для формирования переноса (Koenig, 1976, 1982).

Начиная с первых мгновений, после того как группа впервые собралась вместе на терапевтический сеанс, в особенности если ее участники не знакомы. или мало знакомы друг с другом, у каждого пациента в отдельности с большей или меньшей регулярностью возникает переживание, которое кажется в значительной мере независимым по своему качеству - если еще и не по интенсивно-

– 312 –

сти - от индивидуальной личностной структуры и/или индивидуальных внутренних конфликтов. Речь идет об особой конфигурации стимулов, подверженность действию которых пациент ощущает в такой группе. Конфронтация с большинством других людей, находящихся рядом, позволяет пациенту ощутить эту множественность не только как количественное «множество», но и как нечто «большое», большое неизвестное и не-вызывающее-доверие. В противовес ему пациент может лишь держаться за то, что доверено ему его собственным Эго. Такая реакция вызывается тем, что в ходе группового процесса с рекомендуемой ему свободой высказываний необходимо принять решение, что же делать с неожиданным, непредусмотренным, с теми переживаниями, которые до этого подвергались действию защитных механизмов. Это конфронтация с большинством других людей, которое ощущается как некая прежде неизвестная величина и стимулирует - посредством ассоциаций и воспоминаний - возникновение комплексных фантазий, сообщающихся с актуализацией испытанного прежде ограничения когнитивных функций. Большинство других пациентов тяжело и сильно переживается пациентом; он чувствует себя более маленьким, слабым, а иногда даже не имеющим никакого влияния на происходящее и бессильным. Все эти качества переживания аналогичны тому, что испытывалось пациентом в раннем детстве, возможно, даже, что в таком опыте повторялся источник этих переживаний. По сути, это повторение детского ощущения себя как зависимого, маленького и слабого, возможно, даже полностью бессильного ребенка в сравнении с большими и практически всеильными объектами своего детства (Battegay, 1992; Brocher, 1967; Heigl-Evers und Streeck, 1978, Koenig und Lindner, 1991, Kutter, 1971; Lindner, 1988). Такие опыты бессилия собственной ничтожной личности при столкновении с чем-то могущественным или даже сверхмогущественным часто связаны с травмирующими переживаниями как раннего детства, так и более поздних жизненных этапов.

Травмирующая ситуация характеризуется тем, что она связана с чрезмерностью раздражителя для данного индивидуума и ослабленным, в связи с недооценками и искажениями, восприятием реальности, равно как и переживанием нахождения в чьей-либо власти, беспомощности вплоть до полного бессилия. Это не характерные для детства конstellляции, которые ведут к продолжительным фантазиям о превращении из маленького в большого, а воздействия психотравмирующего характера, которые, с нашей точки зрения, являются решающим патогенным фактором в возникновении душевного заболевания.

Так, Блон (Bion, 1961), ориентированный на концепцию Мелани Кляйн, высказал предположение, что взрослый должен воспринимать ведущий к эмоциональному переживанию контакт с группой, к которой он принадлежит, подобно младенцу у материнской груди. Сопутствующая этому психическая нагрузка и сложности позволяют найти прибежище в регрессивных состояниях,

которые соответствуют ранней форме отношений между чем-то очень маленьким и чем-то очень большим. Аналогия между переживаниями взрослого участника в отношении объекта «группы» и переживаниями младенца в отношении материнской груди сегодня должна рассматриваться иным образом, чем это было описано Блионом. Внутреннюю необходимость вступить в контакт с эмоциональной жизнью группы, вероятно, можно обосновать, если обратиться к современным исследованиям союзов и защитных, оборонительных реакций в группе. Эти защитные реакции могут быть также рассмотрены в их взаимосвязи с животнo-архаическими прообразами обращения со

страхом, с реакциями контрнаступления (fight), бегства (flight), «умирания» (под которым понимается пассивно-выжидающая зависимость (dependency) и направленного на мессианскую надежду сопоставления, которые могут быть взаимосвязаны со стремлением - посредством избегания опасности - выжить и тем самым обезопасить свой вид (неодарвинизм) (см. также Kretzschmer, 1958, 1971). Переживание «группы», как больших и сильных-всесильных других, вместо восприятия собрания многих взаимно несвязанных индивидов, согласно этой позиции, есть не что иное, как фантазия, возникшая из этого регрессивного состояния и положения. Качества, которые фантазия пациента приписывает состоящей из отдельных личностей «группе», имеют соответствующую природу. Пациент переживает в таких регрессивных состояниях потерю индивидуальной тождественности, сравнимую с преходящей деперсонализацией, которая препятствует восприятию индивидуальной тождественности других присутствующих, и ведет к тому, чтобы множество конкретных индивидов познавалось в переживании каждого пациента как глобального объекта, «группы» (см. также Battegay, 1992; Heigl-Evers, 1978, с. 37).

Чем более чужими и не заслуживающими доверия кажутся пациенту другие присутствующие, чем меньше возможность пациента разрушить свои фантазии и иллюзии глобального единства, несмотря на приходящее каждый раз в процессе конкретного социального взаимодействия понимание того, кто же есть этот конкретный другой, тем скорее это множество будет переживаться таким образом, как если бы речь шла о группе, как она существует в фантазиях пациента, то есть как о едином объекте, обладающем примитивно архаичными характеристиками, объекте, который либо потенциально обещает всеобъемлющие блага и защищенность, идеальном и совершенном, либо как об объекте деструктивно-преследующем, осуждающем и снижающем самооценку и потому опасном. С этими фантазиями взаимосвязаны и примитивные диспозиции аффекта, такие как эйфоризирующая надежда быть полностью удовлетворенным благодаря «хорошему» объекту, с одной стороны, и страх, паника, ужас как ответ угрожающему обесцениванию и уничтожению связанных с сильной, переживаемой как право на самозащиту яростью по отношению к угрожающему «злому» объекту, с другой.

– 314 –

Клинический опыт показывает, что описанные регрессивные состояния и фазы групповой психотерапии часто определяются переработкой психотравмирующего опыта, как он может присутствовать на каждой стадии человеческого развития и человеческой жизни (главным образом, разумеется, в детстве и в пубертатный период) и в результате посттравматических состояний. Эти переработки настолько регрессионны, как если бы они вновь возвращали нас к ситуации травмы. Пережитая травма, допущенное извне злоупотребление сексуального или агрессивного (агрессивно-деструктивного) характера, всегда говорит о бесцеремонном обращении с этим человеком, пренебрежении его границами, главным образом, телесными, кроме того, это является проявлением тотального неуважения к пациенту и, как результат, влечет за собой потерю пациентом чувства собственной значимости.

В том случае если в процессе социального взаимодействия в группе происходит ретравматизация пациента, ретравматизирующая инсценировка, то пациентом ощущается, как правило, чувство собственной бесполезности и ненужности и относящееся к нему чувство стыда, при некоторых обстоятельствах доходящее до непереносимой степени. («Тут можно только сгореть от стыда», - высказался об этом испытывавший это пациент.) Самой большой опасностью, которая могла бы угрожать

пациенту в ходе группового процесса, является ощущение этого чувства собственной бесполезности и ненужности, которое в первую очередь относится к психотравмирующим переживаниям. В этой связи возникает вопрос о том, не должны ли мы предполагать, как изначально это описывалось и постулировалось Фрейдом, универсальность травматического опыта в предопределении душевных заболеваний; все-таки следует заметить, что полностью от этой гипотезы никогда не отказывались и сейчас она активно обсуждается клиницистами (см. Heigl-Evers und Ott, 1996; Hirsch, 1996; Krutzenbichler, 1996).

Преобладает ли в переживаниях и поведении пациента в группе нахождение в крайности примитивных фантазий или же существование в другой крайности - крайности успешного их преодоления, не в последнюю очередь зависит от индивидуальной экономии психической энергии отдельными участниками терапевтического процесса. Пока пациент находится в группе под влиянием диффузных инфантильных фантазий, не имея возможности саморефлексирующе обратиться к этим фантазиям, пока необходимые для расщепления Эго предпосылки не попадут в распоряжение психических структур, способность адаптироваться к условиям группы не проявится должным образом. Его старание приспособиться должно регрессировать, то есть оставаться на определенном уровне благодаря потребности в социальной субординации. Предпосылкой для перехода к этой ступени служит успешный анализ ранних фаз индивидуализации и сепарации; пациенту должно стать доступным отделение Я-идеального от Я-реального, что должно помочь ему выработать

– 315 –

рациональную и соответствующую реальности самооценку, приобрести - благодаря поднятию ранних расщеплений объектов на «очень хорошие» и «очень плохие» составляющие - в качестве базиса для самоутверждения достаточную степень автономии и тем самым также способность к относительно не связанной со страхами зависимости от других и от отношений с ними. Пациенту должно стать доступным формирование механизмов защиты от силы влечений на высоком структурном уровне и, наконец, чтобы относительно без потерь преодолеть эдипальную ситуацию, вновь пережить фазы предэдипального развития влечений; чтобы нейтрализовать и интегрировать оральную, анальную и фаллическую энергию влечения, связанную с либидо и агрессией, с тем чтобы можно было актуализировать их, руководствуясь интересами Эго. Если патогенез связан не с травмирующим опытом, а с напряжением неизвестного конфликта, играющего существенную роль в возникновении невротических нарушений, которые указывают на структуру более высокого порядка, наблюдению становятся доступны следующие феномены.

При преобладании эдипальной проблематики конфликта, в группе пациент воплощает свои эдипальные конфликты в трехсторонних отношениях, в которых так или иначе могут участвовать терапевт и другие участники группы. Часто эдипальный треугольник образуется между терапевтом и оставшейся частью группы; терапевт и группа переживаются в этом случае как два объекта и наделяются качествами эдипальных фигур - одна фигура большая, сильная, желанная и соблазнительная, а вторая - могущественная, угрожающая, наказующая и потенциально осуществляющая отмщение.

Если переживания и поведение пациента определяются в первую очередь фаллической проблематикой, групповые взаимоотношения будут развиваться под влиянием его желания блестяще показать себя перед другими членами группы или, что

тоже возможно, под влиянием опасения, что не удастся показать фаллический блеск во всей красе, и страха остаться без внимания как невзрачная (не обладающая пенисом) фигура. Терапевт и общность (или ее часть) других пациентов являются при этом вызывающими восхищение или зависть носителями сверкающей фаллической потенции; либо же они видятся потерпевшими поражение соперниками или не обладающими фаллосом и невзрачными адресатами равнодушия и легкого презрения.

Для пациентов, у которых на переднем плане стоит анальная проблематика, группа - это прежде всего автономия, взаимопроникновение, зависимость или порабощение. Терапевт или большинство других членов группы переживаются как могущественные объекты, которые должны быть подчинены, борьба с которыми не имеет шансов на успех, или которых в их взаимной связи и братстве в качестве протеста пытаются лишить власти. Другие члены группы часто переживаются как конкуренты, которых следует лишить власти или которые потихоньку покоряются.

– 316 –

Если доминирует оральная проблематика, то могущественные объекты - а здесь это также терапевт или общность членов группы - переживаются как положительные, заботливые, питающие и защищающие фигуры, с одной стороны, и как угрожающе-поглощающие, равнодушные и не заботливые, с другой. Участники терапевтического процесса могут объединяться влекущим требованием орального вождения или же различные пациенты переживаются с деструктивной оральной завистью как потенциальная угроза жизненным потребностям пациента.

### **5.10. Работа группы и герменевтическая интерпретация терапевта**

В обрисованных выше условиях мобилизованные конфликты приводят к переработкам компромиссов, которые организуются как работа группы (Heigl-Evers und Heigl, 1979a, 1983c).

Групповая терапия — это процесс множественного взаимодействия. Это означает, что терапевт, если он хочет понимать и, основываясь на поставленных перед ним задачах, стимулировать этот процесс, должен ориентироваться в диагностике и терапии на интеракционные процессы и феномены. Содержание, присущее процессу интеракции, формируется из индивидуальной области переживаний конфликтного напряжения и/или напряжения, вызванного выделением внутренней негармоничности, неприятия. В ходе группового взаимодействия оно как бы приводится к общему, приемлемому для всех знаменателю (происходит редукция непереносимых страхов, чувства стыда и вины, импульсов влечений). Соответствующее поведение, отмечаемое у участников группового процесса, может быть рассмотрено в трех различных аспектах интерактивного взаимодействия; для этого терапевтом применяется герменевтическая интерпретация психоаналитического значения происходящего.

При направленности терапевтического внимания на непосредственно наблюдаемое поведение терапевтом, как правило, отмечаются некоторые объединения членов группы, благодаря чему - чаще достаточно смутно, чем определено, - выясняется, какое поведение в этой группе, на этом сеансе является желаемым, а какое нет. Речь идет о нормах и табу группового поведения как о первом из названных аспектов (*нормативная регуляция*). Для организации такой регуляции используется распределение ролей между членами группы, которое допускает компромисс между наступающими, неосознаваемыми составляющими переживаний и защитой от них, возможный лишь при взаимодействии участников терапии друг на друга. Так

появляются *психосоциальные компромиссы*. Это второй аспект в понимании группового поведе-

– 317 –

ния, аспект психосоциальных компромиссных образований. Если внимание терапевта направлено на него, эти компромиссные образования становятся герменевтически доступными, то есть могут быть проинтерпретированы терапевтом.

В третьем аспекте поведения можно указать на *неосознаваемое пациентами содержание их фантазий*, которые появляются в ходе интеракционной, в значительной мере неосознаваемой коммуникации, совместных «снов наяву». Такая совместная, модифицированная Эго пациентов неосознаваемая фантазия может представляться, например, следующим образом. Члены группы наполнены представлениями и чувствами, согласно которым терапевт является всемогущей, жертвующей всем и всесильной богоматерью, которая будет заботиться о том, чтобы у всех людей, принадлежащих этой группе, все было хорошо. Одной из таких совместных фантазий, согласно которой терапевт обеспечивает пациентов орально-эмоциональными пособиями и обслуживанием, может соответствовать поведение, согласно которому каждый член группы старается посредством дружелюбия, уступчивости, понимания, скромности, ненавязчивости представить себя другим в качестве симпатичного и готового помочь существа. Может случиться и так, что какой-то конкретный пациент будет идентифицировать себя с всепомагающим существом и, в соответствии с этим образом, заботиться обо всем и вся. Затем в аспекте осознаваемого, названного нами нормативной регуляцией, образцы поведения позитивно оцениваются и определяются в соответствии с их сдержанностью, скромностью, с направленными на них полными надежд ожиданиями, пониманием и готовностью помочь и тому подобными установками. Противоречащим этому образцам поведения выказывается неприятие.

Концепция различных плоскостей и уровней группового поведения, кратко обрисованная нами выше, предоставляет возможность концептуализировать как вербальные, так и мимико-жестовые реакции, характерные для группы в целом, создать некий план, структуру, с тем чтобы групповой процесс выполнял как терапевтическую, так и диагностическую функцию. Осуществляется попытка связать воедино уже описанную и названную нами синхронность возникновения элементов переживаний и поведения, рассматриваемую в аспекте психоаналитического учения о болезни. При этом речь идет об вызывающем оборонительные реакции, о пугающем и угрожающем, о том, что должно удерживаться от проникновения в мир осознаваемых переживаний. В вербальном выражении в аспекте введенной психоаналитиками герменевтической техники объяснения (сводящейся к интерпретации) отслеживаются проявления обороны и того, что вызывает эти оборонительные реакции. При этом диагност ориентируется на специфические для группы формы переработки нормообразования, психосоциаль-

– 318 –

ные компромиссные образования и совместные для членов группы «сны наяву». При такой концептуализации исходят из того, что каждое действие пациента, подвергнутое вербализации, содержит все компоненты его переживаний этого пациента; по словам Фрейда и по поэтическому высказыванию Томаса Манна, высокодифференцированное и затхло-архаичное всегда находятся друг рядом с другом. Применяемые здесь герменевтические приемы должны избирательно воспринимать эти компоненты и



концептуализировать полученную информацию (см. Boothe, 1989; Heigl-Evers und Heigl, 1973).

### **5.11. Отношения переноса, рабочие отношения, техники вмешательства**

В ходе работы терапевтической группы между ее членами развиваются различные виды социального взаимодействия, которые могут пониматься как результат переноса; пониманию терапевтом этого взаимодействия в значительной мере способствует контрперенос. При этом - аналогично тому, как это происходит в рамках индивидуальной терапии, - в отношениях между членами группы и в отношениях конкретных пациентов с терапевтом или с остальной частью группы инсценируются интеракционные процессы, которые не осознаются пациентами на вербальном уровне (см. Argelander, 1963/64; Heigl-Evers und Heigl, 1979b; Lorenzer, 1970). Этот конкретный, лежащий на поверхности, сформировавшийся на протяжении жизни пациента опыт отношений и обеспечивает в условиях малой группы успешную групповую работу (см. также: Heigl-Evers und Streeck, 1978, с. 2683-2688).

В аналитической и ориентированной на анализ групповой терапии тех пациентов, которые страдают преимущественно обусловленными конфликтом психопатологиями, нет оборонительных реакций и того, против чего они могли бы направляться; это характерно как для выработанных группой норм поведения (очевидные действия), так и относящихся к ним ролевым образцам с их интеракционными образованиями (скрытые действия), так и для подобных сну наяву модификаций неосознаваемых фантазий.

В проделанной группой работе важную роль играет противодействие, которое может оказываться пациентами, например, проникновению в сформировавшиеся в группе стереотипы социального взаимодействия и изменению этих стереотипов, под которыми следует понимать свидетельства переноса, или объяснениям сформировавшихся в группе норм, или же расширению сферы осознаваемых переживаний за счет следования правилу свободной интеракции как попытки создать предпосылки для нового восприятия собственной личности как кого-то другого.

– 319 –

С помощью интерпретации и предшествующих ей форм (столкновений, объяснений) в процессе воздействия терапевтических вмешательств каждый член группы начинает обращать внимание на раньше неизвестное и чужеродное содержание собственных переживаний и ощущать потребность в вербализации своего чувственного опыта (см. Foulkers und Antony, 1965; Heigl-Evers, 1967b; Heigl-Evers und Heigl, 1979b; Koenig und Lindner, 1991).

Пациенты идентифицируют себя, как правило, так или иначе во взаимосвязи со стилем поведения терапевта в группе и поэтому могут понимать себя согласно его концепциям и процессам, происходящим в группе; таким образом, их Эго в своих когнитивных функциях связывается с анализирующим Эго терапевта и возникают так называемые рабочие отношения (см. Heigl-Evers und Henneberg-Moench, 1990b; Koenig, 1974; Koenig und Lindner, 1991). В рамках рабочих отношений воспринимающие и оценочные функции членов группы служат аналитическому объяснению происходящего.

В отношениях переноса, стимулирующихся следованием правилу свободной интеракции, эти функции отступают на задний план; возникают терапевтически важные, обусловленные переносом искажения и недооценки реального другого. В ходе

группового процесса, даже в течение единственного сеанса, на первый план поочередно могут выходить то рабочие отношения, то отношения переноса. Реальными отношениями называют при этом такие образцы поведения одних членов группы по отношению к другим или к терапевту, которые характеризуются реалистичными ожиданиями и реалистичными оценками. Рабочие отношения являются составной частью реальных отношений.

Пациенты, которым показан психоаналитически-интерактивный метод лечения или тот, который основан на принципе ответа, как правило, не способны на начальных этапах лечения сформировать рабочие отношения. Иначе говоря, они не способны к тому, что было описано Штерба как терапевтическое расщепление Эго. Они полностью идентифицируются со своими поведенческими стереотипами, рассматривающимися в клиническом аспекте как психопатологии, считают их реалистичными и изначально просто не в состоянии увидеть и признать патологичность их характера. По этой причине у них нет ни способности, ни желания отказаться от таких стереотипов и вступить в рабочий союз с аналитиком для их анализа и изменения для этих пациентов на данном этапе невозможно. Предпосылки для возникновения рабочих отношений должны быть созданы в процессе терапии; терапевт посредством отвечающего воздействия, принятия функций дублера и работы с аффектами сталкивает пациентов с обезличенными объектными отношениями и присущим им дефицитом компенсаторных попыток. Отношения переноса не должны, как при работе с пациентами невротического круга, формироваться посредством стимуляции регрессивных процессов; перенос проявляется в примитивной форме очень быстро и напрямую; затем доминирующие стереотипы объектных отношений

– 320 –

(оцениваемые как психопатологичные) находят свое отражение в стереотипах социального взаимодействия, так что отказ от этих стереотипов с целью поддержания биопсихологического постоянства и уверенности в завтрашнем дне для таких пациентов оказывается невозможным. На эти стереотипы социального взаимодействия и содержащиеся в них примитивные переносы (замещающие образования) и направлено воздействие терапевта. Отраженные в них ожидания определенного поведения от окружающих и в известной мере направленные на терапевта или изначально оправдываются терапевтом, который начинает выполнять функцию дублера, или же не оправдываются, так как поведение терапевта не соответствует ожидаемому и тем самым он начинает представляться пациенту как другой, отличающийся от того, который сам собой подразумевался; кроме того, терапевт старается идентифицировать встречающиеся в этой связи аффекты и объяснить, что привело к их возникновению.

После этого общего вступления нам бы хотелось описать три групповых метода в рамках геттингенской модели и попытаться на примерах объяснить относящиеся к ним специфические методы работы.

## **6. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

### **6.1. Введение**

Аналитическая групповая терапия определена в учебных программах по психотерапии следующим образом.

«В аналитической групповой психотерапии на первом плане стоят глубинные регрессивные процессы с соответствующим переносом на терапевта и глобальный объект «группу». На основании этого становится возможной работа над дериватами бессознательного (например, бессознательные фантазии), определенными первичным процессом» (Faber und Haarstrick, 1989, с. 43).

Соответственно она используется врачами больничных касс как метод сопровождения для пациентов с тяжелыми невротами конфликта, для которых желательнее более основательное восстановление при включении генетического аспекта и в связи с этим более длительное лечение. Тем самым показания к этому групповому методу отличаются от подходов, основанных на глубинной психологии, которые требуют фокусировки на действующем в настоящий момент и относительно легко доступном в смысле пусковой ситуации конфликте и в целом меньших временных затрат на лечение. Ее также следует отделять от варианта нарушений, который играет все возрастающую роль в сегодняшней

– 321 –

аналитической психотерапии наряду с невротами конфликтов, от преэдиповых или структурных нарушений, или базальных, или диадических нарушений отношений.

Этот метод следует применять для тех пациентов, для которых естественно лечение в условиях множественности с его описанными Арендт (Arendt, 1978) признаками. Другими словами, следует проверить, насколько пациент нуждается в терапии, которая сделает для него возможным переживание того, что он находится среди многих, среди других, что он член множества, что его понимают как единственного в своем роде, что он увидит ограниченность своего суверенитета, что можно столкнуться с относительной непредсказуемостью последствий собственных действий.

Впрочем, следует подумать о том, что терапевтическая группа предназначена в силу своей треугольной констелляции именно для лечения трехсторонних, в особенности эдиповых невротозов конфликта.

Этот метод должен сделать возможным проследивание патогенных внутренних конфликтов пациента, в соответствии с метафорой точки пересечения возникновения невротозов, как в горизонтальном направлении, вплоть до их нынешнего межличностного выражения и вариаций, так и вертикальное направление, вплоть до генетического начала. Для этого необходим, как известно из практики, продолжительный процесс.

Терапевту этот метод в его варианте, соответствующим геттингенской модели, позволяет проследить поведение пациента внутри группы на различных уровнях организации и функционирования группы и оказать на него влияние, как на уровне *демонстрируемого поведения*, характеризуемом выработкой групповых норм и поиском определений ситуаций, так и на уровне структурно детерминированной разработки психосоциальных компромиссов, которые как *латентное действие* как бы лежат в основе названного ранее; наконец, на уровне *бессознательных фантазий, модифицированных в Эго*, или, другими словами, совместных снов наяву или фантазирования участников группы. Терапевту предоставляется возможность выжидать и допускать регрессивное развитие на эти три уровня, пока он не заметит конфигурацию, которая, по его мнению, подходит для терапевтической переработки. Однако он также может способствовать регрессивному развитию за счет того, что он совершает попытку нормативной регуляции поведения в рамках группы в связи с аспектом сопротивления, чтобы таким образом сделать возможным следующий

регрессивный шаг. Этот метод не следует понимать таким образом, что уровень совместного фантазирования представляет собой, так сказать, окончательное поле терапевтического прояснения. От специфики работы терапевта зависит, будет ли его особенный интерес к фантазиям своих пациентов и к их снам способствовать тому, что участники группы будут настраиваться преимущественно на этот уровень и его предметы.

– 322 –

## 6.2. Установки восприятия терапевта

Процессы взаимодействия, которые осуществляются в группе между отдельным ее членом, терапевтом и другими, сравнительно больше похожи по форме и содержанию на привычные социальные взаимодействия, чем диадный психоанализ похож на обычный разговор двух людей; они открывают свой определенный бессознательный смысл не так легко, как это происходит в ассоциативных сообщениях пациента в индивидуальной терапии. Понимание бессознательного смысла процессов взаимодействия в группах предполагает наличие у терапевта способности «...находить бессознательные структуры в отношениях, которые внешне не обнаруживают ничего общего с бессознательным в плане своего происхождения» (Argelander, 1974 с. 311; Heigl-Evers und Streeck 1978, с. 2682).

Чтобы терапевт мог соотнести регрессивные процессы с терапевтическими целями, он должен сначала адекватно диагностировать их. Такое понимание предполагает наличие у терапевта регрессивного душевного состояния, когда, по словам Фрейда, понимание бессознательного происходит за счет бессознательного, то есть терапевт должен улавливать бессознательное пациента своим бессознательным (ПСС XIII, 1923, с. 215). Чтобы терапевт смог при помощи сегментированной регрессии Эго для пользы терапии приблизиться к собственному бессознательному и тем самым воспринимать бессознательное пациента, он должен постараться, так говорит Фрейд, установить *разнонаправленное внимание*.

Эта попытка соответствует - со стороны пациента - соблюдению правила *свободного взаимодействия* в аналитической группе. Пациент должен высказываться как можно более прямо и откровенно о том, что ему приходит в голову в ходе терапии; терапевт, в свою очередь, должен по возможности более полно воспринимать то, что сообщил пациент. Некоторые терапевты при реализации свободно плавающего внимания могут так углубить сегментированную регрессию Эго, что границы между Я и Ты, между самостью и объектом становятся во много раз более проницаемыми. Тогда терапевт может воспринимать чувства и образы, которые движут пациентом, так, как если бы они были его собственными. Терапевты, которые в силу того, что их внутренние структуры устроены иначе, не способны к столь глубокой регрессии, будут строить структуры представлений главным образом при помощи своего контрпереноса в ответ на перенос пациента (Heigl-Evers und Streeck, 1978, с. 2688), своего рода рабочую модель переживаний пациента, в которую они себя подставляют, чтобы понять ее изнутри (см. Fliess, 1942).

Терапевт не должен оставаться продолжительное время в этом регрессивном состоянии, он должен снова и снова возвращаться в состояние когнитивной оценки, то есть быть готовым с помощью формирования заключений привести к общему знаменателю полученное в результате внутреннего и внешнего восприятия.

– 323 –

### 6.3. Бессознательные фантазии в групповой терапии

Фрейд различал две группы бессознательных фантазий: фантазии, которые имеют качество бессознательных, и такие, которые характеризуются качеством предсознательного. В обоих случаях речь идет о бессознательных фантазиях в описательном смысле, то есть они в недостаточной мере находятся в сфере внимания, чтобы достичь сознания. Сандлер и Нагера (Sandler and Nagera, 1966) предложили называть бессознательными фантазиями только первую группу. В данном случае мы считаем целесообразным присоединиться к этому мнению.

Бессознательные фантазии следует также отделить от сознательных снов наяву, с одной стороны, и от галлюцинаторного исполнения желаний, с другой. Говоря о снах наяву, имеют в виду фантазируемое исполнение желаний, о которых пациент знает, что они не носят реальный характер; бессознательные фантазии являются нереализованными желаниями, связанными с острой потребностью их исполнения. При этом такой вымышленной ситуации придается характер психической реальности, она воспринимается носителем как реально возможная. При галлюцинаторном исполнении желаний речь идет об удовлетворении фрустрированных в реальности инстинктивных потребностей посредством галлюцинаторного переживания, воспоминания об однажды пережитом удовлетворении потребности такого рода. Такому галлюцинаторному удовлетворению инстинктов по определению одновременно соответствует психическая реальность; предпосылка для такого переживания психической реальности состоит в том, что Эго пациента не располагает функцией восприятия, результатом которой является различение между внутренним и внешним миром эта функция восприятия отсутствует в силу объективных условий у младенцев, а у взрослого отсутствует тогда, когда он находится в психотическом состоянии или когда он фантазирует во сне.

Бессознательные фантазии в динамическом смысле возникают в основном из вытесненных, сознательных или предсознательных снов наяву; они становятся бессознательными через вытеснение и подчиняются законам первичного процесса. На основании теории Фрейда Сандлер и Нагера называют следующие источники бессознательных фантазий.

1. Вытесненные воспоминания и сны наяву;
2. Фантазии, которые в системе бессознательного (в соответствии с топической моделью психоанализа) подчинены переработке по законам первичных процессов;
3. Дериваты бессознательных фантазий, проявляющиеся в снах наяву, которые в новом образе дошли до сознания, но потом снова были вытеснены;
4. Дериваты бессознательных фантазий, которые были переработаны в системе предсознательного, но прежде чем достигнуть сознания, были вытеснены в бессознательное;

– 324 –

5. Так называемые «первичные фантазии» (этот источник был введен авторами).

Бессознательные фантазии вызываются инстинктивными желаниями, за счет этого они приобретают либидозное содержание и становятся репрезентациями инстинктов. Репрезентации инстинктов, как содержания представлений, могут иметь различное происхождение; они могут восходить к ранним, еще не организованным ощущениям, к организованной мыслительной деятельности, к восприятиям, образам памяти, фантазиям (Sandler und Nagera, 1966, с. 217).

Бессознательные фантазии, как считают Сандлер и Нагера, являются результатом процесса фантазирования, причем этот процесс понимается ими как функция Эго, ведущая к организованному, исполняющему желание образному содержанию, которое может осознаваться, а может оставаться бессознательным. Функция воображения определяет область экспериментального восприятия и пробных действий, продукт которых способствует реализации желаний. Только при упоминании таких продуктов можно говорить о фантазировании, в то время как переработка содержаний представлений, в соответствии с первичным процессом, в содержания инстинктивных желаний не представляет собой воображения в смысле описанной функции Эго. Фантазия как продукт функции Эго-воображения может «быть дериватом, компромиссом, который Эго заключает между желанием и требованиями Суперэго. Получение знаний о реальности может быть частично или полностью приостановлено (оно может быть отвергнуто), или оно может использоваться для фантазии и в большой степени влиять на нее. Содержание фантазии может быть сразу после ее возникновения вытеснено или подвергнуто обработке каким-либо другим защитным процессом» (Sandler und Nagera, 1966, с. 217-218).

Сандлер и Нагера хотели отделить относящееся к Ид и вытесненное содержание бессознательных фантазий от их модифицированных в Эго дериватов. Содержание, относящееся к Ид, подчинено только первичному процессу, который образует содержание инстинктивных желаний; это содержание состоит, по мнению авторов, «из образов, которые восходят к следам памяти, когда эти следы, снова оживляются при помощи инстинктов, с которыми они изначально связаны».

Эти содержания обладают только психической реальностью, «так как речь идет о замещении чистой инстинктивной энергией, при этом не задействована Эго-функция оценки, независимо от того, говорим мы о реальном или воображаемом содержании» (Sandler und Nagera, 1966, с. 219).

Сандлер и Нагера далее указывают, что вытесненные содержания, прямая разрядка которых невозможна, могут достигнуть ее только посредством образования дериватов. Они допускают, что, чтобы обойти цензуру, относящееся к Ид содержание в определенной мере должно быть модифицировано и/или орга-

– 325 –

низовано так, чтобы могло произойти удовлетворение инстинктов. Наоборот содержания, относящиеся к Ид, то есть содержания желаний, могут развиваться как содержания фантазий, которые оформляются Эго и затем полностью или частично сохраняют полученные таким образом особенности организации также и после вытеснения. Прежде осознанные исполняющие желания и представления снов наяву через вытеснение в систему бессознательного могут стать бессознательными фантазиями; из-за этого они теряют свою функцию исполнения желаний и существуют далее как нереализованные желания, которые обязаны своей особой формой ранее осознанным снам наяву.

«Представление сна наяву, направленное на исполнение желания, в случае вытеснения превращается в тоску по воображаемой ситуации, тоску, усиливающуюся пропорционально инстинктивному напряжению, с которым она связана. Бессознательная фантазия по своей сути – это переработанное **неудовлетворенное** бессознательное желание» (Sandler und Nagera, 1966, с. 204).

Ниже мы хотим обсудить, как бессознательные фантазии мобилизуются в процессе работы терапевтической группы, в каком варианте они проявляются и какие функции они выполняют (см. Heigl-Evers und Heigl, 1976).

Пациенты, которые принимают участие в групповой терапии, воспринимают терапевта как помощника и в большинстве своем направляют на него свои ожидания помощи, чувствуя себя неуверенно, подавлено и беспомощно. Они сильно заинтересованы в том, чтобы видеть инструмент терапевтической помощи, а именно группу, защищенным от разрушения и распада. Это переживание участников группы разворачивается как рационально на уровне рабочих отношений, так и в иррациональной форме на уровне переноса и сопротивления. Рациональному желанию сохранить как терапевта в качестве помощника, так и группу, то есть совместную работу с другими для посредничества в помощи, соответствует нарциссически окрашенная, детская иррациональная потребность, которая изначально имела своим содержанием сохранить брак родителей и семью как можно более целой и невредимой. В основе иррационально-рациональных ожиданий помощи от терапевта лежат иррациональные потребности инстинктивного удовлетворения, которые первоначально были направлены на эдиповы и преэдиповы (оральные, анальные, фаллические) объекты, или желания удовлетворения нарциссических потребностей, или неудовлетворенные желания большей автономии или большей зависимости и привязанности.

Как мы уже показали, в терапевтических группах, вне зависимости от содержания группового процесса, у каждого отдельного члена группы всегда одновременно присутствуют тенденции к разрушению и к сохранению группы. Эти тенденции - результат того, что другие, с одной стороны, являются соперниками на пути полного обладания терапевтом, а с другой стороны, совместно с терапевтом, представляют собой всемогущие образы родителей, из-за чего

– 326 –

сохраняется болезненная конфронтация с собственной беспомощностью и слабостью. Так возникает характерное для терапевтической группы конфликтное базовое напряжение (Heigl-Evers und Heigl, 1976; Heigl-Evers und Streeck, 1978, с. 2686).

Этот конфликт оформляется особым образом. Его оформление характеризуется мобилизацией инстинктивных желаний и связанного с ними деструктивного соперничества, за счет этого создается угроза (нарциссически окрашенной) завершенности констелляции терапевт - группа.

При существовании такой угрозы участники стараются, в первую очередь на уровне демонстрируемого поведения при помощи нормативного регулирования, совладать с активными инстинктивными силами и в дальнейшем, на уровне образования психосоциальных компромиссов, усилить защиту при помощи предназначенного для этого распределения ролей и функций между членами группы. Это должно способствовать тому, чтобы при одновременном скрытом удовлетворении инстинктов терапевт и группа оставались невредимыми. Если защитного эффекта такого образования компромиссов оказывается недостаточно, то участники направляют свои ожидания во все большей степени на руководителя и среду группы. Ведущий, за счет того, что он обещает выздоровление, вместе со средой группы может восприниматься как носитель обещаний, как кто-то, кто в состоянии способствовать разрядке сильных неудовлетворенных инстинктивных желаний, а также заменить нарциссическую угрозу «чувством благополучия, бесконечной гармонии» (Argelander, 1972b, с. 23; Finger-Trescher, 1985).

В отношении этого ожидания у отдельных членов группы усиленно замещаются бессознательные фантазии, которые заготовлены как воспоминания о ранее произошедшем реальном удовлетворении или как вытесненные, ранее сознательные или предсознательные сны наяву. Под влиянием усиленного вложения энергии развиваются дериваты этих фантазий, модифицированные в Эго отдельных участников, а на уровне группы проявляются в форме *совместной работы фантазии* в виде общего сна наяву. Это фантазирование на уровне группы в смысле совместного сна наяву представляет собой групповой результат, который следует отличать от нормативного регулирования поведения и образования психосоциальных компромиссов.

Для принимающего участие наблюдателя совместное фантазирование или сны наяву представляются процессом, в котором переживание участников кажется однородным; представления и чувства, направленные на терапевта и среду группы, кажутся в такой фантазии слитыми воедино. Это объединение осуществляется за счет того, что пугающее соперничество и дисгармония, ведущая к дисфории, отвергаются; этому отвержению соответствует, с точки зрения удовлетворения Ид, развиваемый всеми участниками перенос на терапевта группы и на терапевтическую среду.

– 327 –

Функция (проявляющихся на уровне группы) снов наяву- дать участникам группы страстно желаемое удовлетворение, а также сделать для них возможным единение с глобальным объектом терапевт/группа и за счет этого позволить объединиться при помощи регрессии либидозным и первичным нарциссическим отношениям к объектам (см.: Argelander, 1972b, с. 19; Heigl-Evers und Heigl, 1976; Joffe und Sandler, 1967a).

#### **6.4. Структура и процесс в аналитической группе**

Лабелизация переживаний участников, которой способствует правило свободного взаимодействия и минимальной структурированности группы, сопровождаемая страхом, проявляется в аналитических группах, как правило, на момент начала групповой сессии в сменах стиля взаимодействия между членами группы; стиль взаимодействия на групповой сессии отчетливо отличается от того, который был между теми же членами группы незадолго до этого, пока они находились в комнате ожидания (Heigl-Evers und Rosin, 1984; Heigl-Evers und Streeck, 1978, с. 2682).

За счет того, что социально признанные, определенные ожидания поведения ставятся под сомнение, отдельный участник группы теряет приобретенную им относительную защищенность, которая основывается на том, что стабилизирующие механизмы его адаптации, действующие в повседневных социальных ситуациях, а также содержащие компромисс для его симптоматики, продолжают функционировать и в «открытых» условиях группы. В терапевтической группе защита может стать хрупкой, отвергнутые дериваты бессознательного пробиваются в переживаниях и поведении; обычное психодинамическое равновесие участников группы нарушается, и привычные, подкрепленные нормами стили взаимодействия становятся сомнительными.

Если, с одной стороны, под влиянием изменившихся условий функционирования группы повышается проницаемость для бессознательных содержаний, то, с другой стороны, за счет этого мобилизуется страх и усиливается защита; в этом поле напряжений противодействующих друг другу сил формируются уже упоминавшиеся ранее специфические для групп структуры. Они являются результатом работы группы, то есть совместной работы Эго участников группы, которые по-разному оформляются



на уровне поведения в зависимости от глубины регрессии (см. Heigl-Evers und Heigl, 1979d, с. 782). На уровне сознательного, хотя и недостаточно или вовсе не отрефлексированного, поведения членами группы вводятся правила, они защищаются санкциями, которые используются как групповые нормы, в соответствии с уровнем страха с целью увеличения или уменьшения проницаемости психических структур для бессознательных составляющих - эффект, который, как правило, сознательно не отмечается участниками. Клинический опыт показыва-

– 328 –

ет, что такие групповые нормы содержательно часто ориентированы на ожидания определенного поведения терапевта, насколько они отражены в представлениях участников группы, то есть в совместном переносе Суперэго или идеального Эго (Heigl-Evers und Heigl, 1973).

Если терапевт рассматривает нормативное регулирование поведения как феномен сопротивления, то в результате могут осуществляться дальнейшие защитные усилия в виде образования психосоциальных компромиссов; достигнутое за счет этого структурирование группы<sup>1</sup> следует понимать как результат процессов обмена между соответствующими индивидуальными конфликтами и полем взаимодействия «группа», которое оказывает на них мобилизующее или стабилизирующее влияние, с его соответствующими механизмами запуска сопротивления. Происходит изменение, которое вписывается в новую структуру (Heigl-Evers und Heigl, 1979d, с. 782).

Когда образование психосоциальных компромиссов и защиты ставится под сомнение, деструктивного эдипова соперничества становится недостаточно, тем самым актуализируется базовый конфликт группы. Тогда начинаются изменения; повышается проницаемость для бессознательного и одновременно качественно изменяется защита (в направлении примитивных форм); групповой результат характеризуется тем, что регрессивные фантазии участников ведут к совместным снам наяву. В ходе таких снов наяву индивидуальность отдельных участников отступает в пользу диффузной гомогенизации переживаний каждого отдельного участника и переживания всех других. В рамках такой регрессивной гомогенизации формируется совместный перенос на терапевта, который должен способствовать каждому отдельному члену группы в желаемом (эдиповом) удовлетворении инстинктов, а также в достижении страстно ожидаемой всеобщей гармонии, и тем самым разрешить базовый конфликт, существующий между эдиповыми и нарциссическими потребностями (см. Battegay, 1992; Heigl-Evers und Heigl, 1976, с. 13, 1979d, с. 782, 1983d, Heigl-Evers und Streeck, 1978, с. 2585).

Чем однозначнее восприятие и влияние терапевта направлены на дериваты бессознательного, тем более сильно обращается внимание участников группы на эти феномены и их межличностные проявления; вследствие этого усиливается их частота и ясность. Участники группы, с одной стороны, участвуют в процессе свободного взаимодействия в группе; с другой стороны, они будут рефлексировать, частично идентифицируясь с анализирующим Эго терапевта, происходящие процессы и собственное индивидуальное участие, пытаться понять их. Иными словами, устанавливаются рабочие отношения.

---

<sup>1</sup> Часто базовый конфликт участников группы состоит в том, что, с одной стороны, идет соперничество с другими членами группы за полное обладание терапевтом как эдиповым объектом, в то время как с другой стороны, как само собой разумеющееся, от неделимого единства участников группы ожидается неограниченное ничем совершенство.

Открытие бессознательных патогенных конфликтов делает возможным двояко ориентированный подход: в первую очередь групповой процесс открывается пониманию участников группы; кроме того, им должно быть прояснено своеобразие индивидуальных конфликтных составляющих процесса. Это означает, что терапевтические воздействия, направлены ли они на отдельного члена группы или на подгруппы, на множество или группу в целом, постоянно должны быть ориентированы на процесс. Если терапевтические влияния направлены преимущественно или исключительно на «группу» как целое, то следует усиленно способствовать регрессивным гомогенизированным процессам деиндивидуализации участников.

### **6.5. Перенос и контрперенос в группе**

В то время как в индивидуальной психоаналитической терапии процессы переноса происходят как «неправильное связывание» (ПСС I, 1895, с. 309) индивидуального прошлого пациента с аналитиком, при групповой работе бессознательные конфликты, инстинктивные импульсы, объектные отношения, нарциссические фантазии и требования Суперэго отдельного пациента актуализируются в процессах, которые проявляются как перенос не только в отношениях с аналитиком, но и в отношениях к другим участникам, подгруппам или группой в целом. Ранее уже указывалось на различные констелляции, которые могут установиться в аналитически ориентированных группах под влиянием соответствующих пусковых механизмов переноса (см. Heigl-Evers und Streeck, 1978, с. 2683; Linder, 1988).

Совместный перенос большинства или всех участников группы на терапевта можно наблюдать прежде всего тогда, когда осуществляется совместная регрессия на уровень модифицированных в Эго дериватов бессознательных фантазий на основании нагруженных неудовольствием конфликтов, в которые включены все члены группы (Heigl-Evers und Heigl, 1976). На этой ступени регрессии они усиленно направляют свое внимание на личность терапевта, который переживается как образ всемогущих родителей, как мощный и совершенный объект; это позволяет освободить их от конфликтов, связанных с неудовольствием. Эти фантазии переноса высокосогласованы между членами группы, поскольку происходит реактивация раннего детского опыта, который у людей, принадлежащих к одной культуре, во многом сходен (Brocher, 1967).

Наряду с совместным переносом на терапевта для отдельных пациентов имеет значение перенос на группу в целом. То есть пациент переживает других участников не как отдельных друг от друга личностей, а как лишенный контуров, диффузный, но мощный прездипов объект, напоминающий идеализированный образ родителей, почти материнский объект в его различных эдиповых и прездиповых составляющих (см. Battegay, 1975, 1979, 1992; Heigl-Evers

und Heigl, 1976; Koenig, 1976; Koenig und Lindner, 1991, с. 62; Kutter, 1971; W. Schindler, 1955). Такому переносу, очевидно, благоприятствует то, что отдельный пациент переживает «группу» в сравнении с самим собой как нечто большое и мощное.

Совместная регрессия на ступень прегенитальных объектных отношений с переносом всемогущего образа родителей на терапевтов и/или «группу» проявляется главным образом тогда, когда с терапевтической точки зрения процесс рассматривается

преимущественно в аспекте поляризации терапевт - группа. Регрессивные процессы деиндивидуализации, в ходе которых пациент воспринимает других членов группы как недифференцированное единство, также всегда являются феноменами защиты. Бион (Bion, 1961) описал специфические для групп формы защиты, характеризующиеся гомогенизацией фантазии в плане общей регрессии. Они служат для защиты тех конфликтов, которые регулярно стимулируются в аналитических группах, то есть прежде всего конфликтов зависти и ревности в связи с соперничеством сибблингов при актуализации соответствующего переживаемого как угроза анально-деструктивного и/или анально-садистского инстинктивного импульса. Из этого следует, что такие конфликты в группах только тогда могут быть проработаны в достаточной степени, когда наряду с унилатеральным уделяется достаточно внимания и мультилатеральному переносу пациент - пациент.

Одновременность многократных отношений переноса, которые отдельный пациент может построить относительно терапевта, других участников и группы в целом, это частое в аналитической групповой психотерапии и специфическое для нее событие. Так, например, пациент в групповом процессе может воспроизводить конфликт соперничества со своим братом за благосклонность матери таким образом, что он переносит определенные черты материнского объекта на терапевта (женщину) и в то же время свое детское отношение к брату оживляет в отношении другого члена группы. В таком многократном переносе представлены имеющие значение для развития отдельного пациента конфликты; воспроизводятся отношения к ранним референтным личностям, которые были задействованы в изначальном детском конфликте.

Собственное аффективное участие аналитика в терапевтическом процессе в групповой психотерапии может как препятствовать раскрытию конфликтов, так и быть полезным для его диагностического понимания (см. Bion, 1961; Foulkes, 1964; R. Schinder, 1968).

В то время как в индивидуальной терапии реакции аналитика, понимаемые как контрперенос, относятся к *одному* пациенту и вызываются его переносом, контрперенос группового терапевта относится к групповому процессу, который проявляется как выражение борьбы между скрытыми отягощенными неудовольствием импульсами, желаниями или фантазиями и направленной про-

тив них защитой и в котором все пациенты участвуют специфическим переносом. По мере надобности мобилизуемое чувство контрпереноса позволяет терапевту понять господствующие в группе напряжения (Grinberg, Langer und Rodrigue, 1960).

Таким образом групповой терапевт, получивший аналитическое образование, пытается понять при помощи восприятия и анализа своего контрпереноса текущий групповой процесс с его специфическими отношениями переноса; он делает их плодотворными для терапии за счет того, что использует их для диагностических интерпретаций и преобразует их в терапевтические воздействия.

Действенность прорастающего в бессознательных конфликтах терапевта контрпереноса или первичного переноса можно охарактеризовать следующим образом: неадекватность и диспропорциональность реакций терапевта, которая побуждает его к тому, чтобы видеть обусловленное переносом изображение его личности, видеть отграниченным от своей реальной личности. Он может в дальнейшем стать заметным в актуальной блокировке способности терапевта диагностировать течение группы. Такого рода контрперенос, препятствующий в терапевтической работе, нужно или

отслеживать в смысле саморефлексии после групповой сессии, или обсуждать с опытным супервизором (Heigl-Evers und Streeck, 1978).

## **6.6. Терапевтические влияния в аналитической групповой терапии**

Тип участия аналитика в процессе взаимодействия и коммуникации в группе проистекает из целей метода раскрытия бессознательных патогенных конфликтов. Функциональные признаки терапии - конфронтирующая, проясняющая, толкующая и служащая проработке (Greenson, 1975) - не отличаются принципиально от таковых для индивидуальной терапии. Все же терапевтические влияния в аналитической группе обнаруживают целый ряд модификаций, которые необходимы, так как аналитик говорит не только с *одним* другим, но видит перед собой множество других членов группы, которые по-разному вовлечены в групповой процесс.

Когда Кениг (Koenig, 1975; 1991, с. 108) относительно реконструирующих влияний требует избегания как опасности деиндивидуализации, так и опасности забыть общее, то это вполне справедливо, по нашему мнению, для терапевтических влияний в группе.

Раскрытие бессознательных патогенных конфликтов делает необходимым как проводить групповой процесс на глазах у участников группы (с учетом их индивидуальных конфликтов), так и одновременно прояснять для них, как они участвуют в создании этого процесса. Это означает, что терапевтические влия-

– 332 –

ния относятся к бессознательной конфликтной тематике, проявляющейся как у отдельных пациентов в группе, так и у множества или общности участников (Heigl-Evers, 1967b; Heigl-Evers und Heigl, 1972).

В то время как влияния на групповой процесс представляют собой движение между мобилизуемыми скрытыми отягощенными неудовольствием импульсами и направленной против них защитой, участники должны осознать как бессознательные импульсы, так и бессознательную защиту. При этом участники группы в особенности тогда реагируют как целое, когда они таковое представляют собой, так, например, когда они движутся на уровне совместной переработки бессознательных фантазий или совместно защищают доступ к бессознательным составляющим конфликта. Конечно, ни защищенное, ни защищающее нельзя привести к общему для всех участников знаменателю, так как каждому отдельному пациенту должно быть прояснено его индивидуальное участие в групповом процессе, которое различно по распределению функций и ролей в группе, также в зависимости от его позиции в группе. Ступени интерпретации, центрированные или на индивиде, или на части группы, или на группе в целом, должны поэтому гибко использоваться терапевтом (Koenig und Lindner, 1991, с. 101; Studt, 1970).

В конце концов, терапевт должен отслеживать свои влияния также относительно того, из какой групповой позиции, приписанной ему в данный момент через перенос, они следуют (Heigl-Evers, 1967a; Heigl-Evers und Heigl, 1972). Чем меньше этот групповой динамический элемент принимается во внимание терапевтом, тем менее он в состоянии гибко корректировать свои влияния в зависимости от господствующей в групповом процессе тематики конфликта (см. Koenig, 1973).

В ходе процесса проработки в группе каждый пациент узнает и преодолевает сопротивления, которые проявляются у него и как у отдельного члена группы, так и как у участвующего в сопротивлениях группы в различных ситуациях и по различным

причинам. Это служит для перехода бессознательного до сего момента конфликта в сознательное переживание и преобразования таким образом осуществленного ознакомления в обращение с социальной реальностью (Heigl-Evers, Heigl und Koenig, 1979; Heigl-Evers und Rosin, 1989).

Если в понимаемой таким образом групповой психотерапии основным инструментом воздействия является толкование с различными его вариантами, то постепенно участник обращает внимание на до сих пор чуждые, неизвестные, недоступные сначала содержания своих переживаний и начинает стремиться к их эмоциональному познанию и словесному выражению. Далее во все большей степени он побуждается сделать эти содержания доступными для своего Эго и тем самым для социального поведения. В условиях «группы» терапевт, использующий психоаналитический подход, ориентирует свои толкования на специфические для группы проявления модифицированных в Эго де-

– 333 –

риватов бессознательного участников, будь то в форме снов наяву как продукта совместного фантазирования или образования психосоциальных компромиссов или регулирования сильной бессознательной динамики конфликтов при помощи определения групповых норм.

В следующем примере мы хотим прояснить этот метод работы (см. также Heigl-Evers und Heigl, 1976).

### **6.7. Клинический пример**

Речь идет о двух сессиях в ходе психоаналитической групповой терапии, которые последовали друг вслед за другом с перерывом в 15 минут; группа проводилась наполовину открыто.

В ходе первой сессии слово держали госпожа С. и господин К. Госпожа С., 45 лет, овдовела; между ней и 48-летним также овдовевшим господином К. в ходе этой терапии сложились близкие отношения. Госпожа С. живет с тремя своими детьми в настоящему уютном доме, который она построила на деньги, завещанные отцом. Господин К. живет и работает в другом городе. Совместное времяпрепровождение обоих происходит в основном в доме госпожи С., где господин К. посещает ее по выходным дням.

В социальной реальности перед обоими на момент этой групповой сессии стоит следующая проблема.

Господин К. хотел бы уговорить свою подругу изменить место жительства и переехать к нему. Это означало бы для госпожи С. покинуть «дом отца». Она должна будет в этом случае отказаться от дома, построенного на деньги отца; она будет вынуждена покинуть свое место работы, которым руководит относящийся к ней по отцовски мужчина, и, наконец, она будет вынуждена покинуть терапевтическую группу как вариант отцовского дома.

За прошедшие встречи в данной группе стало прежде всего очевидно конфликтное отношение госпожи С. с другими женщинами. Ребенком она была (как единственная девочка среди нескольких братьев) любимицей отца, в то время как отношения с матерью были напряженными. Дочь никогда и не в чем не могла угодить ей, и мать постоянно придирчиво ее критиковала. Она всегда была готова покоряться матери. До попыток открытого сопротивления дело не дошло. В группе госпожа С. боится других женщин чрезвычайно, в особенности привлекательных. Когда она

однажды опоздала на групповую встречу, ей пришлось пройти под пристальными взглядами этих женщин путь от двери до ее места так, как будто она проходит сквозь строй с палками. Только в последнее время госпожа С. демонстрирует побуждение более прямо спорить с другими женщинами. Это проявляется, например, в том, что она одну особенно привлекательную участницу группы, с одной стороны, восхваляет как «такую

– 334 –

красивую», но, с другой стороны, при помощи направленных едких замечаний (прежде всего на глазах терапевта) стремится принизить ее, при этом с невысказанным вопросом, одобряет ли он такое поведение, и со страхом в глазах ловит взгляд терапевта.

У господина К. также имеются трудности в общении с людьми одного с ним пола. Он старается уменьшить конкуренцию и соперничество с другими мужчинами и избежать сравнения с ними. Так, он уже довольно долго медлит с продолжением обучения, которое заканчивается экзаменами, что было бы очень полезно для его продвижения по службе. В группе его поведение характеризуется такими тенденциями избегания. Пожалуй, он разочарован терапевтом потому, что тот не ведет себя как отец, как господин К. хотел бы. Когда госпожа С. обращается к терапевту или другим мужчинам в группе, он держится в стороне, но при этом он направляет в адрес подруги только мини-сигналы обиды и злобы.

Существующие между госпожой С. и господином К. сложности представлены также среди прочего в отношениях к трем детям госпожи С. В переживании господина К. дети являются отпрысками сильного отца; умерший господин С. был профессионально и социально более успешным, чем господин К. Часто господин К. упрекает, что госпожа С. чрезмерно снисходительна к детям в отношении их собственных и его провинностей. Он переживает, что она отказывает ему через подчеркнутое обращение к детям в той материнской заботе, которой он желает от нее. Она, напротив, упрекает его, что он слишком мало понимает детей; она прячется за своими детьми от его эмоциональных требований, которых она в особенности потому должна опасаться, что, если она ему откроется, она будет готова к полной отдаче.

На групповой сессии между госпожой С., господином К. и терапевтом сложилась следующая эдипова констелляция.

Господин К. хотел бы, чтобы С. покинула нынешнее место жительства и тем самым группу, дом отца (терапевта); он при этом соперничает, бессознательно для него самого, с отцом/терапевтом таким образом, что он хочет отнять у него госпожу С., избегая активного спора. Это избегание служит для недопущения его страха кастрации; так как прямое столкновение с терапевтом связано для него с опасностью быть раскритикованным более старшими, а это означает: лишиться потенции.

Госпожа С. защищается от навязываемого переезда и смены места жительства, указывая среди прочего на то, что собственно не рассматривается, почему именно женщина всегда должна следовать за мужчиной. Эта самостоятельность частично кажущаяся; госпожа С. скрывает за этим свои тенденции оставаться в доме отца как дочь/женщина и избежать очевидного противопоставления с матерью или ее субститутами. Если она остается под защитой отцовской благосклонности как дочь, стремящаяся к духовному приспособлению, ей не придется продолжать свой путь в направлении сравнения с другими женщинами-

– 335 –

ми. Одновременно она освобождается от искушения соблазнить отца/терапевта или быть соблазненной им и тем самым не подвергается опасности генитального повреждения (от гигантского отца-мужчины). Кроме того, она может разрешить свою зависть к пенису относительно партнера за счет того, что она принуждает его остаться в доме отца (терапевта) как несамостоятельного сына, и таким образом лишит его потенции. Так как отказ от желаемой госпоином К. смены места жительства, имел бы своим следствием то, что оба впредь будут вместе жить в доме, построенном на отцовские деньги, и кроме того вместе останутся в группе рядом с отцом/терапевтом.

С одной стороны, импульсы соперничества, сильные и заряженные страхом, в отношении родителей одного с ними пола у обоих защищаются, с другой стороны, актуализируются в форме для них самих, а также и других участников группы неясной. Госпоин К. пытается при помощи предложенной смены места жительства отнять у отца/терапевта дочь, не меряясь по-настоящему с ним силами и не пытаясь затмить его. Госпожа С. соперничает с женщинами в группе, олицетворяющими ее мать, таким образом, что она защищает свое место рядом с отцом/терапевтом против желаний господина К. и не хочет освобождать тем самым место для «матери»; при соперничестве такого рода для отца/терапевта она остается в роли ребенка и отказывается от возможности того, чтобы предстать перед ним и другими женщинами как взрослая.

Другие участники группы следят за спором госпожи С. и господина К. достаточно пассивно, однако заинтересовано и выжидающе. Далее в ходе терапии три участницы явно принимают сторону госпожи С., в то время как один из мужчин демонстративно примыкает к господину К. Можно было предположить, что из спора пары госпожа С. - госпоин К. они надеялись получить решение для самих себя.

Спор между обоими на этой сессии приводит к двум противоречащим тенденциям: остаться с партнером в доме отца или покинуть отцовский дом вместе с подругой.

Эти тенденции создают новое поле напряжения, новый конфликт между С. и К., в котором по механизму идентификации задействованы другие члены группы. Преследуя описанные тенденции, оба, и С., и К., могут избежать вызывающего страх соперничества с третьей личностью того же пола. Правда, одновременно ставятся под угрозу отношения между ними. Чтобы осуществилось желаемое обоими партнерами, должно быть разрешено актуальное эдипово соперничество; именно это на данный момент времени невозможно из-за страха повреждений (страх кастрации со стороны мужчины, страх генитального повреждения со стороны женщины). Встреча заканчивается безрезультатно, в атмосфере неспособности к решению, обусловленной страхом. Разговор пары не приносит другим участникам, частично задействованным через идентифи-

кацию, решения, на которое они надеялись. Несовместимость тенденций С. и К. и следующая из этого неспособность к решению и прекращению конфликта определяет начало второй сессии.

Переживание: мы сами ничего не можем сделать; если мы что-нибудь предпримем, чтобы изменить ситуацию, тогда мы рискуем ощутить угрозу и страх, усилить чувство зависимости от руководителя группы. От него, как от творца, от ключевой фигуры дилеммы ожидают во все большей степени на уровне переноса устранения пугающих противоречий, решения конфликта.

Ожидая того, что от ключевой эдиповой отцовской фигуры может исходить решение и избавление, участники пребывают в состоянии усиливающейся неподвижности. Дети, которые не могут решать сами за себя, нуждаются в том, чтобы их защищали и о них заботились. Переживание несовместимости ведет также к страху распада и дезорганизации группы как среды, от которой на рациональном уровне зависит терапевтическое влияние и которая, иррациональным образом, гарантирует нарциссическое благополучие и тем самым защищенность. Возрастающая зависимость от терапевта и от среды группы отражается в образе «вязкой каши», который был введен одной из участниц, которая, так же как и госпожа С., фиксирована на отце-объекте.

Так как терапевт не оправдывает направленные на него ожидания, беспомощная неподвижность участников все больше перерастает в мучение и вызывает агрессивные реакции в адрес их причины. Эти агрессивные реакции среди прочего потому тяжелы для осознания, что они направлены на того, от кого участники ощущают себя почти абсолютно зависимыми, и потому любая активность угрожает и без того уже шаткой принадлежности каждого отдельного участника к группе. Стремящиеся к тому, чтобы проявиться, агрессивные действия связаны с чувством страха и вины, которые придают атмосфере в группе оттенок вязкости, томительности, тягучести, другими словами: ведут к *депрессивному климату*. Все же участники предпринимают различные попытки решения, чтобы разобраться с ситуацией продолжающейся неподвижности. Сначала члены группы пытаются подтолкнуть господина К. и госпожу С., партнеров по образованию пары на прошедшей сессии, к тому, чтобы быть активными, а это означает так или иначе прояснить и разрешить тягостное отношение к эдипову отцу/терапевту. Однако оба отказываются следовать этому требованию. Они ссылаются на то, что в паузе между встречами они продолжали говорить друг с другом о проблеме без какого-либо результата. Попытка побудить эту пару к активному обхождению с эдиповым конфликтом не имеет успеха. Она остается вместе с другими в депрессивном состоянии «вязкой каши».

К этому моменту групповой терапевт дает демонстрирующее и проясняющее вмешательство, в котором он связывает предложенный участниками образ вязкой каши с эмоциональным настроением неповоротливости, печали, тягучести, подавленности и смирения в группе.

– 337 –

После этой интервенции «воздух» поступает *в кашу*, он позволяет возникнуть надежде, что будут какие-то сдвиги (демонстрация и прояснение являются подготавливающими шагами интерпретации или толкования в узком смысле помощи в ориентации, которая оказывается участникам, чтобы они смогли идентифицировать до этого момента бессознательный ход событий, обозначить и начать что-то делать с ним).

Участница, которая до этого ввела образ «тягучей каши», теперь развивает следующую фантазию, вследствие которой она, по ее словам, чувствует себя облегченной. Каша поднимается, как тесто в форме для пирога; она ослабевает; пойманные ею члены группы получают больше пространства. Два или три других члена группы принимают участие в этом фантазировании; они создают образы и представления, связанные с чувством облегчения, которые все имеют своим содержанием то, что теперь они больше не сдерживаются этой вязкой кашей, что тесто как бы отступило. Через это фантазирование объект, переживаемый как стесненный, парализованный и лишенный заботы, превращается в оберегающую кормящую мать. Руководитель группы и среда группы больше не «вязкая каша», а «*поднимающаяся*



*тесто*», которое освобождает пространство и питает и возвещает о регрессивном решении предшествующей ситуации эдипова соперничества. Через регрессивное решение связывается исполнение оральное инстинктивное требование с первично нарциссическим удовлетворением освобождающего вздоха облегчения ради дающего воздух и пространства внимания терапевта.

Далее группа преуспевает в своей фантазийной работе.

Госпожа С., партнер в беседе на предшествующей встрече, которая на этот раз сидит немного вне круга, фантазирует следующим образом: перед ней стоит кресло, и за ним она спит в полном покое; группа просто должна продолжать свою работу, другие должны говорить друг с другом, она слушает бормотание голосов, но между тем в центре группы спит спокойно и надежно; никто ничего ей не сделает, наоборот, чувство чрезвычайной защищенности заполняет ее.

Господин К., ее партнер по разговору в предшествующей встрече и ее друг в социальной реальности, сначала высказывает сомнение относительно возможности истинного переживания надежности и защищенности в такой ситуации; с позиции проверки реальности он пытается подчеркнуть относительность этой фантазии. Другие участники слушали госпожу С. отчетливо очарованно. Такое очарование является отличительной чертой того, что бессознательные фантазии в группе эффективны.

Другие во время слушания показывают мимически, а также при помощи сочувствующих высказываний понимание на основании собственного внегруппового опыта, что они такое переживание очень хорошо знают. Участница говорит о своем отношении с женатым мужчиной, который был старше ее.

– 338 –

Эти отношения продолжались прежде всего из-за потребности к надежности и защищенности. Другая участница, которая сама замужем, рассказывает о своих внебрачных отношениях с более старшим мужчиной, в которых она удовлетворяла свою сильную потребность в нежности, защищенности. Также один из мужчин в группе знает о переживании этой потребности и рассказывает о ее частичном удовлетворении во внебрачных отношениях с женщиной которая была старше его.

Госпожа С. между тем охарактеризовала эту потребность как *«базовую потребность»*; теперь уже все другие говорят во время продолжения встречи о базовой потребности. Все едины в том, что нельзя и не хочется отказаться от этой потребности и ее удовлетворения. Одновременно очевидно, что эта базовая потребность, несмотря на частичное удовлетворение, в конце концов все же оставляет чувство неразрешимой тоски. Все без исключения члены группы принимают участие отныне в создании фантазии *«грандиозной защищенности»*. Царившая до этого в группе неповоротливость, вялость и тягучесть как будто бесследно исчезла. Группа определяется отныне совместным переживанием тоски по полной защищенности, которую можно было пережить по рассказам нескольких участников о внебрачных отношениях с более старшим партнером противоположного пола. На уровне переноса тоска по полной защищенности представлена во «внебрачных» отношениях с более старшим терапевтом. При этом следует отметить, что в описанных внебрачных ситуациях не играют роли ни собственно партнер, ни референтная личность, от которого ищется защищенности; он полностью затемняется членами группы. Только названный участник-мужчина, который пережил исполнение желания защищенности в отношениях с более старшей женщиной, рассказывает в этой связи о чувстве вины в отношении собственной жены, в связи с чем он признался ей в этих отношениях. Кроме того, бросается в глаза, что в этих отношениях не было стремления к обмену

предложениями защищенности, речь идет об унилатеральном удовлетворении собственной личности. В фантазиях участников эдиповы исходные отношения первой сессии таким образом приведены к двойственным отношениям, в которых желание защищенности должно быть исполнено однонаправленно; создается фантазия о *доамбивалентных отношениях мать - ребенок*.

Эдипов исходный конфликт, который представлен на примере пары госпожа С. и господин К., упраздняется за счет того, что оба партнера возвращаются к защищенности самых ранних отношений, то есть в фантазии соперничество с третьим или третьей отрицают и ищут заботу в двойственном отношении к материнскому отцу. Это означает для госпожи С. желание остаться как ребенку рядом с матерински обращенным отцом, в текущем переносе на терапевта; то есть для господина К. возвращение под присмотр отца/терапевта, который понимается больше не как соперник, а как даритель материнской защищенности.

– 339 –

Одновременно группа как среда терапии в этой регрессии превращается в бестелесный элементарный объект, который способствует первичному нарциссическому удовлетворению чувства благополучия и бесконечной гармонии, чувства, возможно, тождественного тому, которое Фрейд, как уже упоминалось, описывал как океаническое. Оно является результатом переживания, в котором связываются оральное инстинктивное удовлетворение и первичное нарциссическое исполнение в групповую фантазию в значении общего сна наяву, которая оформляется в диагностических ассоциациях терапевта в образ «у Христа за пазухой», в которой каждый в отдельности и все вместе надежно покоятся.

Попытка терапевта показать участникам с помощью интерпретации временную и причинно-мотивационную связь между эдиповым конфликтом первой сессии и общим сном наяву о защищенности на второй сессии, прежде всего у госпожи С. вызывает раздраженный и резкий протест на том основании, что когда говорили о желании защищенности, речь шла не об уклонении (терапевт вовсе не употреблял этот термин), но о более неоспариваемой базовой потребности. Попытки терапевта, при помощи демонстрирующих и проявляющихся указаний способствовать оформлению фантазии, были, напротив, поддержаны; они ведут к усиливающимся и подтверждающим высказываниям, как было уже описано.

В связи с этим участники разбирают в ходе дальнейшей встречи значение базовой потребности для собственной жизненной практики. Та участница, которая говорила о своем переживании защищенности в отношениях с женатым старшим по возрасту мужчиной, теперь говорит, что эти отношения были для нее связаны также с различными неприятными чувствами; однако она не может отказаться от этих отношений просто так, но в то же время в настоящий момент не хотела бы их продолжения. Она связывает с этим воспоминания из ее детства, которые вращаются вокруг ее тети, рядом с которой она чувствовала себя надежно и спокойно. Для ее тогдашнего состояния счастья было важно, есть ли тетя рядом; ей не нужно было делать чего-то особенного, не нужно было даже говорить; в присутствии тети она особенно хорошо засыпала, это было достаточно удивительно. В присутствии ее теперешнего старшего друга она, напротив, имеет сложности с засыпанием, на что обратила внимание только сейчас.

Другая замужняя участница, которая свои переживания защищенности находит в отношениях со старшим мужчиной, говорит о своей тенденции отказаться от своего супруга и детей. С другой стороны, она ставит себе вопрос, обоснован ли отказ от всей

предыдущей жизни ради этой потребности. Следующая участница высказывается очень скептически относительно таких терзаний, которые она по себе очень хорошо знает, в реализацию которых, однако, не верит. Госпожа С., напротив, отказывается сомневаться в постулируемой ею

– 340 –

базовой потребности; на этой сессии она, очевидно, придерживается того, чтобы не допускать малейшего размышления, как проявление особенно выраженной у нее пассивно-орального и первичного нарциссического отношения переноса на терапевта и среду группы.

## **7. ГЛУБИННАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

### **7.1. Введение**

Наряду с аналитической групповой психотерапией, которую вполне можно назвать классической, глубинная (аналитически ориентированная) групповая психотерапия играет в медицинском обеспечении психогенных заболеваний значительную роль и обозначается, так же как и аналитическая групповая терапия (и как аналитическая и глубинная индивидуальная терапия) в программах по психотерапии объединения врачей больничных касс, как вид медицинского обеспечения, относящийся к «большой психотерапии».

Новое понимание программ по психотерапии 1987 года следует определить относительно глубинных подходов и в особенности глубинной групповой психотерапии следующим образом.

«Несмотря на комплексные условия отдельного случая, лечение больного ограничивается частными целями. При этом метод направлен на ведение психоаналитического процесса при сохранении абстиненции и при сдержанном использовании процессов переноса и контрпереноса. Показания к данному методу определяются подтверждением наличия актуального невротического конфликта и его симптомообразования. Психотерапевтический подход ограничен переработкой этого конфликта. И наоборот: этот метод показан только в том случае, когда текущий невротический конфликт может быть ограничен соответствующей симптоматикой» (Faber und Haarstrick, 1989, с. 39).

«В глубинной групповой психотерапии работа осуществляется прежде всего над явными и скрытыми элементами общих попыток защиты участников группы в форме нормативного образования разрешения и психосоциальных защитных действий при включении отдельных участников группы. Дискуссия с другими участниками группы в аспекте «изучения модели» может быть плодотворной, регрессия поддерживается на достаточно высоком уровне. Перенос на терапевта и объект «группа» вследствие этого проявляется менее

– 341 –

интенсивно, в то время как осуществление и эффективность невротических образцов поведения у отдельных пациентов при

помощи обратной связи других участников группы становится более переносимой» (Faber und Haarstrick, 1989, с. 43).

Итак, глубинная групповая терапия - это терапевтический подход, который ограничен относительно целей и регрессивных процессов, которым способствуют перенос и контрперенос. Проработка направлена на те конфликты, которые действуют в данный момент и являются патогенными относительно заявленной симптоматики.

Другими словами, глубинная психотерапия показана тогда, когда на диагностической фазе может быть определен конфликт, оказывающий патогенное действие, и в общих чертах выяснена его пусковая ситуация. Кроме того, нужно обращать внимание и на длительность существования симптоматики: существующий невроз не должен стать хроническим. Терапевт должен настроиться на то, чтобы работать с этим конфликтом в его различных проявлениях в группе; он должен обладать способностью, с одной стороны, позволить себе включиться в групповой процесс и, с другой стороны, снова и снова соотноситься с позицией формирования суждений, лавировать между обеими установками. Эти критерии показаний следует принимать во внимание потому, что в программе глубинной групповой психотерапии речь идет о лечении с ограниченным сроком (40 сессий по два часа каждая, в особенных случаях 60 сессий).

## **7.2. Специфика диагностического и терапевтического обращения с группой**

Как протекает терапевтический процесс в условиях множественности, то есть нескольких пациентов, если он осуществляется и регулируется в рамках такой психотерапии? Так же как и в процессе аналитически проводимой группы, это минимальное структурирование со стороны терапевта и рекомендованное участникам правило свободного взаимодействия, с одной стороны, и установление рабочих отношений, которые наряду с терапевтической ситуацией и ее признаками определяют ход терапии, с другой. Правило свободного взаимодействия, старания высказываться произвольно, то есть отказавшись от отбора определенного высказывания, направляет - как описано ранее - групповой процесс в обратном направлении; вместе с моделями переживаний и поведения, прошедшими формально и по времени, к сознанию приближаются защищенные детские конфликты, и участники группы стремятся к тому, чтобы снова и снова примирять мобилизованные в их отношениях в рамках группы и содержащие конфликт противоречивые фантазии объектных отношений и исполнения желаний, инстинктивных желаний и желаний отношений, компенсаци-

- 342 -

ровать их; в этих компромиссах активно задействованы привычные образцы переработки отдельных участников. Мобилизованные детские конфликты в дальнейшем стремятся к тому, чтобы примириться друг с другом относительно интерперсональных влияний нарушенных аффективных переживаний, в особенности аффектов отношений и связанных с ними регулирующих дистанцию аффектов (Krause, 1983. 1990). Этот - протекающий бессознательно - процесс служит также для согласования группы и тем самым для ее сохранения как терапевтической среды.

Рабочие отношения определяются методом работы терапевта, то есть его манерой воздействовать на группу, которая становится понятной участникам постепенно и с которой они себя, как правило, во все большей степени идентифицируют. Они постепенно превращают установки восприятия терапевта в собственные; в группе

глубинной психотерапии эти установки направлены как на каждого отдельного участника, так и на связанный со всеми участниками групповой результат, с помощью которого они пытаются снова и снова согласовать как внутренние, так и межличностные конфликтные напряжения (см. Heigl-Evers und Heigl, 1979e).

### 7.3. Образование психосоциальных компромиссов

Усилия участников по компромиссному сглаживанию конфликтного напряжения, мобилизованного между ними под влиянием правила свободного взаимодействия, ведут к формированию образцов взаимодействия, которые мы обозначили как *образование психосоциальных компромиссов* (Heigl-Evers und Heigl, 1973, 1975a, b, 1979f, e, 1983c, 1984, 1985). Они понимаются посредством семантического (герменевтического) толкования, направленного на так называемое латентное действие речевого поведения участников группы.

Это латентное действие содержит в себе, с нашей точки зрения, основанной на клинических наблюдениях, образование психосоциальных компромиссов (см. Broocher, 1967; Mentzos, 1988; Richter, 1963, 1970). Такое образование компромиссов осуществляется преимущественно через механизм проективной идентификации, как он был описан для индивидуальной терапии (Ogden, 1979, 1982) и для групповой терапии (Grinberg, 1973; Finger-Trescher, 1991, с. 134; Koenig, 1992). Впервые этот механизм проективной идентификации был представлен Мелани Кляйн (Melanie Klein, 1946, см. Heigl-Evers und Heigl, 1983c).

Понятие *проективной идентификации* в 1979 году детально проанализировал Огден. По его мнению, это возможность установить связь (которая до этого момента концептуально не рассматривалась) между внутриспсихическими феноменами и феноменами внешней реальности. Он использует понятие «проективная идентификация» в следующем смысле.

– 343 –

«Речь идет о группе фантазий и относящихся к ним объектных отношений, которые имеют дело с тем, что самость хотела бы освободиться от определенных нежелательных аспектов; нежелательные составляющие переносятся на другого человека, и исключенное в модифицированной версии восстанавливается в проекторе» (Ogden, 1979, с. 357). Понимаемая таким образом проективная идентификация включает три фазы, которые соответствуют психологическому единству.

На первой фазе проектор представляет, что он освободился от аспекта своей самости и переносит его, контролируя этот процесс, на другого человека.

На второй фазе проектор через интерперсональное взаимодействие оказывает давление на получателя проекции в *таком* направлении, что переживает чувства, которые согласуются с проекцией; де-факто, пожалуй, чувства реципиента могут быть конгруэнтны проецируемому чувству, но никогда - идентичны им. Наконец, на третьей фазе получатель психологически перерабатывает проекцию и соответственно ведет себя во взаимодействии; таким образом проектор получает в распоряжение модифицированную версию проецированного для реинтернализации (Ogden, 1979, с. 371).

Действительно, новый аспект, который был включен Огденом в понятие проективной идентификации, аспект, который касается через субъект-систему процесса коммуникации, это аспект давления в интерперсонально-интеракционном процессе на реципиента проекции; давление нацелено на то, чтобы реципиент сам переживал

чувства, связанные со спроецированными фантазиями (см. Heigl-Evers und Heigl, 1983c).

Давление и ответное противодействие в проективной идентификации и контридентификации могут быть модифицированы следующим образом: если объект подчиняется давлению, то он един с другими, будь это один человек или группа; объект объединяется с ним, принимается манера и темп другого. Это, однако, может означать только то, что реципиент проекции продуцирует фантазии объектов и относящихся к этому объектных отношений, которые соответствуют таким же фантазиям и отношениям проектора, и что в настоящий момент он регрессирует, в смысле увеличенной проницаемости границ субъект-объект. Проектор, со своей стороны, в процессе взаимодействия имеет тенденцию настраиваться против ведущего себя конгруэнтным образом объекта в смысле утверждения и усиления, поскольку таким образом оптимально осуществляется процесс проективной идентификации, желаемый проектором бессознательно: освобождение от нежелательных аспектов собственной самости и одновременно сохранение существования этих аспектов в другом. В таком случае в получателе осуществляется не тот процесс, который Огден обозначает как переработку спроецированного. Спроецированное реинтернализируется скорее в своей неизменной форме: полученное через проективную идентификацию от переживания проецируемого должно быть сохранено. При этом со стороны реципиента вводятся в действие защиты.

– 344 –

Если защитные процессы интеракционально связываются друг с другом, то происходит процесс повторения; аспект переживания, который является предметом проекции и идентификации, таким образом защищается, а также сохраняется в настоящем. Это часто можно наблюдать в индивидуальной терапии, но особенно в групповых процессах, так как прежде всего в последних между участниками группы снова и снова осуществляются проективные идентификации и обратные идентификации.

Обозначив результат таких проективных идентификаций и обратных идентификаций в групповом процессе как *образование психосоциальных компромиссов*, мы имеем в виду относительно стабильные во времени интерперсональные проявления патогенной внутриспсихической конфликтной динамики, модели обхождения друг с другом партнеров по взаимодействию, в смысле защиты совместно переживаемого латентного конфликта. Они служат для преодоления опасности, которая по причине наличия внутриспсихических конфликтов у отдельного человека угрожает отношениям. При помощи образования психосоциальных компромиссов должен быть концептуализирован процесс, который ведет от внутриспсихической реальности к межличностной, процесс, который определяется тем, что интрапсихический компромисс вызывает или имеет своим следствием межличностный психосоциальный компромисс (см. Heigl-Evers und Heigl, 1973, 1975f, 1979f, 1983c; Koenig, 1992).

Проективная идентификация, по нашему мнению, является специфическим случаем взаимодействия; однако, как говорит Сандлер (Sandler, 1982).

«индивидуум постоянно «сканирует» свое окружение, в особенности реакции других, проверяет его в очень тонких «транзакциях», которые протекают между людьми в привычных социальных отношениях».

То же самое происходит и в терапевтических группах, и здесь можно наблюдать эти процессы и оказывать на них влияние. Ответы других на собственные «пробные» сигналы или другие знаки, опосредованные через поведение, постоянно «оцениваются» участвующими. Такое взаимное «сканирование» ответов других, даваемых на собственные сигналы, ведет в конце концов к принятию ролей и образцам взаимодействия, которые делают возможным для каждого участвующего достаточную меру удовлетворения бессознательных желаний и актуализацию относящихся к этому образцов объектных отношений (Sandler, 1982, с. 69).

Описанные компромиссные образцы удовлетворения желаний, содержащих конфликты, относятся к феноменам *переноса*, если понимать перенос так, как это делал Сандлер. Он пишет:

«что введение и описание... в особенности заряженных объектами защитных процессов (как идентификация с агрессором или альтруистическое отделение) отразили новое важное измерение в аналитической

– 345 –

работе и в понятии переноса. Что касается выбора времени для толкования, постепенно анализ «здесь и теперь» аналитического взаимодействия приобрел характер процесса реконструкции детского прошлого. Защита в аналитической ситуации была понята как перенос; на нем сконцентрировалось внимание аналитика» (Sandler, 1983, с. 589).

«Перенос включает отныне некоторое количество активностей, относящихся к объектам, которые не обязательно должны быть повторением отношений к важным людям в прошлом» (Sandler, 1983, с. 590).

Сандлер представляет понимание переноса, согласно которому интроекты постоянно экстернализируются и тем самым в определенном смысле актуализируются, чтобы с ними можно было обращаться не как с внутренними, а как с внешними объектами. Для этой тенденции экстернализации, вероятно широко распространенной Сандлером, создается особенно благоприятная ситуация в группе - не только в отношении к аналитику, но прежде всего в отношениях участников группы друг с другом. Это благоприятствование развитию мультилатерального переноса вместо унилатерального на терапевта осуществляется им в группах глубинной психотерапии за счет того, что он в меньшей степени подхватывает аспекты переноса, направленные на собственную личность, чем те, что направлены на других членов группы. Поэтому он старается сделать себя переживаемым для других как позитивный защищающий объект в позиции доброжелательного нейтралитета.

Механизм проективной идентификации порождает в группах не только те образцы словесного поведения по отношению друг к другу, которые мы обозначили как образование психосоциальных компромиссов, но также те групповые соглашения, которые являются результатом определения групповых норм. Он порождает также те вербальные образцы взаимодействия, которые мы обозначили как модифицированные в Эго дериваты бессознательных фантазий. Он также является фактором возникновения речевого поведения, как оно протекает в условиях «группы». В таком поведении содержатся: нормативное регулирование, образование психосоциальных компромиссов и модифицированные в Эго дериваты бессознательных фантазий. Об их наличии

делается диагностическое заключение, полученное посредством применения различных семантических толкований, ориентированных на контекст.

#### **7.4. Установки восприятия и техники воздействия**

Распределение ролей, которое осуществляется при создании психосоциального компромисса на уровне скрытого действия, соответствует на уровне явных действий характерному для группы распределению позиций и относящихся к ним функций. Шиндлер (R.Schindler, 1957/58, 1960/61), который ввел

– 346 –

схему для такого распределения позиций, говорил о ранговой динамике группы. Мы же говорим в рамках некоторой модификации схемы о *социально-динамическом распределении функций*. Позиция и функция обозначают специфический индивидуальный вид и способ того, как участник группы принимает участие в групповой активности, с которой он в основном соглашается. Форма этого участия в первую очередь зависит от его структуры, которая подталкивает его к тому или иному поведению в группе, но также и от текущего содержания совместной групповой активности (Heigl-Evers und Heigl, 1970a, 1971, 1973).

Диагностическая классификация участников группы при образовании психосоциальных компромиссов с помощью этой схемы распределения функций позволяет терапевту осуществить первичную ориентацию в протекающем в данный момент процессе. В более длительной перспективе можно установить, что отдельные участники, вне зависимости от текущей конфликтной тематики, стремятся к принятию определенных позиций, которые привычны для них. Такая привычка (см. Panofski, 1932) может означать в аспекте терапии интенсивное, продолжительное и тяжело поддающееся терапевтическому влиянию сопротивление. С другой стороны, цели аналитической, направленной на структурные изменения терапии сводятся к тому, чтобы участники группы были гибки относительно позиций, чтобы они в процессе терапии изначально определяли свою позицию, исходя из актуальной тематики работы, а не на основании их внутренних структур.

Ниже мы хотим в небольшом обзоре коротко охарактеризовать выделяемые нами позиции, которые могут быть полезными терапевту при диагностике.

1. Позиция инициатора или представителя. На уровне нормативного регулирования поведения (явные действия) это предполагает позицию определителя норм.

2. Позиция примыкающего. Примыкание может осуществляться в виде субпозиций в различных вариантах и различными способами; таким образом можно различать:

а) субпозицию идентификаторного примыкания. Субъект идентифицирует себя с инициатором и определителем норм. Он полностью готов выполнять установленные нормы;

б) субпозицию комплементарного примыкания. У субъекта имеется готовность соответствовать установленным нормам в предложенной форме;

г) субпозицию критического наблюдающего примыкания. Субъект готов контролировать и следить за соблюдением норм, то есть быть хранителем норм.

3 Далее речь идет о дистанцированной позиции в отношении норм, сложившихся в группе, в отношении совместной работы, которая прежде всего включает перепроверку норм. Можно выделить следующие субпозиции:



а) субпозиция условного согласия, которая выражается в принятии групповых норм в виде «Да, но...»;

– 347 –

б) субпозиция условного несогласия, которая выражается в условном отграничении от установленных групповых норм в виде «Нет, кроме...»;

в) субпозиция неустойчивого согласия-несогласия, которая выражается в его аргументации в колебании между нормой и контрнормой «отчасти ... отчасти».

4. Позиция того, кто не принимает поведение, которое защищено установленными нормами, и тем самым представляет контрнорму, позиция того, кто имеет тенденцию нарушать установленную норму или ломать ее посредством предосудительных и запрещенных способов поведения. Эта тенденция проявляется в лабильной, связанной со страхом и/или виной форме. Иными словами, речь идет о функции нарушителя норм.

Протестующие против установившихся норм - это те, кто защищают группу от институционализации, постоянного укрепления ее структуры и тем самым от окостенения. Из поляризации между представителем норм и нарушителем нормы как одновременным представителем контрнормы разворачивается групповой процесс. Такие структуры и процессы могут развиваться в группе только тогда, когда в социокультурном окружении признан присущий психоанализу принцип *De omnibus dubitandum*.

Однако диагностическое внимание и прежде всего терапевтическая активность направлены преимущественно не на уровень явного, но на уровень скрытого действия, то есть на те образцы - в большей степени бессознательного - межличностного понимания, которые у отдельных членов группы стали привычными при обхождении с психическими (внутренними) конфликтами. Предлагаемое этим методом приобретение озарения находится в области этих внутренних структур и их интеракционального воплощения. Здесь в особенности следует обратить внимание на то, какую роль эти структурные составляющие играли в ситуации, запустившей симптомы у отдельного члена группы.

*Влияния* терапевта в группах глубинной терапии определяются направленными вопросами и толкованием, причем особую роль играют описанные Гринсоном демонстрация и прояснение (кларификация).

В особенности речь идет о прояснении аффектов в связи с контекстом эта техника состоит в том, чтобы более четко и однозначно, чем это делает пациент, вербализировать индивидуальные чувства, которые сопровождают групповой разговор, и кроме того, вскрыть внутренние и межличностные причины их возникновения, контекст возникновения этих аффектов, в особенности причины конфликтного характера. Наш опыт показывает, что внимание к аффектам особенно важно, так как они делают для пациента возможным доступ к их конфликтному возникновению и, следовательно, к самому конфликту. При этом, как правило, сначала переживается демонстрация конфликта и только затем становится возможным доступ ко внутренним конфликтным напряжениям.

– 348 –

Как же терапевт (участвующий наблюдатель) сопровождает групповой процесс?

На начальной фазе сессии он наблюдает, какая явная групповая тема выкристаллизовывается. Возникающие при этом обороты речевого поведения он пытается

расшифровать с позиции герменевтики, преимущественно с учетом уровня скрытого действия. Он старается, сначала диагностически (только мысленно), понять, как желание и защита каждый раз частично проявляют себя в словесных высказываниях пациента и ведут к интеракциональному взаимодействию сил, в котором отдельные участники и подгруппы представляют преимущественно защищенное или преимущественно защиту и пытаются найти компромисс друг с другом.

Затем на основании такого диагностического формирования заключений он пытается при помощи наводящих вопросов направить внимание участников на общую тему и на ее интеракциональную переработку. Эти наводящие вопросы способствуют тому, что Гринсон назвал конфронтацией. Если привлечение внимания пациентов удалось таким же образом и способом, как во взаимодействии группы представлена индивидуальная конфликтная динамика, то терапевт пытается рассмотреть причины возникновения образований психосоциальных компромиссов и участие каждого члена группы в этом; это происходит при особом внимании к аффектам. На линии рабочих отношений терапевт подталкивает участников к тому, чтобы они попытались проделать то же самое между собой.

Когда показания для отдельных участников правильно установлены, тогда в группах глубинной психотерапии становится возможным сконцентрироваться на патогенном конфликте, ставшим понятным в связи с пусковой ситуацией, на его оформлении в текущих отношениях в патогенном социальном окружении. Ориентируясь на эти конфликты в их индивидуальной представленности терапевт далее пытается направить на них восприятие и внимание. Это происходит при помощи соответственно ориентированной демонстрации или конфронтации с использованием техники наводящих вопросов, при помощи направления восприятия и внимания на причины возникновения текущих конфликтов, прежде всего в контексте группового процесса, и когда возможно, при обращении к ситуации, запустившей их. Здесь речь идет о технике прояснения, в особенности прояснения участвующих аффектов.

Если эти технические рекомендации выполняются, то осуществляется необходимое по определению метода в программах по психотерапии снижение переноса и регрессии. Направление внимания на интерперсональные проявления конфликта способствует также развитию переноса в нескольких направлениях и в меньшей степени унилатеральному переносу на терапевта. В таком групповом процессе следует также, поскольку речь идет о наполовину открытых группах, обращать внимание на запускающие конфликт эффекты, которые связаны с уходом и появлением новых членов группы, и использовать эти эффекты в терапевтической работе.

– 349 –

## **7.5. Клинический пример**

Участница группы Барбара, миловидная и изящная женщина, ведущая себя несколько по-детски, рассказывает о своей проблеме. В скором будущем она заканчивает обучение и должна будет покинуть общежитие, в котором проживает вместе с маленьким сыном. Она собирается переехать в Гамбург и поискать жилье там.

Барбара уже довольно давно не живет со своим мужем, Клаусом. Клаус неохотно принимал участие в делах семьи, и Барбара решила расстаться с ним. Она вместе с сыном осталась в общежитии, а Клаус снимает себе холостяцкие апартаменты и появляется в общежитии у жены и сына только по выходным.

Участники группы осуждают поведение Клауса, говорят о том, что такое обращение с женой недопустимо, что он эгоистичен и эгоцентричен, что он хочет

получать удовольствие только от «шоколадной стороны» супружества и семьи; такие реплики поступают в основном от мужской половины группы. Другие участники группы обращают больше внимания на состояние Барбары, они беспокоятся о ней и сердятся из-за подлого отношения Клауса.

Терапевт особо отмечает такое отношение. У нее складывается впечатление, что другие по отношению к Барбаре будут вести себя как родители: они разозлились, потому что кто-то другой плохо обращается с ребенком. Дитер, участник группы, говорит о том, что ему не нравится происходящее: сначала Барбара рассказывает о Клаусе массу нелицеприятного, как бы побуждая группу осудить его, а затем сама же начинает его защищать.

Ясно, что Барбаре таким образом удастся как бы делегировать свою ярость к супругу на других членов группы, потом она встает на сторону партнера и остается лояльной супругой.

Итак, что происходит в группе? Барбара представляется группе как кто-то кому тяжело в мире вне группы, кого обижают другие, в частности муж. Она критикует этого другого не прямо; она изображает только его отношение, изображает, с какими трудностями ей приходится сталкиваться из-за этого (эгоистичного, эгоцентричного) отношения и как она борется с этими трудностями, добросовестно, если даже не совсем успешно.

Она создает впечатление невинно-беспомощного, неагрессивного существа, которое уже почти отказалось от своих собственных интересов, чья жизнь чрезвычайно тяжела; это впечатление усиливается ее внешним видом - маленькая, грациозная, симпатичная. Она дает другим участникам группы понять, что существуют люди, мужчины, такие как ее супруг, которые обращаются к ней, такому нежно-беспомощному существу, не деликатно, что они по отношению к ней агрессивно-эгоистичны и эгоцентрично защищают только свои собственные интересы.

– 350 –

Другие участники группы, в основном мужчины, реагируют явно участливо и заботливо; они кажутся заботливыми родителями беспомощного ребенка; их поведение - полная противоположность поведения ее супруга. Они подчеркнуто предупредительны, они показывают, что ее интересы важнее, чем интересы эгоистичного, бесцеремонного супруга.

На основе этого отношения, «альтруистически» застрахованного по отношению к предполагаемым собственным бесцеремонно-агрессивным тенденциям, они выражают свою агрессию в форме критического неодобрения в адрес бесцеремонного супруга.

Участники группы совместно осуществляют психосоциальный маневр обороны, который защищает их от собственной агрессии и эгоизма интересов. Молодая женщина, которая представляется в отношении к своему супругу как уступчиво-хрупкая, депонирует собственные импульсы протеста и сердитой критики по отношению к супругу в других (мужских) участников группы. Они принимают эту проекцию, так как они могут скрыть таким образом собственные произвол и бесцеремонность, показать, что их критицизм и агрессия по поводу ее супруга с моральной точки зрения совершенно оправданы. На сердито-критические нападки других участников группы на супруга молодая женщина реагирует следующим образом: она представляется лояльной супругой, с которой, к сожалению, дурно обращаются.

Барбара реагирует на агрессивно-эгоистическое отношение, которое существует за пределами группы и конкретизируется через супруга Клауса, с уступчиво-

измученной толерантностью и готовностью страдать; собственные импульсы протеста, которые кажутся ей недопустимыми, и сердитые критические замечания в его адрес она навязывает другим участниками группы. Она - слабая и нуждающаяся в защите - таким образом избавлена от необходимости самой представлять собственные интересы. В результате, сложившийся психосоциальный компромисс гарантирует, с одной стороны, защиту эгоистически агрессивного осуществления собственных интересов и, с другой стороны, их реализацию в скрытой форме.

Родители могут энергично бороться за интересы своих слабых и беспомощных детей; слабые и беспомощные дети могут ожидать такое участие, причем их беспомощность имеет аппелятивный характер. Партнер, недовольный отношениями, уполномочивает третью сторону взять на себя необходимость высказывать критические замечания; тем самым эта третья сторона получает возможность защиты своих собственных эгоистических и агрессивных тенденций.

При терапевтическом вмешательстве, при котором обращает на себя внимание то, что критика здесь разрешается и что участники группы реагируют на молодую женщину как родители, которые злятся, когда другие плохо обращаются с их беззащитным невинным ребенком, этот защитный маневр вызвал у одного из участников вопрос: он неодобрительно высказался по поводу того, что Бар-

– 351 –

бара вынудила его обзлиться на ее супруга, так как она, видимо, не готова объединиться с ним против мужа, а, напротив, занимает сторону нападающего партнера, (следовательно, защищает свои действия и его эгоистичное поведение), что уже неоднократно происходило в группе. Вмешательство, которое осуществляется групповым терапевтом, охарактеризуем как следующее. В фокусе вмешательства находятся психосоциальные защитные маневры, то есть структура группы, имевшая место в данной группе неоднократно, следовательно, вид взаимодействия, который оказывался относительно устойчивым во времени. Адресатом вмешательства в этом случае являются все участники группы в целом, так как вся группа участвует в образовании психосоциального компромисса. Вмешательство является видом демонстрации, то есть женщина-терапевт обращает внимание на определенную, относительно устойчивую во времени структуру группы; кроме того, речь идет о кларификации, упомянутые образцы взаимодействия пытаются обнаружить и прояснить, используя сопоставление, аналогии; в результате становится понятным то, что происходит при взаимодействии членов группы. Позиция, по причине существования которой психотерапевт вмешивается, является позицией дистанцированных обязательств (бета-позиция), которую группа накладывает на психотерапевта во время данного сеанса и которая признается группой. Если при психоанализе, проводимом в диаде, психотерапевт должен снова и снова ставить перед собой основной вопрос «Какой объект я воплощаю вследствие переноса, производимого пациентом?», то основной вопрос, который задает себе глубинно ориентированный групповой терапевт, следующий: «Какая функция отводится психосоциальным защитным маневрам при взаимодействии?» Время вмешательства определяется исходя из того, что этот вид взаимодействия уже неоднократно имел место и что он соответствует негласной групповой норме относительно проявления партнерских отношений со стороны мужчин-участников группы. Эта норма следующая: партнер должен стремиться к равноправию в отношениях со своей партнершей; он должен способствовать ее эмансипации; он должен высказывать понимание и проявлять внимание. Эта норма соответствует сознательному

самопониманию молодых мужчин, стремящихся занять прогрессивную позицию; она является защитной функцией от эгоистически-агрессивных проявлений личных интересов. При групповом методе, основанном на глубинной терапии, групповые нормы рассматривают с точки зрения их защитных функций. Относительно случая, когда перенос направлен на терапевта-женщину, по всей вероятности, существует иллюзия, что только мужчина, проявляющий заботу уже описанным способом, имеет шанс быть воспринятым этой женщиной-матерью и оттеснить мужчину-отца. Еще, по-видимому, эта предполагаемая иллюзия не совсем осознается так, что также попытки интерпретации в этом направлении [пожалуй, мы имеем дело с тем, что поведение такое, как поведение Клауса (мужа молодой женщины) настойчиво и полностью должно осуждаться] были бы не перспективными. Таким

– 352 –

образом, эта иллюзия не может стать принятой во внимание. Нужно иметь в виду, что когда в группе, основательно подвергающейся глубинной терапии, образовывается такой вид взаимодействия, что большинство участников группы объединяются против одного, тогда возникает вопрос, в какой мере этот один способен к переносу конфликта, который осуществляется в основном на психотерапевта и который все же не может быть им рассмотрен в данный момент по той причине, что вследствие этого у человека возникли бы слишком сильные страхи.

## **8. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ИНТЕРАКТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ**

### **8.1. Введение**

Два метода групповой терапии, представленные выше, по сути сходны друг с другом они имеют аналогичное предназначение, так как оба соответствуют принципу «толкования». И тот, и другой метод позволяет выявить у пациента невротические нарушения, заболевания, которые возникают из-за внутренних неосознаваемых конфликтов.

*Психоаналитический интерактивный* метод, по-видимому, стоит особняком по отношению к ним; он отличается от этих методов по показаниям к применению, по постановке цели, по основным установкам, имеющимся у психотерапевта, а также по техникам вмешательства. Психоаналитический интерактивный метод был впервые предложен в 1973 году Хайгл-Эверс и Хайглом; его теоретические гипотезы, а также терапевтические техники и показания к применению в клинической практике в дальнейшем постоянно совершенствовались<sup>2</sup>.

### **8.2. Рассуждение о показаниях к применению терапии и ее результатах**

С того времени значительно увеличился опыт использования этого метода в клинике при амбулаторном, частично стационарном и стационарном лечении юных и взрослых пациентов с расстройствами личности, с заболеваниями различного вида, с зависимостью, с посттравматическими нарушениями (Heigl-

---

<sup>2</sup> Heigl und Reister, 1994; Heigl-Evers und Heigl, 1973, 1979b, f, 1983b. c, 1985, 1987, 1988a, 1994, 1995; Heigl-Evers, Heigl und Ott, 1994; Heigl-Evers und Henneberg-Mönch, 1985, 1990b; Heigl-Evers,

Henneberg-Mönch und Odag, 1986; Heigl-Evers und Nitzschke, 1991, 1994; Heigl-Evers und Ott, 1990, 1994, 1997a, è, b; Heigl-Evers und Seidler, 1993; Heigl-Evers und Streeck, 1983,1985; König und Lindner, 1991; Reister und Heigl, 1994; Sachsse. 1994b; Seidler, 1993; Streeck. 1980, 1994b, 1997.

– 353 –

Evers und Ott, 1997a), с поведением, причиняющем вред (Sachsse, 1994a, b), с психосоматическими заболеваниями, психотическими нарушениями и диссоциальным поведением (Sachsse und Arendt, 1994)<sup>3</sup>.

При рассуждении о том, предназначен ли этот групповой метод для лечения определенных пациентов, а также о том, какое терапевтическое влияние он может оказывать, полезно обращение к признаку множественности, на который указывает Арендт (Н.Арендт, 1960; Heigl und Heigl-Evers, 1978; Heigl-Evers und Heigl, 1970a; Heigl-Evers, Heigl und Ott, 1994).

Если при диагностике оказывается, что переживания и поведение пациента преимущественно определяются лишь частью объектных отношений, если другие объектные отношения переживаются им только расплывчато, в нечетких контурах и границах, тогда он может вспомнить их даже при нечетком повторном предъявлении. Если он чувствует, что они согласуются с его собственной личностью как часть его собственной самости, он пытается использовать объектные отношения для регуляции различных потребностей (регуляции самооценности инстинктов, близости - дистанции, защиты от раздражения) и не воспринимает их в ином роде; в этом случае он может рассматривать их как противоположности, как кого-то, с кем возможны конфликтные отношения и достижение компромисса, и тогда можно рассуждать следующим образом.

Спрашивается: как представлены такие формы отношений в групповой ситуации «у *некоторых*»; как пациент переживает и переносит межличностные столкновения, разногласия и вытекающие из них конфликты лишь в частично открытом пространстве группы; каким образом он может прийти к соглашению с другими членами группы, которых он воспринимает, прежде всего, как врагов. В связи с этим также приобретает значение следующее: может ли у пациента, по крайней мере в самом начале, возникать так называемый аффект, регулирующий отношения, и если да, то каким образом (Krause, 1988, 1990), то есть могут ли проявляться радость, злость, отвращение, страх, зависть, печаль, в особенности их сигнальные функции, или же налицо подавление или торможение аффектов. Возникает также такой вопрос: аффект, регулирующий отношения, устанавливается с помощью доминирующего аффекта (например, ненависть) или с помощью вспомогательного аффекта (озлобленность, гнев, злость, ссора, сарказм, побуждение к действию в смысле осуществления мести и возмездия) (Heigl und Heigl-Evers, 1991, с. 135). Таким образом, можно подумать над тем, какое влияние оказывает степень готовности к аффекту на формирование отношений в группе, в особенности на регуляцию близости - дистанции (Heigl-Evers und Heigl, 1984). Оценка способности паци-

---

<sup>3</sup> Böhle und Vattes, 1993; Heigl und Heigl-Evers, 1991; Heigl-Evers und Ott, G., 1997; Heigl-Evers und Ott, J., 1997a; Heigl-Evers und Seidler, 1993; Heigl-Evers und Standke, 1988; König, 1993; Lindner, 1986, 1991, Ott, 1997; Sachsse, 1994a,b 1996.

– 354 –

ента регулировать близость или дистанцию с другими при условии множественности так, чтобы не слишком быстро пересечь границу переносимости страха, особенно важна для определения дифференциальных показаний к применению индивидуальной или групповой психотерапии.

Очень тщательно нужно обдумывать показания к применению у таких пациентов, которые оторваны от коллектива, не имеют друзей, чья социальная жизнь сведена к минимуму. Они уже не раз в течение жизни испытали негативные эмоции от неспособности или невозможности принимать участие в какой-либо форме множественных отношений. Их фиксации на монадных или псевдодиадных отношениях могут рассматриваться как показания к применению психоаналитической интерактивной индивидуальной психотерапии.

И все же оценка способностей к внутренней переработке и к межличностной регуляции сексуальных и агрессивных инстинктивных потребностей позволяет прогнозировать результаты психотерапии в аспекте «быть как некоторые». Так, можно не учитывать противопоказания для применения групповой терапии в том случае, если у пациента имеется сильно выраженная тенденция к прорывам импульсов, а также если он стеснен в средствах удовлетворения его влечений и стремится в случае развития зависти и страха иммобилизовать другие эмоции. При этом всегда нужно учитывать специфику группы: необходимо выяснить, какой способ переработки интуитивных потребностей существует у других участников группы, и в каком соотношении они могут быть представлены в группе, как это может сказываться на взаимодействии членов запланированной группы.

Также следует тщательным образом продиагностировать структуру Суперэго и оценить, как изменится поведение данного, определенного пациента в связи с предполагаемыми в ней изменениями. Нужно продумать, какое влияние оказывают эти структуры на поведение пациента во множественной терапевтической малой группе. Поскольку можно ожидать, что у большинства пациентов со структурными нарушениями не имеется достаточно деперсонифицированного, достаточно интегрированного и автономного Суперэго с сигнализирующими аффектами (вина, стыд, гордость), то можно попытаться с помощью диагностических методов выявить простые формы Суперэго и понять, каково может быть их влияние на запланированный групповой процесс. Возникает вопрос: необходима ли для пациента особая ориентация и регуляция структуры группы с определенными нормами и ценностями, или он может достаточно безболезненно переносить и преодолевать состояние неуверенности.

Нужно понять, является ли противопоказанием для применения групповой терапии то, что у пациента имеется тенденция к идентификации с агрессором в садистической и мазохической формах, или то, что у пациента обнаруживается склонность воздействовать на обидчиков, жестоких и не знающих снисхожде-

ния, или то, что у него при взаимодействии психосоциальных защит (Mentzos, 1988; Heigl-Evers und Heigl, 1979a, 1983c) во время группового процесса было сформировано такое Суперэго, которое стало понятным для пациента и может быть воспринято им.

При ответе на этот вопрос нужно принимать во внимание окружение запланированной группы, в особенности ее состав, прочие условия, заданные рамками группы, и то, насколько опытен групповой терапевт.

Второй принцип множественности *«быть единственным в своем роде членом множества»* может быть полезным, если нужно оценить нарциссическую регуляцию пациента в аспекте дифференциальных показателей. На основании гибкого

регулирования можно сделать вывод о том, что упомянутое лицо, с одной стороны, ощущает свою неповторимость и, следовательно, уверенность в себе, а с другой стороны, ощущает свою принадлежность к множеству и, таким образом, может быть таким, как многие. В результате нарциссического нарушения у пациента может возрастать ощущение его неповторимости из-за уверенности в своих выдающихся особенностях, которых нет у других, и поэтому такой пациент способен устанавливать только монадные отношения. Он может представить группу только как ряд подтверждений своей неповторимости, имеющихся в ней, считать индивидуальную психотерапию, которая проводится исключительно для данного конкретного случая, желательной для себя, так как психотерапевт обращает внимание на его личность. При других формах нарушения, таких, как депрессивная структура, отличающихся низким уровнем организации, может иметь значение то, что пациент переживает следующее: он как будто сливается с множеством как любой его член, оказывается в единстве с другими. На основе этого психотерапевт мог бы выявить показания к применению групповой терапии для его личности. Следует обратить внимание на то, что группа гетерогенна по составу, в нее входят пациенты с различными симптомами.

В первом случае терапевту нужно продумать, как следует работать с социальной изоляцией, имеющейся у пациента, и с его возможно связанной с этим манерой пренебрежительно и с надменностью относиться к другим. Во втором случае нужно поразмыслить над тем, каким образом можно управлять развитием зависимости от принадлежности и соответствующего слияния с группой. В связи с этим также можно попытаться определить, имеется ли у пациента четкое представление о его переживаниях собственной грандиозности, способен ли он установить различия между идеальным Я и реальным Я. Если в ходе диагностически-прогностических рассуждений оказывается, что необходимо учитывать высокий уровень обидчивости «нарциссов», то также нужно принимать во внимание и то, имеется ли у пациента опыт обесценивания его личности. Если наравне с этим можно ожидать возникновения сильной симпатии у участников группы друг к другу, с помощью которой группа симбиотически

– 356 –

сплачивается, и одновременно с этим возникновения значительного по силе страха потерять свою принадлежность, тогда нужно взвесить, не существует ли контраргументов относительно применения групповой психотерапии.

С помощью третьего принципа множественности «не быть независимым» можно попытаться определить, гармонично ли сочетаются у пациента потребность в автономии и способность принимать свою зависимость. Чрезмерную автономию вплоть до самоудовлетворения, до иллюзии полной независимости и аконтактности можно спрогнозировать. Это касается переживаний, связанных с существованием у пациента излишне акцентированной зависимости: здесь может возникать иллюзия, что только в тесной связи с этой зависимостью могут существовать другие подобные зависимости. Эта пара противоположностей - от чрезмерного стремления к автономии до стремления к тотальной зависимости - может якобы находиться в структуре одной и той же личности; с одной стороны, это требование абсолютного господства пациента, а с другой стороны, полной готовности его к адаптации. В клиническом аспекте в связи с этим можно было бы рассмотреть ярко выраженные формы садизма и мазохизма.

В соответствии с принципом «относительная непредвиденность результатов собственного поведения» нужно учитывать, что степень этой непредвиденности естественно больше во множественной группе, чем в терапевтической диаде. Следовательно, речь идет о том, что необходимо уметь оценивать способность



осуществлять контроль над действительностью, способность превосходить результаты влияния своего поведения на поведение других, а также готовность рисковать и учитывать возникающую при этом неуверенность. Готовность к риску можно рассматривать как потребность заботиться о собственной безопасности. Если мы установим границы переносимости разочарования, ограничения уверенности, тогда оценка способности выстоять при столкновении с неожиданным также становится важной.

Наконец, в аспекте *«общественности или частности»*, имеющем большое значение для множественности, осуществляется проверка показаний к применению группового лечения; здесь нужно принимать во внимание переживание чувства стыда и вины пациентом и оценивать их значение для него (Palmovski, 1992; Seidler, 1993).

Здесь нужно учитывать и тяжелое патологическое переживание вины (страх разрушения с помощью архаического внутреннего надзирателя), а также переживание, возникающее под влиянием сверхстрогаго, непреклонного Суперэго пациента.

Если таким образом удастся выяснить, каковы показания к применению психоаналитической интерактивной групповой психотерапии касательно конкретного случая, тогда встает вопрос о том, каковы должны быть действия при проведении предварительной работы и в начале проведения запланированного лечения.

– 357 –

### **8.3. Цели психотерапии**

Как можно сформулировать цели психотерапии при таких нарушениях? Действия психотерапевта должны быть направлены здесь на восстановление организации Эго, а следовательно, на переход от существующих отношений к частям объекта к отношению к объекту как целому. Целью психотерапевта также является четкое отделение пациентом себя от объекта; устранение разделение объекта на «только плохую» и «только хорошую» части; а также дальнейшее развитие функций Эго, которые обычно не выполняются при патологии самости и построения внутренних объектов.

Конфигурация группы позволяет определенным способом приобщать или включать третье лицо. Нельзя допускать при развитии сильного страха в ситуации, где проявляется эдипов комплекс, чтобы пациент избегал опасности завладеть этим лицом насильно (инцест) или разрушить его (отцеубийство и матереубийство). При более сильных доэдипальных мечтах у пациента могут вообще не возникать такие переживания, что связано с наличием у него псевдодиадной фиксации. Особенно благоприятные условия для перехода от диадных отношений к триадным существуют в группе: в ней имеется возможность развить у пациента отношение к объекту как целому, а также сформировать дифференцированное, гибкое Суперэго и идентичность с четкой стабильной структурой.

Еще одна из целей этой психотерапии в том, чтобы дать возможность пациенту достичь или преодолеть уровень эдипова комплекса и, таким образом, разобраться в столкновении его эдиповых желаний и в проявлениях его эдипового соперничества. До сих пор пациенту не удавалось сделать это из-за того, что он испытывал тяжелое чувство страха и вины (страх наказания). Если воспользоваться советом Фрейда - при проведении психотерапии нужно отталкиваться от «психической поверхности», - тогда в нашем случае у пациента сначала необходимо сформировать умение строить отношения в диаде, так как именно эти отношения в значительной степени определяют поведение пациента не только в группе, но также вообще в социуме. Терапевт должен

осознавать, что при патологии диадных отношений речь идет о форме преодоления внутренней и внешней реальности. Он также должен понимать, каким образом это преодоление становится возможным в диаде для данного пациента при прохождении им травмирующей доэдиповой и/или эдиповой фазы, сопровождающейся регрессией. С помощью «ответного» вмешательства терапевта можно оказывать воздействие на искажение действительности, которое происходит в связи с этим преодолением. Если психотерапевт начинает корректировать имеющееся у пациента искажение действительности, тогда по этой причине у пациента возникает внутриличностный конфликт, происходящий из-за того, что не оправдываются ожидания

– 358 –

пациента в отношении (псевдо) диадных частей объекта, а также из-за переноса на терапевта замещающих образований<sup>4</sup>. Психосоциальный конфликт (разочарование в ожидаемом и агрессия, возникающая вследствие этого, обида и желание совершить возмездие) можно разрешить и проработать при помощи терапии. При этом важно отличать друг от друга неоправданные ожидания и месть в результате обиды.

#### **8. 4. Специфика образа действий психотерапевта при использовании психоаналитической интерактивной групповой психотерапии**

При психоаналитической интерактивной групповой психотерапии необходимо с определенной тщательностью и терпением определить показания к применению данного метода, а также совершенно необходимо учитывать мотивацию таких больных. При этом виде психотерапии речь идет о том, чтобы противостоять целенаправленному и потому наиболее сильному сопротивлению пациента, а именно сопротивлению против привлечения третьего лица. Так как в группе всегда предполагается наличие триадных отношений, то пациент, в случае если он соглашается на эту терапию, с самого начала и на всем ее протяжении вынужден сталкиваться с присутствием третьего лица, неприятного ему и к тому же вызывающего у него тревогу. Чтобы понять, можно ли все же использовать этот метод психотерапии для лечения конкретного пациента, необходимо при проведении предварительной беседы как можно точнее зафиксировать реакции пациента на такое предложение. Например, проследить, какую реакцию у него вызовет вопрос: Как вы предполагаете, смогли бы вы проходить терапию совместно с другим пациентом и со мной?

Из-за того, что существуют значительные трудности, которые такие пациенты испытывают относительно участия третьего лица на сеансе, и преодоление этих трудностей составляет существенную часть психотерапии, необходимо иметь наготове как к началу терапевтической сессии, так и в ходе ее проведения дополнительные предложения по оказанию помощи. Эта помощь может заключаться в проведении помимо групповой психотерапии еще и регулярных или же случайных индивидуальных сеансов с пациентом. Также психотерапевт может во время сеанса групповой психотерапии, на котором один из участников испытывает состояние дестабилизации, предложить ему провести в присутствии других членов группы индивидуальную беседу, предназначенную специально для данного случая.

---

<sup>4</sup> Замещающее образование - замещение вытесненного и, следовательно, бессознательного представления иным симптомом - ошибочным действием, оговоркой и т. п. (*Прим. перев.*)

Терапевт с помощью своего особенного отношения должен обеспечить отдельному члену группы такую ситуацию, чтобы пациент был способен к уважению, принятию и к присутствию других, то есть к достаточно либидозному приближению (к либидозно-агрессивному смешению влечений), которое возникает из-за соответствующих переживаний своей судьбы. Наличие такой установки означает ясное отстранение от партнеров по психотерапии и, следовательно, желание сохранять целостность и автономию. Терапевт также должен быть готов взять на себя удерживающую функцию (Winnicott, 1971b), следовательно, наблюдать и при необходимости активно охранять границы переносимости пациента. Терапевт должен содействовать пациенту таким образом, чтобы он умел избегать проявления враждебности. Из этого следует, что можно дифференцированно использовать основную установку на воздержание при проведении психоаналитической интерактивной терапии. При тщательном анализе контрпереноса нужно взвесить, должен ли психотерапевт, сознательно или подсознательно, брать на себя функцию регуляции (например, защита от раздражения, регуляция импульсов, освобождение Суперэго группы, части группы или пациента).

Что нужно учитывать при проведении диагностики перед применением психоаналитического интерактивного метода?

Чтобы разобраться в условиях группы с патологией Эго, имеющейся у отдельного пациента, структурными нарушениями, нужно прежде всего с помощью диагностики, определить преобладающие патологические объектные отношения, так как часть объектных отношений, возникающих на основе доминирующих переживаний, и связанные с этим ограничения накладывают отпечаток на отношения, которые складываются в группе. При патологии преобладающей части объектных отношений изменяется интерактивное поведение в группе. Психотерапевт может это обнаружить, если он с помощью диагностических средств фиксирует уровень имеющихся отношений, уровень очевидных действий, а также обращает внимание на то, как участники группы совместно устанавливают правила и нормы интерактивного поведения, как они оценивают свои межличностные отношения и как они определяют общую ситуацию, имеющуюся в группе.

Эти отдельные усилия по контролю организации Эго являются попыткой разобраться в многообразии возможных приемов интерактивного поведения и, следовательно, сократить «открытость» ситуации, а значит, и связанную с этим непредсказуемость. В то время как участники определяют ситуацию в группе и устанавливают нормы и правила интерактивного поведения, о коммуникативных явлениях скорее можно судить на основании преобладающих патологических объектных отношений и функций Эго, не выполняющихся полностью. Эти усилия, необходимые для адаптации, предпринимаются при вербальном взаимопонимании членов группы. Они направлены на проведение комплекс-

ной, герменевтической интерпретации (Heigl-Evers und Heigl, 1973; Heigl-Evers und Schulte-Herbrüggen, 1977; Heigl-Evers und Streeck, 1983, 1985; Streeck, 1980). Отдельные члены группы пытаются создавать и устанавливать межличностные взаимоотношения, которые представляют собой либо повторение его патологических внутренних объектных отношений, либо же компенсацию или другую их переработку.

Причем *фокус* при проведении диагностики направлен (так же как и при осуществлении терапевтического вмешательства при психоаналитической интерактивной групповой психотерапии) главным образом на определение того, какое значение имеют для пациента нерелефторные процессы «толкования» межличностных отношений в группе, такие, как выработка и внедрение норм. В связи с чем, соответственно, возникает вопрос о том, в каких отношениях находятся эти процессы с ограничениями функций Эго и с образцами отношений части к объекту?

Ситуацию, имеющуюся в группе пациентов с базальными и структурными нарушениями, особенно находящихся в начальной фазе развития болезни, можно охарактеризовать на основе предшествующей стадии формирования отношений. На этой стадии пациенты в промежуточной фазе болезни находятся между бессвязным множеством и группой со структурированными благодаря социально-динамическому распределению функций взаимоотношениями; для этой предшествующей образованию группы стадии (см. R. Schindler, 1957/58; Heigl-Evers, 1986a) типично то, что у участников группы существует взаимное отталкивание: каждый желает осуществлять регуляцию поведения по-своему и устанавливать таким образом власть над другими. Если человек молчит, что бывает в данном случае часто, то отталкивание им других прежде всего выражается мимически, а также с помощью позы и местоположения тела в пространстве. Люди не испытывают чувства общности, у них нет общих обстоятельств, которые могут привести к образованию группы и ее структурированию. Каждый является чужим каждому. Каждый считает другого противником или врагом. Пациенты остаются здесь в группе или, точнее сказать, в групповом пространстве только по той причине, что они, по меньшей мере, надеются, ожидают выздоровления, на основе этого может возникать чувство отнесенности и, следовательно, это лишь простая структура группы, обладающая определенной согласованностью. Это сохраняется, пока тот один, от которого все ожидают спасения, воспринимается как всемогущий; если же это более невозможно, тогда быстро возникает невыносимое чувство зависти и соперничества (см. Heigl-Evers und Ott, 1990).

В такой ситуации, как в групповом процессе в целом, становится трудно регулировать необходимую степень близости и дистанции. Установление близости и дистанции производится при помощи так называемого первичного аффекта (аффекта, регулирующего отношения), который обычно значительно

усиливается из-за необходимости совместной социальной жизни (см. Krause, 1990). На выражение этого аффекта, особенно на его мимические проявления, нужно специально обращать внимание; таким образом можно понять, какие силы притяжения и отталкивания действуют в группе. Содержательно при этом речь идет о групповых нормах, то есть о принципах поведения и запретах, накладываемых на поведение; в этих нормах зафиксировано, какое поведение приветствуется в группе, одобряется и какое поведение не одобряется и поэтому как нежелательное отклоняется.

Содержание этих зафиксированных норм в значительной степени определяется внутренней структурой, динамикой психических процессов и результатами социализации аффекта отдельного участника. Групповые нормы выполняют и другую функцию: они не позволяют превышать индивидуальные границы переносимости неудовольствия и тем самым помогают участникам оставаться в группе, с которой они связывают свои терапевтические ожидания. В случае, когда границы переносимости явно нарушаются, тогда происходит когезия, сцепление участников, которое может угрожать дальнейшему существованию группы и таким образом продолжению терапии

(см. Heigl-Evers und Heigl 1979f, g; Heigl-Evers, Henneberg-Moench, Odag und Standke, 1986, с. 167; Palmowski, 1992).

### 8.5. Терапевтическое обращение со структурой и процессом

При преобладании доэдиповых образцов объектных отношений и при одновременно ригидных, архаических, равно как и при неустойчивых нормах регуляции поведения, осложняющих неторопливый постепенный процесс «выторговывания» норм, в который втянуты различные индивидуумы, необходимо ориентироваться на то, что - и это, пожалуй, вначале звучит парадоксально - структуру группы изменить очень сложно, но одновременно с этим, если уж изменения совершаются, то они происходят очень быстро. Импульсивные желания и инстинктивные побуждения, неотложно требующие трансформации или удовлетворения, могут, если они недостаточно нейтрализуются, переполнять структуру группы и, следовательно, приводить к временному или даже долгосрочному нервному срыву. Это может повлечь за собой возникновение неуверенности в себе у членов группы или же импульсивные поступки, например такие, как уход с сеанса, отсутствие на нем и угрожающая другим деятельность.

Следовательно, групповой терапевт, работающий в рамках интерактивной терапии, ставит перед собой задачу стимулировать процессы, влекущие за собой изменения, и одновременно управлять ими. Мы хотим еще раз подчерк-

– 362 –

нуть, что важнейшей целью интерактивной терапии является перестройка *психической* структуры, которая испытывает или может испытывать дефицит. Итак, психотерапевт должен принимать во внимание, что структура психотерапевтической группы складывается постепенно и что в ней становится возможным развитие дифференцированных внутренних структур, а также усваивание образцов плодотворных отношений к объекту как к целому. Терапевт может регулировать процессы изменения с помощью норм, которые были установлены в терапевтической группе, причем он должен следить за тем, чтобы слишком быстро не возник вопрос о *ригидности этих норм* (во всяком случае, до тех пор, пока они служат защитой от прорыва импульсов). Он должен обращать внимание на дефициты, имеющиеся в структуре Эго и Суперэго и приводящие к использованию наблюдаемых образцов взаимодействия, и на то, что его вмешательство может дать толчок к развитию функций. Чтобы управлять процессом изменения, психотерапевт должен активно пытаться понять, каково же действие норм, регулирующих поведение, в том случае, когда в терапевтической группе нарушаются *границы переносимости и терпимости*. Он должен обращать внимание на деструктивные процессы, призывать членов группы к управлению импульсами и к их нейтрализации и тем самым стимулировать участников к усвоению образцов плодотворных отношений и взаимодействий.

Для осуществления *вмешательства* при применении психоаналитической интерактивной групповой психотерапии можно избрать один из трех уже названных путей: путь ответов; путь принятия вспомогательных функций Эго и вспомогательных функций Суперэго путь управления аффектами, которое осуществляется как с помощью идентификации, так и с помощью интерпретации контекста. Причем необходимо всегда принимать во внимание следующую терапевтическую цель: помочь отдельному пациенту с помощью групповых процессов освободиться от фиксаций на псевдодиадных отношениях, в результате чего пациент сможет допустить третье лицо

на терапевтический сеанс и воспринимать его суждения и, следовательно, будет способен строить отношения как в диаде, так и в триаде.

Чтобы эффективное вмешательство стало возможным, необходимо постоянно учитывать несколько условий, их нужно создавать и, если они имеются, поддерживать. Сюда относится, во-первых, охрана группы, поощрение сил сцепливания, действующих в группе. Также психотерапевт должен помнить о том, что процесс взаимодействия должен протекать непрерывно, что не следует допускать, например, продолжительного молчания, нужно активно стараться прервать его. Терапевт должен добиться того, чтобы сигналы невербальной коммуникации были понятны в разговоре для всех; он должен учитывать границы переносимости разочарования, обиды, унижения, а также интимной близости, и со своей стороны активно пытаться охранять их в том случае, когда они нарушены или могут быть нарушены (см. Heigl-Evers und Heigl, 1979f, g, 1991; Palmowski, 1992;

– 363 –

Seidler, 1993). Кроме того, здесь нужно указать, что психотерапевт в течение всего группового процесса должен казаться заинтересованным и способным оказывать влияние, динамичным и умеющим производить впечатление, однако ни в коем случае он не должен казаться способным к деструктивности. Он должен прилагать усилия еще и для того, чтобы следить за участниками и понимать движения, которые совершаются в процессе становления группы, и соответствующие изменения в структуре группы, которые происходят при переходе от псевдодиадных к триадным образцам взаимодействий.

Важно также, чтобы терапевт активно включался в процесс образования групповых норм, которые «выторговываются» участниками, предлагая со своей стороны альтернативные нормы, и стимулировать членов группы к тому, чтобы они принимали их; это можно осуществить тогда, когда терапевт воспринимается как вселяющий надежду и потому идеализируется. Таким образом, благодаря идентификации с терапевтом может происходить переход к интернализации<sup>5</sup> таких норм; в дальнейшем же должна произойти смена объекта идентификации.

## 8.6. Клинические примеры

Для иллюстрации вышеизложенного нам следует привести здесь три примера из психоаналитически-интерактивной групповой практики.

### *Пример первый*

На первом примере необходимо продемонстрировать, как протекает *процесс «выторговывания» норм*, описанный ранее (см. Heigl-Evers und Streeck, 1983, с. 15, 1985, с. 181).

Групповой сеанс начинает господин З. с замечания, что после последнего сеанса он еще раз обдумал, что такое доверять другим людям. Доверие - говорит господин К. - это готовность спонтанно людьми и без всяких отговорок раскрываться перед другими. Три следующих участника группы присоединились к нему с замечаниями, похожими по содержанию, которые можно свести к следующему: они - по их выражению - также охотно установили бы такие отношения, при которых они могли бы полностью доверяться другим. Эта тема уже неоднократно звучала на прошлом сеансе групповой терапии; кроме того, терапевту было известно из предшествующих групповой терапии диагностических бесед, что большинство пациентов имеют склонность раскрываться

перед другими, не задумываясь о последствиях, причем некоторые из них уже пострадали от этого.

---

<sup>5</sup> Интернализация - процесс, посредством которого объекты внешнего мира получают постоянное психическое представительство, то есть посредством которого восприятия превращаются в образы, формирующие часть нашего психического содержимого и его структуру. - (Прим перев.).

– 364 –

Три участника группы молчали, они вербально не участвовали и в прошлом сеансе; терапевт, конечно, заметил, что мимическое комментирование этими участниками происходящего, по-видимому, выражает скорее неодобрение, критику и неприятие суждений. Участники группы, следовательно, «проводили переговоры» о виде и способе, какими они хотят «раскрываться» друг перед другом и вместе, о том, насколько они предполагают доверять друг другу и насколько безоговорочно они позволят узнать друг друга. По-видимому, всегда образуется большинство, которое пытается внедрить в группу норму, согласно которой на терапевтическом сеансе нужно доверять друг другу безоговорочно, что означало бы отсутствие предвзятой оценки и критики другими. Примерно на этом месте терапевт вмешался, сказав:

«После того как я здесь осмотрюсь и представлюсь, я сразу же должен раскрыться беспрекословно, и при этом я ощущаю себя немного некомфортно, так как в этот момент я действительно не знаю, чего я могу ожидать от других».

Терапевт предположил, что доверие, требуемое от большинства в группе, должно быть нормативным требованием; оно должно быть безопасно, доверие предполагает существование у человека отношений к идеальным или идеализированным объектам. Тенденция к идеализации простых объектов на самом деле была обнаружена у нескольких членов группы; групповая норма соответствует, следовательно, как этим образцам отношений частей объекта, так и защитным мерам от идеализации простых объектов, и как будто бы также компенсирует связанное с этим невыполнение функций Эго таких, как восприятие и оценка. Эта норма такова: в этой группе господствует абсолютное доверие; поскольку в группу входят только достойные доверия люди, причин для недоверия нет! Цель терапевта - с помощью выражения собственных неприятных чувств ограничить действие этой нормы и обратить внимание членов группы на то, какие отношения действительно имеются в группе и как они расцениваются членами группы. Для достижения этого терапевт сообщает о собственном ответном чувстве, которое вызвано в данном случае молчанием отдельных членов группы, по их невербальным сигналам терапевт судит о наличии у них тенденции критически оценивать мнения других. Это подтвердилось позже, когда участник группы, который прежде выступал за открытость, обратился к одной из молчащих женщин, так как он, по его словам, очень хотел узнать у нее, что же она, собственно, думает о том - если она, конечно, слышала, - что обсуждалось в группе, и она ответила, что вообще не знала, что эта пустая болтовня, собственно, обязательна в группе.

Ситуация в терапевтической группе является потенциально «открытой», так как единственное правило, введенное психотерапевтом, гласит: в группе можно делать и говорить все, что угодно до тех пор, пока поступки не будут ограничены вербальными отзывами; таким образом, в группе возможно все.

– 365 –

В связи с этой «открытостью» группы ее участники определяют ситуацию и их взаимоотношения, договариваясь вербально и невербально о том, что должно происходить в конкретной ситуации и какие они желают установить отношения друг с другом.

Большая часть членов группы, следовательно, превращает временную регуляцию поведения в норму. Здесь царит абсолютное доверие! В связи с этим встает вопрос, почему же несколько членов группы не выполняют требования откровенности.

Таким образом, можно предположить, что норма «откровенность» согласуется с проницаемостью границ Я - Ты и образцами отношений частей объекта, находящихся в симбиозе, которые, в свою очередь, связаны с невыполнением функции оценки, поскольку в области таких объектных отношений любое недоверие было бы неуместно. Эта норма, заявленная таким образом, со своей стороны приводит в соответствие симбиотическое отношение частей объекта и недостаточное выполнение функции «оценка Я».

Руководствуясь возникшим у него ответным чувством, терапевт предлагает альтернативную норму, он обращает внимание участников на возможность понять ситуацию в группе иначе, чем раньше. При этом он специально указывает на ограниченность функции «оценка Я», которая соответствует преобладающим образцам объектных отношений и предложенной, групповой норме, после этого ему еще раз нужно обратить внимание на то, что участники группы, настроенные критически по отношению к этой норме, используют как раз эту функцию.

#### *Пример второй*

На этом примере необходимо продемонстрировать работу терапевта с пациентами при нарушении границ переносимости, в данном случае при возникновении невыносимого стыда (см. Heigl-Evers und Heigl, 1991).

Речь идет о группе пациентов с базальными нарушениями, которая демонстрируется в рамках программы по повышению квалификации врачей. В этой группе (в течение трех сеансов) 32-летняя пациентка трижды покидала пространство, где проводился сеанс терапии. Эта пациентка страдала от панического страха испытать позор (стыд), то есть от ощущения своего обесценивания при любом публичном выступлении перед группой. Психотерапевт берется разделить с пациенткой переживания ее судьбы, так как он при этой демонстрации также ощущает на себе критические пристальные взгляды 80 - 100 участников, он боится опозориться, но все же считает, что сможет справиться со случайным позором. В связи с этим приведем небольшую цитату из текста Томаса Элиотта: «You'll see that you'll survive humiliation and that will be an experience of incalculable value»<sup>6</sup>. Одновременно он размышляет над тем, а не

---

<sup>6</sup> «Ты видишь, это ты переживаешь унижение, и это имеет для твоего опыта огромную ценность» (англ.).

было бы полезно для этой пациентки, если бы она знала, что, покинув опять сеанс, она не сможет вернуться; он думает, что ей нужно помочь пережить это: нельзя убежать от стыда, так как очень вероятно, что он снова возникнет в опасной ситуации. Поэтому, когда она снова в очередной раз сигнализирует, что ей непременно нужно выйти, он говорит ей с заметным сочувствием следующее: «Если Вы не можете иначе, тогда Вы



можете спокойно уйти - я знаю такую тенденцию - только, если это как-либо возможно, просим Вас снова войти в наш круг».

До этого момента терапевт при взаимодействии с пациенткой переживал страх за нее и, значит, в конечном счете, за их взаимоотношения, что и побудило его предложить ей выйти из группы, но также потом дать ей возможность вернуться снова.

Это было сказано с сочувствием, а сочувствие возникает зачастую потому, что человек переживает часть участи другого. Из-за этого группового сеанса терапевт решил активно бороться с обесцениванием, которое нужно непременно принимать в расчет при работе с пациентами, имеющими тяжелые нарушения, и избавляться от него при помощи повышения самооценки, чтобы таким образом показать участникам группы, как можно поступать со страхом позора и страхом обесценивания.

Во время перерыва названная пациентка обратилась к руководителю группы вне помещения, где проводился сеанс, с тем, что она не может выступать именно из-за моментального возникновения у нее очень сильного страха. На что терапевт сказал, проявляя явное сочувствие: «Ах, мы попытаемся это сделать вместе. Я верю уже, что это произойдет... Если нет, тогда Вы можете в любом случае еще раз выйти и затем снова войти».

Здесь необходимо подчеркнуть, что на переживание сильного обесценивания в терапевтической группе, которое имеется у ее участника, можно оказывать терапевтическое влияние так, что обесценивание будет ослабляться и станет возможным проявление доверия (вначале очень осторожное), а также осмотнительное установление контактов.

Переживания обесценивания, вызванные чувством стыда, независимо от того, возникают ли они из других переживаний или изначально зарождаются в собственном внутреннем мире, толкают человека на то, чтобы прятаться, чтобы скрыться от других, чтобы избегать других и таким образом создавать дистанцию с ними. Такое дистанцирование, при котором не ощущается принадлежность к общности, чувствуется оторванность от других, может увеличивать переживание обесценивания, а также еще больше усиливать чувство стыда. Здесь в свою очередь терапевт должен обращать внимание на границы переносимости дистанции (чувство отверженности) так же, как и на границы переносимости близости. Чрезмерная же близость означает, что другие имеют воз-

– 367 –

можность тщательно рассмотреть тебя, вследствие этого обесценивание себя может еще больше усилиться; это происходит особенно в тех случаях, когда у человека слишком мала способность к произвольной самооценке.

#### *Пример третий*

В этом примере описаны изменения в структуре группы и в групповом процессе, вызванные ответным вмешательством терапевта (см. Heigl-Evers und Heigl, 1979f, с. 855).

Здесь речь идет о групповом сеансе с десятью пациентами, которые были помещены в один и тот же стационар в психотерапевтической клинике, это были пять женщин и пять мужчин с нарушениями структуры или основ диадных отношений.

Предыдущий сеанс показал, что члены группы сверхосторожно обходятся друг с другом и осмотнительно высказывают критику в адрес другого. Очевидно, что они придерживаются негласно принятой нормы, которую можно сформулировать приблизительно так: «ты должен вести себя с твоими товарищами по группе крайне

осторожно» или, используя отрицание: «ты не должен критиковать таких же пациентов, как ты!»

Вначале этого сеанса 40-летний пациент, который поступил сюда, чтобы избавиться от депрессивных настроений и алкогольной зависимости, сообщил о своем опыте общения с врачом, который вынудил этого пациента с помощью нелестных отзывов уволиться с работы. Пациент очень долго и развернуто с неодобрением рассказывал о том, каким образом он мог бы осуществить «справедливую месть» в отношении этого врача. Все другие члены группы присоединились к беседе на эту тему; причем в основном все задавались вопросом, нужно ли мстить тем людям, которые совершили несправедливость, или нужно мириться с несправедливостью и молча переносить ее?

Терапевт, который замечает в глазах нескольких участников группы призыв ответить на это высказывание, в связи с этим заявляет следующее: он признает, что уже испытывал такое чувство мести, но, в общем-то, он все же не одобряет такую тенденцию, так как она, по его мнению, в любом случае непродуктивна и приводит к циркуляции мести.

Не используя техник вмешательства, объясняющих явления с позиций психоанализа, терапевт дает оценку имеющемуся интерактивному процессу: в межличностном общении месть непродуктивна; тем самым он косвенно вводит соответствующую групповую норму, норму отказа от мести. Таким образом, он демонстрирует свою собственную ценностную ориентацию; он теперь воспринимается как личность.

Если бы речь шла об аналитической группе, тогда терапевт спросил бы, а не имеет ли он сам дела с несправедливостью и мстостью; он следил бы за тем, не происходит ли развитие соответствующего переноса, и обнаруживал бы его,

– 368 –

а также стремился бы объяснять относящиеся к этому фантазии участников группы в зависимости от протекания группового процесса и от их индивидуально-специфического участия в работе группы.

Члены же интерактивной группы беседуют в этом случае о том, как они испытывали на себе несправедливость, они сообщают о несправедливости, которая имела место вне ситуации группы. Возмущение, однако, накапливается и может обрушиться на людей, которые совершили несправедливость по отношению к одному или другому участнику. Каждый участник может привести примеры несправедливости.

Терапевт опять обращается к затронутой группой теме, так как считает, что должен внести свой вклад в разработку этой темы: на основании своего опыта он делает вывод о том, что нельзя прожить, не испытав на себе несправедливость, а также не совершив несправедливость.

Члены группы, однако, рассказывают в дальнейшем только о том, как испытывали на себе несправедливость со стороны других, и, следовательно, совершенно упускают из виду другой аспект, названный терапевтом: совершение несправедливости.

Терапевт делает вывод о наличии упущений в диагностической, то есть не сообщаемой участникам группы интерпретации: если участники группы прорабатывают только тему переживания несправедливости и игнорируют тему «совершения несправедливости», тогда именно последняя констелляция чувств должна определять актуальную интерактивную проблематику и эффективную регуляцию

поведения. Конечно, психотерапевт не сообщает об этой интерпретации, как он сделал бы в психоаналитической группе. Он говорит:

«Я удивляюсь, что здесь говорили только о том, что испытывали на себе несправедливость, и не говорили о том, что совершали несправедливость. Я сам сталкивался со вторым. Так, я недавно поднял на смех моего коллегу по конференции, и не без удовольствия. В самом деле, я находил забавным изящно скомпрометировать мужчину. Как я потом осознал, он даже не имел возможности защищаться, тогда мне стало как-то жаль его, и потом, наедине, я извинился перед ним за свое поведение».

Теперь группа приняла во внимание и эту тему. Сразу несколько пациентов заявили, что гораздо хуже все-таки совершить несправедливость самому, чем испытывать ее на себе. Кроме того, снова выделилось большинство, кто демонстративно обижался кем-то или критиковался кем-то, кто спешил на помощь или помогал другим. Это также касается совместного проживания в отделении больницы, как полагает один из участников:

«Если один в настоящее время нападает на другого по какому-нибудь вопросу и тем самым совершает несправедливость, тогда я соблюдаю спокойствие, я терпеливо сношу это, и я могу быть полностью уверен: другие помогут мне и объединятся против него».

– 369 –

Меньшинство, к которому также относился инициатор этого сеанса (40-летний пациент), защищает другую точку зрения. Если он, как офицер, по словам инициатора, при строевой подготовке настаивает на том, чтобы рядовые бросались на землю и при этом, возможно, даже посередине лужи, то для него это не является совершением несправедливости. Это, напротив, происходит в порядке вещей, так как вышеупомянутое лицо должно подготовить рядовых к любым неожиданностям. Почти все члены группы смеялись над этим; они подавали различные сигналы, свидетельствующие о том, что они слишком хорошо знакомы с таким способом очистки совести. Инициатор сеанса был, напротив, совершенно серьезен при изложении этого мнения: только однажды на его губах мелькнула невольная усмешка.

Терапевт начинает рассуждать, могут ли эти темы - переживание и совершение несправедливости - иметь что-либо общее с процессом общения участников друг с другом, как в группе, так и в больничном отделении. Он говорит об этом следующим образом:

«Я заметил, что вы в прошлый раз и сегодня общались друг с другом очень осторожно. Связно ли это с тем, что вы ни в коем случае не хотите совершить несправедливость?»

Почти все пациенты подтвердили это; они, в самом деле, очень, до ужаса боятся учинить несправедливость. Непосредственно вслед за этим они заговорили о регуляции поведения в группе и в отделении: лучше испытать на себе несправедливость, чем совершить несправедливость. Затем начался разговор о силе слабостей и об «иерархии» в группе и в отделении, о том, где именно слабость является силой. Один из участников сказал: «Нужно быть слабым, потому что тогда можно стать одним из большинства».

Процитированный выше отзыв психотерапевта призывает участников к тому, чтобы они поразмышляли о норме «лучше испытать на себе несправедливость, чем совершить несправедливость», косвенно защищаемой ими, и о ее влияние на всех. При таком вмешательстве речь идет не об интерпретации в смысле толкования неосознаваемого содержания сознания, полностью неизвестного пациенту, а, напротив, о ссылке на представление о поведении, желательном в группе и в отделении; это

представление до сих пор лишь наполовину осознавалось участниками и не рефлексировалось ими.

То, что члены наконец все-таки стали осознавать эффективность своей скрытой регуляции поведения, наверное, можно объяснить тем, что терапевт на своем примере демонстрирует, что может совершаться несправедливость; благодаря же тому, что человек испытал на себе несправедливость, возможно избавление от соответствующих отношений и противодействие негативной реакции. С помощью идентификации с поведением терапевта возможно изменение установки на неизбежность совершения несправедливости, а, следовательно, и на критику несправедливости в других.

– 370 –

## **9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В качестве резюме и заключения мы можем констатировать: двигаясь в русле дихотомической теории психической патологии, лежащей в основании видимых картин полностью и частично психически обусловленных болезненных состояний, мы описали следующее дифференциально-диагностическое разделение: мы различаем неврозы конфликта, связанные с отношениями к целостным объектам и триангулярной ориентацией, и структурные нарушения псевдодиадического, монадического типа, характеризующиеся отношениями к частичным объектам. Мы описали психоаналитические методы лечения, которые также определяются определенной бифуркацией. Речь идет о терапевтических приемах, которые ориентированы прежде всего на принцип интерпретации, и о приемах, руководствующихся преимущественно интеракциональным принципом ответа.

Основанием для такого разделения служит то обстоятельство, что интерпретация, чтобы быть действенной, должна иметь в своем распоряжении некий третий объект, некий референтный пункт вне изначальной диады, тогда как задача терапевтических приемов, осуществляющихся в соответствии с принципом ответа, состоит в том, чтобы дать возможность возникнуть этому - третьему - объекту, и, следовательно, в том, чтобы стимулировать способность к триангулярным отношениям (к целостным объектам).

Наряду с традиционными психоаналитическими методами нами обсужден модифицированный, основанный на глубинной психологии метод, направленный на те немногие тяжелые конфликтно-невротические нарушения, при которых оказывается возможным фокусирование и ограничение лечения одной целью.

Описанные нами методы применяются как в дуальных, так и в плюральных условиях.

### **9.1. Этика в психотерапии**

Изложение и обсуждение принципов ориентированной на психоанализ психотерапии следует заключить размышлениями о медицинской этике, о морали терапевтической деятельности применительно к психотерапии.

Вопросы, связанные с моралью и этикой терапевтической деятельности, вызывают у врачей и психологов, а также у терапевтов, пришедших к психотерапии иными путями, все больший интерес (Chasseguet-Smirgel, 1988; McDougall, 1988; Heigl-Evers und Heigl, 1989; Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1995; Kottje-Birnbacher und Birnbacher, 1996; Hutterer-Krisch, 1996). В обыденном языке понятия морали и этики равнозначны. Однако представляется целе-

сообразным их понятийно разграничить. Так, под *моралью* понимается совокупность моральных норм, ценностей и институтов, а под *этикой* - философская дисциплина, предметом которой являются вопросы морали, причем, например, речь может идти о том, существует ли какой-нибудь всеобщий критерий правильного с точки зрения морали поведения (Patzig, 1993). В психотерапии морально-этическая тематика привлекла особое внимание специалистов благодаря тому, что известны достаточно многочисленные случаи сексуальных злоупотреблений в отношении пациенток и пациентов, имевшие место в процессе терапии (Becker-Fischer und Fischer, 1995).

Для соматической медицины актуальны такие темы, как опыты на людях, животных и медицинская этика, оценка врачебных действий в соответствии с некими идеальными образцами, которую наряду со специалистами все больше дают также и философы и, конечно, пациенты как адресаты терапевтической помощи.

Соматическая медицина - это, как правило, медицина действия в узком смысле этого слова, которая сегодня больше чем когда-либо должна ориентироваться на эффективность, причем эффективность означает устранение или замену патологически измененных структур, воздействие на патологически измененные функции в направлении нормы здорового человека, в процессе которого заменяются понесшие наибольший ущерб собственные телесные субстанции больного. В психотерапии как преимущественно вербальной терапии речь идет либо о воздействии на эмоциональные и поведенческие структуры, которые подвергаются давлению со стороны внутренних, недоступных сознанию конфликтных напряжений и стабилизируются посредством образования симптомов, либо о внутренних и межличностных несоответствиях, которые посредством установления конфликтных напряжений не могут быть приведены к компромиссной проработке, в том числе и в форме вышеуказанных симптомов; напротив, они существенно затрудняют необходимую адаптацию к внутренней и внешней реальности. Здесь также речь идет о воздействии на определенные структуры и об уменьшении патологических ограничений, а в первую очередь о повышении эффективности синтетически-интегративных действий Эго и в особенности об изменении объектных отношений, достигаемом посредством устранения искажений, являющихся результатом переноса, а также посредством введения «третьего объекта», и о признании в процессе коммуникации инаковости, непохожести другого. Здесь можно привести определение психотерапии, сформулированное в 1975 году Штротцкой:

«Психотерапия - это сознательный и целенаправленный процесс воздействия на нарушения в поведении и болезненные состояния, которые в результате общего согласия (по возможности между пациентом, терапевтом и референтной группой) признаются требующими лечения; этот процесс осуществляется при помощи психологических

средств (посредством коммуникации), в большинстве случаев вербально, но также и невербально; психотерапевтическое лечение направлено на определенную, по возможности совместно выработанную цель (минимализация симптомов и/или структурное изменение личности) и проводится на основе теории нормального и патологического поведения при помощи техник, которые можно освоить в процессе обучения. Как правило, для занятия

психотерапией необходима сильная эмоциональная привязанность» (Strotzka, 1975).

Кроме того, в современной психотерапии существенно повысились требования к контролю за эффективностью, к проверке качества терапии. Как в медицине действия, так и в вербальной медицине возникают вопросы: как происходит оценка терапевтической компетентности самими ее носителями и как она контролируется? Затем, как эта компетентность согласовывается с обязательными для каждого отдельного терапевта ценностями и нормами? Какое влияние на свои обусловленные стремлением к эффективности профессиональные действия допускает врач или психотерапевт со стороны тех норм и ценностей, которые приобрели характер всеобщей обязательности для рационально обоснованной медицины?

Прежде всего следует рассмотреть последний из этих вопросов: вопрос об ориентации на общеобязательные морально-этические критерии. В качестве общезначимых, ведущих аспектов обсуждения моральных проблем врачебной деятельности как в области медицины действия, так и в области вербальной (ориентированной на личную поддержку) медицины Бошан и Чилдресс предлагают следующие (Beauchamp and Childress, 1983):

1. Уважение к автономии человека (*informed consent\**),
2. Требование исключения нанесения вреда (*primum non nocere\*\**),
3. Обязательный характер помощи (в том числе и в смысле патернализма),
4. Принцип справедливости (распределение ресурсов, микро- и макроэтика).

Эти принципы в некоторых конкретных случаях могут вступать в конфликт друг с другом, что, как пишет Патциг (Patzig, 1994), приводит к необходимости принятия взвешенного решения об их большей или меньшей важности. Он поясняет свою мысль, утверждая, что врач должен постоянно сдерживать определенное напряжение в своей деятельности и примирять противоречия:

- между автономией пациента и его благом (например, если член религиозной секты, скажем, свидетелей Иеговы, отказывается от необходимого для спасения его жизни переливания крови);
- между сохранением жизни и сохранением человеческого достоинства (например, тогда, когда речь идет о реанимации человека, который по достоверным сведениям предпринял тщательно обдуманную попытку самоубийства);

---

\* Согласие на основе осведомленности (*англ.*).

\*\* Прежде всего не вредить (*лат.*).

• между обязанностью быть откровенным и обязанностью заботиться о больном (например, когда речь идет об объяснениях по поводу заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом);

• между микроэтическими и макроэтическими аспектами его решения (например, при ведении листа ожидания на трансплантацию органов или операции на открытом сердце). По каким критериям здесь должны устанавливаться приоритеты?

Жизнь врача (и это имеет значение и для психотерапевта) состоит из цепи взвешенных решений, как клинического, так и морально-этического характера. Существуют четкие рекомендации, которыми следует руководствоваться, однако они не могут охватить отдельный случай во всей его полноте; именно отдельный случай часто требует долгих раздумий и выбора между технико-терапевтическими

директивами и этическими принципами (Patzig, 1994). Все эти проблемы позволяют понять, почему дискуссия о морально-этических аспектах медицины стала столь оживленной.

Для психотерапии имеет важное значение принцип *informed consent*, из которого следует, что психогенез обсуждается с пациентом таким образом, чтобы был достигнут достаточный уровень согласия. Здесь в процессе выполнения обязанности врача объяснять пациенту суть его заболевания могут возникнуть трудности. Конечно, есть пациенты, которые попадают к терапевту с уже развитым пониманием природы своей болезни. Однако, по-видимому, куда более распространен случай, когда такого понимания нет или оно является недостаточным, чтобы психотерапия стала своего рода *ultima ratio*\*, конечным пунктом тягостного крестного пути карьеры пациента, который привел к разочарованию во врачах, но не дал ему понимания взаимосвязей его собственной болезни, как это бывает, например, у многих пациентов с тяжелыми болями. Или бывает так, что пациент, следуя своей субъективной теории болезни, чтобы не подвергать опасности вытекающие из нее «стратегии» преодоления внешних и внутренних угроз, переносит причины своих нарушений во внешний мир, вырывает их из субъективного организмического и сугубо психического внутреннего мира и относит их к «миру объектов». В таких случаях довольно часто происходит так, что репрезентации этого мира социальных отношений пациента, партнеры или партнерши или прочие родственники, рекомендуют ему, пусть и ради облегчения своего собственного положения, обратиться к психотерапевту, даже если он сам с неохотой, *à contresoeur*, вступает на этот путь. Также вовсе не редки настоятельные инициативы со стороны коллег; представляющих другие дисциплины и получивших ранее необходимые психотерапевтические консультации; они чувствуют, что не могут помочь пациенту, и по этой причине или же для облегчения собственного положения способствуют уста-

---

\* Последний довод (лат.).

новлению контактов с психотерапией. Понимание сути болезни в таких случаях, как правило, минимально. Однако, по нашему мнению, основополагающая этическая установка вышеназванных англосаксонских авторов совершенно четко предопределяет выбор образа действий: представляется, что невозможно морально-этически обосновать обращение к психотерапии, прежде чем у пациента не будет развита являющаяся результатом понимания природы болезни мотивация к лечению, мотивация к терапевтической кооперации. Это необходимо и в тех случаях, когда пациент видит причину своей болезни в социальных условиях (например, в безработице) и когда он подозревает, что причина заключается в так называемом «окружении» («mobbing»), которое он вынужден выносить на своем рабочем месте. Показания к применению психотерапии и тем самым обоснованность принятия на себя ответственности должны быть четко установлены. Впрочем, недостаточная ясность в этих вопросах не только была бы недопустима с морально-этической точки зрения, ибо в таком случае не будет соблюдено право пациента на самоопределение, но и в прогностическом отношении затрудняла бы достижение сколько-нибудь значительных успехов; ибо как при лечении полностью или частично психически обусловленных нарушений или болезней может быть достигнут достаточно стабильный терапевтический результат, если оба партнера по психотерапевтической кооперации не направляют свое внимание на взаимосвязи в

возникновении симптомов и синдромов? Здесь сходятся основное технико-терапевтическое направление и этический принцип. Ориентированная на психоанализ психотерапия видит свою цель среди прочего и в постоянном расширении автономии пациента; но ведь обсуждаемые здесь морально-этические требования к терапевтической деятельности направлены на уважение именно этой автономии!<sup>7</sup> Кроме того, при использовании интеракционно-психоаналитического метода особенно необходима основополагающая терапевтическая установка, которая включает в себя уважение к судьбе пациента, к его структурам и к связанному с ними способу освоения мира.

В таких случаях, чтобы достичь цели informed consent, начало терапии в узком смысле слова следует предварить фазой обсуждения тематики, связанной с пониманием природы болезни. Такое понимание является предпосылкой появления мотивации к терапии, а следовательно, и «informed consent». Для того, чтобы это понимание было достигнуто без ущерба для первоочередной

---

<sup>7</sup> В том случае если сразу не удастся достичь понимания пациентом природы его болезни (в смысле признания психогенеза), как это очень часто бывает у психосоматических больных, рекомендуется следующий компромиссный прием (компромисс как результат взвешенного решения): пациенту можно предложить принять участие в аналитически ориентированной групповой терапии, чтобы в ее процессе выяснить, подтверждается ли его тезис (болезнь никак не обусловлена психически) или же находит подтверждение диагностическое предположение терапевта, что такую обусловленность или частичную обусловленность все же следует принять во внимание.

цели, а именно мотивации к лечению, обеим сторонам необходимо терпение. Это имеет особенное значение для больных с базальными или структурными нарушениями. Принадлежащие к этой группе пациенты - чаще, чем больные с невротами конфликта, - чувствуют, что внешние объекты, определенные лица или всеобщие отношения, например все общество в целом, вредят им или делают их больными. Такая экстернализация причины вреда и вины часто служит затем важным внутренним и межличностным защитным регуляциям пациента; последние представляют собой часть проработки патогенных напряжений и несовместимостей и в той мере, в какой они осознаются, переживаются пациентом как настроенные в тон его Эго, а следовательно, в согласовании с его собственным Эго, как более не представляющие специального интереса данности.

Уважение к автономии пациента предполагает следующее: пациент должен быть подробно проинформирован о поставленном ему диагнозе, включая прогноз, о терапевтическом плане и получать соответствующие консультации в психоаналитически ориентированной психотерапии этому способствует то, что при ее использовании (и по возможности при терапевтическом уходе вообще) диагноз и прогноз вырабатываются отчасти совместно, содействуя тем самым тому, что в этой области устанавливаются своего рода партнерские отношения. Сотрудничество приобретает здесь особенную важность, ибо предметом диагностики и терапии в данном случае является личность пациента, ее переживания, ее поведение в самом широком смысле. Поскольку, чтобы действия терапевта были эффективными, психологический диагноз должен быть понят и принят пациентом, уже на предварительной стадии необходимо предпринимать терпеливые усилия по достижению вышеназванной кооперации. При этом также следует принимать во внимание то, что понимание природы болезни пациентом и терапевтом может быть



совершенно различным; терапевт в каждом случае должен относиться к этому с уважением, не отказываясь при этом от своей позиции. Это понимание природы болезни, субъективное понимание пациента также является в аналитически ориентированной психотерапии предметом прояснения и терапевтической обработки.

Кроме того, пациента необходимо информировать как о риске, который сопровождает процесс целенаправленной терапии, так и о возможных ограничениях и трудностях. Здесь также необходимо просвещение пациента, способствующее принятию им решения. К этим рискам относится, во-первых, преждевременное прекращение лечения, вызываемое тяжелым разочарованием и вследствие этого связанное с опасностью отказа от самой возможности психотерапевтического лечения. Другой риск заключается в изменении установок, влияющих на перемены в жизненных планах как в профессиональной области, так и в сфере личных связей. К таким связям, ставящимся в процессе психоаналитического лечения под вопрос, могут относиться и связи с духовно-ду-

– 376 –

шевной общностью, например с каким-либо религиозным институтом. Если бы, скажем, какому-нибудь священнику советом его церкви, аббатом или приором был предоставлен отпуск для того, чтобы он изучал в университете психологию и закончил при этом курс психоанализа, то это дало бы ему возможность указать этим ответственным лицам на то, что тем самым мог быть дан старт определенному процессу, который побудил его к разрыву с конгрегацией. Подобные риски могут возникнуть в отношении тесных личных связей, например брака. Пример: тяжелобольная в невротическом отношении пациентка, симптомы которой сильно стесняли не только ее саму, но и ее мужа и ее семью, явным образом избегала того, чтобы в процессе психоаналитической работы темой рассмотрения становились ее брак, личность ее мужа, ее отношение к нему, тогда как во всем остальном она с большим усердием старалась следовать основному правилу психоанализа, правилу свободной ассоциации. Когда в процессе терапии на это было обращено ее внимание, она настойчиво утверждала, что эти темы не подлежат анализу. Стало ясно, что она не только ни за что не хочет дестабилизировать свой брак критическим рассмотрением, но и вообще даже просто разговаривать о нем. Когда терапевт спросила ее, что бы она предпочла, если бы у нее был выбор между двумя возможностями, возможностью откровенно говорить о браке и муже и таким образом, быть может, найти путь к улучшению или даже избавлению от своих симптомов, и возможностью и далее не затрагивать эти темы и сохранять в силе психически обусловленные симптомы, она после короткого размышления объявила, что тогда она в любом случае выбрала бы вторую альтернативу. После этого терапевт выразила мнение, что при таких предпосылках дальнейшее проведение психоаналитической терапии не имеет никакого смысла и что следует подумать, не лучше ли в таком случае закончить лечение. На следующем терапевтическом сеансе у обоих партнеров по терапевтической кооперации возникла одна и та же мысль, а именно, что муж мог бы включиться в процесс лечения, если бы он был сначала приглашен для разговора с глазу на глаз с терапевтом, и что результатом этого могло бы стать дальнейшее лечение. Так и было сделано, причем внешне супруг был настроен скептически по отношению к психоанализу. Все же в дополнение к продолжавшемуся индивидуальному анализу был проведен курс супружеской терапии. После этого была достигнута договоренность о комбинации индивидуальной терапии и группового лечения, которая в конечном счете привела к весьма удовлетворительным результатам.

Пациенту следует указать на то, что благодаря более основательному психоанализу могут быть достигнуты внутренние изменения, оказывающие соответствующее влияние на психосоциальную и социальную реальность; эти изменения труднопредсказуемы, и поэтому настоятельно рекомендуется принимать важные для жизни решения лишь после того, как они основательно проработаны в ходе лечения. Следует также указать на риск внезапного прекраще-

– 377 –

ния лечения, затем на кратковременную или более продолжительную интенсификацию симптомов, а также на чередование симптомов и на появление до сих пор не проявлявшихся симптомов.

К врачебному, а тем самым и к психотерапевтическому поведению, которое соответствует действительным морально-этическим нормам «informed consent», относится также и опирающееся на дифференциальные показания обоснование терапевтом предлагаемых им приемов, отличающихся от других существующих терапевтических методов; при этом не имеет значения, владеет ли ими и может их применить сам терапевт или же для того, чтобы прибегнуть к ним, он должен сделать предложение о подключении к работе коллеги или направить пациента к нему как к более компетентному в данной области специалисту. Для этого терапевту необходимо принять взвешенное решение, о котором он должен информировать пациента; решение относительно обстановки (индивидуальная терапия, групповая терапия, семейная терапия, амбулаторное лечение, лечение в полностью или частично стационарных условиях), решение относительно среды, содействующей терапии (доминирующий в общем и целом язык, применяемый согласно определенным правилам, содействие связанных с языком действий, как это происходит в психодраме, среда телесного переживания, музыки, творческой экспрессии). Решения должны быть приняты также относительно методического направления и связанной с ним теоретической ориентацией на то или иное учение о природе болезни и на тот или иной вид терапии (ориентация на психоанализ, на теорию учения, на системную теорию).

Вторым императивом, которому, согласно Бошану и Чилдрессу, должна следовать врачебная и соответственно терапевтическая деятельность, является требование *исключения любого вреда* (*primum non nocere*). Принцип, заключающийся в том, что пациенту следует помогать, а не вредить ему, сформулирован уже в даваемой каждым врачом клятве Гиппократата, причем «помощь» и «ненанесение вреда» первоначально рассматривались как равноправные обязанности врача и лишь позднее был установлен приоритет исключения вреда (Patzig, 1994). Фактически в корпусе Гиппократата невозможно обнаружить непосредственных указаний на приоритет исключения вреда, и, возможно, он основывается на не совсем точном переводе одного пассажа в одном из текстов этого корпуса (Beauchamp and Childress 1983, с. 106). Бошан и Чилдресс склонны различать императивы исключения вреда и оказания помощи, утверждая приоритет «Primum non nocere».

На первый взгляд может показаться, что императив исключения нанесения вреда имеет для психотерапии меньшее значение, чем, например, для оперативных медицинских специальностей, для по необходимости вторгающейся в организм и манипулирующей им медицины со всеми ее рисками, что вмешательство, осуществляющееся посредством языка, о котором, как правило, идет речь в психотерапии, менее опасно для пациента. Так ли это на самом деле? Вред, который

– 378 –

может причинить терапевт, возможно, менее бросается в глаза, менее заметен как пациенту, так и терапевту, чем последствия ошибки или неосторожности в соматической медицине. Возможно, вред, наносимый пациенту дефектами медицинского технического оборудования или оперирующим хирургом, ослабившим внимание вследствие переутомления, более очевиден. Однако соответствующие феномены, пусть и намного менее яркие по формам своего проявления, почему их намного легче не замечать, а при случае и отвергать, существуют и в «разговорной» терапии, в психотерапии. Кроме того, при планировании терапевтического процесса, все равно соматического или психотерапевтического рода, следует указать пациенту на то, что даже при самом лучшем лечении ему может быть причинен вред, предвидеть который невозможно.

К наиболее распространенным недостаткам терапевтической техники относится неуважение к определенным границам толерантности пациента, границам индивидуальной терпимости к страху, стыду, вине, близости и дистанции. Такое неуважение может быть результатом конфликта между следующими тенденциями: потребностью - часто нарциссически окрашенной - в достижении быстрого и основательного терапевтического воздействия и требованием уважать внутренние структуры пациента и прежде всего развивающееся у него в процессе терапии как выражение его отношения к миру и самоутверждения сопротивление, являющееся, кроме того, также и важным регулятором в процессе компенсации напряжения. Так, одна пациентка, страдавшая тяжелыми базальными нарушениями, раз за разом прерывала стационарное лечение в авторитетных психосоматических клиниках, потому что связанная с пребыванием в клинике тесная пространственная и межличностная близость с другими людьми была для нее чрезмерной; противостоять этому она могла, только отказавшись от терапии, предписанной ей лечебным планом. Если ее терапевт реагировал на это при помощи критически окрашенных увещаний и настоятельных требований в каждом случае тщательно соблюдать терапевтические предписания, она пыталась сначала объяснить ему проблему своей нетерпимости к близости других людей. Если она чувствовала, что ее не понимают, она, стремясь защитить себя, спешно покидала клинику. В этом случае следует говорить о некорректном применении техники работы с терпимостью или нетерпимостью к близости других людей; вред, ставший результатом этого применения и состоящий в прекращении лечения и соответствующем разочаровании пациентки в терапии, не был заранее предусмотрен. Кроме того, следует отметить, что в этом случае не были продуманы дифференциальные показания для рамочных условий применения терапии, для соответствующей обстановки. Очевидно, что для этой пациентки стационарная терапия представляла собой слишком высокую нагрузку в том, что касается ее адаптации к близости других людей. Следовало бы обсудить с ней перспективу частично-стационарного (пребывание в клинике в течение одного дня) лечения.

Нередко в силу склонности к переоценке своей компетентности, усиленной наблюдающейся у пациента тенденцией к его идеализации, психотерапевт не использует возможность привлечения к лечению других специалистов, например, не подключает к процессу лечения пациента с депрессивными нарушениями психиатра, использующего в лечении фармацевтические средства; или же терапевт недооценивает значение соматического заболевания, которое подозревается у пациента, и, стремясь защититься от душевной травмы, от зачастую обидной в таких случаях мысли, что он

нуждается в коллегиальной помощи, отказывается от необходимой для прояснения дифференциального диагноза консультативной поддержки со стороны кого-нибудь из своих коллег. В этом случае речь идет об объективной необходимости и одновременно о моральном императиве, собственном инструментарии терапевта, который, чтобы избежать вреда, следует содержать в исправном состоянии, например поддерживая на достаточном уровне собственную терпимость к душевным травмам. В этой связи необходимо вспомнить также и о показаниях к смене обстановки, например на основании сильной склонности к самоубийству. Переоценка терапевтом собственной компетентности может сыграть свою роль также и в таких случаях, как и при ответе на вопрос, который в конечном счете решается психиатрическими институтами: в каких условиях, открытых или закрытых, следует осуществлять уход за тем или иным пациентом. Кроме того, здесь необходимо помнить и об опасности для третьих лиц.

Принцип исключения вреда включает в себя также и необходимость постоянно иметь в виду то, как психотерапия может влиять на близких пациента, в особенности на его партнера и детей. В таких ситуациях включение в терапевтический процесс важных референтных персон следовало бы очень тщательно обдумывать, причем не только ввиду угрожающей им опасности, а прежде всего в интересах пациента, которому в таких обстоятельствах также может угрожать опасность.

В этой связи необходимо подумать о том, какое воздействие психотерапия может оказать и на того, кто ее проводит. Хайгл и Ибенталь писали по этому поводу:

*«В области инструментальной медицины является само собой разумеющимся, что для того, чтобы избежать нанесения больному какого-либо вреда, инструменты, приборы и аппараты содержатся в надлежащем порядке. Точно так же и в психологической медицине должно быть столь же очевидным то, что для того, чтобы сохранялась и повышалась терапевтическая компетентность психотерапевта, его «психический аппарат» также должен содержаться в полном порядке. Этому служат специальное и дополнительное обучение, особый контроль и надзор, но не часто приходилось слышать или читать о самоанализе как о средстве такого психического ухода» (Heigl und Ibenthal, 1984, с. 87).*

– 380 –

В этом смысле интересам пациента и собственным интересам психотерапевта весьма способствовало бы, если бы последний после каждого лечебного сеанса самокритично спрашивал себя, что он мог пропустить, упустил или просто неправильно сделал и как предположительно это повлияет на пациента и на дальнейший ход терапии. В психотерапии, причем именно аналитически ориентированной, осуществлять подобный регулярный критический самоконтроль зачастую нелегко. Многие пациенты склонны идеализировать своего терапевта (в начальной фазе психоанализа это происходит регулярно) и тем самым, возможно, содействовать ослаблению его способности к критическому отношению к самому себе. Кроме того, эти пациенты могут стремиться к некоему «бесконечному анализу» лишь для того чтобы им совсем не нужно было думать об отрыве от диады, которую они воспринимают как идеальную. Как правило, такие пациенты также не особенно стимулируют самокритику терапевта. С тех пор как так называемый контрперенос терапевта стал определяться как его перенос, который охватывает целостность бессознательных реакций аналитика на личность анализируемого и в особенности именно на его перенос (Laplanche und Portalis 1972, с. 164), терапевту необходимо

регулярное осмысление этих феноменов и своего рода самоаналитический «уход» за собственными внутренними структурами: выполнение этих условий соответствует долгу терапевта заботиться о пациенте и способствует исключению нанесения ему вреда. Это показано в особенности в том случае, если в связи с лечением какого-нибудь пациента у терапевта появляются такие микросимптомы, как сонливость, головные боли, депрессивное или мрачное настроение и т. д. (Hartkamp und Heigl-Evers, 1995).

Соблюдение сроков лечения после того, как процесс терапии уже начат, также иногда может осуществляться небрежно, что ведет к вредным последствиям для пациента. Терапевт проявляет небрежность, когда не думает о том, что время для пациента всегда означает ограничение: ограничение его ожиданий, возможностей и в конечном счете жизни вообще. Именно при психоаналитически ориентированном терапевтическом процессе существует опасность, что пациент, и не только он, но и терапевт, придадут недостаточное значение фактору «исчезающего» времени, поскольку в работающей с временной стимуляцией регрессии терапии всегда доминируют первичные процессы, ослабляющие сознание исчезновения времени, присущее его реалистичному переживанию. Как известно, Фрейд говорил по этому поводу, что в области действия первичного процесса господствует безвременность (Freud, CC XV, с. 80, 1933). Кроме того, естественно существует страх перед разлукой, разлукой и новым началом, которые могут (как для пациента, так и для терапевта) служить мотивацией к тому, чтобы - принося вред пациенту - отрицать реальность фактора времени.

– 381 –

Следует отметить, что и в области, использующей специальные методические приемы вербальной терапии, могут встречаться такие проявления поведения терапевта, которые однозначно вредят пациенту и также должны рассматриваться как ошибки и небрежность. Речь идет о случаях сексуальных злоупотреблений в процессе психотерапии, сообщения о которых постоянно появляются в литературе (Becker-Fischer und Fischer, 1995; Hirsch, 1993; Krutzenbichler, 1993; 1997; Krutzenbichler und Esser; 1991). При этом речь идет об активных попытках оболъщения, которые в некоторых случаях могут инициироваться пациентом или пациенткой, на что терапевт, будь то мужчина или женщина, реагирует не так, как ему предписывает используемый им метод, а активно способствуя удовлетворению собственных потребностей и желаний. В каждом таком случае не соблюдаются две основополагающие установки психоаналитической психотерапии, а именно *воздержание* и *нейтральность*. Обе эти установки, в особенности воздержание, ориентируются непосредственно на императив исключения нанесения вреда, на *nil posere\**, так что и с этой точки зрения удовлетворение импульсивных желаний как пациента, так и терапевта представляет собой ошибку. Кроме того, такое поведение, особенно при наличии патогенетических травматических факторов, может приводить к ретравматизации со всеми соответствующими вредными для пациента последствиями (Becker-Fischer, 1995; Fischer und Fischer-Becker, 1997). Если в процессе терапии у обоих участников возникает сильное и устойчивое эмоциональное влечение друг к другу, связанное с перспективой длительных и прочных отношений, то такую ситуацию следует обсудить, а терапию прекратить, поскольку предпосылок для ее проведения более не существует. Затем, по окончании согласованной фазы некоторого ожидания, бывшие участники терапевтического процесса могут реализовать свои желания.

В соответствии с идущей от Гиппократов традицией врачи в равной степени должны как оказывать своим пациентам помощь, так и пытаться уберечь их от какого-

либо вреда; одним из важнейших мотивов биомедицинских исследований является то, что они ведут к улучшению самочувствия большего количества людей, к здоровью во всем обществе (как, например, при прививках желтой лихорадки и коревой оспы) (Beauchamp and Childress, 1983, с. 149). Согласно имеющимся эпидемиологическим данным по психически обусловленным заболеваниям (см. Schepank, 1987, 1990; Reister et al., 1989), задачей психотерапии также должно стать снижение явно растущего количества больных, страдающих психически обусловленными нарушениями, осуществляемое посредством превентивных мер, ранней диагностики и своевременного лечения.

*Принцип обязательности помощи* также ставит психотерапевта перед специфическими проблемами. Требуется, чтобы предлагаемая им помощь разворачивалась в направлении кооперации, чтобы пациент не оставался пассивным

---

\* Ни коим образом не навредить (*лат.*).

– 382 –

и зависимым реципиентом помощи, к чему он часто склоняется в начале терапевтического процесса. В этом смысле помощь заключается, как правило, в снижении иррациональной потребности в помощи. Для помощи, заключающейся в повышении способности к самопомощи, которая связана с действиями, следующими как технико-терапевтическим, так и морально-этическим руководящими установлениям, важную роль играют концепции рабочего союза (Greenson, 1973) или - в групповой терапии - рабочих отношений (König, 1974), а также терапевтическое расщепление Эго (Sterba, 1934).

Обязанность оказывать помощь, а при известных обстоятельствах и в патерналистских формах, оборачивается для психотерапевта своей самой неожиданной стороной при лечении пациентов с склонностью к саморазрушающим действиям (порезам и пр.). В таких случаях речь идет о том, чтобы оказывать медицинскую помощь посредством активных действий, например связывая раненого и т. д., патерналистская форма оказания помощи выглядит морально обоснованной в тех случаях, когда пациент имеет склонность так или иначе наносить вред самому себе и не готов или не в состоянии занять такую позицию, которая предоставила бы ему самому достаточную защиту. В таких ситуациях терапевт должен вновь и вновь принимать взвешенные решения, выбирая между обязанностью оберегать пациента от всяческого вреда, периодически беря на себя ответственность, и уважением к его автономии.

Даже если проходящий психотерапевтическое лечение пациент из-за актуальной опасности самоубийства должен быть помещен в закрытое отделение, ему должно быть разъяснено, что это также является актом оказания помощи. Ему следует кратко объяснить, что, совершая самоубийство, он намеревается осуществить и при известных условиях осуществит радикальное прекращение всех отношений, что теперь терапевт *обязан заботиться* о нем, для чего для него необходимо создать безопасную ситуацию, от которой он, однако, сможет впоследствии отказаться, если того захочет. Терапевт должен пообещать пациенту, что он будет посещать его в закрытом отделении, чтобы они всегда могли продолжить временно прерванную беседу.

Выше уже упоминалось о том, что обязанность исключать нанесение вреда и обязанность оказывать помощь могут частично пересекаться. В этой связи следует указать на то, что в психотерапии оказание помощи направлено не только на

ослабление или ликвидацию определенных нарушений и симптомов, но и на целостность жизненной ситуации пациента. Речь идет о том, чтобы поддерживать пациента во всей целостности его ситуации, содействовать максимальному прогрессу его развития, способствовать сохранению и реализации находящихся в его распоряжении ресурсов (Fürstenau, 1992; Sachsse, 1996). Чрезмерная концентрация на терапевтической ситуации в узком смысле, например, на диаде индивидуального анализа, приводящая к тому, что окружение пациента и его будущее выпадают из поля зрения, может оказаться в данной области не слишком эффективной.

– 383 –

Оказание помощи подразумевает, что психотерапевт должен не только информировать пациента о спектре имеющихся в наличии способах оказания помощи (методы различных школ, комбинации методов, институциональные условия, различная обстановка), но и при соответствующих дифференциальных показаниях делать доступными для него эти возможности, даже если они находятся вне области его компетенции и он должен направить пациента к какому-либо из своих коллег или передать его другим институтам. Выше эта проблема уже освещалась в связи с руководящим принципом «informed consent». Эффективности оказываемой терапевтом помощи может способствовать и его чистосердечное признание собственных ошибок и неточностей, допущенных в процессе установления диагноза и терапии, сопровождаемое искренним выражением сожаления.

Теперь рассмотрим четвертый предложенный Бошаном и Чилдрессом руководящий медико-этический принцип, *принцип справедливости*, и связанный с ним круг проблем, затрагивающих распределение ресурсов, микро- и макроэтику. И здесь возникает вопрос о том, всегда ли морально оправданна часто применяемая в психотерапии селекция показаний (Zielke, 1979), ориентирующаяся на подобные размышления: какой пациент наиболее пригоден для предлагаемого мной терапевтического репертуара, для созданных мною условий терапии (а также для необходимой мне меры «душевного мира»)? Дело здесь не сводится к тому, что есть, мол, симпатичные пациенты, которым оказывают предпочтение при назначении терапии; однако чрезмерная селекция показаний способствует тому, что в практике иных - не самых лучших - психотерапевтов приятным пациентам, приятным благодаря, например, выделяемым для их лечения финансовым субсидиям, приятным из-за гибкости, с которой для них могут устанавливаться сроки лечения, и, не в последнюю очередь, приятным в силу своего менталитета, оказывается предпочтение. Нельзя сказать, что в таких случаях непосредственно отыскивается пациент, требующий не слишком больших усилий в силу незначительной тяжести своих нарушений; однако предпочтение отдается пациенту, у которого с меньшей вероятностью ожидаются кризисы, вызываемые суицидальным настроением и попытками самоубийства, психотическими реакциями и иными такого рода явлениями. Этот вид чрезмерной селекции показаний, способствуя не вызванной необходимостью пролонгации сроков лечения и, соответственно, составлению длинных листов ожидания, ведет к тому, что иные практикующие терапевты не проводят кризисных интервенций и вообще не берутся за лечение тяжелых в прогностическом отношении случаев. Определенная адаптация показаний (Heigl, 1981, 1987c; Zielke, 1979), которая при использовании модифицированных методов могла бы способствовать лечению пациентов, которым не подходят традиционные терапевтические приемы, часто также не принимается в расчет. Кроме того, когда терапевт ставит перед собой тяжелую задачу лечения пациента, страдающего тяжкими расстройствами, он, естествен-

но, должен четко осознавать границы своих терапевтических возможностей и правильно оценивать как решительность вызова, который он намеревается принять, так и пределы своей компетентности.

Морально-этическому императиву справедливого распределения ресурсов не соответствует также и исключение из терапии определенных пациентов, осуществляемое в психотерапии на основании противопоказаний, критерии которых нередко представляют собой результаты рационализации проблем контрпереноса терапевта. Например, в течение долгого времени так обстояло дело с больными, у которых наблюдались разного рода зависимости и мании, а также другие проявления обусловленных развитием и травматогенных психопатологий. На больных, страдающих зависимостями и маниями, принцип справедливого распределения ресурсов был распространен принятым в 1968 году решением Федерального социального суда, в результате чего за маниакальным поведением был признан статус болезни (согласно RVO) со всеми вытекающими отсюда следствиями. Больные, страдающие зависимостями и маниями, так же, как и другие лица с нарушениями, имеющими давний характер, часто вызывают у терапевта либо негативные и агрессивные реакции, либо - после первичной реакции, выражающейся в чрезмерном внимании к данному случаю, - вторичное защитное отрицание как результат наступившего разочарования. Поэтому многим терапевтам сложно сознательно регистрировать такие негативные и агрессивные реакции, а затем предпринимать в их отношении осмысленные действия, ибо они не могут соотносить такие реакции со своей профессиональной и личной идентичностью. В таких случаях вступает в действие механизм, описанный в 1946 году Анной Фрейд как «идентификация с агрессором»(Heigl-Evers und Ott, 1992, с. 216): происходит перенос вины на пациента, который своими собственными негативными, часто обесценивающими деятельностью терапевта установками пробуждает у него латентные агрессивные реакции. Пациент становится причиной, виновником того, что необходимое для лечения объединение не может состояться. Идентификация с первоначально воспринимаемым как враждебный агрессор пациентом ведет к его отвержению, которое, приобретая некий рациональный облик, нередко скрывается за клиническими противопоказаниями.

Может создаться впечатление, что по этим причинам вся категория пациентов со структурными нарушениями, для которых характерны частичные объектные отношения, связанные с ними примитивные защитные механизмы и, частично, тяжелые нарушения поведения, при распределении психотерапевтических ресурсов оказывается ущемленной. Эти пациенты зачастую не способствуют тому, чтобы у терапевта развивался изначально доброжелательный и позитивный контрперенос, характеризующийся отстраненно-доброжелательным интересом к существованию проблем пациента, а следовательно, тому, чтобы у терапевта возникал надежный фундамент для формирования установки на воздержание

и нейтральность, как это со значительно меньшими трудностями происходит при лечении обладающих более развитой структурой невротических больных. Такие пациенты неприятны потому, что они не способны или почти не способны вызвать симпатию и тем самым мешают терапевту воспринимать самого себя как доброжелательного друга людей, гуманного помощника.



Описанный выше отказ от определенных пациентов характерен, разумеется, прежде всего в амбулаторной терапии. В стационарных учреждениях пациенты указанных выше категорий обслуживаются и лечатся в гораздо большем количестве, хотя и здесь при решении вопроса о приеме больного иногда можно услышать: «Этот пациент не подходит для нашей клиники». В такой формулировке удивляет то, что здесь происходит атрибуция непригодности пациента, а не клиники, ибо если называть вещи своими именами, данное высказывание означает следующее: «К сожалению, мы не в состоянии Вам помочь. Разумеется, мы попытаемся подыскать для Вас подходящее учреждение».

Моральные правила поведения и их этическое обоснование всегда необходимы там, где люди своими действиями оказывают друг на друга влияние. Это справедливо и для области профессиональной деятельности врачей и психотерапевтов. При этом речь прежде всего идет о защите от сознательного или неосознанного произвола, из-за которого пациент может подвергаться опасности, однако в защите от собственных ошибочных действий нуждаются также и врач и терапевт.

– 386 –

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ**

### **ВВЕДЕНИЕ**

В следующих главах будут описаны используемые в настоящее время терапевтические методы, не являющиеся изначально психоаналитическими. Будут представлены их теоретические основания, показания и эффективность; особенно подробно они будут обсуждены с психоаналитических позиций. Такой подход на первый взгляд может показаться односторонним. Однако он все же имеет свой смысл.

Психоаналитически ориентированные методы лечения по-прежнему играют большую роль в терапевтической практике, и ряд методов, которые будут описаны ниже, развились из психоанализа; часто это происходило, чтобы выровнять дефицит в развитии аналитических форм терапии. Основатели соответствующих терапевтических направлений часто были близки психоанализу или первоначально являлись психоаналитиками, и нередко они в весьма творческой манере предпринимали попытки учесть элементы, которые, на их взгляд, отсутствуют в психоанализе: телесность и телесные переживания, творческую активность, социальную сущность человека и так далее.

С развитием новых терапевтических направлений эти психотерапевты часто отдалялись от психоанализа, в то время как ортодоксальный психоанализ с уходом этих людей терял очень креативную и инновативную силу. Итак, теоретические концепты многих методов имеют психоаналитическую основу, хотя здесь нужно исключить поведенческую терапию и (частично) разговорную психотерапию. Но даже между поведенческой терапией и психоанализом существуют точки концептуального соприкосновения, сторонники психоанализа предпринимали попытки интегрировать бихевиористские / системные концепты теории научения (Wachtel, 1981); сходные усилия можно наблюдать у отдельных представителей поведенческой терапии (см. главу 4.1).

Другие авторы, такие как Дурссен (Duhrssen, 1985), констатируют сходство между новыми направлениями в поведенческой терапии («когнитивный переворот») и старыми психоаналитическими течениями 20-х годов (Schultz-Hencke, 1927).

В нижеследующем обзоре об актуальных психотерапевтических направлениях неизбежно встает вопрос о соответствующих показаниях. Не пытаясь предвосхитить содержание следующих глав, необходимо отметить следующий основополагающий момент: не пациент должен приспосабливаться к предлагаемым ему техникам лечения, а проводимое лечение должно учитывать индивидуальную душевную, телесную и социальную ситуацию отдельного пациента (Ruger, 1981). В противоположность ранее используемому понятию «селек-

– 389 –

тивных показаний», сейчас начинают исходить из так называемых «адаптивных показаний» (Baumann und Wedel, 1981), хотя это понятие пока не получило широкого употребления.

Именно с психоаналитической точки зрения в каждом случае необходимо найти психодинамические опорные моменты, через которые можно привести в движение полезное общее развитие, и выбрать терапевтические отправные точки, являющиеся наиболее подходящими для устранения патологических циркулярных процессов (Furstenau, 1985, 1993).

Многие терапевтические методы очень часто используются в комбинации с другими методами, особенно в случаях тяжело нарушенных пациентов. Конечно, необходима хорошая интеграция отдельных элементов лечения внутри общего концепта (Furstenau, 1974; Heigl, 1981; Ruger, 1981), чтобы именно в случае тяжело нарушенных пациентов не способствовать еще большему усилению их дезинтеграционных тенденций. Это становится еще более важным в связи с новым развитием концепции здоровья - от первоначальной медицины нужды через медицину заботы к медицине выбора (см. Helmchen et al., 1982), поскольку в целом подобное развитие способствует не столько интеграции различных терапевтических направлений, сколько разграничивающей их конкуренции.

Ниже будут представлены терапевтические методы, используемые в клинической области. При этом речь идет о гетерогенных методах, для которых общим является то, что все они имеют отношение к клинике. В целом они не сильно отличаются друг от друга. Если поведенческую терапию с ее собственной теорией болезни и личности безусловно необходимо рассматривать как самостоятельное психотерапевтическое направление, то в отношении всех других методов это далеко не всегда так. Представляется, что большинство из них не претендует на собственную теорию болезни и личности. Однако это не ставит под вопрос ценность этих методов; пожалуй, они в каждом случае получают свою значимость только в рамках общего плана лечения.

Любой из приведенных методов имеет свои более или менее специфичные границы и возможности; именно они в существенной степени определяют показания. Независимо от этого «большие» психотерапевтические направления - психоаналитическая психотерапия, поведенческая терапия, гуманистическая психотерапия - довольно значительно различаются в своих представлениях о человеке. «Латентная антропология» отдельного терапевта полностью определяет его концепцию лечения и его терапевтический стиль (Duhrssen, 1995). С другой стороны, психотерапевты различных направлений представляются весьма сходными в своем

идеальном стиле отношений при взаимодействии со своими пациентами (Orlinsky et al., 1996).

Правильные терапевтические показания и наиболее эффективные в данной терапевтической ситуации интервенции определяются, однако, не только

– 390 –

направлением психотерапевтической школы и личностью терапевта; существенными являются также обширность и характер имеющегося у терапевта опыта обращения с больным человеком и с широким спектром психических заболеваний. Поскольку в прошлом психотерапия была задумана как дополнительная квалификация для специалистов, уже обладающих некоторым клиническим опытом, в то время это условие выполнялось, по меньшей мере, в своих существенных чертах. Нередкая в наше время «самостоятельная» психотерапевтическая деятельность, не имеющая в своей основе достаточного собственного опыта лечения пациентов, больше не выполняет это ранее само собой разумеющееся условие; трудности при лечении больных, которые отсюда вытекают, не могут быть восполнены с помощью той информации, которую подобные терапевты получают «в книгах».

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

28-летняя пациентка с еще не полностью ремиттировавшим тяжелым депрессивным эпизодом, продолжающая получать пока еще необходимые высокие дозы антидепрессантов, консультировалась вместе со своим мужем у «семейного терапевта». Поводом послужили партнерские и семейные трудности, которые развились в период длительной фазы заболевания со стационарным психиатрическим лечением. Муж видел свою раньше очень активную жену «пассивной», «без порывов»; вследствие ее напряженной профессиональной ситуации она не могла уделять должного внимания детям и вся забота о них ложилась на плечи супруга. Семейный терапевт расценил это как вторичную выгоду от болезни, о чем и сообщил на третьем занятии. Молодая женщина, уже в своей депрессии страдавшая от тяжелого чувства вины, пережила ощущение тотального крушения, она снова испытала выраженные явления дереализации, и процесс ремиссии, который со значительной задержкой начался всего несколько недель назад, снова затянулся. Лишь спустя большое количество времени пациентка могла критически констатировать: «Вероятно он (терапевт) совсем не знал, что такое настоящая депрессия!» Пациентка имела полное право не согласиться с его оценкой.

Интервенции, которые в целом, возможно, были «правильными», но не учитывали клиническую ситуацию пациентки, здесь грубо помешали начавшемуся процессу стабилизации состояния. В данном случае возникновение психического срыва было предотвращено, пожалуй, только благодаря продолжающейся медикаментозной поддержке и заново установленным отношениям с амбулаторным психотерапевтом.

– 391 –

В отношении вопроса об эффективности отдельных методов современные исследования дают противоречивую картину. Часть методов используется преимущественно в комбинации с другими методами в рамках общего плана лечения, что до сих пор значительно затрудняло исследования эффективности, которые вынуждены удовлетворять соответствующим стандартам. Вследствие этого мы должны

констатировать очень различающиеся состояния исследований в отношении различных методов терапии. Эту тематику подробно рассматривает Шогалик в главе «Общие и специфические факторы в психотерапии»; в связи с этим здесь можно удовлетвориться соответствующей ссылкой.

– 392 –

## ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

### 1. ТЕОРИЯ

Эту главу мы озаглавили «поведенческая терапия», что является не совсем корректным, поскольку не существует поведенческой терапии как таковой, а есть множество нередко существенно различающихся поведенческих методов и техник. Очевидно, что отдельная техника сама по себе еще не является терапией и нуждается в концептуальном и теоретическом обосновании.

Эффективность техник поведенческой терапии однозначно научно доказана (Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg und Schulte, 1991; Grawe 1992; Grawe, Donat, Bernauer, 1994). Поскольку в поведенческой терапии речь идет не только о поведенческих изменениях, а также чтобы не изнашивать понятие поведения, все чаще используют более общее понятие «психологическая терапия» (Florin und Fiegenbaum, 1991; Basler, Franz, Kroner-Herwig, Rehfish und Seemann, 1990) или «методы, ориентированные на эмпирическую психологию» (Meyer et. al.1991). На проблемах, возникающих в связи с этими новыми названиями, мы сейчас останавливаться не будем.

Единого определения поведенческой терапии не существует, однако можно указать на следующие центральные определяющие моменты:

- использование достижений фундаментальных эмпирико-психологических исследований, особенно психологии научения и социальной психологии;
- ориентация на поведение как на психическую переменную, которая может быть сформирована или подавлена в результате научения;
- преимущественная (но не исключительная) концентрация на настоящих, а не на прошедших детерминантах поведения;
- подчеркивание эмпирической проверки теоретических знаний и практических методов;
- значительное преобладание методов, основанных на тренировке.

По мере того как поведенческая терапия получала научно-теоретическое обоснование, внутри нее возникли различные, постоянно конкурирующие друг с другом точки зрения, и это положение дел сохраняется до настоящего времени. Здесь речь идет также о взаимодействии представителей «бихевиоризма» с представителями других школ (например, классический спор между разговорной и поведенческой психотерапией, Роджерс / Скиннер, 1956).

Как указывает Махони (Mahoney, 1979), внутри поведенческой терапии можно различать «метафизический бихевиоризм», в рамках которого вообще отрицают психические феномены и понимают реальность как чисто физическую, и «мето-

– 393 –

дический бихевиоризм», который делает наблюдаемость основным критерием научности. В настоящее время практически ни один из поведенческих терапевтов серьезно не придерживается позиций «метафизического бихевиоризма».

Направление в поведенческой терапии, возникшее в 70-е годы (ключевое слово «когнитивный переворот»), исходит из внутренних опосредующих процессов (когниций), а также из того, что учет эмоций, мотивов и отношений имеет значение для поведенческой терапии и тем самым тоже развивается из «методического бихевиоризма». Понятие поведения понимается, также тем все более широко. Кроме того, представления о человеке развиваются от более ранних редукционистских моделей типа «стимул - реакция» к моделям, рассматривающим человека как рефлексивное и активное существо (см. Mahoney, 1979). На этой основе всплывают новые проблемы научно-теоретического характера, поскольку такие определяющие моменты поведенческой терапии, как объективность и наблюдаемость отчасти могут выполняться лишь косвенно.

В 80-е годы особенно усилились указания на «внутренние, скрытые способы поведения». Так, терапевтический процесс понимается как процесс эквистрики (Grawe, 1988), что приводит к упразднению ранее четко определяемых планов терапии (но не к упразднению терапевтических целей).

Кроме того, в качестве научно-теоретического недостаточно доказано предположение о непосредственной выводимости поведенческих методов из законов теории научения. Данные фундаментальных исследований не могут быть непосредственно применены к терапевтической практике (Westmeyer, 1977). Эта проблема является актуальной не только для поведенческой терапии, но и для психоанализа (Thoma und Kachele, 1985). По мнению Бунге (Bunge, 1967), можно говорить, что фундаментальные исследования служат «обоснованием» для поведенческой терапии.

Более подробное представление о поведенческой терапии можно получить в следующих учебных руководствах: Caspar, 1996; DGVT, 1986; Fliegel, Groeger, Kunzel, Schulte und Sorgatz, 1994; Hoffmann, 1979; Kanfer und Phillips, 1975; Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1991; Lazarus, 1995; Linden und Hautzinger, 1994; Mahoney, 1979; Reinecker, 1994.

## 1.1. История развития

Здесь будут лишь вкратце описаны некоторые существенные аспекты истории развития поведенческой терапии; более полное изложение можно найти, например, в работах Гордона (Gordon, 1984), Крайкера (Kraiker, 1984), Шора (Schorr, 1984).

Поведенческая терапия тесно связана с фундаментальными областями академической психологии, особенно с психологией научения, памяти, мотивации, эмоций и социальной психологией. Так, самые известные техники пове-

денческой терапии «обоснованы» (Bunge, 1967) экспериментально подтвержденной теорией научения. По меньшей мере исторически здесь в первую очередь нужно назвать парадигму обусловливания, причем необходимо различать классическое и инструментальное обусловливание. Парадигма обусловливания может выступать как образец теории научения.

«Классическое обусловливание» связано с именем советского физиолога И. П. Павлова (1849-1936), который изучал физиологию процессов пищеварения у собак и в результате пришел к открытию «условных рефлексов». Позднее из его работ

американские психологи вывели «классическое обусловливание». Дж. Уотсон (1878-1958) перенес понятие обусловливания на область научения у человека, и его считают основателем американского бихевиоризма. При классическом обусловливании исходят из того, что первоначально нейтральный раздражитель через совпадение во времени с безусловным, вызывающим рефлекс раздражителем становится условным раздражителем. Теперь он также и один оказывается в состоянии вызывать рефлекс.

Такая широко известная парадигма теории научения, как «инструментальное или оперативное обусловливание», восходит к работам Э. Торндайка (1874-1949) и тесно связана с именем Б. Ф. Скиннера (род. 1904), который перенес выявленные закономерности на человека. Эту парадигму можно также обозначить как «научение успехом», так как она связана с возможностью изменять поведение за счет контроля последствий (подкреплений) этого поведения. Поведение чаще возникает, если ему сопутствует позитивное подкрепление (поощрение) или негативное подкрепление (отмена наказания).

Итак, при классическом обусловливании подчеркивают, что первоначально нейтральный раздражитель тоже может вызывать рефлекс, если он близок во времени с безусловным, исходно вызывающим рефлекс раздражителем. Напротив, при инструментальном обусловливании подчеркивают, что поведение можно изменять путем поощрения.

Поведенческая терапия сформировалась между 1950 и 1960 годами (само понятие впервые появилось в 1953 году) - прежде всего в англо-американском языковом пространстве - и связана с именами А. А. Лазаруса, Дж. Вольпе, Г. Айзенка, С. Рахмана и Б. Скиннера. Эти авторы подчеркивали значение частично различающихся парадигм научения и разрабатывали различные основные направления внутри поведенческой терапии.

Между 1960 и 1970 годами строго бихевиористическая направленность поведенческой терапии подверглась сильной критике. Все больше подчеркивалось значение когнитивных, то есть объективно не наблюдаемого поведения, для возникновения и поддержания психических расстройств. Наконец, авторы отказались ограничивать себя только наблюдаемым (открытым) поведением и включили в рассмотрение также внутренние или «скрытые» стимулы и реак-

- 395 -

ции (например, Cautela, 1966). Это способствовало началу так называемого «когнитивного переворота», который с исторической точки зрения имел большое инновативное значение внутри поведенческой терапии.

Другим направлением, которое привело к дальнейшему развитию поведенческой терапии, является «моделирующее научение» (Bandura, 1964). О моделирующем научении говорят, если личность подражает поведению другой личности на основе наблюдения за этим поведением и его последствиями. Для процессов, лежащих в основе моделирующего научения, в свою очередь существует много различных теоретических объяснительных моделей - от нативистских концепций через теории подкрепления до когнитивных теорий (см. DGVT, 1986).

Вследствие «когнитивного переворота» в рамках традиционной поведенческой психотерапии развились, с одной стороны, перспективное направление когнитивно-поведенческой терапии, основанное на интеграции когнитивных конструктов в уже существующие терапевтические техники и, с другой стороны, также относительно самостоятельная «когнитивная терапия».

Развитие когнитивной терапии представляет собой развитие преимущественно в рамках поведенческой терапии, хотя когнитивная терапия имеет мало общего с «классической» поведенческой терапией. Ван Квекерберге (Van Quekerberghe, 1979) дает следующее обобщенно-типическое описание когнитивной терапии:

«Когнитивная или так называемая семантическая терапия интенсивно занимается субъективными или индивидуальными значениями событий. От клиента требуют максимально активного сотрудничества в выявлении и интерпретации информации, релевантной для решения его жизненных проблем, добиваются реалистичных переинтерпретаций прошлого опыта. Когнитивная терапия признает решающее влияние факторов окружающей среды на внешнее поведение человека, однако одновременно подчеркивает и возможности человека контролировать эти влияния окружающей среды. Методом самоконтроля обосновано предоставляются важнейшие терапевтические функции. В отличие от теории обусловливания, когнитивная терапия подчеркивает комплексные формы научения, основанные на правилах (формирование и проверка гипотез). В связи с этим когнитивную терапию можно значимо отграничить только от точки зрения классической поведенческой терапии; то, что относится к так называемой когнитивно-ориентированной поведенческой терапии, обнаруживает не столько принципиальные, сколько градуированные различия.

В когнитивной терапии важнейшую роль часто играет беседа терапевта с клиентом. Необходимо отметить, что в зависимости от цели терапии, клиента, темы и т. д. разрабатываются и используются различные стили беседы. В зависимости от плана и целей терапии

– 396 –

могут использоваться такие различные формы беседы, как, например, информирующая беседа, эксплоративная беседа, дидактическая беседа, убеждающая беседа, беседа, предписывающая роли, аргументативно-рациональная беседа и т. д. Не существует какого-либо одного максимально эффективного стиля беседы, как, например, так называемый "разговорно-терапевтический стиль" (замечание автора: здесь подразумевается стиль беседы, реализуемый в разговорной психотерапии). Какие-то одни определенные формы беседы могут быть более эффективными, чем другие лишь в связи с дифференцированным планированием терапии... Хотя по этому вопросу мнения когнитивных терапевтов могут существенно различаться, все они сходятся в том, что исключительно через беседу, как правило, нельзя достигнуть сколько-нибудь стойких изменений поведения. Необходима непосредственная тренировка навыков поведения в проблемных ситуациях – в условиях стимуляции или в реальных ситуациях (с. 21)».

Главными представителями когнитивной (когнитивно-поведенческой) терапии являются А. Бек (Beck, 1979; Beck, Rush, Shaw und Emery, 1992; Beck und Freemann, 1993) и А. Эллис (например, Ellis, 1977), которые оба первоначально работали психоаналитиками. Дурссен (Duhrssen, 1985) в качестве связующего элемента между теорией «когнитивной терапии» по Беку или Эллису и психоанализом рассматривает концепт интенциональности, который был введен в психоанализ Шульц-Хенке (Schultz-Hencke, 1927). В то же время это мнение не является неоспоримым (например, Homrighausen, 1986).

Эллис и Бек могут рассматриваться как протагонисты структурной модели, в которой подчеркивается значение когниций как структурирующих и регулирующих компонентов для эмоциональных, мотивационных, физиологических и моторных процессов. Итак, когнициям приписывают *per se* центральное значение, что выходит за рамки их простого учета внутри парадигмы обусловливания (например, Cautela, 1966).

Д. Мейхенбаум (D. H. Meichenbaum, 1979) в своих работах о «самовербализации» предпринял попытку интеграции когнитивных и бихевиористских методов. При этом он подчеркивает значение «внутренней речи» (А. Р. Лурия, 1959).

Начиная с 70-х годов возрастающее значение в поведенческой терапии получают также «техники самоконтроля» (Kanfer, 1977; Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1991). При этом одни авторы рассматривают самоконтроль у клиента как один из методов (самонаблюдение, самопротоколирование, поведенческий анализ своего поведения, договор с самим собой), а другие - как цель терапии (клиент должен осуществлять контроль своего поведения и условий окружающей среды) (DGVT, 1986).

– 397–

## 1.2. Актуальное теоретическое развитие

Вследствие гетерогенности поведенческого направления является достаточно трудным описать актуальное состояние теории поведенческой терапии. Пожалуй, характерно, что техники поведенческой терапии большей частью включены в общую теоретическую модель терапевтических действий.

Граве и Дзивас (Grawe und Dzewas, 1978) рассматривают свою «интеракционную поведенческую терапию» как предшественницу нового направления внутри поведенческой терапии, в котором терапевтические отношения играют центральную роль:

«Для успешной терапии необходимо, чтобы терапевт устанавливал с пациентом функционирующие интеракционные паттерны. Функционирующими терапевтическими интеракционными паттернами являются такие, в которых взаимно дополняют друг друга интеракционные схемы пациента и интеракционное поведение терапевта, связанное с определенными видами терапевтических действий.

Установление функционирующих интеракционных паттернов должно рассматриваться как прямая задача терапевта. Чтобы иметь возможность реализовать эту задачу, терапевт в ходе подготовки к терапии и т. д. должен в каждом отдельном случае анализировать интеракционное поведение пациента в отношении возможных проблем.

Для анализа сложного межличностного поведения мы предлагаем модификацию традиционного функционального поведенческого анализа, которую мы назвали вертикальным поведенческим анализом. Основная цель вертикального поведенческого анализа заключается в том, чтобы выявить важнейшие интеракционные схемы (Plane) пациента. Важную информацию об этом терапевт может получить из своего собственного взаимодействия с пациентом, причем особое значение имеет невербальное поведение пациента. Нам представляется, что вертикальный анализ интеракционного поведения не только необходим, чтобы избежать ненужных срывов в терапии и терапевтических неудач; он является также полезным вспомогательным средством



для планирования терапии, особенно при комплексных нарушениях социального поведения (с. 48)».

Авторы здесь отдаляются от фиксирования на симптомах внутри поведенческой терапии и включают так называемые «интеракциональные схемы (Plane)» клиента в диагностику («вертикальный поведенческий анализ») и терапию. Под «интеракциональными схемами» они подразумевают выученное клиентом и реализуемое в терапевтических отношениях поведение, которое должно пониматься терапевтом в своем развитии и функционировании, чтобы осуществились терапевтические отношения вообще (как основа любых изменений).

– 398 –

Также Хенд (Hand, 1988), исходя из системных и интеракциональных соображений, разработал «системно-стратегическую поведенческую терапию», включающую «структурные стратегии поиска решений» и «функциональную психопатологию».

Новейшей формой терапии является «терапия самоподдержки» («Selbst-Management-Therapie», Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1991), которая исходит из «системной модели» человеческого поведения и центральной роли терапевтических отношений, интегрируя аспекты «решения проблем» и «самоконтроля». Тем самым концепт значительно перешагивает границы традиционных психотерапевтических школ.

Мы считаем необходимыми подобные обобщенные модели поведенческой терапии, которые, наряду с поведением и когнициями, учитывают также отношения и эмоции и не являются чисто функциональными представлениями о человеке. При этой новой ориентации можно сохранить такие преимущества поведенческой терапии относительно многих других форм терапии, как ее «обоснованность» (Bunge, 1967) фундаментальными психологическими теориями и контроль эффективности терапии.

Другие новые теории идут еще дальше и следуют системно-теоретическому и структуралистическому направлениям, рассматривающим человека как «саморегулирующую, автономную систему» (Schiepek, 1988), а изменения в рамках психотерапевтического процесса - как «самоорганизующий процесс» (Schneider, 1988). Также Граве (Grawe, 1988), ссылаясь на Пиаже, рассматривает такие само-активные «схемы как основные единицы организации психических процессов» и выступает за эвристическое понимание психотерапии. Эти концептуализации поведенческой терапии поднимают большое количество научно-теоретических вопросов и ставят под сомнение некоторые определяющие принципы поведенческой терапии (например, точное предварительное планирование терапевтических действий).

Попытка рассматривать терапевтический процесс как процесс эквилибристики предпринимается авторами, ориентированными на глубинную психологию (Brocher und Sies, 1986). В будущем это может явиться важным дополнением для обобщающей мета-теории психотерапии.

Под понятием «поведенческой медицины» понимают возрастающее использование концептов поведенческой терапии внутри (соматической) медицины (Hand und Wittchen, 1989; Meermann und Vandereycken, 1991; Wahl und Hautzinger, 1989).

В качестве ключевых моментов здесь можно было бы назвать изучение и изменение копинг-процессов у хронических больных, где, наряду с другими, используются концепты поведенческой терапии при анализе влияния преодоления болезни (Beutel, 1990; Schussler und Leibing, 1993; Ruger, Blomert und Forster, 1990), или лечение соматопсихических и психосоматических заболеваний, например

хронического болевого синдрома (Basler, Franz, Kroner-Herwig, Rehfisch und Seemann, 1990; Leibing, 1992).

– 399 –

Из-за фактической необозримости работ, имеющихся в этой области, здесь мы можем лишь указать на выше цитированные обзорные работы, посвященные определенным темам.

### **1.3. Психоаналитические концепты в рамках поведенческой терапии**

#### *1.3.1. Сопротивление*

Каспар и Граве (Caspar und Grawe, 1981) указывают, что уже в ранней литературе по поведенческой терапии можно найти указания на феномены сопротивления. Таким образом, в поведенческой терапии сопротивление известно, однако до сих пор оно должным образом не учитывается и не концептуализируется в поведенческой теории научения и особенно на уровне поведенческих техник. Тем не менее отдельные авторы (например, De Vogue und Beck, 1978; Goldfried und Davison, 1976) рассуждают в рамках поведенческой терапии об отношениях терапевт-клиент и рассматривают феномены сопротивления как тягостную проблему, затрудняющую продвижение терапии. Каспар и Граве (Caspar und Grawe, 1981) утверждают, что необходимо интенсивно взаимодействовать с «выражающим сопротивление поведением» пациента, чтобы в конце концов обратить его на пользу терапевтической ситуации. Они различают три формы сопротивления.

*1. Сопротивление изменению достигнутого равновесия.* «Если рассматривать проблемное поведение как часть более общего опыта решения проблем, то терапевтическим изменениям противостоит вполне осмысленная сила, направленная на то, чтобы предотвратить дестабилизацию. Конечно, подобное обоснованное сопротивление должно перерабатываться не в плоскости отношений, а в плоскости содержания. Необходимо выработать общее понимание частично позитивных функций проблематики пациента, чтобы на основе этого вывести совсем другие цели и другие точки интервенций» (там же, с. 199).

*2. Сопротивление как обычная человеческая реакция на внешнее воздействие.* «Ограничение или угроза свободе как возможности свободно выбирать среди всех воспринимаемых поведенческих альтернатив ведут к типичным эффектам, таким, как переоценка создаваемых альтернатив, агрессия в отношении ограничивающей личности, внешне бессмысленные формы поведения, с помощью которых индивидуум пытается доказать, что он свободен в своем поведении, и так далее» (там же, с. 199-200).

В этом случае решающую роль в терапии играет индивидуальная история научения личности. Если у этой личности, например, имеется негативный опыт в отношении поведения, демонстрируемого терапевтом (например, директив-

– 400 –

ное, почти авторитарное поведение, как когда-то у родителей или учителей), то она выберет сильное противодействие этому поведению. Кроме того, если соответствующая личность в ходе своей жизненной истории выучила, что связанная с пассивным сопротивлением «угодливо-покорная» манера поведения является

оптимальной стратегией против чужого давления (то есть при авторитарном поведении другого), то весьма вероятно, что эта личность будет реагировать сходным репертуаром поведения (то есть будет угодливо-покорной) в терапевтической ситуации, в которой терапевт ведет себя директивно. Согласно Граве и Дзивасу (Grawe und Dzielwas, 1978), это может вести к циркулярным паттернам взаимодействия между терапевтом и клиентом, поскольку любые изменения клиент будет интерпретировать как результат давления, оказанного терапевтом (то есть негативно). В случае подобного интеракционного сопротивления работа, направленная на его преодоление, соответствующим образом должна проводиться в плоскости отношений.

3. *Сопротивление как результат несоответствия интеракционных возможностей клиента и интеракционных требований к нему.* Если в плоскости содержания использование специальных техник, основанных на дифференцированных показаниях, может быть вполне адекватным, то в плоскости отношений именно эти техники могут предъявлять чрезмерные требования к клиенту, что внешне выглядит как сопротивление. Именно при этой форме сопротивления необходим точный анализ интеракционного поведения клиента.

Для общего понимания проблемы «выражающего сопротивление поведения» Каспар и Граве (Caspar und Grawe, 1980) предлагают учитывать интеракции терапевта и клиента в форме так называемого «вертикального поведенческого анализа». Вертикальный поведенческий анализ учитывает индивидуальную биографическую историю научения индивидуума во всех ее важных для терапии аспектах, а не только условия и последствия, находящиеся в очевидной непосредственной связи с симптомами.

Наряду с этими диагностическими приемами авторы предлагают конкретные терапевтические техники для работы с сопротивлением (дифференцированные по формам сопротивления), причем в качестве основного критерия выступает сам клиент со своими индивидуальными особенностями.

Так же как и в психоанализе (см., например, Sandier, Dare und Holder, 1986), в поведенческой терапии существуют дифференцированные предположения об источниках и видах сопротивления и определенные способы обращения с ним, хотя работа с этим феноменом в рамках поведенческой терапии пока еще не имеет длительной традиции.

Психоаналитически ориентированный читатель заметил бы, что использованное здесь понятие сопротивление не полностью совпадает с психоаналитическим.

### *1.3.2. Бессознательное*

Понятие бессознательного в поведенческой терапии эксплицитно не концептуализировано. В связи с этим бессознательные процессы непосредственно не учитываются в терапии, по крайней мере, в этой терминологии. Кроме того, психоаналитический конструкт «бессознательного конфликта» не согласуется с моделью расстройств в поведенческой терапии.

В то же время представляется интересным более точно очертить сформированное в психоанализе понятие бессознательного и обсудить роль «бессознательных» когний в поведенческой терапии. Согласно Ван Квекельберге (Van Queckelberghe, 1979), понятие «когний» и его дефиниции имеют отношение к скрытым, реконструируемым процессам и/или структурам, которые, как правило, могут отличаться от эмоциональных и мотивационных данностей. На вопрос, насколько и в

какой степени сюда относятся процессы и/или структуры восприятия, отвечают по-разному, в зависимости от направления.

В поведенческой терапии при работе с когнициями обращают внимание, что различные личности имеют различный доступ к протекающим когнитивным процессам. Часто, для того чтобы когниции стали «осознанными», требуется долгий и полный усилий путь. Подобное «осознание» когниций получает большое значение именно в когнитивной терапии, согласно которой считается, что когнитивные процессы носят квази-автоматизированный характер (и поэтому большей частью недоступны для сознания). Они могут становиться осознанными лишь в результате определенных усилий индивидуума.

В любом случае это соответствует понятию «предсознательного» в психоаналитической терминологии. Это понятие охватывает мысли, воспоминания и так далее, которые могут стать осознанными лишь за счет выраженных усилий внимания (Brenner, 1968). Итак, именно концепт бессознательного (с подчеркиванием бессознательных конфликтов в психоанализе) представляет разграничительную черту между психоанализом и поведенческой терапией. Планкерс (Plankers, 1986) даже исходит из того, что эксплицитное формулирование цели в поведенческой терапии в принципе делает невозможным «раскрытие бессознательного». Из этих оснований он высказывается против попыток интеграции поведенческой терапии и психоанализа.

### *1.3.3. Перенос*

Теории поведенческой терапии ничего не говорят о понятии переноса. Перенос не играет никакой роли в используемых в поведенческой терапии моделях расстройств и, соответственно, не возникает необходимости его учитывать в моделях терапии. В то же время более новые направления, такие как «интеракциональная поведенческая терапия» (например, Grawe und Dzewas,

– 402 –

1978). Учитывают феномены переноса как часть отношений между клиентом и терапевтом и как источник сопротивления. Здесь перенос можно понимать как выученный клиентом паттерн отношений, который выявляется благодаря «вертикальному поведенческому анализу» и с которым при необходимости может проводиться терапевтическая работа.

## **2. МОДЕЛЬ РАССТРОЙСТВ И ДИАГНОСТИКА В ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

В поведенческой терапии нет единой модели расстройств для различных психических нарушений (как, например, модель бессознательного конфликта в психоанализе), а есть специфичные (в отношении разных расстройств) теории, которые исходят из различных закономерностей, установленных в разных областях фундаментальной психологической науки (например, в психологии научения, памяти, мотивации, социальной психологии). Общим для всех моделей является то, что они, с одной стороны, ссылаются на эмпирически установленные знания из указанных областей психологической науки, и, с другой стороны, рассматривают поведение (а, следовательно, также и нарушенное поведение) как приобретаемое и изменяемое на любом этапе жизни. Таким образом, они не основываются на модели психологии развития, как психоанализ, который рассматривает определенные формы нарушений

как приобретаемые в строго определенные периоды жизни. В то же время и ряд психоаналитических авторов на основе эмпирических исследований указывают на большое значение более поздних, усиливающих структуру моментов в последующей жизненной истории индивидуума (Schultz-Hencke, 1951; Erikson, 1966).

В поведенческой терапии отказываются от классической био-медицинской модели болезни, в рамках которой нарушения поведения понимаются как симптомы лежащего в их основе заболевания, итак, внутренней причины болезни. Вместо этого кладут в основу биопсихосоциальную модель болезни, первоначально предложенную психоаналитиком Георгом Энгелем (Georg Engel, 1977). Здесь обнаруживается близость к современным психодинамически ориентированным представлениям о терапии (например, Schussler, 1995).

Наряду с этими общими представлениями, в поведенческой терапии существует множество неспецифичных (например, Skinner, 1969) и специфичных моделей психических расстройств (например, Beck, Rush, Shaw and Emery, 1981), которые, правда, не являются гомогенными. В подробности этих моделей мы здесь вдаваться не будем (для этого смотри DGVT, 1986). Эти первоначально простые модели становились все более сложными и дифференцированными, причем здесь не последнюю роль сыграло включение в рассмотрение «соци-

– 403 –

ального научения». В процессе этого развития обнаружилось сближение психоаналитических и поведенческих концепций (при все еще существенных различиях их понятийных рядов).

Как при понимании психических нарушений, так и при диагностике и терапии поведение в целом рассматривается как непрерывный и взаимозависимый (и тем самым динамический) процесс. Необходимое разложение на отдельные элементы, такие как раздражитель (стимул, S), реакция (R) и последствия (C) здесь служит целям анализа и тем самым понимания общего процесса.

Цель поведенческой диагностики есть исключительно индивидуальное планирование терапии, при этом классификация не стоит на переднем плане. Пожалуй, речь идет о точном описании имеющихся в каждом отдельном случае причин «проблемного поведения». Под причинами здесь понимаются условия, обуславливающие, вызывающие и поддерживающие проблемное поведение. В целом диагностический процесс рассматривается как «проблемный анализ» (см. Caspar, 1996; Bartling, 1992), при котором определяют проблему, анализируют ее причины и осуществляют планирование предстоящих изменений. Вопреки пока еще часто встречающемуся мнению, поведенческая терапия направлена не только на симптом, хотя симптом она также не упускает из поля зрения.

Между тем центральным моментом в диагностическом процессе является функциональный «анализ условий», поиск условий, которые обуславливают и поддерживают проблемное поведение. Однако целью является в основном не объяснение поведения, а запуск изменений. Термин «функциональный» означает, что устанавливаются связи между переменными из разных областей.

Традиционным примером анализа условий является классическая форма поведенческого анализа («горизонтальный поведенческий анализ»), соответствующая поведенческой формуле S-O-R-K-C (Kanfer und Phillips, 1975). При этом обозначают:

Стимул,  
Ситуация (S):

Раздражитель, который предшествует поведению

Пример:	→	Реакция страха возникает в определенных ситуациях, например при поездке на автобусе или при чтении историй о смерти или при мыслях о смерти
Организм (O):		Соматические предпосылки и условия
Пример:	→	Конституциональная гипотония, недостаток выносливости с высокой частотой сердечных сокращений при нагрузке
Реакция, Поведение (R):		Реакция на раздражительность

– 404 –

Пример:	→	Реакция на физиологическом уровне: тахикардия, потливость, дрожь; когнитивный уровень: мысли о собственной смерти и о соматическом заболевании; поведенческий уровень: избегание вызывающих страх ситуаций, самоощащающее поведение
Связь поведения и его последствий (K):		Описание регулярных связей между поведением и последствиями
Пример:	→	Последствия, обозначаемые как С, всегда обнаруживаются тогда, когда пациент говорит о возможном заболевании, но не тогда, когда он свободен от симптомов
Последствия (C):		Последствия, которые следуют за реакцией
Пример:	→	Социальные последствия: большая внимательность жены при жалобах, тактичное отношение на рабочем месте в случае предъявления больничного листа; внутренние последствия: избегание ведет к уменьшению напряжения и расслаблению (редукции страха)

Между тем существует множество расширений классического горизонтального (актуальный поперечный срез) поведенческого анализа. Так, увеличивают число возможных переменных, влияющих на поведение, и, кроме того, привлекают целый спектр психологических теоретических форм. Здесь можно назвать, например, медикаменты, стрессоры, нормы, аффекты, самоконцепты, готовность к изменениям и другие теоретические конструкции. В настоящее время также кладут в основу системную модель регуляции человеческого поведения в качестве базисной модели поведенческой терапии (см. Kanfer und Schefft, 1987). При этом с системной точки зрения различают несколько уровней поведения (физиологию, когниции, эмоции, поведение) и предполагают их комплексную интеракцию с взаимной обратной связью. В рамках этой модели при описании и анализе поведения, ситуативных условий и последствий различают три уровня. Альфа-уровень обозначает все извне приходящие влияния или влияния окружающей среды. Бета-уровень охватывает интрапсихические, но не биологические процессы, такие как мысли, чувства, установки, предшествующий опыт. Гамма-уровень охватывает биологическую область, физиологические структуры, генетические и актуальные реакции.

В соответствии с дальнейшим развитием методов поведенческой терапии для всеобъемлющего анализа условий необходимы следующие пять областей.

1. Анализ внешних стрессоров (обстоятельства жизни) и основных соматических условий (предиспозиции, заболевания).

– 405 –

2. Анализ поведения (раздражители, вызывающие и усиливающие поведение, отсутствие альтернативного поведения).

3. Анализ когний, то есть анализ представлений и мыслей, которые способствуют проблемному поведению (дисфункциональные / алогичные когнии, недостаток когний преодоления).

4. Анализ мотивации, то есть анализ долгосрочных целей, которые влияют на поведение.

5. Анализ отношений, например, значения и функций жалоб пациента для социального окружения.

### **3. ЦЕЛИ ТЕРАПИИ, ПЛАНИРОВАНИЕ ТЕРАПИИ И ПОКАЗАНИЯ К НЕЙ**

Планирование терапии и определение терапевтических задач осуществляются на основе функционального анализа условий. Из него выводятся различные возможные направления лечения для одного и того же расстройства. Вместе с Шульте (Schulte, 1986) можно прагматически исходить из того, что «в каждом отдельном случае метод принципиально показан тогда», когда «доказана эффективность этого метода (для проблемы)». Это справедливо для множества психических расстройств (таких, например, как тревожные расстройства, аффективные расстройства, соматоформные расстройства; Meyer, Richter, Grawe, Schulenburg und Schulte, 1991; Grawe, 1992; Grawe, Donati und Bernauer, 1994). Автор подчеркивает, что при сходных расстройствах вполне могут быть показаны различные терапевтические методы.

При этом выбор отдельных методов в поведенческой терапии зависит от теоретической ориентации терапевта, от значимости (иерархии) целей и от практической сочетаемости методов друг с другом. Терапевтические цели в поведенческой терапии устанавливаются индивидуально, причем особое значение придается вовлечению самого пациента в определение терапевтических целей (самоопределение целей). Именно при проведении конкретных терапевтических техник не может быть никаких интервенций без эксплицитного формулирования (по меньшей мере, текущих) целей.

### **4. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ**

По лежащим в их основе механизмам научения, техники поведенческой терапии грубо можно разделить на четыре группы. Для каждой группы в качестве примера должна быть приведена, по меньшей мере, одна техника. Техники-

– 406 –

ки, описанные в главе 4.4, развились в самостоятельную форму терапии; из-за своей сложности они не могут быть представлены вкратце без фальсифицирующего упрощения. Более полное представление о техниках, описанных в главах 4.1, 4.2 и 4.3,

можно получить из следующих работ: Fliegel, Groeger, Kunzel, Schulte und Sorgats, 1994; DGVT, 1986; Reinecker, 1994.

#### **4.1. Стимульный контроль**

Эти техники способствуют развитию у пациента стратегий преодоления при взаимодействии с трудными ситуациями, с ситуациями, на практике в основном вызывающими страх (см. Margraf und Schneider, 1989). Задача терапевта состоит в том, чтобы побуждать пациента снова и снова искать те ситуации, которых он ранее избегал из-за страха (например, избегание закрытых пространств при клаустрофобии); это может приводить к угасанию и преодолению страха.

Отдельными техниками являются, например, систематическая десенсибилизация, методы наводнения, экспозиции и тренинг преодоления страха. Их можно различать по тому, обнаруживается ли ситуация (раздражитель) в действительности (*in vivo*) или в мыслях (*in sensu*), а также по способу конфронтации с раздражителем.

При систематической десенсибилизации составляется точная иерархия ситуаций, вызывающих страх (иерархия страхов), и пациент шаг за шагом приближается к все более трудным ситуациям. Между отдельными ситуациями пациент должен осуществлять релаксацию. Предварительно выученная способность к расслаблению (прогрессивная мышечная релаксация) рассматривается как антагонистическая для реакции страха и должна ее редуцировать. Систематическая десенсибилизация разработана Вольпе в 50-х годах и представляет собой старейший метод стимульного контроля.

При экспозиции не происходит поступенчатой конфронтации с ситуациями, вызывающими страх. Пациент находится в вызывающей страх ситуации до тех пор пока уровень страха не редуцируется. При этом важно, что подавляют неадекватное поведение избегания (уйти, отвлечься, «отвести взгляд»). За счет этого пациент приобретает опыт, что страх длится не бесконечно и что человек сам обладает способностью преодолевать ситуацию.

При методе наводнения (*flooding*) терапия начинается с ситуаций, которые вызывают сильный страх. При этом терапия длится в течение нескольких дней подряд по несколько часов в день (массированный тренинг). Существуют научные доказательства того, что на фоне и так достаточно эффективных при тревожных расстройствах методов стимульного контроля, метод наводнения является наиболее эффективным (Fiegenbaum, 1988).

Для долгосрочной эффективности всех методов решающим является то, что пациент сам, шаг за шагом берет на себя проведение терапии.

– 407 –

#### **4.2. Контроль последствий**

Техника основывается, прежде всего, на инструментальном обусловливании. За счет аранжировки последствий может быть сформировано (позитивное подкрепление) желаемое поведение (целевое поведение), может быть подавлено (оперантное подавление) нежелательное поведение (проблемное поведение).

Отдельными техниками являются, например, подкрепление контингента реакций, оперантное подавление и жетонная система (*token economy*). Теоретически выведенные методы наказания на практике, как правило, не имеют никакого значения. Под «жетонами» понимают объекты с определенной обменной стоимостью (например,



деньги), которые на языке оперантного обусловливания обозначают как генерализованные позитивные подкрепления. Их используют, чтобы поощрять пациента за те или иные реакции, тем самым облегчая формирование желаемого поведения.

В то же время на практике эти методы часто критикуют (ключевое слово - дрессура) и применяют очень редко. В практической работе большую роль играет включение позитивных подкреплений в программу терапии, а также в программы самоконтроля.

### **4.3. Моделирующее научение**

Эти техники занимают промежуточное место между классическими поведенческими и когнитивными методами. Они играют решающую роль в различных терапевтических программах (например, в ролевой игре или в тренинге уверенности в себе и социальной компетенции).

Тренинг уверенности в себе (тренинг асертивности) или тренинг социальной компетентности представляют собой комплексную терапевтическую программу, включающую комбинации различных техник. Целью является улучшение социальной интеракции, причем на переднем плане стоят подавление социального страха и формирование конкретных социальных навыков. Теоретически вполне можно подавить социальный страх и сформировать социально компетентное поведение за счет моделирующего научения и оперантного подкрепления. Что касается проведения тренинга, то исходным пунктом тут являются социальные проблемы пациента, на основе которых подбираются подходящие ситуации для ролевой игры и устанавливаются реалистичные терапевтические цели. Пациент наблюдает за моделью, демонстрирующей желаемое поведение. В качестве модели могут выступать либо сам терапевт, либо другие участники группы. Затем в ходе ролевой игры поведение закрепляется (тренировка поведения) и переносится в реальные ситуации. Тренинг уверенности в себе имеет как терапевтический, так и в существенной степени педагогический характер. Особенно большое значение имеет проведение тренинга в груп-

– 408 –

пе, причем в настоящее время существуют групповые программы со стандартизованным содержанием (например, «Сказать "Нет"», «Выразить чувства», «Выразить собственные желания»). В тренинге уверенности в себе часто используются следующие практические упражнения:

- спросить кого-нибудь, который час или как куда-либо пройти;
- настоять на месте, которое было заранее заказано (поезд, кино, театр);
- поменять что-либо в магазине (одежду, обувь);
- подробно расспросить о каком-либо товаре в магазине, не покупая его;
- выразить собственные чувства (по отношению к партнеру, родителям, друзьям);
- возражать кому-либо или критиковать (услуги, сервис, еду);
- отстаивая собственные интересы, вступать в спор с начальником, родителями.

### **4.4. Когнитивные методы**

Понятие «когнитивных методов» охватывает техники, основывающиеся на моделях когнитивного научения. Когнитивные рассматривают как решающий фактор для

терапевтических изменений. Из-за своей комплексности, большинство когнитивных методов могут быть рассмотрены как самостоятельная форма терапии. Сюда относятся «когнитивная терапия» (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1981), «рационально-эмотивная терапия» (Ellis, 1977), «мультимодальная поведенческая терапия» (Lasarus, 1978, 1995), «тренинг преодоления стресса» (Meichenbaum, 1985), «тренинг решения проблем» (Goldfried, 1980), а также техники самоконтроля, например, «терапия самоподдержки» (Kanfer, Reinecker und Schmelzer, 1991). Для углубленного представления об отдельных видах терапии можно отослать читателя к вышеуказанным руководствам и учебникам.

## **5. СВЯЗИ МЕЖДУ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ И ПСИХОАНАЛИЗОМ**

Как отмечает Понграц (Pongratz, 1983), традиционное противостояние поведенческой терапии и психоанализа может включать также позитивные элементы: «Полемика, дискуссия не только разделяют, но и объединяют. В спорах обе стороны подвергают друг друга сомнению, взаимодействуют друг с другом, изучают позиции противника. Неточное знание других позиций способствует тому, что противоположная партия легко полемизирует, отвергает приводимые аргументы и логику, чувствует себя "непонятой". Знакомство с взглядом другого является, однако, уже первым сближением, ви-

– 409 –

дом "присоединения" (в смысле Фрейда). Лучшее знание означает, как правило, также лучшее понимание, и это есть не что иное, как наведение мостов» (с. 232-233).

Большинство авторов как психоаналитического, так и поведенческого толка выступают против сближения или даже интеграции обоих психотерапевтических направлений. Главным аргументом здесь является научное и теоретико-познавательное различие направлений и отсутствие их объединяющей метатеории (см. Keupp und Kraiker, 1984).

Подобное противостояние отчасти вытекает из незнания современных позиций «противоположной стороны». Так же как иные психоаналитики игнорируют новые направления внутри поведенческой терапии, так и иные поведенческие терапевты не воспринимают модифицированные поведенческие концепты (например, Duhrrssen, 1988; Heigl-Evers und Streeck, 1985).

Попытки интеграции (например, Wittmann, 1981; Wachtel, 1981) пока, правда, основываются исключительно на симпатии. В то же время психоаналитические и поведенческие методы все больше прагматически интегрируются или, по меньшей мере, используются комбинированно в терапевтической и клинической практике. Это противоречие между высокими теоретическими притязаниями и повседневной практикой, такое же неразрешимое, как и раньше, продолжает висеть в воздухе. Мы хотим попробовать представить разные точки зрения.

Перрес (Perrez, 1980) со стороны поведенческой терапии высказывается в целом против интеграции методов и, вместо этого, говорит о дифференцированных показаниях. По его мнению, уже языковые трудности, то есть использование различных понятий для сходных явлений или использование сходных понятий для различных явлений, представляют собой пока еще не преодолимый барьер. Вестмейер (Westmeyer, 1978) также указывает, что необходимой предпосылкой для интеграции методов является наличие единого языка для классификации проблем, терапевтических целей и психотерапевтических методов. Как отмечает Перрес (Perrez, 1980, см. также

Minsel, 1981), в любом случае необходимо отказаться от той «интеграции» методов, которая нередко проводится на уровне психотерапевтической практики:

«Я предполагаю, что в когнциях отдельных терапевтов психологическая интеграция носит идиосинкратический характер и, помимо этого, основывается на весьма различных критериях и претензиях. По-видимому, речь идет не столько о собственно интеграции методов, сколько о конгломерате методов, имеющих в распоряжении терапевта. Иначе говоря, терапевт имеет в своем арсенале ряд методов, которые он использует на основе своих собственных критериев. В этом случае возникает практическая проблема дифференцированных показаний» (с. 53).

Планкерс (Plankers, 1986) с психоаналитической стороны самым решительным образом высказывается против интеграции и отмечает, что «классический психоанализ не может иметь никакой заинтересованности в интеграции с пове-

– 410 –

денческими методами, поскольку они не являются подходящим методическим средством для работы, направленной на высвобождение пациента из его собственной само-сокрытости» (с. 202). В отношении интеграции элементов психоанализа в поведенческую терапию автор высказывает мнение, что является принципиально невозможным «использовать психоанализ как опору в поведенческой терапии, поскольку требуемая открытость психоаналитической ситуации всегда будет вступать в противоречие с технической целью терапевтических занятий» (с. 205). Из-за эксплицитного формулирования цели в поведенческой терапии «раскрытие бессознательного» является принципиально невозможным. Планкерс также категорически отказывается от интеграции психоанализа и поведенческой терапии, как она, например, представлена Виттманном (Wittmann, 1981) и Вахтелем (Wachtel, 1981). При таком соединении техник на психоаналитической основе страдает психоанализ, потому что становится невозможным его центральный элемент, раскрытие и переработка невроза переноса.

Причину существенного различия точек зрения обоих терапевтических направлений Дурссен (Duehrssen, 1988) видит в различной истории научения обоих «научных коллективов».

Руководствуясь своими экономическими интересами, специалисты по психоанализу и поведенческой терапии вполне понимают друг друга в своем отказе от интеграции или комбинированного использования поведенческой и психоаналитической терапии:

«Психоаналитически ориентированные методы и поведенческую терапию нельзя скомбинировать, потому что комбинация методов может вести к отчуждению методического единства терапевтического процесса» (Psychotherapie-Richtlinien, 1987, с. 6).

Вахтель (Wachtel, 1981) с психоаналитической стороны высказывается за то, чтобы интегрировать поведенческие методы в общие рамки психоаналитической теории. Для этого автор предпринимает глубокий критический анализ психоанализа и поведенческой терапии и разрабатывает интерперсональное направление, хотя и без обобщающей мета-теории.

В то же время сближение вовсе не обязательно будет вести к созданию «единой психотерапии». Здесь, с одной стороны, могут не согласовываться соответствующие исторические и научно-теоретические задачи обоих направлений и, с другой стороны, может отсутствовать обобщающая мета-теория.

Попытку создания такой обобщающей мета-теории предпринимает Граве (Grawe, 1995) со своей «общей психотерапией». Он рассматривает существующие в настоящее время терапевтические школы как устаревшие, поскольку они оказываются не в состоянии объяснить на первый взгляд противоречивые данные, полученные в исследованиях психотерапии. Поэтому он высказывается за теории «второго поколения», которые должны интегрировать актуальные эмпирические данные исследований психотерапии. В качестве гарантированных

– 411 –

составных частей общей теории психотерапевтических изменений, Граве постулирует четыре действенных терапевтических принципа: «Активация ресурсов», «Актуализация проблем», «Активная помощь в преодолении проблем» и «Перспектива прояснения» и делает их центральными элементами разрабатываемой им «общей психотерапии». По мнению Граве, если классифицировать предшествующие терапевтические школы по этим четырем принципам, то центр тяжести классического психоанализа располагается в области между «Перспективой прояснения» и «Актуализацией проблем», в то время как у классической поведенческой терапии именно здесь имеется «слепое пятно».

Также Орлинский (Orlinsky, 1994) в своей «Generic Model of Psychotherapy» предлагает общую концептуальную модель психотерапевтического процесса, которая дает возможность реализовать интегративные психотерапевтические исследования. При этом собственно психотерапевтический процесс рассматривается в следующих шести аспектах:

- формальный аспект (терапевтический контракт);
- технический аспект (терапевтические мероприятия);
- интерперсональный аспект (терапевтические отношения);
- интраперсональный аспект (внутреннее единство «Я» (Selbst));
- клинический аспект (непосредственное влияние терапевтического процесса);
- временной аспект (поэтапно протекающий процесс).

Используя ключевое выражение «Learning from Many Masters», Орлинский тем самым больше высказывается за адаптивные стратегии терапевтических действий, чем за интеграцию различных терапевтических школ. Остается только ожидать, приблизятся ли друг к другу в дальнейшем различные терапевтические направления. Без обобщающей мета-теории, которая к тому же должна быть общепризнанной, это станет возможным только благодаря тому, что обе стороны будут стимулировать друг друга своими концепциями и техниками, будут переводить понятия в свои теоретические системы и тем самым их интегрировать, не теряя при этом своего профиля. Некоторые подходы в психоаналитической (Wachtel, 1981) и поведенческой (Wittmann, 1981; Caspar und Grawe, 1980) терапии являются первыми шагами в этом направлении.

## **6. ОБУЧЕНИЕ И ПОСТДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ**

Поскольку поведенческая терапия развилась на основе академической психологии, то всем дипломированным психологам, частично уже на занятиях по общей психологии, даются научно-теоретические и методические знания о

– 412 –

поведенческой терапии. При выборе в качестве основной специальности «клиническая психология» в соответствующем университете даются базовые сведения о теории и методах поведенческой психотерапии.

Внеуниверситетское и постдипломное обучение осуществляются не в государственных, а в частных учебных учреждениях и организациях. Здесь в качестве старейшей и самой большой организации следует назвать «Немецкое общество поведенческой терапии» («Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie» -DGVT), к которому также примыкают другие учебные учреждения.

Учреждения, которые предлагают обучение, признаваемое KBV («Kassenärztlichen Bundesvereinigung»), объединены в «Немецкий союз поведенческой терапии» («Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie» - DVT). Обзор большого количества организаций предлагает специальная периодическая газета «Поведенческая терапия». Кроме этого, в кооперации с «Немецким обществом психологии», «Профессиональным союзом немецких психологов» и университетскими организациями возникли образовательные институты нечастного характера.

В так называемом «Соглашении о психотерапии» между KBV и VK («Verbanden der Krankenkassen») директивы обучения поведенческой терапии были формально приравнены к психоаналитически-ориентированным методам.

## **7. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ**

Для демонстрации был выбран случай, по своему содержанию и объему соответствующий обычным кассовым запросам.

### **7.1. Клиническая картина и симптоматика**

40-летняя служащая бюро, потерявшая мужа 10 лет назад, обратилась за направлением на амбулаторную терапию из-за массивной болевой симптоматики (рецидивирующие боли в спине, бедре, ноге) на фоне имеющихся органических изменений (оскольчатый перелом бедренной кости, пролапс межпозвоночных дисков) и выраженной депрессивной симптоматики (нарушения сна, подавленность, раздражительность, ощущение бесперспективности, социальная отгороженность). Далее, обращало на себя внимание «жесткое самообладание» пациентки, из-за которого депрессивная симптоматика недооценивалась и преимущественно скрывалась от врача («Я не могу себе этого позволить»). Депрессивная симптоматика развилась после смерти мужа и усилилась после того, как пациентка потеряла работу. Одновременно также усилилась болевая симп-

– 413 –

томатика. В ходе стационарного ортопедического лечения и в результате состоявшейся в клинике беседы с психологом пациентка впервые осознала связь между своей биографией и симптоматикой. За счет этого сформировалась мотивация к амбулаторной психотерапии.

### **7.2. История индивидуального научения**

Являясь старшей из четырех сестер, пациентка выросла в семье с множеством проблем. Мать постоянно упрекала пациентку: «Из-за тебя я не могу жить своей жизнью». В свое время рождение пациентки было «причиной замужества». Мать

регулярно выплескивала на нее злобу и гнев из-за своего «несчастливого брака», пациентка подвергалась «притеснениям и издевательствам, несправедливо наказывалась и избивалась». Таким образом, вспышка ярости у матери накладывалась на семейную атмосферу, одновременно пациентка испытывала страх быть отверженной матерью.

Муж пациентки был таким же, как и она, «чудаком» и очень рано умер от рака кишечника. Между тем единственный ребенок стал самостоятельным; пациентка не работала уже в течение 4 лет, прежде всего, из-за последствий перенесенной травмы (авария).

### 7.3. Поведенческий анализ

*Поведенческие эксцессы:* «жесткое самообладание», открытое болевое поведение, депрессивные когниции и чувство беспомощности («со мной всегда происходит самое худшее», «за что бы я ни бралась, все не получается», «кто знает, что произойдет в будущем»).

*Поведенческий дефицит:* социальная отгороженность, неспособность выразить свои чувства, неспособность расслабиться.

*Поведенческие ресурсы:* хорошая способность к интроспекции, высокий самоконтроль, указания на имеющиеся жизненные перспективы (переобучение).

Если говорить о *компонентах, связанных с развитием, и социальных компонентах* симптоматики (вертикальный поведенческий анализ), то необходимо отметить сформированный у пациентки в результате научения опыт обращения со своими чувствами и конфликтами. Особенно следует отметить способность «жестко держать себя в руках», самообладание, которое было необходимо в детстве, чтобы справляться с «психическими травмами». Это самообладание было необходимо также в браке (создание фирмы), и, соответственно, было оперантно подкреплено. Представляется, что это самообладание также помогло справиться с горем, вызванным потерей мужа.

– 414 –

Негативные *когниции* (чувство беспомощности, брошенности на произвол судьбы, ненужности, чувство, что отвергнута всеми) сформировались в результате неправильного воспитания и активизировались после смерти мужа.

*Предрасполагающим условием* для депрессивной симптоматики была смерть мужа, для болевой симптоматики - органические изменения в результате несчастного случая. Неудачные попытки устроиться на работу и безработица привели к усилению чувства собственной неполноценности, неконтролируемости (стимулов) и беспомощности.

На *физиологическом уровне* произошло снижение болевых порогов и повышение ноцицептивной чувствительности вследствие несчастного случая и комплексных терапевтических интервенций.

На *когнитивном / эмоциональном уровне* решающую роль в поддержании болевой симптоматики играли беспомощность, негативные когнитивные схемы и связанные с ними депрессивность и пассивность. Боль, депрессия и беспомощность находятся в динамической взаимосвязи и взаимно поддерживают друг друга. Отсутствует адекватное противодействие заболеванию, а также факту смерти мужа; депрессивная отгороженность способствует болевой симптоматике. Чувства скорби и разочарованности находят свое выражение в боли (реакции, когниции, эмоции,

поведение). Соответственно, необходимо исходить из потери позитивных подкреплений.

Имеет значение *оперантное подкрепление* внешнего выражения боли (открытого болевого поведения) через повышенное внимание ребенка и остальных членов семьи. Чрезмерное обращение внимания тесно связано с внешним выражением боли и, таким образом, ведет к его усилению (последствия).

#### **7.4. Диагноз**

Дистимическое расстройство (МКБ-10: F 34.1).

Соматоформное болевое расстройство (МКБ-10: F 46.4).

#### **7.5. Цель терапии и план лечения**

Руководствуясь желанием пациентки, было важно прежде всего учитывать болевую симптоматику, не подкрепляя при этом (через обращение внимания) болевое поведение. Поэтому с целью разрыва замкнутого круга Боль - Беспомощность - Депрессия - Боль пациентке сообщили о конкретных стратегиях преодоления боли (релаксация, воображение, отвлечение, позитивные мысли); она выучила их и перенесла в свою повседневную жизнь. Позитивное подкрепление (социальное подкрепление терапевта) стабилизировало новое поведение. Целью являлось активное и конструктивное противодействие боли и преодоление беспомощности.

– 415 –

В процессе терапии на первый план выступило сопротивление факту смерти мужа и связанным с ним чувствам тоски и опустошенности. Это обнаружилось уже при сборании анамнеза. Через соответствующее поведение терапевта (установление отношений переноса) была создана основа для повторного переживания чувств тоски и опустошенности. Одновременно проводилась коррекция депрессивных когнитивных, связанных с этими чувствами (в смысле «когнитивной терапии», по А. Беку). В рамках когнитивного реструктурирования было поставлено под вопрос и изменено межличностное поведение пациентки. Наряду с этим корректировались когнитивные планы будущего. Особенно прорабатывались новые профессиональные перспективы. В ходе ролевой игры было улучшено непосредственное выражение собственных желаний и потребностей. В качестве позитивного подкрепления нового поведения предлагалась деятельность, доставляющая удовольствие.

#### **7.6. Течение терапии**

В течение двух лет в рамках поведенческой терапии с пациенткой было проведено 70 занятий.

Болевая симптоматика была изменена в том смысле, что пациентка стала активно стремиться к преодолению боли, пропало ощущение беспомощности. Так, с целью укрепления мускулатуры пациентка стала регулярно выполнять как лечебно-гимнастические, так и спортивно-терапевтические упражнения. Значительно изменилась аффективная оценка боли, хотя субъективно переживаемая интенсивность боли уменьшилась незначительно. Открытое болевое поведение заметно редуцировалось. Пациентке стало легче выражать собственные желания и ожидания в

отношении других людей, она стала лучше устанавливать границы между собой и другими людьми.

Депрессивность, после своего пика в начале терапии, совсем снизилась.

Пациентка определила для себя новые профессиональные перспективы и начала необходимое переобучение за полгода до окончания терапии. В связи с этим значительно улучшилась также ее социальная компетентность.

– 416 –

## **КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ РАЗГОВОРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

### **1. ТЕОРИЯ**

«Клиент-центрированную разговорную психотерапию» ставят в один ряд с психоанализом и поведенческой терапией, понимая ее как метод «гуманистической психологии», «третьей силы» (Petzold, 1984). Она была разработана в начале 40-х годов Карлом Р. Роджерсом в США и главная ее особенность - оптимистичный образ человека и акцент на свободу выбора. Роджерс рассматривает человека как изначально хорошее, социальное и находящееся в согласии с самим собой существо, особо отмечая его способность при определенных благоприятных условиях понимать себя, свои страхи и конфликты, а также преодолевать их для реализации предполагаемой потребности в самоактуализации. Боммерт (Bommert, 1979) предлагает следующее определение разговорной терапии:

«Разговорная психотерапия - это системная селективная и планомерная форма вербальной и невербальной коммуникации и социального взаимодействия между двумя или несколькими людьми: терапевтом (терапевтами) и клиентом (клиентами). Ее цель заключается в уменьшении испытываемых клиентом психических нарушений, которые являются следствием новой ориентации клиента в переживаниях и поведении, возникающей в результате дифференцированного само- и мировосприятия; разговорная психотерапия основана на принципах научной психологии, в особенности психологии научения и социальной психологии» (там же, с. 11).

Для обстоятельного представления разговорной психотерапии сделаем ссылку на следующие учебники и оригинальные работы Роджерса, на которые частично опирается и наша работа: Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995; Bommert, 1979/1987; Finke, 1994a; Howe und Minsel, 1984; Rogers, 1942/72, 1951/73, 1961/73, 1962, 1978, 1983; Sachse, 1992; Speierer, 1994; Tausch, 1975; Tausch und Tausch, 1979.

#### **1.1. Историческое развитие**

Клиент-центрированная разговорная терапия неразделимо связана с именем и личностью своего основателя Карла Р. Роджерса (1902-1987), и рассматривать ее стоит прежде всего в контексте жизни этого человека.

– 417 –



Во время работы в колледже Роджерс занимался консультированием по проблемам воспитания и выступал с критикой психоанализа З. Фрейда и позже поведенческой терапии. Впоследствии он 12 лет проработал клиническим психологом в команде, состоявшей из специалистов разных профессий, занимаясь делинквентными и находящимися в сложной семейной ситуации детьми и юношами. Одним из основных его наблюдений этого времени было то, что директивное и авторитарное поведение дает только поверхностный и кратковременный эффект, а клиенты раньше понимают свои проблемы, равно как и пути их решения, когда терапевты создают для них благоприятные условия. Роджерс укрепился в этом мнении после знакомства с психологом и психоаналитиком Отто Ранком (1884-1939). Ранк более 20 лет был одним из ближайших коллег Фрейда, но постепенно начал все дальше отходить от его теоретических положений, в особенности от модели инстанции, и ставил на первый план значение «Эго» как «носителя творческой воли» (Pfeiffer, 1980, с. 95). Поэтому Ранка можно рассматривать как предшественника сегодняшней «эго-психологии». В центр терапевтических усилий он ставил актуальные переживания пациента и замещал толкование и осознание бессознательного осознанием того или иного переживания, причем понимал это как шаг, который пациент делает самостоятельно. Роджерс перенял эти идеи и сделал их основными положениями разговорной терапии.

То, что Роджерс разработал свой собственный подход в области психологии, стало ясно уже в 1942 году, после опубликования им книги «Консультирование и психотерапия». В разработке Роджерсом этого терапевтического направления можно выделить три фазы. Первая фаза (приблизительно с 1940 года) может быть обозначена как «недирективная психотерапия» (Rogers, 1942/72). Здесь подчеркивается ненаправляющий и разрешающий образ действий терапевта и создание свободной от страха атмосферы.

Во второй фазе (приблизительно с 1950 года) на первый план выступает «клиент-центрирование» (Rogers, 1951/73), тем самым подчеркивается значение вчувствования терапевта в мир чувств и переживаний клиента. К этому времени Роджерс разрабатывает также свою теорию личности.

Третья фаза начинается с появлением книги «Необходимые и достаточные условия терапевтических изменений личности» (Rogers, 1957). Здесь автор прежде всего подчеркивает важность терапевтического поведения в рамках разговорной терапии, которое далее систематизировалось и операционализировалось. Также систематически анализировался терапевтический процесс; Харт и Томлинсон (Hart and Tomlinson, 1970) впоследствии разработали для этого шкалу процесса и осуществили ряд эмпирических исследований.

В дальнейшем концептуальном развитии разговорной психотерапии большое значение придается актуальным переживаниям, для этого Гендлин (Gendlin, 1970, 1974) разработал свою собственную теорию личностных изменений.

Клиент-центрированная разговорная терапия была введена в Германии в 1956 году Р. Таушем; теперь она принадлежит к наиболее полно разработанным психотерапевтическим методам. «Общество научной разговорной психотерапии» (GwG), включающее около 7500 активных членов (из них 350 врачей и 4500 дипломированных психологов), является самым большим психотерапевтическим объединением в ФРГ. Кроме того, существует «Врачебное общество разговорной психотерапии» (AGG), объединяющее около 600 врачей, занимающихся разговорной психотерапией.

Клиент-центрированный подход находит свое применение не только в рамках психотерапии в узком смысле, но и в других сферах. Здесь следует назвать профилактику и медицинское сопровождение после выздоровления, консультирование, заботу о душевном здоровье и социальную работу, а также педагогику, пенитенциарную систему и экономику (сопровождение персонала). В последние годы перед своей смертью Роджерс, так же как и Тауш в Германии, расширил рамки клиент-центрированного подхода до «центрированных наличности форм жизни».

## 1.2. Представление теории

Теоретическая концепция клиент-центрированной разговорной психотерапии Роджерса охватывает следующий ряд теорий:

- теория терапии и изменений личности;
- теория личности;
- теория полноценно функционирующей личности;
- теория межличностных отношений;
- теории практической работы.

Первоначальная модель нарушений и неврозов ориентирована не на нозологию или диагноз (в отличие от соответствующей психоаналитической модели), а на концепцию неконгруэнтности (несогласованности). Таким образом, теоретический акцент в рамках разговорной психотерапии делается в первую очередь на тщательно проверенной и эмпирически хорошо обоснованной теории терапевтического процесса и терапевтического отношения. Однако в 80-х годах началась теоретическая разработка специфического для нарушений учения о болезнях на основании концепции несогласованности внутри разговорной психотерапии (см. ниже, ср. также Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995).

Многие понятия в рамках теорий разговорной терапии могут быть лучше поняты во взаимосвязи, и здесь полезным может оказаться чтение оригинальной литературы; особенно следует отметить перевод опубликованной Роджерсом (1959/87) статьи «Теория терапии, личность и межличностные отношения, как они разработаны в клиент-центрированном подходе».

Ниже мы должны коротко остановиться на «теории терапии и изменений личности» и на модели нарушений, предложенных Роджерсом.

– 419 –

### 1.2.1. Теория личности

По мнению Роджерса, восприятие, мышление, чувства, переживания и поведение человека существенно определяются его Я-концепцией, а Я-концепция понимается как конденсат, сгусток всех субъективных знаний о самом себе. Неблагоприятный опыт может привести к тому, что новые знания не будут интегрированы в ставшую ригидной Я-концепцию, а посему вступят в противоречие с ней - человек просто перестает доверять своим собственным ощущениям и знаниям. Противоречия между переживаемым и Я-концепцией вызывают страхи, чувство вины, самообесценивание, равно как и отрицание и искажение этого нового знания. Разговорная терапия должна дать клиенту возможность реорганизовать свою Я-концепцию таким образом, чтобы восприятия и чувства, которые до сих пор не могли быть актуализированы, реинтегрировались в единую структуру. Это достигается с помощью сочувствующей, уважительной и искренней атмосферы. При этом в качестве теоретической аксиомы

принимается тенденция к самоактуализации. Она может быть описана как стремление организма к большей дифференцированности, независимости и ответственности перед собой.

Итак, в разговорной психотерапии господствует оптимистический и позитивный образ человека с акцентом на его способность к развитию при благоприятных внешних условиях (которые могут быть созданы в ходе терапии).

Психоаналитическая теория личности не отрицает эту основополагающую способность человека к развитию. Она подчеркивает важность потребности в повторении, в силу которой люди «снова и снова вызывают одни и те же жизненные кризисы и стечения обстоятельств» (Duhrsen, 1972, с. 34) в смысле «Ты не спасешься бегством».

### *1.2.2. Теория нарушений и диагностика*

Первоначально Роджерс считал постановку диагноза в рамках разговорной психотерапии ненужной и даже вредной для терапевтического процесса, поскольку таким путем могло быть потеряно непредвзятое отношение к клиенту. На этом основании он разрабатывал теорию нарушений и неврозов, не ориентированную на диагнозы и нозологию. Центральное положение его теории нарушений - воспринятая клиентом неконгруэнтность между Я-концепцией и переживаниями/поведением. Это положение Роджерса о роли диагностики в рамках разговорной психотерапии современные терапевты уже не разделяют. Так, Боммерт (Bommert, 1980) подчеркивает, что осознанная ответственная работа невозможна без диагностики. Также Тауш уже в 1975 году высказывает мнение, что диагностика обеспечивает более полное и глубокое понимание клиента. Сейчас эта точка зрения об-

– 420 –

щепринята, а посему в курс обучения разговорной психотерапии включено ознакомление со схемой постановки диагноза и психоаналитическими и бихевиоральными моделями неврозов.

Неконгруэнтность также может быть понята как «проявление застоя в саморазвитии и тем самым как нарушение переработки переживаемых событий» Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995, с. 98). В рамках разработанной в дальнейшем теории нарушений внутри клиент-центрированного подхода для различных психических нарушений были описаны типичные застои развития Я-концепции и, соответственно, типичные проявления неконгруэнтности. В связи с этим следует упомянуть следующие работы: Speierer, 1994; Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995; Biermann-Ratjen, 1993a, b; Finke und Teusch, 1992). Для полноценного представления следует назвать теорию нарушений пограничных пациентов (Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995), в которой авторам удалось соединить психоаналитические концепции и положения (особенно Rohde-Dachser, 1994) с ключевыми принципами клиент-центрированного подхода.

Бирманн-Ратъен (Biermann-Ratjen, 1993a, b) особенно подчеркивает необходимость создания клиент-центрированной теории развития личности и делает акцент на значение процесса идентификации для развития самости.

Шкала способов переработки знаний Саксе и Мауса (Sachse und Maus, 1991) делает возможным моментальный диагноз дисфункциональной схемы личности в рамках «ориентированной на цель разговорной психотерапии» (Sachse, 1992). Эта

шкала, клиническая и эмпирическая валидность которой может считаться доказанной, позволяет проводить диагностику и целеполагание для достижения нормального функционирования схемы переработки знаний.

Чеулин и Глоснер (Tscheulin und Glossner, 1993), а также Чеулин (Tscheulin, 1995) занимались интеграцией структурного анализа социальных отношений (SASB), который был разработан Лаурой Бенджамин. Этот метод служит для диагностики интрапсихической и интерперсональной неконгруэнтности, которая является важной составной частью концепции разговорной психотерапии. Его использование дает возможность планировать по принципу комплементарности дифференциальные терапевтические предложения. Для ознакомления с SASB-методом в целом следует обратиться к работам Бенджамин (Benjamin, 1982), чтобы узнать о принципах его применения в разговорной психотерапии, стоит изучить работу Чеулина (Tscheulin, 1995).

Разработанный Шпейерером анализ неконгруэнтности (Speierer, 1994, 1996) позволяет классифицировать высказывания пациента соответственно концепции неконгруэнтности на нозологические («какова субъективная теория нарушений пациента и в какой степени его страдания или проблема могут быть поняты в рамках теории неконгруэнтности»), этиологические («какие источники неконгруэнтности могут быть распознаны и в каких от-

– 421 –

ношениях значимости они находятся друг с другом») и феноменологические («какие симптоматические особенности отличают индивидуальную динамику неконгруэнтности»). Вместе с тем могут быть диагностированы как индивидуальные условия возникновения неконгруэнтности, так и ее динамика. В этом случае станет возможной модификация метода соответственно индивидуальной динамике неконгруэнтности. Первые данные по клинической валидности этого подхода были предъявлены Шпейерером (Speierer, 1994, 1996).

### *1.2.3. Теория терапии*

Боммерт (Bommert, 1979) столь коротко и емко описал «Теортерапии» Роджерса (ср. 1959/87), что его высказывания должны быть переданы дословно:

«Роджерс исходит из того, что у индивидуума, который в данный момент времени еще не обращается за терапевтической помощью, есть организованная структура восприятия самого себя и самости в отношении к миру. Хотя эта структура в некоторых своих местах подвижна, в целом она стабильна и доступна сознанию. Эта структура самости рассматривается как система гипотез того, как можно преодолеть жизненные трудности, причем эти гипотезы могут быть неточными и неправильными относительно объективного состояния реальности. До тех пор пока противоречивость не будет воспринята, самость может оцениваться позитивно и согласованно, поведение соответствует гипотезам и концепциям структуры самости, и объем осознаваемого напряжения остается минимальным.

Если индивидуум воспринимает противоречия вследствие столкновения своих потребностей с реальной ситуацией или организация структуры самости перестает быть эффективной, то терапия становится значимой для индивидуума. Восприятия знаний, которые находятся в противоречии с существующей структурой

самости, являются угрожающими и поэтому будут искажаться, отрицаться или ошибочно символизироваться. В разговорной психотерапии такому индивидууму обеспечивается атмосфера расслабления, эмпатии и принятия, в которой через отношения с психотерапевтом снова и снова делается доступным знание о свободном от опасений существовании, которое является для индивидуума совершенно новым. Жесткий, строго ограниченный образ организации самости размягчается и сменяется подвижной нечеткой структурой. Индивидуум, который в этой ситуационной данности – которая в значительной мере может быть организована психотерапевтом и находится под его влиянием – начинает изучать поле своего восприятия, получает новые знания, противореча-

– 422 –

щие прежней картине самого себя и угрожающие ей. Поэтому индивидуум на определенное время (в промежуточной фазе) возвращается к предыдущему менее угрожающему "образу", но затем – благодаря принятию и эмпатии в терапевтическом взаимодействии – медленно, шаг за шагом интегрирует противоречивые знания в новый измененный "образ".

Эта новая конфигурация самости содержит восприятия, которые до сих пор отрицались, а также точное символизирование более обширного спектра знаний.

После фазы, когда отсутствует жесткая концепция самости, следует фаза "реорганизации", которая в значительной мере становится возможной за счет того, что психотерапевт точно согласовывает восприятия самости, до этого момента отрицаемые клиентом, и может их недирективно направлять.

Через символизирование и точное определение приобретенного и расширенного фона знаний структура самости становится прочнее: она становится надежным основанием для поведения, позитивное самосознание и установки уходят на задний план и индивидуум рассматривает меньшее количество знаний как угрожающее, так как новая самость существенно лучше согласуется с единством знаний. Движущую силу этого единого развития Роджерс видит в основополагающей тенденции индивидуума к сохранению и дальнейшему развитию организма и самости (с. 25–26).

#### *1.2.4. Дальнейшее теоретическое развитие*

Для объяснения протекающих внутри клиент-центрированной терапии процессов существуют наряду с теорией о Я-концепции Роджерса и более современные теоретические положения. Якобе уже в 1983 году представил эти подходы; речь идет об учебно-теоретической (Martin, 1976), информационно-теоретической (Wexler, 1984), феноменологической (Gendlin, 1970), деятельностно-теоретической (Bense, 1981) и коммуникативно-теоретической (Watzlawik, Beavin and Jackson, 1982) моделях. Якобе (Jacobs, 1983), однако, подчеркивает особенное значение сформулированной теории терапевтического отношения, как она была представлена уже Роджерсом (1959/87) и позже (Biermann-Ratjen et al., 1995; Binder and Binder, 1982, 1991).

С начала 90-х годов начинает формироваться новая теоретическая ориентация, а также происходит дальнейшее развитие существующей теоретической модели внутри разговорной психотерапии; к сожалению, здесь мы не можем подробно остановиться на их специфике. Как уже ранее упоминалось, Роджерс продолжал разработку модели

нарушений в разговорной психотерапии, и в особенности модели неконгруэнтности. Критический обзор определений и пони-

– 423 –

мания понятия неконгруэнтности представляет Хойер (Hoeyer, 1996). Финке (Finke, 1994a, b) приводит определение модели неконгруэнтности Роджерса и ясно показывает параллели и различия с психоаналитической моделью конфликта, Шпейерер (Speierer, 1994) разрабатывает в рамках своей дифференциальной модели неконгруэнтности (DIM) специфические и неспецифические для нарушений доли конгруэнтности при различных заболеваниях. Дальнейшую разработку методики лечения представляет собой ориентированная на цель разговорная психотерапия Саксе (Sachse, 1992, 1995), где в центре внимания стоит ориентированная на цель и на действие позиция терапевта. При этом особое значение получает разработка и разъяснения (эксплицирование) внутренних границ отношений пациента. Задачей терапевта является требование от пациента процесса прояснения этих границ; такое требование становится возможным вследствие установления с пациентом эмпатийных отношений и осуществляется с помощью специальных предложений воздействия, а также конкретных вмешательств. В рамках своей дифференциальной разговорной психотерапии Чеулин (Tscheulin, 1992, 1995) считает важным более гибкий терапевтический образ действий, при котором могут быть удовлетворены интеракционные возможности и потребности пациента с помощью подходящего поведения терапевта; Чеулин выделяет это как одну из целей описанной им терапевтической методики. Свилденс (Swildens, 1991) тщательно исследует протекающие внутри разговорной психотерапии процессы и дифференциальное применение клиент-центрированных принципов при лечении психических заболеваний и представляет свой собственный учебник по этой теме. Яркими представителями «интеракционного» направления в разговорной психотерапии выступают ван Кессель и ван дер Линден (v. Kessel and v. der Linden, 1993). Авторы подчеркивают значение терапевтических отношений и включения для терапевтического процесса; здесь становится ясной содержательная близость с актуальными психоаналитическими позициями.

Бирманн-Ратъен, Экерти Шварц (Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995) подчеркивают - именно ввиду многообразия новых теоретических направлений - значение предложения отношений внутри разговорной психотерапии, которое было бы неправильно понимать как «терапевтическую технику». Вместе с тем авторы фокусируют внимание на основной части целей разговорной психотерапии.

### **1.3. Разговорная психотерапия и психоаналитические концепции**

В этой части мы должны коснуться того, какую роль играют психоаналитические концепции в рамках разговорной психотерапии.

– 424 –

#### *1.3.1. Перенос*

В общем Роджерс не отрицал, что перенос имеет место в терапевтическом процессе. По мнению многих терапевтов, работающих в рамках разговорной психотерапии, сильное подчеркивание отношений переноса внутри психоанализа (по меньшей мере, ортодоксального) не противоречит реальному человеческому аспекту

терапии (см. Rogers, 1965). Мидор и Роджерс (Meador and Rogers, 1973) также рассматривают продолжительное протекание переноса, проявления которого имеют место не только в начале терапии, в рамках разговорной психотерапии как неправильное развитие терапевтического процесса.

На уровне терапевтической практики Граэсснер (Graessner, 1984) видит основную проблему в решении вопроса о том, какие чувства «переносятся» и какие помогают реальной личности. Само собой, после принятия этого непростого решения проблемы не устранились бы, так как необходимая при переносе техника толкования является основным элементом психоанализа, а не разговорной психотерапии. Это противоречит основным принципам разговорной психотерапии, то есть принятию клиента «здесь и теперь как подлинной личности» (с. 89).

Келер-Вайскер (Koeler-Weisker, 1978) перенимает из психоаналитического подхода то, что феномены переноса играют роль в разговорной психотерапии (мягкий позитивный перенос). Однако это не настоящий перенос в аналитическом смысле, «так как о нем можно вести речь, строго говоря, только тогда, когда отношения устанавливаются в инфантильной форме, поддерживаются и расширяются манифестные отношения» (с. 845).

Сходство классического психоанализа и клиент-центрированной разговорной психотерапии относительно концепции переноса Пфейфер (Pfeiffer, 1987b) видит в следующем:

«Оба направления признают, что в терапевтических отношениях встречаются реальные и ирреальные (перенос, проекция) аспекты, и оба стараются упразднить ирреальность и таким образом преодолеть искажение реальности. На самом деле, речь идет прежде всего о различиях в постановке акцентов. В то время как психоанализ концентрирует свои усилия на переносе (как известно, вплоть до целенаправленного провоцирования «невроза переноса»), он склоняется к пренебрежению реальными отношениями. С другой стороны, клиент-центрированная терапия так сильно ориентируется на реальные отношения, что из поля ее зрения легко ускользают ирреальные составляющие» (с. 351).

Повсеместная распространенность переноса не отрицается также и Пфейфером (Pfeiffer, 1987b), который четко выделил четыре точки расхождения (с. 348-349).

– 425 –

*Различные взгляды на тему переноса.* В то время как в психоанализе в центре внимания стоит перенос и эта проблема активно разрабатывается, в разговорной психотерапии на первый план выходят терапевтические отношения между клиентом и терапевтом. По сравнению с психоанализом в разговорной психотерапии терапевт играет более активную роль и рассматривается как реальная личность.

*Влияние приспособления.* Классическая обстановка психоанализа является благоприятной для возникновения процессов переноса и регрессивных процессов (а именно, терапия на кушетке, уменьшения числа зрительных контактов), в то время как обстановка разговорной психотерапии (терапия в положении сидя, контакт глазами с терапевтом и также то, что терапевт делится своими мыслями и чувствами с клиентом) не способствует возникновению переноса.

*«Влияние методики».* Под этим Пфейфер понимает терапевтические техники и формы воздействия (при психоанализе - свободные ассоциации и заострение внимания на ранних периодах жизни). Напротив, в разговорной психотерапии работа

сконцентрирована на текущих переживаниях, даже при переработке проблем из прошлого.

«*Форма терапевтического отношения*». В рамках психоанализа сознательно подчеркивается асимметрия терапевтических отношений; в противоположность этому, в разговорной психотерапии часто предпринимают попытки ликвидировать или отрицать существующую асимметрию. (Примечание авторов: образ терапевтической ситуации в психоанализе с акцентом на асимметрии терапевтического отношения Хофштэттер (Hofstetter, 1957, с. 169) обозначает как «вспышку гения» Фрейда.)

В этом сравнении Пфайфер исходит из принципов классического психоанализа. В модифицированных методах глубинной психологии, например «динамической психотерапии» по Дурссену (Duerssen, 1988) или терапии структурных нарушений, в рамках аналитически ориентированных методов приписывается большее значение реальным отношениям, и все же при этом процессам переноса и феноменам сопротивления уделяется большее внимание, чем в разговорной психотерапии (Bechmann, 1988).

### *1.3.2. Бессознательное*

Подчеркивание свободы самоопределения человека в рамках разговорной психотерапии можно с очень большим трудом объединить с пониманием бессознательного психоанализом. В психоаналитическом учении о неврозах центральную роль играет принятие бессознательных процессов, в то время как для теории нарушений разговорной психотерапии эта концепция решающего зна-

– 426 –

чения не имеет. Из этого убедительнейшим образом следует также и различная терапевтическая практика. Бессознательные процессы как таковые не отрицаются психотерапевтами, работающими в рамках разговорной психотерапии, однако им не приписывается центрального значения в рамках теорий личности, нарушений и терапевтического процесса. Шпейерер (Speierer, 1987) пишет по этому поводу следующее:

«Разговорная психотерапия не знает понятия "бессознательное". То, что Роджерс подразумевал под выражением "мало осознанное или на грани осознания", – это состояние сознания, которое, пожалуй, соответствует предсознательному в психоаналитической модели. Посему приравнивание бессознательного и того, что находится на грани осознания, невозможно как с позиций разговорной психотерапии, так и с точки зрения психоанализа» (с. 517).

Также Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1983) отмечают, что понятие бессознательного в разговорной психотерапии не концептуализировано...

«в ходе терапии размышление о клиенте не должно перейти эти рамки. Если при этом условии нельзя охватить то, что необходимо понять о клиенте, чтобы иметь возможность эмпатийно реагировать на него, терапевт должен бы задуматься о себе самом. Это, конечно, не означает, что приобретение психоаналитических знаний о человеке следует рассматривать как в какой-либо мере вредящее разговорным психотерапевтам. Здесь лишь имеется в виду, что нехорошо ограничиваться этим



знанием, когда следует отвечать себе на вопрос о том, почему я как терапевт не понимаю своего клиента» (Там же, с. 72–73).

Авторы также подчеркивают, что концепции психоаналитической теории не являются необходимыми для разговорной психотерапии, хотя описанные феномены как таковые не отрицаются. Скорее, решающим следует назвать реализацию терапевтических отношений, как она описана в главе 2.

### *1.3.3. Сопротивление и механизмы защиты*

Понятие сопротивления нечасто встречается в литературе по разговорной психотерапии, так, Роджерс (1942/72) видит в поведении сопротивления указание на ошибку терапевта в подходе к клиенту. В рамках терапевтических отношений терапевт должен создать такой климат, который характеризовался бы ощущением эмпатии и безусловного принятия клиента. Клиент сам определяет тему встречи, цель терапии и темп, в котором он хочет работать, и поэтому сопротивление проявляется в значительно меньшем объеме, чем оно проявлялось ранее в директивных терапиях.

– 427 –

Противостояние рассматривается в рамках клиент-центрированной концепции для понимания значения и функций, которые сопротивление имеет для клиента. Если между клиентом и терапевтом устанавливаются отношения, в которых реализуются три базовые терапевтические переменные - эмпатия, безусловное принятие и конгруэнтность - сопротивление должно стать меньше и клиент сможет открыть для себя восприятия, ранее недоступные вследствие защиты.

Здесь становится ясно, что понятие «сопротивление» в разговорной психотерапии понимается изначально по-другому, чем в психоанализе: как (оправданное) сопротивление против чрезмерно форсированного терапевтического процесса и тем самым против такого образа действий, который на ранней фазе психоанализа проявляется почти всегда!

С точки зрения психоанализа сопротивление является результатом деятельности «Я», бессознательные составляющие которого оказывают противодействие сознательно желаемому прогрессу терапии (Hoffmann und Hochapfel, 1995). В «анализе сопротивления» прорабатывается прежде всего вид сопротивления (даже в меньшей степени чем то, что защищается с помощью сопротивления) как нечто очень характерное для данной личности и как необходимая на более ранних фазах жизни форма преодоления конфликтов. При этом анализ сопротивления - это не самостоятельный метод, а часть более общего психоаналитического процесса. При проявлении сопротивления оно сразу же прорабатывается. Проработка обозначает также прежде всего принятие и понимание сопротивления как осмысленной защиты клиента (Greenson, 1981).

Итак, относительно обхождения с феноменами сопротивления между двумя направлениями терапии обнаруживается полное согласие.

Роджерс (Rogers, 1959/87) тщательно изучал в рамках теории личности и теории нарушений защиту и механизмы защиты. Он исходит из того, что при сильном несоответствии переживаний личности и ставшей ригидной Я-концепции новые восприятия и знания отвергаются, чтобы ничто не угрожало Я-концепции. Защита ведет тем самым к искаженному и селективному восприятию.

В качестве механизмов защиты Роджерс рассматривает две основные формы - отрицание и искажение из которых можно вывести все остальные защитные механизмы (проекция, рационализация и т. д.).

В этом месте становятся ясным различия в понимании защитных процессов в рамках разговорной психотерапии и психоанализа. Рассматриваемые Роджерсом механизмы защиты направлены против «обнаружения» знаний, которые не соединимы с Я-концепцией. К этому могут также относиться стремления, которые с психоаналитической позиции обозначаются как импульсы влечений. Эта модель защиты логично вытекает из представленной выше модели нарушений, существующей в разговорной психотерапии.

– 428 –

Понимание защиты Роджерсом, с одной стороны является очень широким, однако с другой стороны, в сравнении с учением о защите в психоанализе, слабо дифференцировано.

Для исчерпывающего представления роли сопротивления и механизмов защиты в рамках разговорной психотерапии следует указать на обзор Пфейфера (Pfeiffer, 1987a).

## **2. МЕТОДИКА ТЕРАПИИ**

Центральным для техники лечения разговорной психотерапии является предложение отношений терапевта, который должен дать клиенту возможность интегрировать в Я-концепцию до сих пор неконгруэнтные (и в связи с этим не поддающиеся согласованию) знания. Терапевтические влияния (то есть техники) должны базироваться на этой принципиальной позиции.

Если различать со ссылкой на подходы коммуникативных теорий (Watzlawik, Beavkin und Jackson, 1982) уровень содержания и уровень отношений, то каждая терапевтическая техника на уровне содержания имеет последствия для уровня отношений. При условии, что определенное отношение разговорной терапии остается неизменным, на уровне содержания стала бы возможной интеграция моделей из других теорий (например, поведенческих техник) (ср. Jacobs, 1983).

### **2.1. Предложение отношений**

Роджерс сформулировал необходимые и достаточные условия для изменения личности с помощью психотерапии (1957). При этом было определено (см. Tausch und Tausch, 1956) предложение отношений с учетом трех терапевтических переменных. О рассмотренных Роджерсом необходимых и достаточных условиях Бирманн-Ратъен и его коллеги пишут следующее:

«Эти предпосылки содержат необходимые и достаточные условия для конструктивных изменений личности с помощью психотерапии. Вместе с тем предложение отношений, сделанное психотерапевтом, работающим в рамках разговорной психотерапии, характеризуется тремя особенностями: эмпатией, безусловным принятием и согласованностью (конгруэнтностью)» (с. 9).

Реализация этого предложения отношений должна быть достаточной и необходимой для успеха каждой терапии. Значение этих переменных было доказано и

многочисленных эмпирических исследованиях (см. Levant und Shilien, 1984; Tausch und Tausch, 1979; Truax und Charknuff, 1967). В рамках обучения

– 429 –

тренируется реализация терапевтических переменных и посредством стандартизованных шкал оценивается и контролируется их осуществление. Бирманн-Ратъен и его коллеги (Bierman-Ratjen et al., 1995) подчеркивают функциональную взаимосвязь условий, связанных со специфическим предложением отношений терапевта клиенту в разговорной психотерапии. Авторы подчеркивают, что речь идет не о реализации отдельных переменных и тем самым о «технике беседы», а об установлении терапевтических отношений, которые могут быть определены через три необходимые и достаточные переменные «эмпатия, самоконгруэнтность и безусловное принятие».

### *2.1.1. Эмпатия (вчувствованное понимание)*

Термином «эмпатия» следует описывать решающую активность терапевта, то самое представление себя во внутреннем пространстве отношений клиента, при котором, с одной стороны, производится четкое ограничение от идентификации с клиентом, а с другой стороны, от общей гуманистической позиции. Бирман-Ратъен и его коллеги (Bierman-Ratjen et al., 1995) подчеркивают, что эмпатия подразумевает больше чем «вербализацию личностно-эмоционального содержания переживаний» и тем самым общие отношения и позицию. Одно только определенное «поведение» во время беседы, которое часто обозначается как «отражение», не гарантирует эмпатийного понимания.

### *2.1.2. Безусловное оценивание (неограниченное принятие)*

Эта терапевтическая переменная подразумевает «не зависимое от условий принятие и оценивание» клиента терапевтом, однако под ней не следует понимать некритическое принятие нежелательных способов поведения клиента. Бирман-Ратъен и его коллеги (Bierman-Ratjen et al., 1995) описывают эту переменную следующим образом:

«Безусловное оценивание – это не долгосрочная позиция терапевта. Если терапевтические отношения складываются таким образом, что терапевту приходится осуществлять оценивание в течение более длительного времени в отношении своего клиента, это означает, что клиент перенимает именно такое отношение к себе, которое ему предложил терапевт, то есть он интересуется тем, что в нем самом рассматривается как в личности, имеющей ценность. Принятие ничего не значит без понимания. Безусловное оценивание терапевтом клиента зависит от того, что и как клиент о себе говорит» (с. 26).

– 430 –

### *2.1.3. Самоконгруэнтность (подлинность)*

Самоконгруэнтность означает, что пациент не играет роль пациента, то есть, например, не пытается выразить эмпатию, если он ее не чувствует. Роджерс (1962) говорит по этому поводу следующее:

«В первую очередь я допускаю, что терапевт способствует личностному росту тогда, когда он является тем, кто он есть, без обозначения границ или масок, когда он отдает себе отчет в чувствах и впечатлениях, которые в настоящий момент на него влияют. Для описания этих условий мы использовали понятие конгруэнтности. Под этим мы имеем в виду, что возникающие у терапевта чувства предоставляют ему возможность осознанного отстранения от того, что он способен их переживать и что он способен ими делиться, когда это необходимо. Это означает, что он является сам собой, не отрицает себя. Никто не достигает этого состояния полностью. Все-таки чем больше терапевт может принять из того, что он воспринимает, когда прислушивается к себе, и чем полнее он может переживать свои чувства в их сложности без страха, тем больше мера его конгруэнтности» (Rogers, 1962, цит. по Bierman-Ratjen et al., 1995, с. 26-27).

Бирман-Ратъен и его коллеги (Bierman-Ratjen et al., 1995) обозначают терапевтические отношения в рамках разговорной психотерапии и значение трех основных переменных следующим образом:

«Вчувствование, принятие и согласованность в терапевтических отношениях следует определять не только как проявления гуманистичности, но и как особенности манеры работы терапевта. Эмпатия, которая сопровождается переживанием безусловного положительного отношения к клиенту, возможна только на основе конгруэнтности. Она не имеет никакого другого воздействия, кроме описанного изменения отношения клиента к себе самому. Тем самым не исключаются другие возможные терапевтические цели, которые в основном составляют и содержание ожиданий клиента в отношении результатов терапии и часто являются критерием успешности терапии» (с. 33).

#### *2.1.4. Дополнительные переменные*

Наряду с этими основными переменными Роджерсом, Труа и Чаркнупфом (ср. также Wommert, 1979) были определены следующие терапевтические переменные (дополнительные переменные), на которых, однако, здесь мы не можем останавливаться подробно:

– 431 –

- конкретность и специфичность выражения;
- непосредственность в межличностных отношениях;
- самораскрытие терапевта;
- конфронтация клиента с/противоречиями в своем поведении.

#### *2.1.5. Сравнение предложения отношений в разговорной и в аналитической психотерапии*

Для сравнения предложения отношений психоанализа и разговорной психотерапии Шолль-Швингхаммер и Якобе (Schoell-Schwinghammer und Jacobs, 1987) исследовали предложенные Роджерсом основные терапевтические переменные - эмпатию, конгруэнтность и принятие - в разговорной психотерапии и психоанализе. Они охватили 26 выборок из терапевтических сеансов обоих направлений и оценили реализацию определенных выше основных переменных с помощью независимых экспертов. (Использовались записи терапевтических сеансов из «Ulmer Textbank» для психоаналитической психотерапии и из психологического института университета в Геттингене для разговорной психотерапии.) Авторы приходят к выводу о том, что в обоих терапевтических направлениях три постулированные Роджерсом основные переменные терапевтического поведения реализуются в равном объеме, и интерпретируют его следующим образом:

«Так как обе формы терапии соответствуют этим критериям в одинаково высокой мере, они представляют собой не противоположное, а как раз напротив, сходное. Этот результат, конечно, может и не быть столь обескураживающим, если принять во внимание выдвинутые самим Роджерсом положения о том, что при рассмотрении основных терапевтических переменных речь идет о распространенных повсеместно особенностях поведения, которые являются предпосылками для любого конструктивного процесса изменения, в том числе и в психотерапии. В то время как на явном уровне терапевтической практики можно говорить о существующих соответствиях, в отношении теоретических построений моделей проявляются отчетливые различия» (с. 515–516).

Келер-Вайскер (Koehler-Weisker, 1978) сравнивает разговорную психотерапию с представленным им как «канон технических правил» психоанализом и приходит к заключению, «что разговорная психотерапия развила из одного сегмента психоаналитической техники самостоятельную технику, которая, очевидно, также оказывает терапевтическое влияние» (с. 845-846). Автор утверждает, что разговорная психотерапия охватывает только «предпосылки аналитического процесса» (с. 844), после чего может начаться собственно аналитическая работа.

– 432 –

В противоположность этому Бирман-Ратъен и его коллеги (Bierman-Ratjen et al., 1995) подчеркивают:

«Центральная тема клиент-центрированного подхода это саморазвитие. Концепции разговорной психотерапии – изначально концепции процесса, в котором совершается это саморазвитие, и условия этого процесса. Из этих концепций можно вывести и положения теории личности и теории развития, гласящие, что стагнация саморазвития, как правило, имеет свои причины также и в детском опыте. Стагнация преодолевается в эффективных терапевтических отношениях, следствием которых является все возрастающая открытость для знаний, возрастающая возможность символизировать их значение. Это также означает, что знания осознаются и человек получает возможность переживать их как относящиеся к собственной личности; он может освободить их от жестких конструкций, которые всегда коренятся в прошлом, объяснить их и привнести их в образ отношений с другими людьми и с самим собой» (с. 41).

«Следовательно, попросту неправильно исходить из того, что главная цель психоанализа – исследование бессознательного – играет подчиненную роль в клиент-центрированном подходе. Саморазвитие в психотерапевтическом процессе обозначено в концепции клиент-центрированной психотерапии как независимый от определенных условий процесс, который предполагает изменения концепции жизни. Содержание изменений Я-концепции состоит в интеграции знаний, которые до этого момента не могли быть осознаны, в Я-концепцию, и эта интеграция является, в свою очередь, предпосылкой успешности процесса саморазвития» (с. 42).

Шпейерер (Speierer, 1987) отмечает различия между психоанализом и разговорной психотерапией относительно трех упоминавшихся основных переменных. Автор видит причину найденной Шолль-Швингхаммером и Якобсом схожести не в концептуальных совпадениях ортодоксального психоанализа и разговорной психотерапии, а в дальнейшем развитии психоанализа, «при котором на самом деле были открыты элементы разговорной психотерапии и их терапевтическая ценность, хотя чаще всего под другими названиями» (с. 518). Итак, автор объясняет схожесть между разговорной психотерапией и психоанализом относительно трех основных переменных (эмпатии, конгруэнтности и принятия) дальнейшим развитием ортодоксального психоанализа Фрейда. Здесь следует упомянуть и таких авторов, как Ференчи, Ранк и Балинт. Детализированное сравнение клиент-центрированной и психоаналитической (стационарной) групповой психотерапии представляют Экерт и Бирманн-Ратъен (Eckert und Biermann-Ratjen, 1985).

Мейер и его коллеги (Meyer et al., 1988) представили сравнительное исследование краткосрочной психотерапии, аналитически ориентированной кратковременной терапии и разговорной психотерапии и смогли доказать преимуще-

– 433 –

ство разговорной психотерапии в 12-летнем катамнезе. Мейер (Meyer, 1991) для объяснения этих результатов определяет разговорную психотерапию как фокальную терапию с «постоянным фокусом», который направлен на восприятие и выражение чувств, а также развитие самопринятия. Такому фокусированию за короткое время должны быть обучены большинство клиентов, поскольку это приводит к стабильным позитивным результатам.

Следует усомниться в справедливости предпринятой Мейером редукции разговорной психотерапии до фокальной терапии с «постоянным фокусом» (ср. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995). Скорее, основную часть разговорной психотерапии составляет установление позитивных терапевтических отношений, только в рамках которых могут быть возможны терапевтические изменения.

Правда, Хоффманн (Hoffmann, 1992) ставит под вопрос ценность исследования Мейера, так как по его мнению психоаналитическая кратковременная терапия в противоположность разговорной психотерапии может быть проведена терапевтом, недостаточно обученным методам такой терапии. Если это ограничение оказывается верным для психоаналитической терапии, то остается открытым, не является ли ограничением и для разговорной психотерапии то, что она не является кратковременным методом (ср. Eckert und Wuchner, 1994). В целом, достаточно спорным является вопрос о том, ведет ли сравнение психотерапевтических методов с атипичными условиями к валидным (то есть к поддающимся обобщению) данным.

## 2.2. Эффективность, показания и интеграция

### 2.2.1. Эффективность

Разговорная психотерапия, наряду с психоаналитически ориентированными и поведенческими методами, относится к тем трем психотерапевтическим направлениям, действенность которых можно рассматривать как научно доказанную. (см. Grawe, Donati und Bernhauer, 1994; Meyer et al., 1991). Между тем как психоаналитики, так и сторонники разговорной психотерапии высказывают предположения о том, что в рамках мета-анализа Граве эффективность разговорной психотерапии и психоанализа систематически недооценивается. Основанием для этого замечания является, например, то, что средняя продолжительность курсов разговорной терапии, использованных для мета-анализа, составляет «чаще всего менее 20 встреч» (Grawe et al., с. 696). Столь краткая работа осуществляется чаще всего с помощью «квази-экспериментального» подхода в терапевтических группах или с использованием контрольных групп и рандомизации. На практике уже в 50-е годы продолжи-

– 434 –

тельность курсов разговорной психотерапии (Rogers and Dymond, 1954) составляла более 31 встречи. Экерг и Вухнер (Eckert und Wuchner, 1994), проведя репрезентативный опрос 300 опытных терапевтов, работающих в рамках разговорной психотерапии, со средним опытом терапевтической работы около 14 лет, обнаружили, что средняя продолжительность терапии составляет 69,2 часа и варьируется в зависимости от картины нарушений. То есть можно предположить, что изученные в рамках мета-анализа сеансы разговорной психотерапии не являются показательными. Так как по меньшей мере в отношении количества часов терапии существует четкая взаимосвязь между продолжительностью терапии и успехом лечения (Howard et al., 1986, Orlinsky and Howard, 1986), можно вслед за Бирманн-Ратъеном, Экертом и Шварцем (Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995) предположить, «что эффективность разговорной психотерапии в проведенных до сих пор мета-аналитических исследованиях систематически недооценивалась». При прямом сравнении разговорной психотерапии и психоаналитической терапии систематические различия в эффективности этих обеих форм терапии, по мнению Граве и его коллег, не обнаруживаются.

Проведенное Граве сравнение разговорной психотерапии и ориентированных на поведенческую терапию методов опирается в общем только на 9 исследований, в которых Граве обнаружил превосходство поведенческой психотерапии над разговорной психотерапией. В более современных мета-аналитических исследованиях (Greenberg, Elliot and Lietaer, 1994; Elliot, 1996) такое превосходство поведенческой терапии над разговорной психотерапией не обнаруживается. Этому можно найти несколько причин. Одна из них кроется в том, что в более новых мета-исследованиях принимаются во внимание также исследования, которые были опубликованы после 1982/83, другая - в том, что учитываются методы, представляющие собой дальнейшее развитие классической клиент-центрированной психотерапии (например, подход Райса и Гринберга (Rice and Greenberg; 1984). Кроме того, в мета-анализе Граве недооценивается долговременное действие исследуемых форм терапии.

### 2.2.2. Показания

Вопросы показаний стали актуальными для психотерапии только в рамках различных психотерапевтических исследований, которые с 1967 года финансировались больничной кассой Германии, а также в рамках вопроса об интеграции различных терапевтических методов (см. ниже). Этот общий обзор показывает, что при рассмотрении вопроса об интеграции наряду с научными играют роль также и другие интересы. В целом, можно отметить, что до сих пор не существует необходимых контрольных критериев для дифференциальных показаний, то есть для ответа на вопрос о том, «какая форма психотерапии

– 435 –

какому пациенту подходит» (Zielke, 1979) или, по меньшей мере, единых нозологических и диагностических подходов. Тем самым показания часто зависят от теоретической подготовки терапевта, что может привести к различным решениям для одного и того же пациента. На вопрос о показаниях к разговорной психотерапии Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1995), используя клиент-центрированный подход, отвечают следующим образом:

«Разговорная психотерапия как лечебная процедура рекомендована тогда, когда:

- 1) нарушение является психическим, то есть в основе его лежит неконгруэнтность;
- 2) у клиента задана Я-концепция и некоторая способность строить отношение к самому себе;
- 3) клиент в определенной степени воспринимает свою неконгруэнтность как таковую и это восприятие связано с желанием изменений;
- 4) клиент может воспринять и принять предложение отношений разговорной психотерапии;
- 5) в устранении неконгруэнтности в переживаниях клиента можно увидеть как минимум первый шаг к преодолению его психических нарушений или к решению его проблем, а также если терапия приведет к прояснению проблемы» (с. 155).

В разговорной психотерапии не считаются возможными - так же как и в ориентированных на глубинную психологию методах - положительные показания только на основании схемы классификации (ср. Janssen und Scheinder, 1994; Eckert, 1994). Несмотря на это, имеется положительный опыт для большого числа психоневротических, психореактивных, психосоматических, а также психотических нарушений (Eckert 1994; Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995).

Экерт (Eckert, 1994), а также Бирманн-Ратъен, Экерт и Шварц (Biermann-Ratjen, Eckert und Schwarz, 1995, с. 160-161) в качестве лучшего показателя для предсказания успешности психотерапии выделяют «способность пациента рассматривать специфическое терапевтическое предложение». Для разговорной психотерапии Экерт и Бирманн-Ратъен (Eckert, Biermann-Ratjen, 1990), а также Амбюэль и Граве (Ambuehl und Grawe, 1988) предоставляют соответствующие эмпирические результаты. Рудольф и его коллеги (Rudolf et al., 1988) сообщают о сопоставимых результатах для психоаналитической терапии.

Дифференциальные, то есть специфические для школ, показания представляют собой особую форму селективных показаний, когда ставится вопрос, подходит ли данный клиент для данной формы психотерапии. При адаптивных показаниях, напротив, оценивают, подходит ли метод клиенту, и модифициру-



ют его соответственно. Цильке (Zielke, 1979), тщательно проанализировав проблему показаний, пришел к выводу о предпочтительности адаптивных показаний. Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1995, с. 169) высказываются против адаптивной модели показаний, так как

«терапевт всегда находится в той же ситуации, что и клиент», «постольку поступки могут следовать только на основании его вчувствования в переживания клиента и всегда могут быть разработаны только в конкретном терапевтическом процессе».

Противоположный подход представляет Саксе (Sachse, 1992, 1995; Sachse und Maus, 1991) со своей ориентированной на цель разговорной психотерапией: в ней должны быть созданы специфические предложения отношений для достижения индивидуальных целей клиента. Бирманн-Ратъен и его коллеги (Biermann-Ratjen et al., 1995) исходят из того, что адаптивная модель показаний нарушает существенные принципы клиент-центрированной концепции. В то же время авторы подчеркивают, что клиент-центрированный подход

«допускает очень сильно дифференцированные действия психотерапевта в рамках разговорной психотерапии, что акцентируют некоторые критики, а также представители разговорной психотерапии» (с. 180).

### *2.2.3. Интеграция*

На проблему интеграции различных психотерапевтических направлений в рамках разговорной психотерапии существуют противоположные точки зрения. Так Чеулин (Tscheulin, 1980) считает необходимым

«в рамках отдельных терапевтических направлений продолжать работу над закладкой теоретического и эмпирического фундамента, чтобы достичь большей точности в описании и объяснении процессов изменения» (с. 64).

Однако сравнить найденные механизмы действия можно только с помощью совместной (мета-) психотерапии и отказа от ортодоксальных точек зрения, поскольку лишь такой подход в конце концов может обеспечить интеграцию.

Подобные аргументы предоставляет Найденбах (Neidenbach, 1982):

«Между подходом разговорной психотерапии и психоаналитическим на самом деле есть существенные отличия, которые не следует недооценивать. Если бы эти дисциплины были одинаковы, для обеих это означало бы потерю их основного ядерного содержания, что повредило бы как научному развитию, так и терапевтической практике» (с. 86).

Немногочисленные попытки интеграции (Wild-Missong, 1983), как правило, остаются чисто теоретическими и эклектичными.

Граве (Grawe, 1995) делает попытку создания метатеории более высокого уровня с помощью своей «общей психотерапии». Существующие до сих пор терапевтические школы он рассматривает в целом как устаревшие, поскольку они не смогли разьяснить кажущиеся противоречивыми знания, полученные в психотерапевтических исследованиях. Поэтому он настаивает на теориях «второго поколения», которые должны интегрировать актуальные эмпирические результаты психотерапевтических исследований. В качестве гарантированных компонентов общей психотерапевтической теории изменений Граве постулирует четыре психотерапевтических принципа действия («активизация ресурсов», «актуализация проблемы», «активная помощь по преодолению проблемы» и «перспективы прояснения») и делает их центральными компонентами своей «общей психотерапии». Если классифицировать существующие терапевтические школы по этим четырем принципам, то, по мнению Граве (с. 141), сутью классического психоанализа является область пересечения «перспективы прояснения» и «актуализации проблемы», в то время как классическая поведенческая терапия не уделяет этой области достаточно внимания.

Также Орлинский (Orlinsky, 1994) в своей «общей модели психотерапии» предлагает концептуальную модель границ психотерапевтического процесса, которая должна способствовать интегративной терапевтической работе. По его мнению, психотерапевтический процесс следует рассматривать с учетом 6 аспектов:

- формальный (терапевтический договор);
- технический (терапевтические мероприятия);
- интерперсональный (терапевтические отношения);
- интраперсональный (внутренняя самоотнесенность);
- клинический (непосредственные действия в ходе терапевтического сеанса);
- временной (последовательно протекающий процесс).

Под девизом «Учись у многих» Орлинский пропагандирует адаптивный терапевтический способ поведения, ведущий к интеграции различных терапевтических школ.

Сблизятся ли различные терапевтические направления в дальнейшем, покажет время. Без метатеории более высокого уровня, которая, помимо всего прочего, должна быть внутренне согласованной, это может быть осуществлено только в том случае, если обе стороны будут стимулировать друг друга к дальнейшей работе, переведут соответствующие понятия в свои теоретические системы отношений и тем самым интегрируют их, не теряя свой профиль.

В действительности, некоторые попытки интеграции были предприняты, но они требуют дальнейшей разработки. Нет окончательного ответа и на вопрос: являются ли они в общем желательными и не пропадут ли из-за интеграции в рамках общей психотерапии характерные черты терапевтических школ (что, в противоположность мнению Граве, рассматривается не как однозначно негативное).

– 438 –

### **3. ОБУЧЕНИЕ**

(по состоянию на 1996 год, с учетом учебных программ с декабря 1993)

До обучения разговорной психотерапии допускаются дипломированные психологи и врачи. В ФРГ это обучение проходит в рамках Общества научной разговорной психотерапии и делится на два этапа:

**Базовое обучение разговорной психотерапии** продолжается 1,5 года, охватывает 300 часов обучения теории, практики и самопознания и заканчивается так называемым «А-членством».

**Дополнительное обучение разговорной психотерапии** проходит параллельно с работой и продолжается по меньшей мере 2 года, охватывает 700 учебных часов (150 часов теории, 150 часов практики, 200 часов терапевтической практики и 200 часов супервизорства терапевтической практики), законченную индивидуальную терапию, а также успешное окончание 5 самостоятельно проведенных и тщательно задокументированных терапевтических курсов, для которых проводят основательную пре-, пост- и сопроводительную диагностику.

По **окончании обучения** контролируются приобретенные знания и готовность.

## **4. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР**

28-летний холостой студент, изучающий сельское хозяйство, обратился за психотерапевтической помощью. У него была обнаружена атопическая экзема, и поводом к обращению было беспокойство о том, что в связи с началом отношений с девушкой экзема может стать сильнее.

### **4.1. Симптоматика**

У пациента со второго года жизни наблюдается аллергическая бронхиальная астма в связи с Rhinitis allergica, из-за которой он непрерывно находится на лечении у специалистов. Острые тяжелые приступы астмы в течение последних лет не наблюдаются, а проявляющаяся особенно сильно по ночам легкая симптоматика хорошо лечится медикаментозно.

С началом первых серьезных отношений 7 лет назад появилась эндогенная экзема, которая явственно уменьшила вероятность большей близости с подругой; при временном пространственном отделении наступало улучшение. На момент обращения у пациента начали формироваться новые отношения, и он намеревался сделать их более близкими, но опасался, что экзема проявится снова. Других симптомов и жалоб не наблюдалось.

Пациент описывает себя как спокойного и сдержанного, ему нелегко выражать свои чувства, но в остальном он вполне доволен собой.

– 439 –

### **4.2. Биография**

Пациент является вторым из двух сыновей руководящего работника (+32) и его супруги (+31). Отец очень интеллектуальный и неэмоциональный человек, имеет жесткие (почти ригидные) принципы и всегда оставался очень дистанцированным от детей. В пубертате между ним и пациентом из-за этого часто возникали столкновения. Мать более эмоциональна, к ней пациент относится хорошо, однако в конфликтах она занимала сторону отца. На момент терапии после нескольких стажировок, в том числе и за рубежом, пациент изучает сельское хозяйство и стремится к исследовательской деятельности. Первые прочные отношения продолжались с 20 до 25 лет. Тогда экзема в первый раз очень сильно появилась на лице, локтях и шее. Во время пространственного разделения (когда пациент был за рубежом) симптомы всякий раз исчезали. В последний год отношений пациент жил вместе со своей подругой, что привело к

большим сложностям. Пациент чувствовал себя некомфортно, поэтому возвратился домой, подруга чувствовала себя нелюбимой и отвергнутой и поэтому прекратила отношения.

### 4.3. Диагноз

Психологические факторы (ICD-10: F54) при атоническом заболевании бронхиальной астмой и Rhinitis allergica (ICD-10: J45.9) и эндогенной экземой (ICD-10: L125).

### 4.4. Ситуация на начало терапии

Пациент в течение трех лет живет один в маленькой квартире, с тех пор у него не было прочных отношений. Обучение оплачивается родителями. Несколько недель назад пациент познакомился с коллегой по учебе, которая на 5 лет младше и к которой моментально возникли романтические чувства. Пациент ощущает неуверенность относительно того, какую близость он хочет и может допустить.

### 4.5. Динамика неконгруэнтности и терапевтические импликации

В связи с генетическими компонентами атонического заболевания необходимо отчетливо представлять **диспозициональную часть** проблемы. Социально-коммуникативные составляющие возникновения неконгруэнтности: успех рассматривается как основной источник удовлетворения потребностей, и здесь может служить примером отец. Телесным контактам и демонстрации чувств уде-

– 440 –

лялось. недостаточное внимание, а чувствительность и символизирование телесных реакций были ограничены. В качестве **пускового механизма** следует рассматривать переживание проблемных отношений с явственной проблематикой близости-дистанции. **Настоящие знания:** хорошее интеллектуальное и профессиональное функционирование, однако стесненная и переживаемая как неудовлетворительная эмоциональная жизнь и партнерские отношения. Телесные симптомы пациент переживает как автономные или же опасается их неуправляемой автономии. Я-концепция детерминирована тем, что пациент стремится с помощью интеллектуальных усилий и контроля эмоций к совершенству во всех областях. Угрожающими самости знаниями (неконгруэнтность) являются переживаемый (актуально отсутствующий, но тревожащий) «сбой» при контроле телесной симптоматики и крушение отношений несмотря на все усилия.

Исходя из актуальных отношений, в рамках терапии должны быть познаны собственные потребности, а также поставлено под сомнение рассмотрение успеха и эмоционального контроля как центральных источников удовлетворения базовых потребностей. Для этого требуется создание ценных, согласованных, не связанных с условиями и успехами терапевтических отношений. Новый эмоциональный опыт и его интеграция в самость должны стать возможными в терапевтической атмосфере без требования успеха. Для облегчения эмоционального опыта целесообразной является интеграция активирующих переживания методов (например, фокусировка).

### 4.6. Течение терапии

За 1,5 года было проведено 53 сеанса. Затем терапия была прекращена по желанию клиента, так как он считал, что существенные терапевтические цели достигнуты, и с оставшимися проблемами он хотел справиться самостоятельно. Содержание сессий кратко представлено ниже:

Сессии	Содержание
1-4	Анамнез
5-10	Актуальные отношения с подругой, близость/дистанция
11	Фокусировка (переживание близости)
12-17	Ситуации конкуренции, значение успеха в отношениях с отцом
18-25	Ситуации конкуренции и успех в актуальных отношениях (учеба)
26-31	Проявление чувств в отношениях
32	Фокусировка для демонстрации чувств
33-34	Значимость и качество отношений
35-38	Прояснение отношений/отношение к терапевту
39-47	Отношение к родителям и параллели с актуальными отношениями
48-53	Прогресс, изменения и подведение итогов

– 441 –

#### **4.7. Измерение изменений и оценка течения терапии**

Проведенная психологическая диагностика показала наличие значимых изменений. Так, уменьшились возбудимость, напряженность и жалобы на состояние тела. К концу терапии они находились в рамках нормы. Пациент сообщает о том, что он может лучше себя осознавать и реализовывать. Ему легче переносить ситуации конкуренции, и он не чувствует сильного давления значимости успеха. Ему проще допустить близость с другим человеком. Однако связь между близостью и расцветом экземы все же остается, хотя в целом эта симптоматика стала менее выраженной и более согласованной (конгруэнтной). Отношения в течение года остаются стабильными и надежными, явные конфликты в отношении темы близость/дистанция не проявляются. Учеба успешно завершена.

Поведение терапевта было грамотным и адекватным, были эффективно использованы дополнительные переменные (самоотнесенность, конфронтация и ясность отношений). Пациент интенсивно осуществлял самоисследование, старался признать и принять свои чувства и актуальные переживания. Неконгруэнтность была распознана пациентом и устранена к окончанию терапии. Новый опыт отношений интегрировался в самость.

– 442 –

## **ГИПНОЗ И АУТОТРЕНИНГ**

### **1. ТЕОРИЯ ГИПНОЗА И АУТОТРЕНИНГА**

В психотерапевтическом лечении аутотренинг и - вновь во все большей степени - гипноз имеют большое значение и находят широкое применение. Аутотренинг, впервые разработанный в 1920 году Й. Х. Шульцем на основе гетерогипноза и описанный им в вышедшей в 1932 году специальной монографии (J. H. Schultz, 1979),

тесно связан с гипнозом; по выражению Лангена (Langen, 1983), «аутотренинг - это путь, ведущий к аутогипнозу». Поскольку эти методы состоят друг с другом в близком родстве, в дальнейшем они будут рассматриваться совместно.

## 1.1. Историческое развитие

Проследить историю гипноза непросто, поскольку с течением времени термины для обозначения транса и гипнотических состояний менялись. Однако внушение и вводящие в транс техники использовались уже на ранних стадиях развития человечества, и в качестве гипнотических состояний можно рассматривать, например, сон в храме Асклепия или характерные для многих культур формы экстаза, в который впадали целители и больные. Методы гипноза находили свое применение почти во всех культурах, достигших высокого уровня, к примеру, у египтян, индийцев, греков (U. Stockmeier, 1984). Поэтому гипноз можно назвать прародителем всех позднейших направлений психотерапии. В новое время история гипноза, зафиксированная в документах, начинается с венского врача Антона Месмера, выдвинувшего в 1779 году свою теорию животного магнетизма. Месмер дотрагивался до тела пациента стальными стержнями, которые он предварительно обмакивал в ванну с химикалиями. Это прикосновение в большинстве случаев вызывало так называемый кризис - состояние транса, сопровождавшееся телесными судорогами. Месмер полагал, что по этим стержням, а позднее даже, что непосредственно через него самого и через его собственное прикосновение передается некий флюид, органическая сила тяжести или *magnetismus animalic*.\* Комиссия, в работе которой принимал участие среди прочих и Бенджамин Франклин (в то время американский посол во Франции), пришла к выводам, отрицающим теорию животного магнетизма, и в качестве альтернативного объяснения этих явлений выдвинула имагинатив-

---

\* Животный магнетизм (*лат.*).

ные процессы («только воображение»); в дальнейшем в качестве объясняющей модели эта комиссия рассматривала веру пациента. Ученик Месмера маркиз де Пюисегюр полагал, что следует констатировать сходство этого состояния с лунатизмом, и назвал его «сомнамбулизмом» (Ellenberger, 1973).

Португальский священник де Фариа (начало XIX века), напротив, говорил о некоем прозрачном сне и решающую роль отводил воображению и ментальной концентрации гипнотизируемого.

В середине XIX века английский окулист Брэд ввел в обращение слово «гипноз». Брэд предлагал нескольким людям безотрывно смотреть на один какой-нибудь предмет (метод фиксации), а затем вводил их в состояние, которое он называл гипнозом. Сначала Брэд рассматривал гипноз как физиологический процесс (обусловленный деятельностью церебральных центров); позднее он развил психологическую теорию, выдвинув на передний план сужение ментальной концентрации и внимания. В конце концов, Брэд изменил свою точку зрения, придя к выводу, что воле гипнотизируемого существенного ущерба не наносится. В своих работах он подчеркивал значение внушения для продуцирования гипнотического состояния; иными словами, он был первым, кто описал как ауто-, так и гетерогипноз. Исследования Брэда дали толчок развитию различными авторами разного рода методов активного аутогипноза:

прогрессивной релаксации по Джекобсону (1929) (Jacobson, 1965), аутотренинга Шульца (Schultz, 1932) и метода расслабления при родах Дика Рида (G. D. Read, 1968).

Теория флюидов Месмера все более вытеснялась теорией внушения школы Нанси, главными представителями которой были И. Бернгейм и сельский врач А. Льебо (1910). В 1889 году у Бернгейма в Нанси проходил практику Фрейд. Бернгейм предполагал, что к внушению предрасположены все люди без исключения.

С того самого момента, как понятие внушения было введено в медицинский понятийный аппарат, оно понималось по-разному и постоянно приобретало новые смыслы. Если первоначально внушением считалось лишь воздействие, оказываемое на человека, пребывающего в гипнотическом состоянии, то сегодня под ним понимается и воздействие на бодрствующего человека. По-прежнему наиболее четким определением внушения остается дефиниция, данная Штоквисом и Пфланцем (Stokvis und Pflanz, 1961, с. 6): «Внушение - это аффективное воздействие на телесно-душевную целостность, осуществляемое на основе реализации фундаментальной возможности межчеловеческого взаимодействия - аффективного резонанса, эхотимии». Если Бернгейм понимал расположенность к гипнозу как психологический феномен и признак душевного здоровья, то невролог Шарко интерпретировал ее как истерическое, а, следовательно, психопатологическое состояние (Ellenberger, 1973). Зигмунд Фрейд в 1885/86 годах был учеником Шарко, а затем работал в Вене вместе с Брейером.

– 444 –

И тот и другой использовали гипноз преимущественно для лечения пациентов, страдающих истерией (Breuer und Freud, 1895). Поскольку становилось все более ясным, что гипноз и использование прямого внушения оказываются ненадежными, Фрейд отошел от гипноза и начал постепенно разрабатывать психоаналитическую технику - при сохранении кушетки и метода свободных ассоциаций. С развитием глубинной психологии гипноз утратил свое значение, в то время как аутотренинг находил все более широкое распространение; сегодня он особенно интенсивно используется в рамках общеврачебной психотерапии (Faber, 1984). В Соединенных Штатах гипнотерапия вновь обрела признание прежде всего благодаря Милтону Эриксону (Erickson, 1967). Эриксон разработал множество терапевтических гипнотических стратегий, которые можно рассматривать как «непрямое внушение», и тем самым стал основателем целого направления, где гипнозу придается важное значение (обзорные работы по истории проблемы см. Ellenberger, 1973; Stockmeier, 1984).

## **1.2. Актуальное состояние исследований**

### *1.2.1. Теория гипноза*

Можно полностью согласиться с высказыванием Штокмайера (Stockmeier, 1984): «Мы еще точно не знаем, что же такое, собственно, гипноз». Шпигель (Spiegel, 1994) в качестве существенного момента гипноза рассматривает «фокальную концентрацию восприятия при ослаблении периферийного внимания. Всякий гипноз по своей сути есть самогипноз». Это высказывание согласуется с теорией второй школы Нанси (Куэ, Бодуэн и др., цит. по: D. Langen, 1983) и вынуждает признать, что разделение гетеро- и ауто-суггестии искусственно, так как гетеросуггестия может осуществляться только посредством ауто-суггестии. Теория внушения была ядром классического гипноза: посредством определенного внушения тот или иной человек вводится в состояние

гипноза (транса), чтобы затем под действием дальнейшего внушения и постгипнотических команд в его состоянии произошли определенные изменения, ведущие к исчезновению каких-либо симптомов.

Мнение, выражаемое некогда Шарко, что внушаемость и подверженность гипнозу свидетельствуют о некоем болезненном состоянии, однозначно опровергнуто. Исследования здоровых людей показали, что подверженность гипнозу есть свойство нормального психического аппарата (Hilgard, 1965). Хильгард смог показать также и то, что внушаемость является относительно устойчивым признаком личности и остается достаточно стабильной в зрелом возрасте, ослабевая, однако, к старости. Это означает, что введение в состояние гипноза в меньшей степени зависит от способностей гипнотизера, нежели от вну-

– 445 –

шаемости гипнотизируемого. Были разработаны различные методы, позволяющие измерить подверженность гипнозу: гипнотический профиль индукции, который ввели Шпигель и Шпигель (Spiegel, 1978), стэнфордские шкалы (Orne et al., 1979) и Гарвардская классификационная шкала восприимчивости к гипнозу, разработанная Шором и Орном (Shore and Orne, 1962) и переведенная на немецкий язык Бонгарцем (1985).

Тезис о том, что между внушением и гипнозом существует взаимообуславливающая связь (о чем говорила теория второй школы Нанси) сегодня уже не актуален. Мы видим, что между нормальными состояниями сознания и гипнотическими феноменами не существует какого-либо разрыва, причем гипноз не является каким-то особенным, четко очерченным состоянием сознания. Ведь «погружение» в роман, работу или фильм может привести к настолько интенсивному сосредоточению на них сознания, что внешние стимулы становятся едва ощутимыми, а человек, захваченный чтением, работой или просмотром фильма, живет в некоем воображаемом, нереальном мире. Орн (Orne, 1959) рассматривает гипноз как состояние, в котором человек в большей степени способен к изменению своих ощущений, настроения и памяти. Таким образом, в данном случае речь идет не о специфическом состоянии сознания, а, скорее, об «ограниченном по времени состоянии внутренней пластичности, в котором могут варьироваться те или иные состояния сознания» (Zindel, 1988, С. 186). К сожалению, Эриксон, который существенно повлиял на формирование новой точки зрения на гипноз с клиническо-прагматической стороны, не разработал настоящей теории гипноза. Однако Эриксон рассматривает гипноз (транс) как состояние интенсивной мотивации, при котором на фоне функциональных изменений происходит активное бессознательное научение (Erickson et al., 1978).

Шпигель (Spiegel, 1994) обобщает наши знания о «гипноидном» состоянии, которое может возникать как естественным образом, так и благодаря гипнозу. Во-первых, гипноз есть состояние повышенного внимания, сопровождающееся относительной ограниченностью периферийных восприятий. Во-вторых, в гипнотическом состоянии возникают бессвязные переживания. В-третьих, оно сопровождается повышенной внушаемостью.

Так, в состоянии гипноза может появиться ощущение, что рука более не принадлежит телу, может произойти расщепление личности на переживающую и описывающую личность, расщеплению могут подвергнуться как желания, эмоции и мысли, так и комплексные состояния Я (диссоциация). Точно так же в гипнотическом состоянии возможен и «обратный путь», а, следовательно, восстановление контроля над диссоциированными переживаниями. Хильгард (Hilgard, 1977) в своей новой



теории диссоциации пытается (опираясь на теорию диссоциации Жане) прояснить эти процессы: он предполагает, что в состоянии гипноза при новом и видоизмененном распределении самоконтроля

– 446 –

некоторые системы работают параллельно друг другу - в противоположность состоянию сознания, при котором самоконтроль занимает господствующее положение.

Итак, можно выделить следующие характеристики гипнотического состояния.

1. Гипноз (греч. «сон») не является состоянием сна.
2. Гипноз не свидетельствует о какой-либо слабости или нарушении, напротив, он представляет собой предпосылку способности к фокальной концентрации внимания.
3. Гипноз per se\* не несет в себе ни опасности, ни терапевтического воздействия.
4. Гипноз не «навязывается» пациенту, он предполагает сотрудничество с пациентом.
5. Не каждый подвержен гипнозу.

### *1.2.2. Психологические и физиологические результаты, достигаемые посредством гипноза*

Результаты энцефалографии пациента в состоянии гипноза нельзя свести к общему знаменателю. Это, разумеется, связано также и с формой гипнотических состояний. Как правило, в состоянии транса преобладают альфа-волны. Это соответствует состоянию бодрствования, при котором отсутствует концентрация внимания. В нейрофизиологической теории гипноз рассматривается как процесс, в котором участвуют средний мозг и соответственно субкортикально-таламические структуры мозга. Гипнотическое состояние отличается как от состояния сна, так и от состояния бодрствования. Электродермальная активность и другие реакции вегетативной нервной системы также изменяются в направлении ваготонического, чрезвычайно сходного со спокойным состоянием регуляции (Stockmeier, 1984). В дальнейшем происходят гормональные изменения плазмакортизола и катехоламинов, а также сдвиги в формуле крови, вызванные приростом лимфоцитов. Эта физиологически-трофотропная схема реагирования имеет место также и при аутотренинге и подобных ему методах расслабления (Edmonton, 1981). При этом, однако, следует подчеркнуть, что если у гипнотизируемого возникает состояние беспокойства или страха, то у него может произойти учащение дыхания, пульса или сердцебиения. Это еще раз подчеркивает пластичность состояния транса. Таким образом, гипнотические состояния и расслабление зачастую характеризуются определенным сходством, однако они не тождественны друг другу; так, гипнотические индукции были эффективны, например, при занятиях на велоэргометре (Kossach, 1989).

---

\* Сам по себе (*лат.*).

– 447 –

Люди, подвергшиеся гипнозу, рассказывают, что их состояние и переживания меняются. «Диссоциация обычного ощущения "Я" происходит вместе с появлением неопределенного состояния полубытья» (Zindel, 1988, с. 186). При чистом гипнозе (а, следовательно, в состоянии, при котором отсутствуют специфические внушения)

господствующими являются ощущения спокойствия и уравновешенности. Однако именно эмоциональное состояние легко поддается изменению посредством специальных внушений. Несмотря на постоянно появляющиеся утверждения противоположного, в настоящее время не существует указаний на то, что в состоянии гипноза происходит усиление функций памяти (Applebaum, 1984). Полностью можно исключить ослабление способности морального суждения (Orne, 1983). Однако вновь и вновь поднимается вопрос, можно ли заставить гипнотизируемых людей совершать действия, которые противоречат их ценностям и идеалам. Кажется, в принципе, как показывают отдельные примеры, такая возможность существует, и все же в подобных случаях следует принимать во внимание внутреннюю готовность к этому конкретного рассматриваемого лица.

Процессы воображения в состоянии гипноза улучшаются, а память имеет в большей степени образно-асемантический характер. Терпимость к логическим противоречиям возрастает, а аналитическое мышление в большей степени уступает место первично-процессивному (Orne, 1959). Внимание концентрируется, а телесные ощущения изменяются. Широкий обзор психофизиологических воздействий внушения и аутотренинга дает Хофманн (Hoffmann, 1977).

### *1.2.3. Психодинамические аспекты гипноза и аутотренинга*

После того как Фрейд отошел от гипноза, отношения между сторонниками психоанализа и гипноза стали противоречивыми. Сам Фрейд, тем не менее, полагал, что при массовом применении психотерапии

«мы вынуждены сплавлять чистое золото анализа с большой долей меди прямого внушения, и в этой ситуации, как и при лечении военных неврозов, гипнотическое воздействие также сможет вновь найти свое место» (Freud, 1919, с. 193).

Гринсон признает роль внушения также и в психоанализе: «Внушение присутствует во всех формах психотерапии, ибо оно ведет свое происхождение из отношений "ребенок-родители"» (Greenson 1981, с. 62). Однако он видит его решающее отличие от гипноза, заключающееся в том, что внушение должно вводиться в аналитическую ситуацию и анализироваться в соответствии с оказанным им действием. Первоначально в качестве сущности гипноза Фрейд рассматривал бессознательную фиксацию либидо субъекта на личности гипноти-

зера, осуществляемую благодаря посредничеству мазохистских компонентов полового влечения. Позднее он полагал, что гипноз представляет собой состояние влюбленности. В дальнейшем он признал, что в процессе гипноза обнаруживаются проявления переноса (D. Gruenwald, 1982).

Ференчи (Ferenczi, 1952) проводит различие между материнским и отцовским гипнозом. Для Ференчи гипноз был феноменом переноса. Шильдер (Schilder, 1921) видел в гипнозе регрессию к прежней фиксации, причем «центральное Я» и далее продолжает функционировать и именно оно поддерживает контакт.

Наиболее тщательно разработанная теория гипноза принадлежит Гиллу и Бренману (Gill and Brenman, 1959). Они предположили, что гипноз ликвидирует контроль Я над Я-аппаратом, приводит к самостоятельности отдельных функций Я и тем самым высвобождает лишь потенциальные до тех пор энергии. Авторы полагают,

что в состоянии транса в Я выстраивается некая подсистема, однако при этом и в состоянии транса в распоряжении Я остается ядро Я-реальности. Таким образом, авторы разработали теорию гипноза как регрессии на службе Я. Эта теория находится в тесной связи с неодиссоциационными представлениями Хильгарда и в значительной степени соответствует современным концепциям.

## 2. ЛЕЧЕНИЕ

### 2.1. Техника лечения, используемая при гипнозе

Гипноз сам по себе представляет не метод, а лишь методику лечения (Spiegel, 1994). Следовательно, гипноз не является полностью самостоятельной формой терапии, он должен включаться в общий план психотерапевтических действий или быть составной частью специального психотерапевтического метода. Это означает, что все гипнотерапевтические усилия требуют основательной предварительной диагностики и составления определенного терапевтического плана. Гипнотические техники нашли применение как в рамках психоаналитически ориентированных методов, так и в краткосрочной и поведенческой терапии. В еще большей степени это относится к аутотренингу, который в качестве дополнительного психотерапевтического метода признается почти всеми психотерапевтическими школами. Однако и здесь на первом месте должны находиться соображения диагностически-терапевтического порядка (когда, в какой момент в процессе индивидуального или группового лечения имеет смысл использовать аутотренинг).

– 449 –

В настоящее время в терапии посредством гипноза можно выделить два различающихся по своей сути подхода к лечению: классический прямой суггестивный гипноз и непрямой гипноз, разрабатывавшийся прежде всего М. Эриксоном.

Техника классического прямого гипноза описывается в известных учебниках Шульца (Schultz, 1979) и Штокмайера (Stockmeier, 1984). Посредством вербального внушения и сосредоточения внимания, цветового контраста и т. п. постепенно достигается гипнотическое состояние. При этом используется прямое внушение, например: «Вы пристально, не отводя глаз, смотрите на эту точку... теперь Вам удобно, Вы расслаблены... Ваши веки тяжелеют, руки и ноги тяжелеют...».

При возникающих при непрямом гипнозе, по М. Х. Эриксону, особенных отношениях «врач-пациент» принимается во внимание уникальность пациента, что исключает следование какой-нибудь одной определенной технике. Цель заключается в том, чтобы дать возможность проявиться автономным процессам пациента.

*«Вы сидите здесь (общее место при любом виде внушения) и Вы можете устроиться поудобнее, скрестить ноги и положить руки на бедра (непрямое внушение). Пока Вы меня слушаете (общее место), Ваши мысли могут идти своим чередом (отсутствие какого-либо действия и непрямое внушение)» (цит. по: В. Peter, Hypnotherapie, с. 352).*

Цель Эриксона состояла в том, чтобы ослабить внимание пациента, стимулировать изменения в привычных для него моделях контроля и повысить его готовность к восприятию своих собственных внутренних процессов. Используются различные техники, например, введение общих мест, действительных для любого вида

внушения, осуществляемое в рамках «техники подстилки». (Erickson et al., 1978). При этом терапевт должен действовать весьма осторожно, чтобы сохранить автономию пациента и предоставить ему пространство для личностных реакций.

Осуществленное Эриксоном расширение понимания сущности гипноза содействовало тому, что заскорузлая классическая форма гипноза, которая во многом справедливо была дискредитирована как авторитарная и неэффективная, была по-новому осмыслена и подверглась серьезной трансформации. В отличие от устаревшей формы, основу которой составляли жесткие индукции, при которой, как во времена Фрейда, терапевт был скорее контролером, а пациент - объектом, сегодня все формы гипноза ориентируются на общие принципы психотерапии: их центральным пунктом является взаимодействие терапевта и пациента с целью партнерского сотрудничества в установлении «помогающих отношений». Даже тогда, когда гипнотерапия по Эриксону и классическая форма гипноза идут совершенно различными путями индукции, они направле-

– 450 –

ны на реализацию сходных принципов и целей. Начало движения по этому пути, несомненно, является огромной заслугой Эриксона, поскольку он обращался к конкретному пациенту и адаптировал терапию к индивидуальным особенностям пациента, к его проблемам и ресурсам. При этом подходе большое значение придается умению приспосабливаться к конкретной ситуации, чтобы гипноз более не был «придворным шутком в священных чертогах ортодоксии» (Watzlawick, 1982, с. 148).

Труды Эриксона невозможно понять, не зная его биографии: после того как в возрасте 17 лет он переболел полиомиелитом, он разработал систему духовной концентрации и самоконтроля, разрабатывал техники сопротивления болезни, позволявшие ему бороться с болями и телесными недостатками в течение всей своей жизни. Эта борьба привела к появлению у него уникального сочетания избытка внутренних ресурсов, умения приспосабливаться к ситуации, находчивости и дара импровизации. Однако другим терапевтам непросто осознать это (Zeig, 1995), и поэтому все конкретные рецепты, в которых не критически идеализируются относящиеся к одному индивидуальному случаю общие подходы, частные эпизоды и хорошо продуманные техники Эриксона, далеки от правильного понимания его идей. Точно так же и его высказывание, что «следует доверять бессознательному», означает не то, что терапевт может полностью вручить себя своему бессознательному и бессознательному пациента, а лишь то, что ему нужна очень хорошая подготовка только для того, чтобы достичь иного (нежели вербально-рациональный) уровня (Hammond, 1984).

Ниже излагаются основные терапевтические модели гипноза по Эриксону: первоочередной задачей является достижение готовности к реакции, то есть делается акцент на гибком, соответствующем индивиду образе действий, что позволяет идентифицировать имеющиеся в наличии ресурсы и более эффективно использовать их на следующем этапе. Это предполагает наличие у терапевта таких качеств, как честность, преданность своему делу и позитивное отношение к пациенту, пациент же должен быть мотивирован и обладать возможностью заложить достаточный базис доверия терапевту. Этот подход вовсе не представляет собой какого-либо «волшебного пути». Зачастую Эриксон благоразумно не брался за лечение более тяжелых душевных заболеваний (Zeig, 1995).

Важнейшим терапевтическим инструментом является коммуникация с пациентом на всех уровнях восприятия и переживания. Эриксон был убежден, что пациент,

несмотря на свои проблемы, сохраняет все ресурсы, необходимые для того, чтобы терапия увенчалась успехом. Основной принцип ее применения включает в себя то, что пациенту не объясняется и не навязывается ничего такого, что не соответствует системе его отношений с окружающим миром, тогда как его собственные способности раскрываются и используются. Эрик-

– 451 –

сон не стремился к окончательному исцелению, а пытался помочь пациенту в течение короткого времени разрешить проблему. Пациенты имели возможность возобновить лечение в том случае, если нуждались в поддержке или терапии. Тем самым Эриксон следует модели «проводимой по частям краткосрочной терапии», что позволяет осуществлять терапию и в реальном пространстве жизни пациента. Это предполагает наличие у терапевта возможности посещать пациента в пространстве его личных отношений и адаптировать психотерапевтическое предложение к каждому конкретному пациенту.

Концепция, заключающаяся в том, что позитивное может усиливаться, а неблагоприятное истолковываться по-иному (*refraining*), получает признание и в других школах. Так, сам Эриксон, дальтоник от рождения, не чувствовал себя, однако, ограниченным, а рассматривал эту свою особенность как ресурс, который он превратил в весьма содержательный способ самовыражения (Zeig, 1995). Возможности непрямого управления ассоциациями представлены в литературе в качестве конкретных рецептов («техника подстилки», общие места, устранение путаницы, противоречий). Конечно, использование не прямых внушений таит в себе опасность манипуляций. Более важной, чем разделенные на части специализированные манипуляционные техники, является стоящая за этими техниками философия интерперсонального подхода к пациенту, целью которого является высвобождение его потенциала самостоятельной помощи самому себе, как в гипнотическом, так и в бодрствующем состоянии (Erickson and Rossi, 1978). Все это следует использовать достаточно осторожно, ибо «реакция человека важнее, чем ловкость техники» (Zeig, 1991). Большое значение имеет использование метафор и анекдотов, существенным образом затрагивающих многие уровни сознания.

Терапия не заканчивается в кабинете терапевта, а продолжается в повседневной жизни пациента благодаря действиям и обучению пациента, осуществляющимся в рамках решения терапевтических задач.

Основные принципы гипноза по Эриксону:

- посещение пациента в пространстве его жизни;
- усиление его способностей (ресурсов), подчеркивание позитивного;
- активизация конструктивных эмоций;
- новое толкование (*reframing*);
- следование за пациентом (*pacing*)\* и медленное продвижение вперед (*leading*)\*\*;
- использование метафор и анекдотов;
- постановка терапевтических задач.

---

\* Регуляция, стимуляция (*англ.*).

\*\* Ведение (*англ.*).

– 452 –

## 2.2. Техника лечения при помощи аутотренинга

Обычно аутотренингу обучаются в группах по 6-12 участников, для очень робких пациентов имеет смысл использовать индивидуальный тренинг, однако в случае заметного прогресса такого участника его можно привлечь к групповому лечению. Обучение аутотренингу делится на два этапа. Низшая ступень состоит, как правило, из 7 занятий (упражнения, которые изучаются в течение 3-4 месяцев: покой, тяжесть, тепло, дыхание, упражнения для сердца, живота и, наконец, для области лба). На высшей ступени, которая опять-таки состоит из семи сдвоенных часовых занятий, происходит углубление переживаний цвета и образов, что позволяет пациенту в процессе созерцания образов достигать самопостижения и самоосуществления (Thomas, 1983).

## 2.3. Техника лечения при помощи градуированного активного гипноза

Промежуточное положение между аутотренингом и гипнозом занимает градуированный активный гипноз по Лангену (Langen, 1969). Основное упражнение аутотренинга (тяжесть и тепло) усиливается посредством гетеросуггестии формулой «покой - тяжесть - тепло», но потом пациент переводится в аутогенное состояние. Затем в этом состоянии используются «представленные в виде формул специальные образы» или «лозунги, представленные в виде начертанных на стене изречений».

### *Пример из практики*

У 45-летней госпожи А. после проведенного в стационаре диагностического гинекологического вмешательства развилась задержка мочеиспускания. После гинекологического и урологического обследования стало ясно, что в этом случае речь идет о психогенной задержке мочеиспускания. Подтекст беседы с госпожой А. показал, что у нее произошло невротическое развитие личности, обнаружилось присутствие актуального конфликта, состоящего в том, что в результате кризиса семейных отношений у нее появились сильные страхи, связанные с ситуацией дома: «Я не хочу, чтобы меня выгнали». После проведения двух лечебных сеансов гипноза пациентка продолжила лечение на занятиях по аутотренингу и на 4-й день смогла отказаться от катетера. После выписки было организовано дальнейшее психотерапевтическое лечение.

Господин Б., архитектор, основавший несколько лет назад собственное бюро, в результате несчастного случая находился в отделении интенсивной терапии. Столкновение с собственными физическими недостатками, а также постоянные мысли о финансовых трудностях, угрожавших его существованию, привели господина Б. в состояние такого беспокойства, что даже повышенные дозы успокоительного оказывали на него лишь весьма незначительное воздей-

– 453 –

ствие. С господином Б. прямо у его больничной кровати были проведены три сеанса градуированного активного гипноза длительностью по 10-15 минут каждый; затем он самостоятельно продолжил лечение посредством аутотренинга. По прошествии 10 дней господин Б. почувствовал, что стал явно спокойнее, и появилась возможность отказа от медикаментов.

## 2.4. Цели лечения

Гипноз - а в меньшей степени и аутотренинг - может использоваться в различных терапевтических целях:

- устранение симптомов;
- психологическая поддержка (увеличивающая силу Я);
- использование в рамках раскрывающего динамически-аналитического метода.

Гипноз и аутотренинг в качестве «элемента интегративной психотерапии» применяются как тогда, когда показан контроль над симптомами, так и тогда, когда показана поддерживающая терапия. Это тем более понятно, что ни тот, ни другой не основываются на фундаментальной теории возникновения душевных заболеваний. При этом аутотренинг рассматривается преимущественно как средство самопомощи и играет важную роль в деле заботы о собственном здоровье.

Следует еще раз подчеркнуть: «Взятый сам по себе, гипноз является не методом лечения, а техникой усиления способности концентрации» (Spiegel, 1994).

В области контроля над симптомами особенное значение имеет лечение, направленное на борьбу с болями и хроническими болевыми состояниями (Wengele, 1988). Гипноз (и такие техники расслабления, как аутотренинг) имеет и неспецифическое применение - в качестве основной терапевтической стратегии - и специфическое - для обучения контролю над болью или для устранения болевых ощущений. Обзор лечебно-методических аспектов, сопровождающийся примерами из практики, дают Венгеле (Wengele, 1988) и Хильгард и Хильгард (Hilgard und Hilgard, 1983) и др. Например, чтобы облегчить болевое состояние, пациент может попытаться создать противовес в виде какого-нибудь приятного ощущения; или же можно использовать специфические внушения, в результате которых боль перемещается в другие части тела и приобретает иное качество, благодаря прохождению тепла через соответствующие области тела и др.

Важно, что для эффективности внушений достаточно поверхностного транса. Именно техники расслабления, а также гипноз хорошо воспринимаются страдающими от болей пациентами, которые во многих случаях категорически поддерживают органическую теорию болезни и отвергают роль психических факторов; поэтому эти техники и гипноз могут стать фундаментом для дальнейших психотерапевтических действий.

– 454 –

Используемая в рамках лечения невротических и психосоматических нарушений техника гипноза М. Х. Эриксона открыла впоследствии новые возможности и пути лечения. Гипноз нашел свое применение при снятии симптомов в ходе острых кризисных интервенций, например при острых психогенных приступах астмы, в стоматологии, при анестезии, при острых болевых состояниях и т. п.

В рамках поддерживающей терапии гипноз и аутотренинг должны содействовать прежде всего внутреннему расслаблению и, насколько это возможно, ослаблять симптомы и приводить к стабилизации общего состояния здоровья (Stockmeier, 1984).

Как раскрывающий метод или же в сочетании с какими-либо раскрывающими психотерапевтическими методами (глубинно-психологически - психоаналитически ориентированными) гипноз используется, как правило, с целью получения доступа к бессознательному или вытесненным воспоминаниям. В гипнокатарсисе целью является ослабление эмоций и напряжений. Под гипноанализом понимается соединение использования гипнотического состояния с аналитико-терапевтическим подходом. Вольберг (Wollberg, 1983) полагает, что в рамках кратковременной глубинно-

психологической терапии использование гипноза как техники, увеличивающей скорость достижения результата, может принести значительную пользу.

Что касается использования гипнотерапии в течение продолжительного периода времени, то на этот счет нет однозначных данных, хотя в неблагоприятных случаях несколько сеансов могут привести к впечатляющему симптоматическому улучшению. Но, как правило, для того чтобы уверенно судить об этом, необходимо более длительное лечение. Гипнотерапия по М. Эриксону, направленная на реализацию близких прагматических целей, предполагает проведение не очень длительного курса лечения (от 10 до 40 занятий). Если целью терапии является реструктуризация личности, то в таком случае процессы лечения могут охватить гораздо более продолжительный период времени.

Если гипнокатаксис и гипноанализ - как это установил еще Фрейд - в силу проблемы присутствия в процессе лечения сопротивления и переноса сталкиваются с весьма значительными трудностями, то благодаря новому пониманию гипноза, предложенному Милтоном Эриксонем, появляется возможность сохранять большую умеренность:

«воздержание от собственных притязаний на власть, от желания неременного успеха терапии... требуется не только для того, чтобы не затрагивать свободы реакции пациента, но и для того, чтобы пробуждать свою собственную активность» (Zindel, 1988).

Гипноз и аутотренинг могут обладать в широком смысле раскрывающим воздействием, предоставляя пациенту возможность нового и более качественного восприятия своих собственных как телесных, так и эмоциональных пере-

– 455 –

живаний. Тем самым они могут сделать заметной и осязаемой связь между телом и душой именно для пациентов со слабой мотивацией к психотерапии, помогая и содействуя этим психотерапевтическому процессу (Schüssler, 1995). Как свидетельствует наш опыт, именно при помощи комбинации аутотренинга и кратковременной глубинно-психологической динамической терапии можно достичь очень хороших результатов.

#### *Пример из практики*

Госпожа К., 50-летняя домохозяйка, уже 4 года страдает рецидивирующими *Ulceri duodeni et ventriculi*;\* ей уже были проведены антректомия и ваготомия. Несмотря на хирургическое и длительное медикаментозное лечение, облегчения не последовало. Госпожа К. являла собой картину *ulcus*-личности, она вела себя корректно и с осознанием своей ответственности, ей была присуща сильная альтруистическая установка, которая сформировалась еще в раннем детстве как компенсаторная. Пациентка заболела после того, как ее дети выросли, а муж сменил место работы - когда он перестал нуждаться в ее помощи. В начале курса терапии ее мучили постоянная рвота и не поддающиеся лечению желудочные боли. При обучению аутотренингу особенное значение придавалось восприятию ее собственного тела и упражнениям для желудка и кишечника. В течение в общей сложности 8 проводившихся параллельно с обучением аутотренингу глубинно-психологически ориентированных сеансов предпринимались попытки обработки фокального конфликта: «Каким образом я отнимаю у себя нечто в своей семье, каким будет мое



будущее?». После приблизительно 10 месяцев состояние пациентки существенно улучшилось, хотя именно во время напряженных семейных ситуаций у нее вновь и вновь возникали желудочные недомогания. Пациентка была согласна кардинально изменить свои партнерские отношения.

При раскрытии телесного переживания и ощущения психоаналитическая теория и практика из-за своей ограниченности вербальной деятельностью часто пренебрегают расположенным на более низком уровне довербальным телесным опытом. Так, Йонен и Мюллер-Брауншвейг (Johnen und Müller-Braunschweig, 1988) констатируют,

«что язык тела неотделим от индивидуальной биографии, что душевный и телесный подходы тесно связаны между собой. Но, кроме того, оказывается, что, для того чтобы произошло изменение телесного симптома, на него можно воздействовать, также исходя из телесного подхода».

Именно комбинация аутотренинга или другого метода расслабления с глубинно-психологическим психодинамическим методом представляется наиболее плодотворной. При этом оба метода психотерапии по своей технике (см. «Техника лечения при помощи аутотренинга») остаются неизменными.

---

\* Язва двенадцатиперстной кишки и язва желудка (*лат.*).

– 456 –

## **2.5. Различные показания и результаты терапевтического исследования**

При просмотре литературы, посвященной показаниям к аутотренингу и гипнозу, возникает впечатление, что эти методы эффективны почти при всех формах нарушений (миф об универсальности, Нааг und Birbaum, 1984). Так, Ланген Langen, 1983) отмечает по поводу показаний к аутотренингу, что он может использоваться во всех случаях, за исключением эндогенных и экзогенных психозов и злокачественных навязчивых синдромов. С такой точкой зрения можно согласиться применительно к тем случаям, когда речь идет лишь о том или ином поддерживающе-сопутствующем лечении. Однако само собой разумеется, что аутотренинг (или гипноз) не может быть в равной степени эффективен при любых картинах нарушений; напротив, мы должны согласиться с тем, что при одних нарушениях или специфических персональных условиях аутотренинг демонстрирует большую терапевтическую эффективность, чем при других. Поэтому требуются дальнейшие исследования. Поскольку исследований, прошедших надлежащую проверку, недостаточно, самые различные вопросы практически остаются без ответа. Изобилие единичных результатов и эпизодического опыта не может в данном случае служить сколь-нибудь удовлетворительной заменой.

Если еще Мейер и его коллеги (Meuer et al., 1991) в своем экспертном отзыве по поводу закона о психотерапии, снабженном обзором соответствующей литературы вплоть до 1989 года, пришли к выводу, что использование аутотренинга во врачебном уходе не оправдывает затрат, но сегодня этому мнению можно противопоставить четкие возражения: уже Рормайеру (Rohrmeier, 1982) удавалось проводить исследования аутотренинга на выборке из почти 2000 пациентов, а гипноза - на 450 пациентах, причем он подвергал критике недостаточную тщательность исследований и

ограниченность их непосредственного сравнительного значения. Результаты, принимая во внимание чрезвычайную простоту метода, были очень хорошими: улучшение наступало в 70%, а резкое улучшение в 50% случаев. Однако значительная доля пациентов, выбывших к началу тренинга, не была принята во внимание. Катамнестические исследования эффективности аутотренинга также продемонстрировали хорошие результаты: улучшение наступало в 65 % случаев; наиболее высокий процент улучшения был у пациентов с головными болями, сердечно-сосудистыми недомоганиями, нервным беспокойством, страхами и депрессивным настроением (Bühler und Biesenecker-Fjornes, 1986). Процент неудач при этом исследовании был чрезвычайно незначителен (15-20 %), и, хотя речь идет об исследовании, не прошедшем должной проверки, результаты указывают на высокую эффективность аутотренинга. О том, что такие методы расслабления, как аутотренинг, в комбинации с мероприятиями медицинского характера приводят к положительным результатам именно при психосоматических заболеваниях, сви-

– 457 –

детельствует одно из немногих проведенных в этой области соответствующих надлежащим критериям контроля исследований, которое относится к лечению гипертонии: Калуца и его коллеги (Kaluza et al. 1986) обнаружили, что у 108 гипертоников, которые получали помощь по стандартизированной психотерапевтической лечебной программе, давление, несмотря на менее интенсивную по сравнению с контрольной группой антигипертензивную фармакотерапию и непрерывное уменьшение дозы принимаемых пациентами препаратов, снизилось. При последующем контрольном исследовании, проведенном через 6 и 12 месяцев после окончания терапии, это снижение давления оказалось стабильным. В контрольной группе изменений выявлено не было.

Штеттер и Манн (Stetter und Mann, 1992), возражая вышеупомянутому экспертному отзыву, свели воедино все 15 опубликованных начиная с 1984 года исследований эффективности аутотренинга, соответствовавших надлежащим критериям проверки: во всех (за исключением одного) исследованиях аутотренинг оказался эффективным в том, что касается изменения симптомов.

Тем временем Майер (при личном контакте), после того как условия проведения исследования были улучшены, признал эффективность аутотренинга.

Вплоть до проведения более точных дифференцированных исследований показания для аутотренинга должны оставаться такими же, как и прежде: он показан при психосоматических заболеваниях, психоневротических нарушениях и в качестве сопутствующей терапии при заболеваниях органов, то есть в конечном счете цели его применения ограничены. В этих случаях аутотренинг следует рассматривать как попытку осмысленной и требующей незначительных усилий терапии.

Относительно гипноза Рормайер (Rohrmeier, 1982) сообщает об исследованиях, охватывавших в целом 448 пациентов. Оценивая его эффективность, Рормайер говорит о 53-80% улучшений, причем, по его словам, прочность достигнутых результатов была скорее незначительной. Есть сведения об исключительно успешных результатах лечения в отдельных областях и катамнестические сообщения о результатах использования гипноза, таких, например, какие были получены Краснилеком (Crasnileck, 1982) при лечении психогенной импотенции: после в среднем 5 лечебных сеансов у 87 из 100 мужчин, страдавших психогенной импотенцией, симптомы исчезли и не проявлялись по истечении одного года. Граве (Grawe, 1994) в 19 исследованиях, в которых было занято в общей сложности 1068 пациентов, смог установить высокую

эффективность гипноза, в особенности при лечении болей, психосоматических нарушений и расстройств сна. Улучшения в симптоматике, как правило, носили длительный характер. Граве - как показано выше - ограничивает его применение, поскольку он придает гипнозу значение скорее лечебной техники, целью которой является ликвидация симптомов или недомоганий. Таким образом, в принципе, гипноз, используемый в рамках основного лечебного плана, открыт для терапевтов любой ориентации и

– 458 –

«его высокая эффективность в отношении отдельных симптомов позволяет считать оправданным и желательным, чтобы он чаще применялся во всеобщей психотерапевтической практике, чем это имеет место в настоящий момент (Grawe, с. 637)».

Сообщается о хороших результатах, достигнутых при лечении болей посредством гипноза. По всей вероятности, гипнотическая анальгезия, или смягчение боли, оказывает воздействие на механизм телесного расслабления и контроль над вниманием (Spiegel, 1994). Гипнотическая анальгезия высоко эффективна и используется в медицине уже свыше 100 лет; первое сообщение о ней относится к шотландским хирургам, проводившим ампутации, погружив пациента в состояние гипноза (Spiegel, 1994). В большинстве используемых техник применяются расслабляющие образы, отвлекающие внимание пациента от его болей. Пациентов можно научить самостоятельно пользоваться этими образами в дальнейшем, например вызывать чувство приятного парения или онемение в области боли или смещать боль в какую-либо другую часть тела и т. п. Шпигель (Spiegel, 1994) вызывает в качестве показаний также состояния страха и фобии, посттравматические нарушения, конверсионные симптомы, контроль за поведением, например, тренинг по отвыканию от курения или контроль веса. Даже в случае отсутствия абсолютных противопоказаний ответственное установление показаний и лечение должны производиться специалистом, поскольку у людей с ярко выраженной внушаемостью возможны чрезвычайно острые реакции. Перед началом лечения необходимо кратко объяснить пациенту суть гипноза и то, как он проводится, и в том случае, если пациент сопротивляется гипнозу или испытывает перед ним страх, отказаться от его проведения. Далее, следует предостеречь от опрометчивого применения гипноза к пациентам, страдающим наиболее тяжелыми формами депрессии и склонности к самоубийству.

При гипнозе просто необходимо постоянно учитывать феномен переноса и контрпереноса и пытаться на него воздействовать, чтобы препятствовать возникновению чудесных ожиданий или зависимости со стороны пациента и собственным иррациональным потребностям во власти или манипулировании. С возрастом использования непрямого внушения, а следовательно, менее авторитарного метода, возникает впечатление, что иные опасности становятся менее определенными. Именно это открытие возможности использования гипнотерапии для индивидуального взаимодействия между гипнотерапевтом и пациентом позволило освоить новые области гипнотерапии. Однако следует предостеречь от представлений (имеющих место, например, в нейро-лингвистическом программировании) о том, что существуют некие магические формулы, следование которым всегда сопровождается исцелением (Hammond, 1984).

В заключение следует подчеркнуть, что гипноз (так же, как и градуированный активный гипноз и - в меньшей степени - аутоотренинг) представляет собой такую психотерапевтическую технику, которая обладает наиболее высокой

эффективностью и оказывает наиболее быструю помощь. Поэтому данный метод должен применяться именно там, где симптоматическое улучшение должно быть достигнуто посредством небольшого количества сеансов, например, при исключительно острых психогенных состояниях или при угрожающих функциональных нарушениях.

*Пример из практики*

У господина Д. в течение года развился тяжелый функциональный синдром одышки. В конце концов он был вынужден почти ежедневно посещать врачей, прибегать к услугам «скорой помощи» и обращаться в больницы; к этому присоединилось злоупотребление бронхиальными препаратами. В результате применения направленного активного гипноза было достигнуто мгновенное снижение количества жалоб и освобождение от фиксации страха на дыхании. Тем самым впервые появилась возможность затронуть в беседе основополагающую конфликтную проблематику и перейти к дальнейшей психотерапии.

### **3. ОБУЧЕНИЕ, ПОДГОТОВКА И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**

Наряду с Немецким обществом врачебного гипноза и аутотренинга, одним из основателей которого был Й. Х. Шульц, с 1981 года существует Немецкое общество гипноза, которое также осуществляет специальную подготовку в области гипноза. В обоих обществах можно потребовать списки тех или иных местных гипнотерапевтов, а в Обществе врачебного гипноза и аутотренинга также и списки руководителей курсов аутотренинга и индивидуально практикующих терапевтов. Гипноз и аутотренинг значатся также и в каталоге медицинских услуг, оплачиваемых официальными больничными кассами, и, таким образом, лечение может осуществляться врачами, прошедшими специальную дополнительную подготовку.

Аутотренингу можно обучиться лишь при помощи своего собственного опыта и посредством регулярных упражнений, но при этом необходимо компетентное руководство. Научные и практические аспекты гипноза освещаются в достаточно полном учебнике Коссака (Kossack, 1989, первое издание), по аутотренингу имеется несколько хороших учебников (например, Kraft, 1989). Врачам для получения диплома о дополнительной специальности «психотерапия» предписан основной курс «аутотренинг», изучаемый в течение 8 сдвоенных часов, и дополнительный курс, также состоящий из 8 сдвоенных часов. Для обучения гипнозу также требуется как минимум 2 курса по 8 сдвоенных часов каждый. Однако принимая во внимание то, что теория и практика гипноза претерпевают изменения и расширяются, этого уже недостаточно.

## **СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ**

### **1. СЕМЬЯ**

У каждого из нас есть опыт семейной жизни. Семья - это не что-то, что существует вне нас, это нечто, переживаемое совершенно конкретно, то, что можно пережить снова. Мы понимаем под семьей то, что устанавливается и реализуется в совместной жизни ее участников. Мы идентифицируем себя с этой семейной

действительностью, мы несем с собой ее субъективную картину, которой руководствуемся при создании собственной семьи (Сієрка, 1992). Если у человека имеется негативный опыт жизни в родительской семье, то в собственных планах на жизнь свою семью он представляет себе совершенно иначе. И, наоборот, при наличии позитивного опыта человек будет стремиться к его повторению в собственной семье.

Определение тех клинических проявлений, которые должны быть охвачены семейной диагностикой и излечены семейной терапией, зависит, среди прочего, и от того, что вкладывается в понятие «семья». Семья это намного больше, чем институт социализации или юридическое объединение. Психотерапевты рассматривают семью как систему интимных отношений. В семейной терапии необходимо определение семьи, где подчеркивается «совместная жизнь» индивидов в особой малой группе - семье.

Семьи характеризуются взаимодействием поколений. Этим они отличаются от супружеских пар. Конечно, сегодня единым домом редко живут больше чем два поколения. Кауфманн (Kaufmann, 1994) описывает актуальную идеальнотипическую форму семьи как «семью из нескольких поколений, локализованных в разных местах». В этом определении подчеркивается, что семейные отношения сохранились как минимум между тремя поколениями. Однако три поколения больше не живут вместе, под одной крышей, обычно у них разные дома. Наряду с совместным проживанием - как правило, родителей и детей - должен быть сделан акцент на актуальных отношениях и интеракциях в семье. Добавляют также третий критерий для определения семьи: представления членов семьи о будущем, или идеал семьи. Когда у молодых людей есть дети, они хотят основать семью, которую - в жизненном плане - спокойно можно обозначить, как традиционную. Личные представления о семье ложатся в основу создания собственной семьи. Проекты жизни партнеров базируются на совместных, но все же частично очень различных историях существования собственных исходных семей. При реализации этих проектов порождаются новые границы, внутри которых живут партнеры и, в случае если появляются дети, се-

- 461 -

мья. Рассогласование между тем, как каждый из партнеров представлял семью, и тем, что на самом деле могло быть осуществлено, принято рассматривать в числе факторов, разрушающих семью.

Наше общество предоставляет возможности для осуществления различных форм совместной жизни. Поэтому могут устанавливаться различные пограничные условия, которые делают возможным проживание в атмосфере интимности и приватности. Множественность форм семейной жизни отчетливо проявляется на том этапе, когда у пары нет детей (Bertram, 1993). Если же рассматривать процент разводов, то пик приходится на период после рождения первого ребенка или на период после отделения последнего ребенка. Таким образом, во время детской социализации традиционная ядерная семья имеет большую стабильность.

Для различных форм семейной жизни характерно и то, что идет поиск таких форм отношений, в которых учитывались бы личные идеалы. Часто формы жизни, отличные от традиционной семьи, предлагают для некоторых людей большие возможности для уравнивания индивидуальных потребностей, например между стремлением к автономии и зависимостью от партнера. Несмотря на то, что альтернативная форма жизни может принести с собой большую неуверенность, она обещает и более высокую удовлетворенность отношениями.

Множественность форм жизни мы обозначим в таком определении семьи, которое охватывает возможно большое число вариантов образований семейных отношений:

«В семье (из одного или двух родителей) совместно проживают несколько, чаще всего два, поколений родителей, (кровных, приемных, опекунов, отчим/мачеха) и детей (родных, приемных, опекаемых, падчерица/пасынок). Совместное проживание в семье характеризуется совместной постановкой целей, поиском интимности и приватности и идеалом семьи. При образовании семьи каждый из партнеров привносит свой личный идеал семьи, который реализуется как форма жизни с учетом представлений партнера и социальной действительности. Тем самым создаются границы тех задач жизнедеятельности и развития, которые решает семья» (Cierpka, 1996a, с. 3).

Это определение семьи служит основой для «психотерапии семьи», которая на самом деле представляет собой «психотерапию различных форм совместной жизни».

## **2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ**

Различные школы семейной терапии исходят из того, что дисфункциональные межличностные отношения в диадах, триадах или в больших семьях отчасти являются причиной возникновения и сохранения нарушений и симп-

– 462 –

томов. Семейная терапия - это психотерапевтический метод, цель которого так изменить нарушенные отношения между членами семьи, чтобы с помощью изменений в динамике и структуре отношений в семье и ее подсистемах уменьшились или полностью исчезли жалобы, проблемы, симптомы отдельных членов семьи, а также улучшилось функционирование системы в целом. В отличие от других психотерапевтических методов, в которых отношения в семье обсуждаются, семейная психотерапия переносит лечение в реальную семейную ситуацию.

Семейная психотерапия - это эффективный психотерапевтический метод. Эмпирически доказано между тем, что применительно к изменениям индивидуальной симптоматики семейная терапия почти так же успешна, как и другие формы индивидуальной терапии (особенно поведенческой терапии, ср. Heekerens, 1990), при разрешении внутрисемейных проблем в отношениях успешна в еще большей мере (Grawe et al., 1994). При невротических, психосоматических, психотических картинах болезни доля проблем общения является определяющей для успешного исхода семейной терапии. Семейной терапии пророчат большие успехи в отличие от индивидуальной терапии тогда, когда семейная проблематика ярче всего проявляется в сфере интерперсональных отношений.

## **3. ИСТОРИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ШКОЛЫ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ**

Супружеская и семейная терапия являются, в отличие от других психотерапевтических концепций, относительно молодыми дисциплинами. Крейше (см. в этом издании) описывает историческое развитие обоих методов, которые дифференцировались только в течение последних лет, говоря о том, что отдельное рассмотрение обоих методов в одном учебнике по психотерапии кажется

бессмысленным. Несмотря на относительно короткое время существования (приблизительно 50 лет) семейной терапии, в ее рамках образовались различные направления, которые отражают дискуссию между различными теоретическими школами (обзор см. Сierпка, 1991). Четыре сформировавшиеся на данный момент направления - это поведенческая терапия, терапия, основанная на теории коммуникации или теории систем, терапия, где основной акцент делается на развитии и на переживании, и психодинамически ориентированная терапия. Особым многообразием и разнообразием отличаются методы системной терапии, которые отражают готовность к восприятию нового и креативность. Возможно и дальнейшее подразделение этих основных направлений на подгруппы (ср. Сierпка, 1991).

– 463 –

Если вначале доминировали психоаналитически ориентированные концепции, то сейчас в центре внимания находятся системные теоретические направления (о дискуссии между психоанализом и системной теорией см. Крейше в этом издании, также Сierпка, 1987, с. 6; Reich, 1990). Между тем системный подход может применяться не только в рамках супружеской и семейной терапии. Системные методы могут быть успешными также в условиях индивидуальной терапии, равно как и при работе с более крупными системами, такими как институты, школы и т. д. Любая человеческая система - и, соответственно, семья - состоит из индивидов; с другой стороны, семья это нечто большее, чем просто группа индивидов. Чтобы иметь возможность понять семью, нам необходима и та теория, которая может описать душу индивида (то есть психоанализ), и та, которая позволяет проанализировать взаимодействие индивидов (то есть теория систем).

В Геттингене мы представляем психодинамически обоснованную «терапию нескольких поколений (буквально: многопоколенческая терапия)» (Massing et al., 1994; Reich et al., 1996). Мы исходим из того, что прошлое, в особенности бессознательное, наполненное неразрешенными конфликтами, в настоящем остается актуальным, а образец пережитого и усвоенного поведения является определяющим. Дополнительно к диагнозу семейной структуры, который в поперечном срезе исследует образцы взаимодействия семьи, в психоаналитически ориентированной семейной терапии используется и жизнеописательное измерение семьи. В продольном сечении исследуются сознательные и бессознательные представления о ценностях, нормы, мифы, фантазии, страхи семьи и особенности родительских семей.

Эта теория исходит из того, что многие образцы взаимодействия передаются из поколения в поколение. Неразрешенные конфликты бабушек и дедушек обнаруживаются и на уровне родителей. Если, например, отец сам ранее был вовлечен в супружеские конфликты своих родителей и думал, что он должен удержать их вместе, вероятно, он перенесет эти требования и на своих собственных детей. Так может быть бессознательно повторена более ранняя парентификация отца (возможно, будучи ребенком, он воспринимался как родительская фигура одним родителем или обоими, и к нему как к носителю этой функции предъявлялись повышенные требования). Семейные терапевты, которые применяют терапию нескольких поколений, иногда просят семью привести вместе с собой на консультацию своих бабушку и дедушку. По крайней мере, на первых встречах такие переходящие из поколения в поколение образцы взаимодействия могут быть диагностированы и, возможно, также приняты к рассмотрению.

Итак, за последние 40 лет произошла дифференциация направлений семейной терапии, в ее рамках выделились различные подходы. Необходимо, однако,

значительное уточнение того, осуществляются ли изменения в терапевтическом процессе и как именно это происходит (ср. также Alexander et al., 1994). Адекватное описание терапевтического процесса предполагает определение того, *что* оказывает влияние на течение терапии и *как* это происходит (Bergin

– 464 –

und Lambert, 1978). Для семейной терапии можно требовать в отношении конгруэнтности «проблема - поиск решения - выход» того, что семейная проблема определяется как проблема отношений. Эта проблема должна быть закреплена посредством характерных взаимодействий в определенных ситуациях. Переменные, которые служат для описания этой проблемы, должны были быть выбраны также и в качестве исходной точки терапевтических стратегий, чтобы клиницист (равно как и исследователь) позже могли констатировать изменения переменных в ходе терапевтического процесса и после его окончания. С помощью этих переменных можно оценивать и результат терапии. Исследования в рамках такой концепции, которая расширила бы знания об изменениях в ходе терапии, необходимы для всех методов семейной терапии.

## 4. ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ

### 4.1 Цели лечения

Цели (Сierпка, 1996с) семейной терапии отчасти являются производными от наших теоретических представлений о возникновении семейных проблем, жалоб и симптомов и их изменений. В особенности это относится к нашей главной цели: понять проблему семьи и рассмотреть возможные пути ее решения. «Предъявленная проблема» (Wynne, 1988) понимается на уровне семьи как «попытка решения», которая должна быть реализована в равновесии консультируемой семейной системы (Weiss und Haertel-Weiss, 1991). Распознавание проблемы и ее решение можно подразделить на три этапа. Сначала терапевты стремятся к максимально точному описанию и анализу представленной проблемы, затем они пытаются выяснить взаимосвязи между проблемой и семейной динамикой, и, наконец, определить возможности решения проблемы. Наряду с этим существуют и более глобальные цели, которые представляют собой значимые предпосылки решения проблемы.

- Должен быть создан «терапевтический союз».
- Должно быть установлено полное взаимопонимание между семьей, проблемным пациентом и терапевтом для того, чтобы установить, в чем заключаются проблемы семьи и как влияют друг на друга или обуславливают друг друга страдания проблемного пациента и проблемы семьи.
- Должны быть оценены индивидуальные и семейные ресурсы, а также социальная поддержка; это дает возможность найти источник помощи внутри семьи или во внешнем мире.
- Должны быть четко определены показания к различным видам терапии.

– 465 –

• После *заключения соглашения о терапии* между терапевтом и семьей в конце первой беседы или на первом терапевтическом сеансе должны быть сформулированы



*терапевтические цели.* На протяжении терапии эти цели часто меняются, но в системе «терапевт-семья» они всегда должны согласовываться снова.

Если все перечисленные выше критерии соблюдены, то важнейшей целью лечения становится непосредственное решение проблемы.

## **4.2. Определение проблемы и ее понимание: первые беседы**

Клиническая диагностика в семейной терапии занимает, как правило, несколько первых бесед. Обычно необходимы 2-3 встречи с семьей, иногда больше. В руководстве к интервью (Cierpka und Martin, 1996) сформулированы цели и гипотезы, возможные вопросы, а также инструкции для проведения интервью. Речь здесь идет не о структурированном или полуструктурированном интервью, а о том, чтобы с помощью определенных вопросов получить важную информацию о семейной динамике и конкретизировать отдельные ее фазы.

Клинический диагност становится - так же, как и в индивидуальной терапии - участвующим наблюдателем. Под этим подразумевается, что диагносты могут наблюдать за объектом, именуемым «семья», и рассуждать о нем на основе своих теоретических знаний. Одновременно диагносты принимают участие и во взаимодействии. Если сформулировать еще точнее, они, в целом, существенно определяют взаимодействие. Стало быть, диагност диагностирует систему отношений, в конструировании которой он сам был задействован, поскольку взаимодействие между участвующими системами носит характер циклического взаимного влияния.

При таком понимании диагностики акцент делается не только на исследовании коммуникативных аспектов (или аспектов взаимодействия) между индивидами в системе отношений, но и на конструктивистском понимании диагностического и терапевтического процесса. Диагносты - это семейные терапевты, у которых помимо концептуальных знаний о теории семьи существуют и свои личные теории, свои жизненные, научные и мировоззренческие позиции. Иными словами, диагностические наблюдения, описания и решения всегда осуществляются через призму мнения семейных психотерапевтов. То есть «объективность» в естественно-научном и медицинском смысле достигнута быть не может. Диагност предлагает семье свой личный субъективный подход и тем самым свои представления о семейной динамике и ее взаимосвязи с представленной проблемой. Таким образом результаты диагностики расширяются, а семья смотрит на себя с позиции терапевта. Возникает вероятность того, что с помощью предложенных конструктов она сможет прийти к новому пониманию проблемы и тем самым к новым ее решениям.

Диагносты используют теории, чтобы иметь возможность распознавать клинические феномены и данные, понимать и интерпретировать их. Использование нескольких методов в семейной диагностике предполагает, что таким образом могут быть рассмотрены представленные проблемы, их контекст, семейная динамика и система «терапевт-семья». Благодаря применению различных диагностических подходов (Cierpka, 1996b) диагност может получить представление о разнообразных аспектах и гранях проблем. Выбор теоретического подхода зависит от того, какие данные должны быть получены, и эта ограниченность должна осознаваться диагностом. Исследователи должны отдавать себе отчет в том, что как теоретические концептуальные построения, так и их личные идеи и социальный контекст, в котором

проходит семейная диагностика, оказывают определенное влияние на результаты их наблюдений и основывающиеся на них суждения.

Сложность семейных и социальных общностей может быть адекватно отражена лишь в том случае, если для их анализа была использована совокупность методов. Использование нескольких диагностических концепций позволяет семейным терапевтам увидеть больше связей между представленной проблемой и дисфункциональными параметрами семьи (Cierpka, 1996b). Иногда бывает достаточно изменения уже одного параметра, чтобы семья вновь могла обрести гармоничное равновесие. Однако по большей части прогресс может быть достигнут только тогда, когда изменяются несколько параметров, поскольку они оказывают совокупное влияние на поддержание дисфункционального баланса. Чтобы работа с семьей имела успех, для понимания причин возникновения проблемы и для поисков путей ее разрешения помимо существенных семейных конфликтов, рассматриваемых в рамках психодинамического направления, необходимо принять во внимание и другие особенности, например социальное положение семьи и/или стиль воспитания.

В семейной диагностике необходимо уделять особое внимание следующим аспектам.

*Контекст в ситуации семейной терапии* (ср. Benninghoven et al., 1996). Границы взаимодействия в семье и переменные, которые оказывают влияние на представление семейных проблем. Обычно в семейной терапии под контекстом жизни семьи и ее выздоровления понимают включенность семьи в более крупные системы и их влияния на семью. Социальное окружение семьи, общность, к которой она принадлежит, играют важную роль в диагностическом и терапевтическом процессе. Социальная реальность семьи представляет собой существенный внешний контекст, с учетом которого могут быть поняты процессы взаимодействия между членами семьи и специфика проблем. Этот аспект необходимо принимать в расчет при проведении диагностики и терапии, в частности при оценке симптомов и конфликтов, а также возможности их преодоления и соответствующих ресурсов.

– 467 –

Более чем в других психотерапевтических методах здесь принимается во внимание институциональный контекст, в котором проходит семейная терапия. Кроме того, терапевтам нужно получить информацию о представлениях и ожиданиях семьи, с которыми она идет к выздоровлению.

*Внутрисемейная динамика.* Основана на процессах индивидуального роста и связанных с ними процессах приспособления в жизненном цикле семьи (ср. Frevert et al., 1996). Семья в своем развитии проходит ряд фаз жизненного цикла, которые существенно определяют рамки и задачи, характеризующие совместную жизнь семьи. В общем, семейные терапевты подразделяют жизненный цикл семьи на семь фаз, как это было введено Дювалем (Duvall, 1971) и Алдосом (Aldous, 1978): молодожены и партнеры без детей, семьи с маленькими детьми, семьи с детьми школьного возраста, семьи с детьми в пубертатном и юношеском возрасте, семьи в процессе отделения детей (пока все из них не покинули родительский дом), семьи в середине жизни после отделения детей и до выхода на пенсию, семьи в старости до смерти родителей. Правомерность рассмотрения процесса развития семьи как линейного, который начинается «рождением семьи» с брака партнеров и появления первого ребенка и заканчивается со смертью членов семьи одного определенного поколения, была, однако, поставлена под вопрос. В качестве альтернативы линейных моделей появились более современные концепции (Sperling et al., 1982; Combrinck-Graham, 1985; Carter and

McGoldrick, 1988), в рамках которых жизненный цикл семьи понимается как развивающийся по спирали процесс и которые делают акцент на взаимосвязь специфических для каждой из фаз задач развития различных поколений. Таким образом, индивидуальные жизненные циклы членов семьи различных поколений объединяются в жизненный цикл семьи как целого.

Для семейной терапии концепция жизненного цикла семьи является центральной постольку, поскольку симптомы или проблемы в семье очень часто возникают вследствие существования в критических ситуациях препятствий развития. Проблемы или симптомы могут проявляться тогда, когда семья терпит неудачу при попытке трансформировать индивидуальные и семейные стремления к развитию в структурные изменения форм коммуникации, распределения ролей и эмоционального контекста. Неразрешенные задачи развития могут существенно нарушить процессы морфогенетической трансформации вследствие фиксации на определенной фазе жизненного цикла как на индивидуальном уровне зрелости Эго, так и на уровне семьи.

Когда развитие семьи останавливается в точке, важной для понимания представленной проблемы, а существующие эталоны отношений препятствуют дальнейшему развитию, должны быть найдены новые пути изменения конфликтных дисфункциональных отношений. Поскольку блокировка процесса развития семьей обычно не осознается, она должна быть обозначена терапевтами и проработана с семьей.

– 468 –

Психодинамически ориентированная семейная терапия пытается перевести представленные проблемы в контекст «динамической формулировки», связать их с интрапсихическими и интерперсональными конфликтами в семье и проработать в ходе лечения. В этом случае необходимо принять в расчет бессознательную и предсознательную актуальную интрапсихическую и интерперсональную расстановку сил, актуально действующие желания, страхи и механизмы психологических защит, равно как и производные от них паттерны транзакций семьи. В терапевтическом пространстве они представляют собой семейные конфликты отношений и должны анализироваться с учетом связи между терапевтической и семейной системами.

Связь между интрапсихическим развитием и формой интерперсональных отношений, представляющих собой предмет психоанализа и семейной терапии, соответственно, явилась предпосылкой создания психоаналитических теорий, где основной акцент делается на отношениях. Эти теории придают первостепенное значение основополагающему желанию человека каких-либо отношений, которое сильнее стремления к удовлетворению влечений и возникает независимо от него.

Регулирование индивидуальных потребностей, страхи и конфликты во взрослом возрасте могут быть поняты как производная от интериоризированного опыта отношений в раннем детстве с родительскими фигурами. Ребенок интериоризирует образцы взаимодействий в диадах, триадах, тетрадах и т. д., протекающие с его активным участием, а также «представленность семьи», то есть картину семьи в целом (Cierpka, 1992), причем важную роль при формировании этих образцов играют сопровождающие опыт аффективные переживания (Kernberg, 1976). Соответственно своим внутренним объектным отношениям и проистекающим из них «личным жизненным планам» (Cierpka, 1989) люди выстраивают основание для желаний отношений и соответствующие им мечты (Luborsky und Crits-Cristoph, 1990; Koenig und Kreische, 1992; Cierpka, 1996d), которые могут состоять в противоречии с желаниями, страхами, фантазиями и планами других членов семьи или семьи в целом. Эти желания,

страхи и фантазии могут передаваться от одного поколения другому (Stierlin, 1978). Партнеры могут запутаться в тайных соглашениях, которые детерминируются основными желаниями отношений (см. Крейше в этом издании). Когда конфликты, являющиеся результатом противоречивых желаний отношений, находятся во взаимосвязи с «представленной проблемой», терапевт в психодинамически ориентированной терапии способствует осознанию существующего конфликтного положения и пытается найти новые, менее конфликтные возможности отношений.

*Системно-структурное состояние.* Структура семьи определяется существующими очень длительное время повторяющимися эталонами отношений. В результате анализа повторяющихся эталонов взаимодействия можно сделать

– 469 –

вывод о правилах, которые присущи этой структуре. Структура не является чем-то неподвижным и неизменным: она отражает процессы развития, продолжающиеся в течение всей жизни, однако скорость протекания этих процессов столь незначительна, что создается впечатление их постоянства.

Семейная терапия пытается прояснить симптоматичное поведение как часть круга взаимодействия с помощью специальных вопросов. Чтобы углубить понимание проблемы семьей, терапевт может обратить ее внимание на эффекты проблемного поведения у других членов семьи в контексте отношений, подробно обсудить и проанализировать замкнутые круги в поведении. Чтобы прервать воспроизведение дисфункциональных отношений, осознания собственного дисфункционального поведения, как правило, бывает недостаточно. До проведения мероприятий, направленных на изменение поведения - формулируемых как домашние задания - семейному терапевту следует продумать стратегии изменения этих жестко закрепленных образцов отношений. Вопросы терапевта к семье должны стимулировать рефлексии взаимосвязи между проблемой и дисфункциональными отношениями и подтолкнуть семью к изменениям, которые инициируются самой семьей.

Для проведения такого рода работы, как правило, необходимо собрать информацию об истории жизни семьи, то есть информацию лонгитюдного плана, и информацию об актуальной структуре ситуации. Взаимосвязи между представленной проблемой и семейной динамикой в семейной терапии должны быть проанализированы с учетом взаимопроникновения системно-структурных и психодинамических факторов: точка пересечения структурально-горизонтальных и лонгитюдально-вертикальных векторов будет характеризовать актуальную семейную динамику.

На основе анализа структуры семьи могут быть поняты образцы транзакций, которые реально и явно регулируют желания и опасения на уровне наблюдаемых отношений. Терапевт может составить для себя картину привычного поведения семьи, наблюдая и анализируя структуру распределения ролей или соразмерность ролей в отношении союзов, границ поколений и полов. Ему следует учитывать взаимоотношения между подсистемами, семьей в целом и другими системами, а также сопоставлять их с этапами развития отдельных членов семьи и актуальными для семьи фазами жизненного цикла. Кроме того, терапевт должен распознать существенно влияющие на отношения (в основном неосознанные) желания и опасения отдельных членов семьи и неосознаваемую динамику семьи как целого.

Отношения между этими двумя уровнями должны наблюдаться и тщательно описываться. Терапевт должен четко понимать, конструктивными или деструктивными являются напряженные отношения между индивидуальными внутренними мирами отдельных членов семьи и семейными образцами отношений, поскольку гибкость

семьи, то есть масштабы возможных изменений, в значительной степени зависит от этих параметров.

– 470 –

### 4.3. Терапия

Модель процесса семейной терапии рассматривает взаимодействие между терапевтом и семьей как точку соприкосновения двух больших систем: системы терапевта и системы пациента. Терапевт или ко-терапевты образуют с семьей систему, имеющую свои собственные характерные образцы взаимодействий, которые могут быть использованы для интерпретации. Цель семейной терапии - изменение системы пациента через интервенцию системы терапевта. Система терапевта состоит из терапевта и всех участвующих в терапии семьи систем. Семейную систему имеет смысл обозначать как проблемную систему. Концепция проблемной системы позволяет учитывать то, какие члены системы и каким образом в какую часть диагностики (и позже лечения) включены; это позволяет получить важную для хода терапии информацию или стимулировать необходимые процессы изменения. Проблемная система включает всех индивидов, которые вносят вклад в сохранение или решение проблемы. Взаимодействие участвующих систем представляет собой процесс циклического взаимовлияния, кроме того, на терапевтический процесс оказывают влияние и факторы окружения пациента.

Глобальная «сыгранность» системы терапевта с семьей рассматривается с точки зрения переноса и контрпереноса. Терапевты развивают в семейных разговорах больше чем «мягкий невроз контрпереноса» (Buchholz, 1982). В силу множественности переносов и транзакционного ослабления психологических защит возникает намного более сильная опасность «повторного заражения» терапевта собственными неразрешенными семейными проблемами (Whitaker et al., 1975). Совместно с исходящим от семьи «интеракционным давлением» эта собственная «готовность к перениманию ролей» (Sandler, 1976) может привести к тому, что терапевт чрезмерно включается в проблемы семьи или же, наоборот, слишком дистанцируется от семьи, заключают односторонние союзы и задают специфическую «партийность» (Bozorgmenyi-Nagy und Spark, 1973; Reich, 1990). Тайные конфликты с семьей многообразны и избежать их невозможно. Это не ошибки, напротив, при тщательном анализе они дают важные диагностические сведения о функциональном и дисфункциональном репертуаре отношений отдельных членов семьи, отдельных подсистем или семьи как целого.

Терапия любой семьи начинается с определения ситуации, которая семьей или - в случае отсутствия единодушия - отдельным членом семьи представляется как проблема (Wynne, 1988). Одна из основополагающих трудностей семейной терапии состоит в том, что часто, по мнению семьи, только один член семьи является больным или из-за своего поведения выпадает из совместной жизни либо мешает ее нормальному течению. Терапевты пытаются проанализировать и проинтерпретировать представления семьи таким образом, чтобы проблема определенного пациента на фоне семейной структуры и психодинамики стала толковаться как об-

– 471 –

щая проблема семьи. Проблема одного пациента становится проблемой семьи. Существенным для дальнейшего процесса является то, сможет ли семья принять такое

новое видение и сделать его полезным для себя. Технический прием переосмысления (рефрейминг) играет в терапевтическом процессе исключительную роль. Так как мы рассматриваем переосмысление постановки проблемы (переход от индивидуально-центрированной к семейно-динамической перспективе) как терапевтически очень действенный агент, мы с самого начала обращаем внимание на то, что проблемный пациент как таковой более не выделяется: только так совместные ресурсы семьи могут быть использованы для решения проблемы.

Процесс семейной терапии можно подразделить на три шага.

*Шаг первый.* Семья представляет проблему своими собственными словами, и интервьюеры пытаются выработать у пациента и у каждого отдельного члена семьи взгляд на проблему, на ее влияние на всю семью и возможности изменения отдельных участников. Терапевты выясняют условия возникновения и существования проблемы (нарушения), идентифицируют психодинамически существенные внутрисемейные (многопоколенческие) конфликты. Теперь в фокус внимания попадает диагностика семейных коалиций, союзов, тайн, семейных мифов, потому что должна быть собрана информация о функционировании подсистем, о семейных отношениях с внешней средой и границах семьи, к примеру, о моделях регулирования дистанции между членами семьи.

*Шаг второй.* На передний план выходит рассмотрение возможностей решения проблем: как семья справляется со своими проблемами и какие возможности решения уже найдены ею самой, какие решения проблемы представляются возможными? Как преодолевались кризисы ранее - в нынешней и родительской семье? Кроме того, выясняются пути преодоления ожидаемых противодействий терапевтически индуцированным изменениям.

*Шаг третий.* От семьи ожидают изменений. В фазе «проработки» проверяются новые возможности отношений и препятствия на пути реализации новых возможностей.

## 5. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Психотерапевты сходятся в том, что семейная терапия показана прежде всего тогда, когда представленная проблема пациента/клиента может быть определена как интерперсональная и члены семьи могут быть заинтересованы решать эту проблему как совместную.

Решение о клинических показаниях для семейной терапии/консультирования может быть принято как терапевтом, так и семьей, но факторы, лежащие в основе этого решения будут различными (Стерка, 1996с, с. 72).

Для терапевта могут играть роль следующие размышления.

– 472 –

- Терапевт допускает, что симптомы, проявляющиеся у проблемного пациента, являются следствием проблем семьи/внутриличностных сложностей/дисфункций системы.

- Проблемный пациент - это ребенок или юноша. Поддержка семьи в изменении поведения, в отношениях и в жизни проблемного пациента рассматривается терапевтом как необходимая (смена дома, смена работы, смена места жительства, уход из дома и т. д.)

- Семья находится в состоянии актуального кризиса, который затрагивает всех членов семьи и терапевт, соответственно, работает со всей семьей в целом.

- Несколько членов семьи имеют какие-то нарушения или сообщают о существующих у них проблемах (мультипроблемная семья). В этом случае вместо нескольких индивидуальных терапий проводится терапия семьи.

- Семейная терапия/консультирование перенимает функции поддержки у иных (психо)терапевтических мероприятий, например при стационарном психотерапевтическом лечении (Reisch und Rueger, 1994) или при соматических нарушениях у одного из членов семьи.

- Семейная терапия/консультирование должна подготовить последующее психотерапевтическое мероприятие (например, мотивировать к лечению мании).

- Семья не доверяет индивидуальной терапии проблемного пациента и постоянно вмешивается. Однако иногда оказывается более целесообразным пригласить всю семью на специальный терапевтический сеанс, чтобы обсудить их сомнения и страхи. По большей части, терапевту удается сохранить индивидуально-терапевтический подход, но бывает и так, что ему приходится заняться именно семейной терапией.

Для семьи играют роль следующие факторы.

- Семья сама определяет свою проблему как семейную и хочет поработать с семейными отношениями.

- Проблема, нарушение, симптом одного члена семьи оказывает влияние на взаимодействие и совместную жизнь в семье. Семья ищет совета.

- Проблемный пациент/пациентка желает терапии/консультации совместно с семьей, чтобы прояснить свои проблемы в семье.

- Семейной терапии/консультирования желает после какого-либо другого терапевтического мероприятия один из членов семьи, чтобы справиться с индуцированными терапией изменениями в семье.

Необходимо, однако, принять во внимание негативные эффекты, появляющиеся почти в 5% случаев (Gurman et al., 1986). В качестве противопоказаний для семейной терапии нужно назвать следующие.

- Терапевт допускает, что симптомы проявлений проблемного пациента являются следствием в основном интрапсихических конфликтов, которые наиболее эффективно могут быть излечены в обстановке индивидуальной терапии.

- Определенные картины нарушений (например, пациенты с нарциссическими или антисоциальными нарушениями личности) проявляются в тенденции

– 473 –

проблемного пациента проецировать всю вину на семью и/или на общество. Семейная терапия могла бы утвердить проблемного пациента в этом мнении.

- Иногда пациенты хотят в индивидуальной терапии рассказать о своих ощущениях вины, когда они чувствуют, что намечающиеся изменения приведут к трудностям в супружеских или семейных отношениях. В таких случаях они могут подталкивать терапевта включить родных в терапевтический процесс. В этой ситуации целесообразно сохранить напряжение в индивидуальной терапии и не следовать на поводу у желаний пациента (Thomae und Kaechele, 1986).

- Когда можно ожидать большого числа упреков вплоть до готовности к насильственным действиям между членами семьи, надежды на плодотворную семейно-терапевтическую работу практически нет.

Для решения о назначении семейной терапии клиницист должен принять во внимание большую совокупность разнообразных факторов. Некоторые причины, которые неосознанно включаются в процесс принятия терапевтом решения, были обозначены Сандлером (Sandler, 1985). Автор приводит исторические, культурные и

экономические причины, которые усиленно способствуют тому, чтобы терапевт использовал определенные методы (ср. Cierpka und Frevent, 1995).

Мы советуем терапевту после беседы с семьей получить для себя ответ на следующие вопросы, которые являются важными для решения о показаниях к терапии.

- Локализация актуальной проблемы: заключена ли проблема в интерперсональных системах (то есть в семье в целом или в ее частях) или в одном человеке, трудности которого могут существовать независимо от семейной ситуации? Это ведет к вопросу о контексте лечения.

- Может ли проблема быть непосредственно рассмотрена во взаимосвязи с нарушенными межличностными отношениями, или здесь речь идет о ригидной дисфункциональной системе взаимодействий, которая относительно независима от симптомокомплекса проблемного пациента? Это ведет к вопросу о методе семейной терапии.

- Есть ли гарантия того, что семейная терапия пойдет на пользу не только проблемному пациенту, но и всем членам семьи? Так, при суицидальном кризисе члены семьи могут найти в семейной терапии необходимую поддержку.

- Если ли основания полагать, что с помощью одной или нескольких бесед с семьей может быть подготовлена индивидуальная терапия (например, в течение семейной беседы укреплена слабая мотивация алкоголизированного пациента)?

- Существует ли показание к комбинированной или последовательной терапии? Комбинированная терапия осуществляется при показаниях к двум психотерапевтическим методам. В последовательной терапии терапевтические шаги могут надстраиваться друг на друга.

- Каковы сильные и слабые стороны семьи, их личностные особенности, что может оказать влияние на ход терапии и что требует специальной проработки?

– 474 –

## **СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

### **1. О РАЗВИТИИ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

#### **1.1. Исторический обзор**

Супружеская терапия - это психотерапевтическое лечение пациенток и пациентов с психическими, психосоматическими, соматопсихическими заболеваниями, в котором участвуют оба супруга. Супружеская терапия отлична от консультирования супругов и партнеров, которое в первую очередь служит цели улучшения супружеских отношений.

И коли уж в этой главе супружеская терапия должна быть также описана исходя из психоаналитических воззрений, то речь все-таки не может и не должна идти сугубо о понятии психоаналитически ориентированной супружеской терапии. Более того, психоанализ даже пребывал в затруднительном положении после скептических высказываний Фрейда в 1912 году о своей «полной беспомощности» «в вопросах лечения родственников», а «на их индивидуальное излечение» возлагал «уж вовсе малую надежду», и до настоящего момента, пока, к примеру, Фюрстену (Fuerstenau, 1985) не постулировал «выбор оптимально изменчивой системы отношений» как «решающей стратегической операции психоаналитика».

Возникновение супружеской и семейной терапии уходит своими корнями в США и Великобританию XIX века, где деятели социальной сферы и психиатры работали с семьями в рамках благотворительных программ «Social work movement». Обзор на эту



тему можно найти, к примеру, у Бродерика и Шредера (Broderick und Schraeder, 1981). Обердорф (Obendorf, 1938) одним из первых провел психоаналитическое лечение супругов, речь идет, разумеется, о лечении обоих партнеров у одного и того же терапевта (ср. Kreische, 1986).

После Второй мировой войны на Западе, прежде всего в США и Великобритании, началось стремительное развитие с возрастающим интересом психотерапевтов из западных стран к исследованию супружеских отношений и семей. К психоаналитически ориентированным зачинателям этого направления в Соединенных Штатах относятся Акерман (Ackerman, 1958, 1959), Босормени-Надь (Boszormenyi-Nagy, 1973), Боуэн (Bowen, 1976), Фрамо (Framo, 1965), Лидц (Lidz et al., 1957), Поль (Paul, 1967), Сандер (Sander, 1979), Шапиро (Shapiro, 1968), Стирлин (Stierlin, 1972a, 1972b), в Англии - в будущем теоретики объектных отношений и последователи Фернберна и Гантрипа, такие как Бентовим

– 475 –

(Bentovim, 1982), Дикс (Dicks, 1967) и Скиннер (Skynner, 1976), в Италии - Сельвини Палаццоли (Selvini Palazzoli, 1975), во Франции - Анзю (Anzieu, 1975), Лемар (Lemaire, 1979) и Ракамье (Racamier, 1980) и в немецкоговорящих странах Баурильд (Baurield, 1980), Кауфманн (Kaufmann, 1975), Рихтер (Richter, 1970), Шперлинг (Sperling, 1982), Штирлин (Stierlin, 1977), Штроцка (Strotzka, 1979) и Вилли (Willi, 1975, 1978).

Некоторые из этих авторов остались на психоаналитических позициях, другие впоследствии отгородились от этого направления.

Одновременно возникали супружеские и семейные терапевтические группы, основанные на системной теории и теории коммуникации, такие как рабочая группа Пало Альто в Калифорнии вокруг Бейтсона, Джексона, Хейли и Викланда (Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956), которая открыла болезнетворное взаимовлияние в семьях, особенно специфичное в том случае, если кто-то из членов семьи страдает шизофренией. Впрочем, оно может отмечаться и при целом ряде других психических нарушений (Bateson, 1969; Berger, 1978; Watzlawick, 1968).

Вацлавик и ряд его коллег провели в этом же институте исследования по коммуникации и социальному взаимодействию. В Филадельфии Минухин и его коллеги разработали стратегию по лечению семей с психосоматическими заболеваниями и другими психическими нарушениями.

Число терапевтов и исследователей психоаналитической ориентации в области супружеских и семейных отношений безостановочно растет; в своей деятельности они полагаются на сформулированные немецким биологом Людвигом фон Бергаланфи в 20- и 30-х годах основы «общей теории систем». После того как в 1954 году была основана «Ассоциация общего системного исследования», входящее в «Association for the Advancement of Science», головную американскую организацию, в короткое время было рассмотрено применение теории систем в биологии, медицине, экологии, психологии, социологии, политэкономии, после чего она была интегрирована в эти науки. В супружеском и семейном контексте последовательное применение кибернетических моделей привело к развитию некоторыми терапевтами, в том числе и психоаналитически ориентированными, директивных методов терапии, которые находятся также под влиянием гипнотерапевта Эриксона (Erickson, 1976). Это привело к неминуемым, с точки зрения групповой динамики, процессам размежевания между «психоаналитиками» и «системщиками», которые продолжаются вплоть до настоящего момента, причем со стороны психоаналитиков «системщикам» приписывались манипуляции, низводящие пациентов до беспомощных объектов терапевтических

трюков, в то время как системные терапевты, напротив, упрекали «психоаналитиков» в навязывании отсталой, механистической, линейной модели причинности и постановке пациента в зависимость от терапевта в результате неоправданно долгого процесса терапии.

– 476 –

Между тем можно выделить поведенческую, системно-структурную, ориентированную на развитие и жизненные переживания, а также психодинамическую школы. (Сierка, 1994). В 80-е годы возникли первые попытки интеграции научных школ различной направленности (Fuerstenau, 1979, 1983, 1984; Ciompi, 1981, 1982; Strotzka, 1982; Buchholz, 1982; Simon, 1984; Bauriedl, 1985).

Для психоаналитической работы с парами фундаментальным трудом стали теоретические исследования брачного союза с точки зрения объектных отношений, проведенные Диксом в 1967 году. В психоаналитической теории объектных отношений оценивается влияние реального отношения человека к важным для него людям, служащим объектами отношения, на интрапсихическое, исследуются угасшие в памяти энграммы этих отношений (интрапсихические представления индивидуума) и, наоборот, влияние интрапсихических представлений на диспозиции восприятия, аффекта и поведения при общении с другими людьми. Дикс предложил понятие коллюзии (от *лат. colludere* - взаимодействовать, добиваться сыгранности). Коллюзия представляет собой вариант супружеских отношений, при котором неврозы партнеров подходят друг к другу, как ключ к замку. В немецкоговорящем пространстве (а именно в Цюрихе) концепция коллюзии была подхвачена Вилли (Willi, 1975, 1976) и расширена, в большей степени рассматриваясь с точки зрения динамики влечений.

## 1.2. Актуальное положение

Любое исследование брака и семьи уже невозможно представить без апелляции к теории систем, между тем она применяется все-таки более дифференцированно и ограничено. Так, Штирлин указывает по этому поводу на то, что «имеются основания для уменьшения нашего системного оптимизма, так как нередко изменение, в силу ряда причин, ограничено или невозможно, поскольку оно может оказаться иллюзорным, нежелательным - и потому слишком опасным и ошибочным, и, наконец, поскольку оно может стать изменением не к лучшему, но к худшему».

Однако среди психоаналитиков сохранилась надежда обрести вместе с системной теорией и подходящую парадигму, которая заменила бы часть традиционных, метафизиологических конструктов, таких как, например, понятие энергии, «заимствованных из образцовых представлений нейрофизиологии, гидродинамики и механики, лишенных, впрочем, хоть сколько-нибудь значимого смысла» (W. H. Koenig, 1983, с. 27).

Первостепенным была бы при этом замена слишком размытого понятия «психическая энергия» понятием информации. «В результате больше не возникало бы попыток исследовать потоки энергии в некоем «психическом аппарате», вместо чего исследовались бы усвоение, переработка, сохранение информации или информационный обмен в процессе коммуникации» (W. H. Koenig).

– 477 –

Многими авторами высказывается озабоченность одномерностью основополагающей системной теории, «которая предлагает вынести за скобки действие

неосознаваемых фантазий и общественных условий на семейную жизнь и сконцентрироваться исключительно на происходящем "здесь и теперь" (Lueders, 1983, с. 466)

Несмотря на подобные возражения, при комплексном рассмотрении, пожалуй, неоспоримо, что в естественных и социальных науках системная теория пришла на смену линейному каузальному мышлению классической физики (а также обширных областей классического психоанализа), которое, согласно Берталанфи, и без того годится лишь для исследования взаимосвязей, в том случае если имеется «неорганизованная сложность». Комплексная структура образа жизни и социальные системы характеризуются их «организованной сложностью», которые легче понять, используя системное мышление.

Системный базис в классическом психоанализе, какой мы видим, к примеру, во второй структурной модели, где понятие гомеостаза располагается между Эго, Ид, Суперэго и Окружающим миром, возможно, облегчил бы интеграцию системных подходов в психоанализ.

Правда, кроме прочего, в теории объектных отношений психоанализ избирательно занимается интрапсихическими представлениями (энграммами) детского опыта в области социального взаимодействия в семье, вопросами их дальнейшей внутренней переработки и последующего воздействия, во время супружеской и семейной терапии указывает на значение как более ранних, так и актуальных на данный момент семейных отношений для психосоциального развития индивидуума в течение всей жизни (Kaufman, 1986). Здесь можно попытаться описать интрапсихические представления как подсистему системы «индивидуум», которая является составной частью супрасистемы «семья», включенной, в свою очередь, в супрасистему «общество» (Kreische, 1985), а системно-теоретический путь рассмотрения без труда связать с психоаналитическим. При этом фокус внимания терапевтов, ориентированных на системный подход и информационную теорию, направлен на результат взаимодействия между системой «индивидуум» и супрасистемой «семья», в то время как психоаналитики концентрируют свое внимание на системе «индивидуум» и ее подсистеме - интрапсихических представлениях. Интеграция обоих основ ведет к возможности комплексного рассмотрения, при котором могут быть приняты во внимание взаимовлияния окружающего мира (общества), семьи, в которой человек воспитывался, и семьи, в которой человек живет в данный момент, индивидуума и интрапсихических представлений (рис. 1). Задача психотерапевта при определении показаний к терапии состоит в выборе оптимально изменяемой системы отношений (Fuerstenau, 1985), которую он подчеркивает при своей работе с данным пациентом в определенный момент лечения, в то время как при работе с другим пациентом,

страдающим нарушением другого рода и находящимся на ином этапе терапии, во внимание в большей степени принимается другой фрагмент системы (Fuerstenau, 1994).

Психохогенные заболевания идут рука об руку с нарушениями переживаний и поведения, часто приводящими к нарушениям отношений. Они характеризуются повторяющимися дисфункциональными вариантами поведения и социального взаимодействия. Такие нарушения отношений особенно ярко проявляются в тех семьях пациентов (настоящих и прежних), в которых имеют место максимально тесные и интенсивные социальные контакты. Отягощенность супружеских и семейных отношений, в свою очередь, оказывает влияние на психические заболевания и может

как усилить, так и стабилизировать их симптомы. Вероятно, по этой причине супружеские пары с невротическими проблемами у партнеров большей частью страдают психическими или психосоматическими симптомами средней или сильной степени тяжести (Kreische, 1992). Зенф (Senf, 1987) обнаружил, что конфликты между партнерами ухудшают прогноз пациентов с психическими заболеваниями. Кроме того, невротические конфликты между партнерами и сопутствующее им хроническое напряжение ведут к возникновению заболеваний у других членов семейной системы, в первую очередь, у прежде здоровых детей.



*Рис. 1. Сопоставление семейной и супружеской терапии, психоанализа и интегративного подхода*

Личностные нарушения (даже на невротическом уровне) не ведут сразу же к появлению психических или психосоматических симптомов. Этот путь гораздо более извилист. Невротические изменения характера приводят к нарушениям отношений, и уже отягощенность этими нарушениями ведет к болезненным симптомам (Kreische, 1992).

Знаковые жизненные события (например, беременность, роды, смена профессии, переезды, болезни или уход из жизни близких) у любого человека могут стать причиной идентификационных кризисов и нарастания раздраженности между супругами. Обычно в таких ситуациях у некоторых или у всех членов семьи, имеющих отношение к этой ситуации, возникает регрессия в отношении службы своего Я, в результате которой становятся возможными процессы адаптивного изменения структуры и прогрессивный переход в новую стадию развития (как у индивидов, так и в супружеских отношениях и в семье).

В том же случае, если значительные нарушения уже имели место в ходе развития личности или же новый шаг в развитии не может быть совершен вследствие непосильных жизненных тягот, имеющих на данном этапе, возникает патологическая регрессия. В таких случаях адаптивное изменение структуры затруднено или невозможно. Вместо этого у причастных к ситуации супругов развивается характерный

стереотипный, дисфункциональный паттерн переживаний и социального взаимодействия, который часто закрепляется и становится необратимым. Такого рода нарушениями мы занимаемся в ходе супружеской терапии.

При расстройствах личности происходит закрепление дисфункционального стереотипного паттерна поведения и переживаний индивидуума вследствие актуализации индивидуальных защитных механизмов. В партнерских, да и других межличностных отношениях, формируются компромиссные образования, также по сути являющиеся защитными механизмами. При этом некоторые люди, в результате взаимобмена вербальными и невербальными знаками и сигналами, находят такую форму общения друг с другом, которая способствует защите отдельных членов семейной или групповой системы от нежелательных состояний и одновременно гарантирует прочность системы (Heigl-Evers, 1967; Bracher, 1967; Mentzos, 1976).

Особенно прочным вариантом компромиссных образований являются коллюзии у супругов, которые нередко развиваются в процессе многолетнего взаимодействия друг с другом.

Вилли описывает нарциссические, навязчивые и истерические коллюзии. При этом оба партнера находятся примерно на одном и том же уровне фиксации своих патологических влечений («прямые коллюзии»). Отношения по типу «ключ - замок» формируются в таких коллюзиях в результате перенятия прогрессивной позиции одним партнером и регрессивной позиции другим. При перекрестных коллюзиях (Koenig und Kreische, 1985a, 1985b, .1994) уровень фиксации влечений является различным, как, скажем, при коллюзии между истеричной супругой с латентными навязчивостями и страдающим навязчивостями супругом с латентной истерией. В данном случае желания и импульсы, которые являются для одного партнера настолько пугающими, что остаются в области бессознательного и сдерживаемого, являются осознанными у другого

– 480 –

партнера, даже, более того, лежат на поверхности и соответственно могут быть им реализованы, и наоборот. Таким образом, каждый из партнеров может одновременно бороться с проблемами другого и получать удовольствие.

Системные терапевты, техника которых заключается в изменении присущих браку стереотипов, с тем чтобы свести на нет порожденные этими стереотипами симптомы, также работают над такими компромиссными образованиями. Концепт психосоциальных компромиссных образований, правда, пока выходит за рамки системного подхода, когда речь заходит об интрапсихических представлениях при восприятии и описании исследованных межличностных феноменов. Системные терапевты, напротив, направляют свое внимание на ярко выраженные феномены социального взаимодействия. Этим подход системных терапевтов напоминает феноменологически-описательный психиатрический подход. Психоаналитический концепт психосоциальных компромиссных образований не находится в противоречии с этими углами зрения, а расширяет их за счет интрапсихического измерения.

## 2. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

На практике среди терапевтов, занимающихся супружеской и семейной терапией мы видим много эклектиков. Так, скажем, Шперлинг (Sperling, 1982, с. 13) в своей книге, посвященной семейной терапии, ориентированной на несколько поколений, подчеркивает: «Мы не верим в справедливость одной какой-то одной теории, но

используем другие, в которых можем ее применить». Гипнотерапевт Эриксон, который никогда не участвовал в разработке какой-то определенной теории и усложнил тем самым попытку причислить его к какому-либо направлению, эмоционально обращается к «верующим» и приверженцам тех или иных школ среди психотерапевтов. «Я излечил уже много недугов и при этом каждый раз изобретал новый способ лечения», - рассказывает он участникам своего знаменитого обучающего семинара (Zeig, 1980, с. 133). А на другом полюсе терапевтического спектра представительница психоаналитического направления Баурильд (Baurield, 1980) критикует все терапевтические техники как манипулятивные и постулирует вместо этого диалектически-терапевтическую установку для аналитиков, работающих с парами и семьями.

В поведенческой супружеской терапии используются следующие терапевтические техники: поведенческий анализ системы супружеских отношений (взаимодействие с проблемами, идентификация сильных и слабых сторон партнера), повышение психологической грамотности, тренинг коммуникативных спо-

- 481 -

собностей, содействие специфической поведенческой компетенции (Bornstein und Bornstein, 1993; Falloon, 1989, 1993). Подробней эта тема рассматривается в главе, посвященной поведенческой терапии.

Ниже, в общих чертах, и согласно двум важнейшим базисным учениям (психоанализу и теории систем), мы рассмотрим некоторые важные концепты и лечебные приемы, применяемые в супружеской терапии. Разумеется, сделать в рамках этой книги хоть сколько-нибудь полный обзор не представляется возможным. Вероятно, заинтересованному читателю было бы полезно обратиться к цитируемой нами литературе.

## **2.1. Концепты и терапевтические методики, используемые терапевтами, ориентированными на системную теорию**

Установка системного терапевта, в противоположность психоаналитическому, характеризуется попытками не дать себе втянуться в систему, с которой он работает. Он заботится о соблюдении «нейтралитета», под которым понимается не столько «внутреннее самообладание», сколько «технический маневр» (Simon und Stierlin, 1984, с. 256) терапевта, «который дает терапевту возможность неизменно выступать в роли авторитета по отношению ко всем членам семьи». Миланский коллектив ученых под руководством Сельвини Палаццоли в первые годы своего существования старался обеспечить этот нейтралитет следующим образом: одна часть коллектива непосредственно работала с супругами или семьями, а другая наблюдала за сеансами через односторонне проницаемое стекло, таким образом коллектив наблюдателей пытался предотвратить интеракционное влияние семейной системы.

Пользуясь психоаналитической терминологией, мы могли бы сказать, что супервизор или наблюдатель, находящийся за этим стеклом, в меньшей, чем терапевт, степени подвержен реакции контрпереноса, в то же время остаются сомнения в его нейтралитете (полном отсутствии контрпереноса).

Эта форма нейтралитета, впрочем, и не подразумевается миланскими учеными. Сельвини Палаццоли и ряд его коллег явно определяют «нейтралитет» не как внутреннее состояние терапевта, а как «специфическое прагматическое воздействие на семью, оказываемое его манерой держаться во время сеанса» (Selvini Palazzoli et al.,

1980, с. 137). В психоанализе под нейтралитетом также подразумевается не какое-либо внутреннее состояние, а поведение терапевта. В концепте контрпереноса подчеркивается, что сохранение внутреннего нейтралитета является нереальным. Контрперенос не нейтрален.

В ходе системной супружеской терапии предпринимается попытка достичь нейтральности поведения терапевта с помощью использования принципа чередующегося участия. В то время как терапевт говорит с одним партнером и

– 482 –

настоятельно призывает его высказаться о другом, кажется, что он находится на его стороне. Когда же он переходит к общению с другим партнером и интересуется его мнением, это кладет конец союзу с первым партнером и рождает новый союз - со вторым. Результат этих поочередных союзов заключается в том, что терапевт оказывается на стороне каждого из партнеров и в тоже время ни на чьей стороне.

Ученые-психотерапевты выдают все новые гипотезы о круговых процессах социального взаимодействия в системах семьи и супружеских отношений, которые подтверждаются или отвергаются терапевтами с помощью созданной в Милане методики круговых вопросов (Selvini Palazzoli et al., 1980). При работе в обстановке супружеской терапии во внимание принимаются также неприсутствующие на сеансе члены семьи.

#### *Пример 1*

Партнеры живут вместе уже около пяти лет. Партнерша хотела бы завести ребенка, партнер не хочет детей, «по крайней мере, пока». В то же время пара не распадается. Партнерша страдает депрессивным снижением настроения, партнер - расстройством половой функции.

*Терапевт* (партнеру): Что, по вашему мнению, предположила бы ваша партнерша, если бы вы вдруг разделили ее желание завести ребенка?

*Партнер*: Я полагаю, что она уже совершенно не допускает подобной возможности.

*Терапевт* (партнерше): Какую реакцию, на ваш взгляд, ваш партнер предполагает у вас, на наблюдение, что он не изменил своей позиции по отношению к детям?

*Партнерша*: Он думает, что, несмотря на это, я останусь с ним.

*Терапевт* (партнеру): Что, по вашему мнению, сказала бы ваша мать, если бы вы стали отцом?

*Партнер*: Это было бы для нее ударом. Ведь она совершенно ничего не знает о нашей связи.

*Терапевт*: После пяти лет? Совершенно ничего не знает?!

*Партнерша*: Его мать больна. Депрессия. Его отец расстался с ней и с тех пор она говорит, что брак может принести только одни несчастья.

Перед окончанием терапевтического сеанса собирается консилиум из проводивших сеанс и наблюдавших его терапевтов, на котором формируется окончательная гипотеза касательно семейной интеракции, ведущая к определению комплекса необходимых лечебных мер. Под ним структурные и системные терапевты подразумевают своего рода интервенцию, в рамках которой пара получает домашнее задание, которое необходимо выполнить к следующему сеансу. Параллельно терапевтом даются пояснения относительно его цели, что должно способствовать переосмыслению семьей определенного образца поведе-

ния. В качестве особой формы подобных заданий можно выделить задания, ориентированные непосредственно на симптом. В этих случаях парам предписывается совершать именно те действия, которые кажутся им симптоматичными или болезненными. С помощью этих интервенций симптом выставляется в другом контексте и, таким образом, приобретает другое значение. Задание, ориентированное на симптом, является уже, по сути, формой парадоксальной интервенции, которая принимает в расчет сопротивление пациента терапии и ставит его в такую ситуацию, что сопротивление терапии может осуществляться только при отказе от своего симптома, а симптом может удерживаться только в том случае, если пациент прекращает свое сопротивление терапии.

### *Пример 2*

В качестве примера можно привести интервенцию Винна в рамках супружеской терапии, проводившейся со зрелой женщиной, страдавшей нервным расстройством аппетита. Она регулярно поглощала огромное количество продуктов питания, после чего вызвала у себя рвоту, что рассматривалось ее мужем и отцом как непомерное расточительство. Женщина испытывала огромное чувство вины перед своим мужем и дочерью из-за причиняемого им этой «расточительностью» ущерба. Терапевт предложил следующую парадоксальную интервенцию: «Мне бы не хотелось, чтобы вы что-либо предпринимали в отношении своей расточительности, связанной с продуктами питания. Вместо этого мне бы хотелось постепенно произвести некоторые незначительные изменения. Я бы хотел, чтобы впредь вы готовили точно такое же количество еды как и прежде».

Дальше Винн сообщает:

«Я велел предоставить мне список блюд, приготовленных ею накануне. В тот день она приняла пищу на сумму около 30 долларов, после чего вызвала у себя рвоту. Я поручил ей приготовить точно такое же количество еды, но на этот раз сразу же вылить ее в туалет, не совершая окольного пути через рот и желудок. Как ни странно, ни она сама, ни ее муж не выразили по поводу этого предложения особого удивления, единственным ее возражением было опасение, что пища может засорить унитаз. Поэтому мы разработали подробные инструкции: она должна была раскрошить еду на мелкие кусочки, с тем чтобы ее легче было спустить. Ее муж не был до конца спокоен, так как при реализации этого плана должно было пропасть столько же продуктов, как и днем раньше. Я возразил ему: «Я сожалею, но пока мы вынуждены мириться с этой проблемой. Позже мы посмотрим, можно ли что-нибудь изменить. Сейчас мы должны поступить лишь единожды таким образом, чтобы пропало такое количество пищи. После этого мы выработали план, согласно которому муж, уже основательно вовлеченный в проблемы своей жены, должен был позаботиться, чтобы она приготовила точно такое же количество еды, как и прежде. К примеру, накануне это были семь порций

цыплят, свыше двух с половиной литров картофельного пюре, целый яблочный пирог и, в качестве десерта, около двухсот пятидесяти граммов мороженого, и все это через двадцать минут оказалось в туалете, так как после еды она, как обычно, вызвала у себя рвоту. При этом муж должен был следить за тем, как его жена спускает всю эту пищу в туалет. Вместе они должны были составить точный список всех спущенных в туалет



продуктов с указанием их стоимости. Параллельно я обронил замечание, что если женщина не осуществит, как обычно полный цикл "приступ обжорства/рвота", то сможет позволить себе небольшое количество пищи по своему выбору. Этим я завершил первый сеанс».

Результатом явилось то, что женщина, вызывавшая у себя рвоту трижды в день на протяжении 13 лет, в течении 10 дней, прошедших до следующего сеанса, ни разу не прибегла к этому приему.

Это, должно быть, «стало самым запоминающимся опытом в ее жизни, который как никогда раньше раскрыл ей глаза». Это переживание было «резко противоположно действию, которое на нее оказывали интерпретации ее аналитика». Она постоянно отметала разумность этих интерпретаций, так что они никогда не имели действительного влияния на ее поведение. Однако, когда она своими глазами увидела в туалете груды еды, еды, которую она сама осознанно и умышленно туда спустила, без «необходимости» вызывать у себя рвоту, она впервые уяснила для себя, что же она делала все эти годы.

Автор резюмирует: «с моей стороны не потребовалось никаких интерпретаций. Она сама дала их себе».

Понятие предписания (то есть комплекса мер, предлагаемых терапевтом) настолько расширяется некоторыми терапевтами, занимающимися супружеской и семейной терапией, что оно теряет всякую ясность. Теперь супругам (или семье) может быть «предписана» интерпретация сама по себе, в смысле позитивной оценки симптома, с помощью которой всей семье становится понятной стабилизирующая функция симптома (Simon und Stierlin, 1984).

С метафизиологической точки зрения, в основе этой терапевтической стратегии лежит кибернетическая теория «изменения первого или второго порядка» (Ashby, 1952, 1956). При «изменении первого порядка» меняются отдельные параметры системы с целью поддержания стабильного гомеостатического состояния. При «изменении второго порядка» речь идет о качественных структурных изменениях системы, в результате которых такие системы могут приспособиться к условиям окружающей среды. Изменение первого порядка вызывается преимущественно кругом негативных правил, компенсирующим отклонение от должной величины. Новая информация системой не воспринимается. Научение не происходит. Изменение второго порядка вызывается кругом позитивных правил, усиливающим отклонение и тем самым стимулирующим развитие новых структур, как правило, более сложных. Информация воспринимается, происходит научение.

– 485 –

Вацлавик и ряд его коллег объясняют большую действенность целенаправленного вмешательства в ходе краткосрочной системной супружеской или семейной терапии тем, что здесь, в результате терапевтического вмешательства в семейную систему происходит изменение второго порядка, которое ведет к процессу переструктурирования семейной системы, осуществляющемуся в паузы между терапевтическими сеансами, длящиеся несколько недель.

Такое изменение второго порядка происходит при всех успешных терапиях, и не только в рамках супружеской или семейной терапии. Психоаналитики уделяют большее внимание интрапсихическим конфликтам (если не сказать, что это единственная сфера их интересов) и противодействуют таким образом первичным проявлениям болезни. Системные терапевты большее внимание уделяют межличностным конфликтам и вторичным проявлениям болезни, с тем чтобы сделать

возможным изменением второго порядка. Это изменение может осуществиться в ходе краткосрочной терапии только в том случае, если система уже сильно дестабилизирована своей дисфункциональностью и когда в результате «помех», причина которых лежит извне, например в результате терапевтического вмешательства, происходит все большая дестабилизация.

Ведет ли такое вмешательство к стабильному структурному новообразованию или к «побегу» (имеется в виду прокручивание системы «вхолостую» на основе непрерывных позитивных механизмов обратной связи), зависит от качества и силы вмешательства и от вида и резервов стабилизирующих сил в организме. Для «хаотичных» супружеских отношений и семей, например, подобные парадоксальные интервенции противопоказаны.

Примечательно, что ориентированная на супружеские пары гипнотерапия по Эриксону, анализ которой группой ученых Пало Альто под руководством Бейтсона стимулировал, в значительной мере, коммуникационные системно-теоретические исследования пар, является куда менее директивной, чем ранее описываемые техники. После индукции состояния транса терапевт включает у пациента процесс поиска, не оказывая прямого влияния на выбор способа решения проблемы. Гипнотерапевт старается мобилизовать позитивные ресурсы системы, с которой он работает, побуждая индивидов, как сказал бы психоаналитик, вести внутренний диалог между здоровой и больной Я-составляющими.

### *Пример 3*

Эриксон: «Вы будете очень удивлены новым и приятным благоразумием, которого вы достигнете» (Erickson, 1979).

Интервенции Эриксона являются примером исключительно чуткого и проникательного понимания значения симптомов для психодинамических процессов. Однако он не объясняет этих симптомов, а с помощью техники конфузий дестабилизирует невротическую, интрапсихическую и/или интеракционную

– 486 –

системы, которые побуждают индивидуума или пару разрушить новый порядок, который часто менее дисфункционален, чем прежний невротический порядок. Эриксон использует тот факт, что симптомы, как правило, представляют собой субоптимальные проявления анахронистического характера. В определенный период жизни они помогли адаптироваться, однако впоследствии они оказываются дисфункциональными, так как парализуют творческие ресурсы индивидуума и пары. Если удастся мобилизовать эти ресурсы, симптом становится ненужным и может быть отвергнут.

Эриксон, как, впрочем и подавляющее большинство «стратегических терапевтов» (ср. Watzlawick and Coyne, 1979), работал не только с супругами и семьями, но и с индивидами, всегда принимая во внимание аспекты, связанные с теорией систем и теорией коммуникации («семейная терапия без семьи»).

## **2.2. Концепты и терапевтические методики, используемые терапевтами, ориентированными на психоанализ**

Терапевт-психоаналитик, занимающийся супружеской терапией, является, по сути, включенным наблюдателем. Он беспокоится скорее не о том, чтобы занять место вне супружеской системы, а о том, чтобы позволить возникнуть реакциям переноса и

контрпереноса как у партнеров, так и у себя, с тем чтобы потом диагностировать их и использовать для терапевтических интервенций.

#### *Пример 4*

Терапевтическое вмешательство показано г-ну и г-же Б., после того как терапевт узнал в ходе телефонного разговора, что г-жа Б. уже назначила дату прерывания беременности, но она и ее супруг хотели бы обсудить это решение еще раз. В непосредственной беседе, которая была назначена терапевтом на следующий же день, партнеры сообщили о том, что дата аборта уже определена. Годом раньше они уже производили прерывание беременности, после чего г-жа Б. в течение длительного времени пребывала в депрессии. Этот опыт был одной из причин, побудивших супругов прийти на консультацию. В этот раз супруги хотели лучше подготовиться к прерыванию беременности, чтобы не допустить повторения подобной депрессии.

Первые сомнения зародились у терапевта еще во время телефонного разговора: почему оба партнера так хотят проконсультироваться, если они все уже для себя решили? И что, собственно, значит, что дата уже определена? В ходе терапевтической беседы оба партнера произвели впечатление чрезвычайно привязанных и зависимых друг от друга. У терапевта возникла мысль: а чего, собственно, желает каждый из них в отдельности? На этой мысли он и построил

– 487 –

свое вмешательство, попросив обоих супругов Б. спокойно подумать, какое решение они бы приняли, если бы должны были решить все по одиночке и не могли бы принять во внимание позицию партнера. Когда оба партнера дали понять, что приняли решение, он попросил их его озвучить. Ни один из них не желал прерывать беременность.

В дальнейшем стало понятно, что оба партнера были твердо убеждены, что другой хочет прервать беременность, и считали, что в такой ситуации необходимо поступиться собственными желаниями. Им хотелось завести ребенка только тогда, когда этого будут желать оба будущих родителя.

В ходе психоаналитически ориентированной супружеской терапии речь в большей степени идет о том, чтобы пробудить разговор между партнерами о хотя и осознаваемом, но тщательно замалчиваемом, нежели о том, чтобы помочь человеку осознать бессознательное. В качестве примера приведем контекстуальную терапию (Boszormenyi-Nagy und Ulrich, 1981), при которой внимание уделяется лояльности и ее нарушениям в семье и браке, которые могут привести к такой непомерной требовательности отдельных членов семьи, что другие будут вечно находиться у них в долгу. Здесь речь идет, по сути, о «Суперэго-центрированной» терапии, которая и с теоретической и с практической точек зрения близка к психоанализу. Босормени-Надь работает во время своих семейно-терапевтических сеансов, как правило, с несколькими поколениями, однако его модель подходит и для работы с парами.

#### *Пример 5*

Супружеская терапия предписана молодому супругу, который очень зависим от своих родителей, так как постоянно испытывает неистребимое чувство благодарности, чувство, что всем им обязан. Причину этому следует искать не только в том, что родители пытались дать ему наилучшее воспитание, но и в том, что в детстве он был неисправимым хулиганом, которого отец был вынужден неоднократно выгораживать перед лицом суда, в полиции и в школе. Эта ситуация волновала его молодую жену: «Веришь ли ты, что наши дети будут нам столь же благодарны?» Следует упомянуть,

что в случае этой пары речь шла об одном из вариантов конфликта лояльности, который другие пары осознают лишь постепенно: партнер разрывался между обязанностями по отношению к своим родителям и обязанностями по отношению к собственной жене. К тому же между семьями обоих супругов имелись открытые и довольно острые трения. У жены конфликт лояльности выражался чуть более комплексно - она жаждала войны с тестем и с тещей, параллельно осознавая, что испытывает чувство фрустрации в результате замкнутости семьи, в которой воспитывалась сама (Boszormenyi-Nagy, 1973).

Значение неосознаваемых внутриспсихических процессов для динамики супружеских отношений еще больше проясняется в концепте проективной идентификации. Проективная идентификация, согласно М. Кляйн (M. Klein, 1946),

– 488 –

представляет собой защитный механизм, с помощью которого субъект воображает, что вводит себя во внутренний мир объекта отношений (то есть партнера, супруга и т. п.), с тем чтобы нанести ему вред, обладать им или же контролировать его. В последующих разработках этого концепта (Ogden, 1979; Sandler, 1976; K. Koenig, 1982a, 1982b, 1991) было особо подчеркнуто значение интеракционной составляющей проективной идентификации.

С помощью «неосознаваемой манипуляции» (К. Koenig) объекту придаются личностные черты субъекта. Проективная идентификация мотивируется желанием избавиться от конфликта или желанием снова обрести доверие партнера. Последнее выявляется при проективной идентификации типа переноса. При этом партнер настолько находится под влиянием потребности в «семейности», что начинает напоминать близкого ему человека, который был с ним рядом, когда он переживал первичную социализацию. В ходе первичной социализации были сформированы определенные диспозиции аффекта и поведения, в которых мы неплохо разбираемся, но которые, однако, ограничены и приспособлены в большей степени для социального взаимодействия с людьми, напоминающими нам объекты ранней социализации.

Но это относится не ко всем людям, с которыми нам позже приходится иметь дело; мы (преимущественно бессознательно) оказываем влияние на тех, кто увеличивает это сходство.

#### *Пример 6*

Молодой мужчина подвергал в течение многих месяцев такому произволу свою отзывчивую и терпимую жену, мотивируя это несоблюденной договоренностью, невыполненным обязательством и т. п., что она стала все сильнее выказывать властность и враждебность, совершенно не свойственные ее натуре, в результате чего она сама уже «больше не могла». К этому моменту он был уже твердо убежден, что совершил ошибку, так как выбрал жену, в большей степени походившую на его мать, чем ему бы хотелось.

Психоаналитический концепт проективной идентификации и переноса исходит из того, что, особенно при невротическом развитии, отмечается ухудшение приспособляемости к меняющимся воздействиям окружающей среды, так что защитный механизм проективной идентификации может способствовать тому, чтобы сделать окружающую среду подходящей для ограниченного репертуара поведения. Это служит экономии внутренних сил индивидуума, однако ведет к нарушению отношений (Koenig, 1991). Как проективная идентификация, так и перенос содержат интеракционную составляющую, наблюдаемое поведение, которое может вызвать

желаемую реакцию у партнера по общению. Эта интеракционная составляющая у пациентов со структурным нарушением Эго, обусловленным ходом их развития, является более выраженной, чем у пациентов с уже сформировавшимися невротами. Например, мы можем от-

– 489 –

четливо видеть, как влияет на окружающих поведение людей, страдающих пограничными нарушениями. Те, кто в результате сделанного ими переноса фигурируют как «отрицательные объекты», действительно становятся таковыми в результате непрекращающейся провокации. Потребность в семейности, в данном случае желание обладать близким отрицательным объектом проявляется в ходе этой интеракции сильнее, чем желание общаться с менее отрицательными людьми.

При пограничных синдромах оно подкрепляется тем, что пациенты не видят и не допускают сочетания плохого и хорошего в одном и том же человеке.

Интеракционная составляющая переноса бывает выражена только при самых близких отношениях, у супругов и в семьях. И добрая часть терапевтической работы с супругами, проводимой терапевтом-аналитиком, заключается в диагностике и оценке этих феноменов. При этом терапевт использует как анализ переносов и контрпереносов, так и собственные интуитивные представления о партнерах, с которыми он работает. Он рассматривает и сопоставляет наблюдаемые феномены интеракции и объясняет раскрытые взаимосвязи.

Понимание подобных взаимосвязей между интрапсихическими и интеракционными процессами является преимуществом психоаналитической системы взглядов.

### **2.3. Обстановка и условия проведения супружеской терапии**

При прямых коллюзиях супружеская терапия проводится чаще всего в форме одновременного лечения пары терапевтом мужского или женского пола. Тандемом терапевтов лечение проводится, главным образом, в институтах. В некоторых случаях также возможно, чтобы терапевт или терапевтический тандем осуществляли бы совместную групповую терапию с группой из трех-четырех пар.

При перекрестных коллюзиях рекомендуется последовательная терапия, сначала в условиях парной терапии с последующим продолжением лечения обоих партнеров в двух параллельных - аналитически или психоаналитически ориентированных группах (Kreische, 1986a, 1990). Здесь важное значение для терапии приобретают уже более конкретные показания, которые позволяют каждому из партнеров сделать для себя что-то, дестабилизирующее коллюзию. Кроме того проективные идентификации и психосоциальные компромиссные образования могут перейти в условиях группы и отношений с посторонними в «*statu nascendi*», благодаря чему каждый партнер, лучше, чем в условиях совместной с партнером терапии, может осознать, каким образом он способствовал возникновению патологических отношений.

– 490 –

#### *Пример 7*

Г-жа и г-н Е. обратились к врачу, так как г-жа Е. регулярно переживала депрессивные кризы, что заставляло г-на Е. все больше ощущать на себе непосильный груз ответственности за это. В группе г-н Е. заметил, что очень скоро оказался в роли

помощника по отношению почти ко всем остальным членам группы, которые пришли к убеждению, что у него нет собственных проблем. Он разуверился в себе и был неприятно поражен, когда узнал, что произвел на других впечатление не только высокомерного, но и чрезмерно сдержанного и дистанцированного человека. Г-жа Е., напротив, не только в браке, но и в своей терапевтической группе заняла инфантильно-регрессивную позицию, что привело к тому, что остальные участники группы ничего ей не доверяли, щадя ее. Терапевт был первым (затем его примеру, правда, стало следовать все больше участников группы), кто что-то поручил ей и, вследствие этого что-то от нее потребовал. Теперь все заметили, что г-жа Е. могла бы достичь гораздо большего, чем сама думает, если бы ей поручали больше дел. Так, мало-помалу, изменялись поведение и переживания обоих партнеров, сначала внутри этих групп, затем вне их - в отношении других людей и, наконец, в последнюю очередь в их супружеских отношениях (Koenig und Kreische, 1994).

### **3. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Супружеская терапия показана в тех случаях, когда выраженные психосоциальные механизмы защиты в форме описанных выше коллюзий могут снизить эффективность индивидуальной терапии. Диагностический разговор с супругами, содержащийся в анамнезе, может внести здесь достаточную ясность. Также супружеская терапия показана в тех случаях, когда главным пациентом, нуждающимся во врачебном вмешательстве, является ребенок, собственно тогда, когда супругам становится понятно, что их родительский конфликт в значительной мере причастен к заболеванию ребенка. Я располагаю многочисленными примерами, когда лечение родителей, не страдавших никакими симптомами, вело к выздоровлению ребенка, у которого прежде отмечались какие-либо симптомы.

Столь же велико профилактическое значение супружеской терапии, поскольку она может помешать ситуации, при которой выздоровление одного члена семьи в рамках индивидуальной терапии может привести к возникновению заболевания у другого члена семьи.

– 491 –

#### *Пример 8*

Первоначально в семье заболела шестилетняя дочка, у которой развилась депрессивная симптоматика. Она была успешно вылечена с помощью детской терапии. Затем у сына возникли эндогенная экзема и депрессия, которые также были успешно вылечены силами детского терапевта. В ответ на это тяжелая симптоматика развилась у отца, в результате чего пара, по совету детского терапевта, отправилась на супружескую терапию, что сделало родителей несколько беспомощными, так как они жили в «абсолютно гармоничном браке», в котором никогда не случалось конфликтов. Наконец, в процессе супружеской терапии депрессивные настроения почувствовала жена. Ситуация имела место вплоть до того времени, пока терапевтическая работа с массивным, до этого момента успешно скрываемым конфликтом, не привела к выздоровлению всех членов семьи, общение которых друг с другом, правда, уже не было столь гармоничным. Зато все члены семьи стали активней и инициативней и чувствовали себя лучше, чем прежде (Koenig und Kreische, 1994).

В силу недостаточной эффективности супружеская терапия не показана при скрытых патологических проявлениях. Хотя в подобных случаях блокировка

вторичных проявлений болезни в ходе супружеской терапии ведет к временному снижению симптоматики, улучшение в большинстве случаев недостаточно стабильно.

Супружеская терапия противопоказана в тех случаях, когда есть опасение, что одному из партнеров или другому члену семьи изменения могут навредить, например, когда социальное окружение на практике не может быть изменено достаточным образом и сложившаяся структура брака или семьи, принимая во внимание социальный контекст, представляет собой относительно удачный компромисс.

В этом случае лучше стабилизировать состояние симптомонесителя, помогая ему при этом самому лучше приспособиться к обременяющему социальному окружению, не вызывая реакций декомпенсации у других членов семьи.

#### **4. УСПЕШНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ СУПРУЖЕСКОЙ (И СЕМЕЙНОЙ) ТЕРАПИИ**

Между тем существуют многочисленные работы, посвященные исследованию результативности супружеской и семейной терапии. Однако, согласно Кауфманну (Kaufmann, 1986), крайне редко можно встретить научные наброс-

– 492 –

ки, основывающиеся на безупречных с методологической точки зрения дополнительных исследованиях, а необходимые сравнительные исследования затрудняются слишком размытыми критериями успешности. Сегодня в этом отношении мало что изменилось, даже после того, как Граве и ряд его коллег предложили критерии эффективности для поведенческой терапии. При этом примечательно, что более обширные программы лечения вероятно действенней, чем терапии, преследующие исключительно цель улучшения коммуникативных способностей. Гурман и Книскерн (Gurman und Kniskern, 1981), рассмотрев свыше 200 описаний результатов супружеской и семейной терапии, пришли к следующему заключению.

Во всех тех случаях, когда подлежащие лечению проблемы и болезни тесно связаны с семейными или супружескими конфликтами, супружеская и семейная терапии различного характера по меньшей мере столь же эффективны и даже чаще эффективней индивидуальной терапии. Краткосрочная терапия (до 20 сеансов или до 4-5 месяцев) в целом не менее действенна, чем длительная супружеская или семейная терапия. Существуют результаты, характеризующие супружескую и семейную терапию как очень действенный метод для пациентов, страдающих определенными заболеваниями (в частности, психосоматическими заболеваниями в подростковом возрасте, нервной анорексией, определенными нарушениями поведения в детском возрасте, легкими формами делинквентного поведения, наркотической зависимостью, алкоголизмом, сексуальной дисфункцией). При других психических заболеваниях, например депрессиях, неврозах навязчивых состояний, неврозах страха, психозах, результаты скромнее. Не существует однозначных результатов касательно преимуществ определенной терапевтической техники при определенном типе семьи.

На данном этапе нет убедительных указаний на превосходство супружеской и семейной терапии с участием двух терапевтов (терапевтического тандема) над лечением, проводимым одним терапевтом (Gurman und Kniskern, 1981).

#### **5. ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ В ОБЛАСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Повышение квалификации в области супружеской терапии, как правило, взаимосвязано в Германии с повышением квалификации в области семейной терапии.

– 493 –

Спектр предлагаемых вариантов очень широк и колеблется от организованных своими силами групп, ориентированных на социальных психологов, работающих с семьями, до длящихся не один год программ повышения квалификации, заканчивающихся получением диплома.

Информацию о возможностях повышения квалификации можно обнаружить, например, в «Schwerpunkt Familientherapie der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie» университета в Геттингене, в «Deutschen Arbeitsgemeinschaft fuer Familientherapie» (DAF) Hauptstrasse 8, Freiburg, и в «Deutschen Arbeitskreis fuer Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik» (DAGG), организовавшем секцию семейной терапии.

– 494 –

## ПСИХОДРАМА

### 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

#### 1.1. Историческое развитие

Психодрама является методом клинической психологии, социальной терапии и экспериментальной педагогики, представляющим собой драматическую игру, в ходе которой через вербализацию и непосредственные действия осуществляется выход конфликтов, фантазий и переживаний. В результате происходит концентрация эмоциональных переживаний, рационального осмысления и телесных действий в непосредственном жизненном опыте, благодаря чему становится возможным изменение собственного поведения (Petzold, 1978, с. 2751).

Развитие психодрамы в качестве метода психотерапии связано с именем ее основателя Якоба Леви Морено (родился 18 мая 1889 года в Бухаресте, скончался 14 мая 1974 года в Беконе, штат Нью-Йорк).

Впервые понятие «психодрама» встречается еще в 5-м издании большого энциклопедического словаря Meyers 1897 года. Этим термином обозначается вид драмы, в котором всех действующих персонажей представляет один-единственный актер.

*«Нововведение, в котором налицо отказ от таких важных сценических компонентов, как разнообразие актеров и сценическое оформление, где не предполагается художественного наслаждения увиденным и услышанным» (цит. по: Meyers, Большой энциклопедический словарь, 6-е издание).*

Первые описания процесса драматического отображения человеческих взаимоотношений уходят в античность, где достигают своего апогея в произведениях греческих драматургов Еврипида и Софокла. В истории медицины применение элементов психодрамы и ролевой игры встречается при описании лечения психических заболеваний и связывается с именами Саважа (ок. 1760) и Райля (ок. 1800). В



педагогике о психодраматической инсценировке можно вспомнить, говоря о русском театральном эксперименте Станиславского и Ильина (ок..1910) (Petzold, 1975, 1978). В этой связи также нельзя не упомянуть о маркизе де Сад. Во время его пребывания в психиатрической клинике Шарантон ее пациентами под руководством маркиза де Сада было инсценировано преследование и убийство Жана Поля Хара. Позже на основе этих событий была написана книга (Peter Weiss, 1968).

– 495 –

Психодрама в том виде, в каком она представлена на сегодняшний день в качестве психотерапевтического метода для лечения психических расстройств, была разработана Морено после его эмиграции из Вены в Америку. Еще во время учебы в Вене, где он получал психиатрическое образование, Морено очень интересовался театром, философией и теологией; своими духовными отцами он считал Кьеркегора, Ницше, Бергсона и Шекспира (Ried, 1979; Schacht, 1991; Schmilz, 1991).

В 20-х годах XX века Вена была ведущим центром искусства, литературы и театра. После окончания Первой мировой войны в результате бурной реорганизации существующего строя и гибели монархии Вена стала местом множества инноваций. Сама идея психодрамы появилась у Морено в результате наблюдения за играми и инсценировками сказок обучавшихся у него (курс 1910-1917 года) студентов-медиков с детьми в парках Вены, а также в процессе проведения дискуссионных групп (1913/1914 г.) с проститутками и гражданами из низших слоев общества в социальных центрах Вены. При наблюдении за игрой детей внимание Морено привлекли элементы спонтанной импровизации и креативного сценического изображения, что впоследствии легло в основу его концепции ролевого обмена и психодраматической инсценировки.

В 1922 году в Вене Морено основал театр импровизации. Здесь он предлагал профессиональным актерам и любителям осуществлять свободную инсценировку как актуальных событий, происходящих в мире, так и их собственных проблем (Moreno, 1924).

После эмиграции в Америку (1925) Морено продолжал разрабатывать психодраму как метод психотерапии, и в 1934 году в Беконе, штат Нью-Йорк, основал свой первый институт психодрамы; этот институт представлял собой частную клинику, пациенты которой страдали психическими заболеваниями. Ведущая идея психодрамы - близкая философии столкновения Мартина Бубера - развивалась на основе интеграции социометрии, групповой терапии и психодрамы, и быстро получила признание в Америке. В 1931 году Морено впервые ввел в научную литературу понятие групповой терапии и групповой психотерапии, что впоследствии стало толчком к развитию гештальттерапии.

Научная деятельность Морено нашла свое отражение в 410 публикациях, по большей части вышедших в свет в американских научных журналах на английском языке. Ранние труды, написанные еще в Вене, едва ли известны современному читателю; по-видимому, самой ранней из известных работ стала книга «Театр импровизации» (1923), где описываются театральные опыты, проведенные в Maysedergasse. Эта книга была повторно издана в 1970 году в издательстве Beaconhouse. В Германии опубликованы лишь его «Групповая терапия и психодрама» (Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, 1959/1973) и перевод 1954 года «Who shall survive?» (1934).

– 496 –

Две немецкоязычные публикации не могут отразить всю полноту творчества Морено: его работы касались множества проблем в области литературы, истории и психотерапии (см. Leutz, 1974, прил. 2), однако большую часть этих публикаций найти весьма непросто. Помимо этого, трудности в понимании идей Морено вызваны еще и широтой и своеобразием используемой им терминологии. Все эти особенности делают его одним из наименее изученных авторов. Наиболее полно и точно проанализировать творческое наследие Морено удалось Грете Лойц (Grete Leutz, 1974) и Фердинанду Бойеру (Ferdinand Buer), который в своих чрезвычайно содержательных публикациях (см. список литературы) старается сохранить философское богатство интеракционной герменевтики Морено.

Сам Морено всегда рассматривал психодраму в качестве контрапункта психоанализа и не упускал случая резко и иронично подчеркнуть их различия. И Морено и Фрейд видели главное различие своих концепций в своей жизненной философии, в понимании статуса терапевта и в форме научной работы: с одной стороны - харизматическая, увлекающая за собой и креативная личность Морено, главная форма работы у которого - самоинсценировка, с другой стороны - Фрейд, ставящий во главу скупость формулировок, тщательность работы и личностную дистанцию, у которого на первый план выдвигаются фобические жизненные ограничения. Пинес (Pines, 1986) характеризует психодраму как жизненно-оргастический, а психоанализ - как созерцательно-упорядочивающий подход. Он описывает их различия, исходя из принципа функциональной асимметрии больших полушарий. Он пишет:

«Мир Морено, в противоположность миру Фрейда, не является ни классическим, ни научным. Это не мир, состоящий из консультационных кабинетов, формулировок свободных ассоциаций и самоанализа, основывающегося на канонах науки XIX века... Мир Морено представляет собой мир футуризма и сюрреализма, театральных и литературных экспериментов, динамично развивающегося общества, что позволило найти новые формы социального и художественного содержания, что дало возможность удовлетворить потребности человека XX века».

## 1.2. Современное состояние проблемы

Центральной идеей психодрамы стала идея встречи переживаемого мгновения (в смысле «Kairos», см. M. Vuber, 1973) и «Locus nascendi» к чему-то новому, стоящему над мгновением. Данная концепция имеет два основных положения. Во-первых, индивид является целостным, неделимым, что воспринимается им как единство знаний, чувств и действий. Во-вторых, внутренние процессы каждого отдельно взятого человека соотносятся с процессами его партнера. В истинной встрече каждый из них имеет возможность хорошо узнать

– 497 –

другого, и, в соответствии с приобретенными знаниями, повести себя эффективно и адекватно ситуации. Познание себя и своего партнера - неразделимый процесс, при котором происходит взаимное влияние этих двух компонентов (Buer, 1987).

После окончания Второй мировой войны идея психодрамы вызвала большой интерес во Франции, и некоторые психоаналитики и психиатры (Delaney, Monod, Schutzenberger, Lebovici) после контакта с Морено начали развивать данный метод, в результате чего возникла особая форма психодрамы - аналитическая психодрама.

Интерес к произведениям Морено возрастал также и в немецкоязычных странах. Этому способствовало и то, что в 1968 году на одном из венских курортов состоялся

международный конгресс по психодраме, вызвавший большой интерес. В 1970 году в DAGG был организован отдел психодрамы.

Широкое распространение в Германии психодрама получила, когда практическую деятельность в данной области стало вести уже второе поколение терапевтов; метод с возрастающим успехом стал применяться в консультациях наркологических амбулаториях, в психотерапевтических клиниках.

Со времени своего возникновения психодрама развивалась в рамках трех школ.

1. Классическая американская психодрама, которая пытается следовать «чистым» идеям Морено, без внесения дополнений, например из области метапсихологии или психоанализа, в техники и теоретическую часть (см. работы Морено и критические замечания в книге Ploger, 1983).

2. Французская аналитическая психодрама (см. S. Lebovici, 1956, 1969, 1971, D. Anrieu, 1956, 1969\1970; D. Widlocher, 1974), основное развитие которой было связано с лечением детей. Особое внимание здесь уделяется переносу, который особенно проявляется в ролевой игре детей с несколькими партнерами-терапевтами и позволяет дать достаточно точную интерпретацию. Лебовичи (Lebovici, 1971) считает, что эта аналитическая интерпретация смысла психодраматических игр способствует символическому удовлетворению желаний.

3. Триадиическая психодрама. В основе данного направления лежит триада, созданная Морено и объединяющая групповую психотерапию, социометрию и психодраму в единое терапевтическое целое, которое можно использовать для самых разных терапевтических целей, к примеру, для лечения невротических расстройств. «Индивид и общество рассматриваются с точки зрения этой триадиической системы в ее взаимно обуславливающей и взаимно влияющей игре, в результате чего анализ и лечение исходят не только от терапевта, но и от самого пациента» (Leutz, 1974, с. 1)

В последние годы все чаще встречаются специалисты в области психодрамы, которые, взяв за основу концептуальные положения Морено, вносят в них свои собственные представления и теоретические положения, уточняя и развивая таким образом идею психодрамы.

– 498 –

Несмотря на то что психодрама испытывает ощутимое влияние со стороны семейной терапии (см.: Boszormenyi-Nagy, 1973), телесно-ориентированной терапии (см. Petzold, 1977), групповой аналитической психотерапии (Kruger, 1980; Peichl, 1988, 1989) и гештальттерапии (Walter, 1977), ее стержнем остается «философия встречи».

Техники психодрамы и социометрии получили заслуженное признание, широко используются в супервизии и групповой работе (Gellert, Heinz, 1993; Jensen, 1990 и последующие статьи по психодраме, 1990, 3, тетрадь 2; Kasper, 1993; Schreyogg, 1992; Schwinger, 1984, 1986; Weiss, 1991).

В рамках клинической психотерапии и психосоматики разрабатывается методика, получившая название «Скульптура семьи»; в основу этой методики положено понятие социального атома (см. Психодрама, 1991, 4, тетрадь 2) и его переработка техниками психодрамы. Эта методика успешно применяется в тех областях, где работа с воспоминаниями и другие вербальные методики затруднительны или малоэффективны (см. Seeger, 1991).

Для подготовки к раскрывающей терапии и специальной форме психодрамы, используемой у пациентов с алексимией (неспособностью индивида классифицировать собственные эмоциональные проявления), применяют творческие, развивающие воображение методы, что позволяет провести эффективную работу с символикой

болезни (Klingelhofer, 1993). При лечении наркомании непосредственно в сценической игре становится возможным узнать и опробовать новые формы отношения (Leutz, 1973; Психодрама, 1993, 6, тетрадь 2).

История развития психодрамы в Германии связана также и с недоброжелательным отношением, недоразумениями и сопротивлением ее развитию (см.: Kreitler, Elbinger, 1961). Поскольку ролевая теория генетического развития имела определенные расхождения с результатами новых исследований грудных детей, а также исследований, посвященных изучению аффектов, необходимо было пересматривать теоретическую часть концепции психодрамы. Кроме того, мы можем ожидать, что в будущем нас ожидает пересмотр некоторых теоретических положений Морено в области психопатологии невротических состояний, поскольку психодрама стремится выступать в качестве альтернативной теории с целью создания большего резонанса.

Хотя Морено принадлежит заслуга оформления основных направлений развития социометрии, нельзя не согласиться с Рене Кенигом (Rene König), который уже в 1956 году критически констатировал, что в рамках социологии теория социометрии получила гораздо большее развитие, чем у Морено.

В последние годы предпринимается попытка связать социометрические методы с современными формальными моделями изображения социодинамических процессов (Carlson-Sabelli, Sabelli-Hale, 1994).

– 499 –

### **1.3. Концепция психоанализа в рамках психодрамы**

Пинес (Pines, 1986) пытается сопоставить психоанализ и психодраму с принципом функциональной асимметрии больших полушарий:

«Левое полушарие отвечает за ясность, дифференциацию, логическое мышление: все то, что положено в основу метапсихологии Фрейда. Правое полушарие познает мир посредством интуиции, чувств, мифов, легенд. Тело, постижение эмоций другого – не проблема для правого полушария» (M. Pines, 1986, с. 111).

Хотя эти представления являются очень наглядными (прежде всего, в том случае, когда психодрама и психоанализ сравниваются с жизненно-оргастическим и созерцательно-упорядочивающим), но, индуцируя поляризацию, в современном понимании психодрамы или психоанализа они исчезают. Современная теория объектных отношений, сценического понимания (Argelander, 1970; Loch, 1972; Logenzer, 1970) с включением переноса «здесь и теперь» между клиентом и терапевтом подводят психоанализ к пониманию того, что уже длительное время он является частью терапевтических отношений в психодраме. В результате этого усовершенствовалась способность к пониманию психодраматического процесса, поскольку метапсихологическая рефлексия психоанализа использовалась при составлении структуры психодраматических событий и обеспечивала их надежную воспроизводимость (см. Eibach, 1980; Rohde-Dachser, 1980; Ploeger, 1983; Kruger, 1997).

Согласно Морено, индивид постоянно находится в движении и изменении, что является основой возникновения комплексных отношений. Таким образом, для Морено понятие изолированного человека это напрочь лишённая смысла абстракция. Бессознательное же понимается не ограничено по отношению к отдельному человеку (как индивидуальное динамическое бессознательное у Фрейда), а существует только в

качестве «совместного бессознательного». В соответствии с таким интерперсональным подходом, бессознательные состояния есть результат накопления совместного опыта, переживаний и оценок двумя и более людьми. Морено имеет в виду «такие состояния, которые партнеры испытывают или продуцируют совместно, в результате чего и воспроизвести которые можно лишь вместе» (Moreno, 1959, с. 67). Эта так называемая «общая бессознательная система» впоследствии получила название «интерпсихика». Под этим термином понималась бессознательная система регуляции отношений, которая благодаря совместным знаниям, опыту и отношениям между индивидами складывается в общий бессознательный проект. Подводя итоги, можно сказать следующее: понятия бессознательного в психодраме и психоанализе имеют принципиальные отличия: у Морено индивид мыслится не как монада, а как социальное существо в его взаи-

– 500 –

модействие с другими людьми. Единицей анализа является не индивид, а «социальный атом»: индивид в системе своих важнейших отношений (Moreno, 1981). Поэтому изображение собственного социального атома является средством диагностики, на основе которого составляется план терапии: какие отношения являются важными для пациента, что конкретно содержится в этих отношениях, что бы он хотел изменить.

Надо отметить, что Морено проводит четкую грань между этим понятием и понятием «коллективное бессознательное» К. Г. Юнга: «В этой проблеме [коллективного бессознательного. - *Прим. авт.*] речь идет не о коллективных идеях общественной культуры или всего человечества, а о конкретных отношениях и связях ряда индивидов внутри группы или субкультуры» (Moreno, 1959, с. 51). Свое предположение об эффективности психодраматических техник (обмен ролями, двойники, зеркала) Морено основывает на постулате о существовании «коллективных бессознательных состояний» внутри группы. Эти техники являются своего рода орудиями, с помощью которых «можно исследовать общественные бессознательные состояния» (Moreno, 1959, с. 51). В качестве иллюстрации Крюгер (Kruger, 1989) использует обмен ролями, который позволяет в процессе принятия на себя роли другого человека отчетливо представить себе интерперсональное поле конфликта и «прочувствовать» его. Вследствие этого проекция как бессознательный обмен ролями и отрицание как отказ принятия перспектив становятся препятствиями. Конфликт же можно разрешить через принятие на себя обеих ролей (Kellerman, 1994).

Понятию переноса Морено противопоставляет понятие встречи, подразумевая под этим то, что два человека не только встречаются, но и испытывают, пытаются понять друг друга каждый своим способом.

«Люди встречаются со всеми своими сильными и слабыми сторонами, переживают встречу "здесь и теперь". Поэтому встреча существенно отличается от того, что психоаналитики именуют переносом, а также от психологического термина "эмпатия". Смысл данного понятия состоит в перемещении от "Я" к "Ты" и от "Ты" к "Я", в двухстороннем процессе передачи эмоций, во взаимном обмене эмпатией – "ТЕЛЕ" (Moreno, 1959, с. 54).

Теле, по определению Лойц, представляет собой полностью сформировавшиеся здоровые взаимоотношения между людьми, отличительными чертами которых являются взаимная реалистичная оценка и, соответственно, реалистичные взаимодействия. Перенос же в понимании Морено - это патологическая форма

человеческих взаимоотношений, искажающая или делающая невозможными отношения «теле», поскольку он препятствует настоящей встрече, то есть возможности видеть других людей такими, какие они есть на самом деле. Без сомнения, повсюду в жизни, и, соответственно, в психодраме, имеет

– 501 –

место перенос как передача эмоций с членов группы на терапевта и/или друг друга, однако его использование и нейтрализация его тормозящего развития имеет специфические различия. На фоне ролевой теории психодрамы перенос проявляется как сильнейший и неизменный способ удержания схемы роли, которая навязывается человеку извне еще в детстве, и таким образом делает возможным развитие креативности и способности к спонтанному реагированию лишь в ограниченном игровом пространстве. Непосредственно в процессе психодраматической ролевой игры на основе выбора, оформления и презентации роли с помощью специально отобранных партнеров обнаруживается и получает свое развитие предрасположенность к переносу, свидетелями чего являются зрители. Это дало повод Понталису (Pontalis, 1968) сделать, несмотря на всю критику в адрес психодрамы, следующий комментарий: «Действительно можно наблюдать поразительный эффект, когда пациенты Морено проявляют и демонстрируют основные черты своих неврозов, частью которых является их окружение» (с. 194). Вопрос о переносе в рабочих и реальных отношениях рассматривается у Гернштенберга (Gernstenberg, 1986).

В психодраме свое место находит и понятие сопротивления, но также в особом понимании термина. Морено считает, что сопротивление проявляется там, где спонтанным сценическим действиям протагонистов (протагонист -главный исполнитель психодраматической сцены, который представляет свои проблемы) мешают внутренние и внешние причины. Под внутренними причинами понимается сопротивление, которое ведет к внутриспсихическому сопротивлению пациента, что проявляется, например, во внезапно возникающем страхе, чувстве пустоты и беспомощности, вспоминаемых как уже прошедшие. Внешние причины видятся как возникающие извне «препятствия», которые нарушают течение игры протагониста и зачастую ведут к ее прекращению. При ближайшем рассмотрении они оказываются бессознательной организацией протагониста во взаимодействии с другими игроками или терапевтом. Можно привести следующий пример: партнеры подбираются таким образом, что они не могут исполнить роль, причиной чему является их преморбидная личность, или же выбирается руководитель игры, который не может развить проблему, тем самым бессознательно усиливая сопротивление протагониста.

В этом смысле сопротивление является игровым, то есть сопротивлением воспоминаниям и поступкам, обусловленных ролью (см. Kruger, 1980). Со стороны психоанализа психодрама подвергается критике, направленной на то, что она вторгается в сопротивление клиентов, применяя манипулятивные техники. Здесь речь идет не о том, что психодрама через объяснение способствует осознанию инсценируемого сопротивления; тут делается акцент на той технике психодрамы, которая предоставляет протагонисту возможность сознательно пережить свое сопротивление и тем самым постичь его. Сопротивление в терапевтической группе проявляется в форме молчания, непродуктивности или

– 502 –

интеллектуальной обороны по отношению к «опасным» темам, а также как блокада воспоминаний и чувств отдельными протагонистами или всей группой в целом. В психодраме можно выявить и проработать сопротивление через инсценировку как нечто очень близкое, эмоционально переживаемое, не осуществляя извне опасные терапевтические манипуляции (см. Vinswanger, 1980).

Психодрама основывается на том положении, что в любом сопротивлении можно выделить сомато-аффективную часть, которая дифференцируется как телесное чувство и которую можно изобразить при помощи инсценировки (например, мысленно блокируется существование и происходит сосредоточение на телесном чувстве посредством окаменения, обездвиживания и т. д.)

## **2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ**

### **2.1. Общие положения**

Помимо существования монодрамы, психодраматической техники, применяемой в индивидуальной терапии, существует масса превосходных методов групповой терапии, основанных на теории психодрамы. Психодраматическая терапия основывается на триаде групповая терапия - социометрия - психодрама. Групповая психотерапия направлена на работу с отношениями между людьми с целью интеграции членов группы и противопоставления группы в целом окружающему миру. «Групповая психотерапия лечит не только отдельного человека, который находится в центре внимания из-за трудностей приспособления, но и всю группу и всех индивидов, состоящих с ним в разного рода отношениях» (Mogeno, 1953). Средством для достижения данной цели является спонтанное свободное социальное взаимодействие прежде всего в терапевтической игре, все участники которой выступают друг для друга в роли терапевтического агента.

Социометрия позволяет составить схемы социальных отношений в группе. Структуру жизненно необходимых схем можно выявить при помощи социометрических тестов (см. Riegels, 1981). Процесс психодрамы состоит в следующем: один из членов группы (так называемый протагонист) создает на сцене эпизод из собственной жизни, инсценируя свою проблему или часть своей биографии при участии других членов группы. Терапевт в психодраме выполняет одновременно функции собственно терапевта, постановщика, наблюдателя и участника. Если психодраматическая игра ориентирована на группу, то оптимальным является использование игр-экспромтов, инсценировок снов или сказок, причем проблема, над которой осуществляется работа, должна быть зна-

– 503 –

чимой для всех членов группы. «Психодраматическая игра стремится к реальному взаимодействию "здесь и теперь" - особая реалистичность игры позволяет проделать это как с актуальными событиями, так и с прошедшими и с потенциально возможными» (Schwinger, 1986, с. 42).

Групповая психодрама осуществляется следующим образом. Группа состоит из 8-10 человек и терапевта (а в большинстве случаев и со-терапевта); стулья, на которых они сидят, расставлены в форме круга. Во время первой фазы, фазы разогрева, участники должны познакомиться друг с другом и найти тему, которая будет прорабатываться посредством инсценировки на второй ступени сеанса психодрамы. После этой фазы, когда происходит встреча человека с самим собой и группой, следует

фаза психодраматической инсценировки (игровая фаза). Вместе с терапевтом протагонист воссоздает реальные проблемные жизненные ситуации, которые он проигрывает при помощи других членов группы. При помощи определенных техник - «обмен ролями», «зеркала», «двойники» и т. д. - клиент может подойти к более глубокому пониманию своих неосознаваемых мотивов, скрытых желаний и страхов, истинных отношений и установок. В обмене ролями, что является основным приемом психодрамы, протагонист обретает возможность увидеть удачные и неудачные социальные взаимодействия не только собственными глазами, но и с точки зрения другого человека, что способствует лучшему пониманию проблемы и осознанию неадекватности собственного поведения. Со стороны терапевта протагонист получает вербальную и эмоциональную поддержку. Остальные члены группы, принимая на себя определенные роли, могут способствовать достижению катарсиса протагонистом.

На третьей фазе, фазе обсуждения, протагонист получает от остальных членов группы ролевою и идентификационную обратную связь. В ролевой обратной связи участники психодрамы описывают чувства, возникшие при исполнении своих ролей, а идентификационную обратную связь дают зрители и терапевт. Эта фаза служит реинтеграции протагонистов в группу и расширяет игровое пространство сознания.

Психодрама, центрированная на протагонисте, может в случае необходимости дифференцироваться от психодрамы, центрированной на терапевтической группе, где совместная работа всех участников в форме игр-экспромтов, инсценировок сказок и снов служит единой выбранной всеми теме. Также частью психодрамы может стать социометрический анализ структур взаимоотношений в группе. Как правило, сеанс психодрамы продолжается около трех часов, а в сокращенном варианте - 1,5-2 часа.

#### *Пример*

На четвертом сеансе психодрамы одна из участниц, назовем ее А., сообщила о своем намерении покинуть группу в том случае, если в будущем не будет уделяться больше внимания ее проблемам. Во время развернувшейся по этому поводу дискуссии другая женщина, В., до этого все время молча сидевшая в

отдалении, внезапно начала плакать. На просьбу терапевта поделиться своими переживаниями с группой, она ответила: «Я почувствовала одновременно окаменение, полное отсутствие чувств и сильное волнение». Следуя далее указаниям терапевта закрыть глаза и описывать все возникающие мысли и воспоминания, она рассказала следующее: «Я снова вспоминаю свой разговор с мужем, который произошел позавчера во время завтрака после того, как накануне у нас был жаркий спор». В. снова начала плакать и закрыла лицо руками. Терапевт предложил ей выйти вместе с ним на сцену, чтобы разыграть этот возникший в ее памяти эпизод. Еще раз были уточнены обстановка кухни, атмосфера, царившая на ней, а среди участников группы распределены роли двух детей, 7 и 12 лет, и мужа. В. стояла позади каждого из них и пыталась описать, пользуясь техникой ролевой идентификации, мысли и чувства, которые в это утро могли возникнуть у каждого члена семьи. Постепенно В. удалось воспроизвести диалог, произошедший за завтраком. Стало ясным, что ее муж после произошедшей накануне ссоры угрожал покинуть семью, в случае если она, В., не ослабит своих профессиональных амбиций и не начнет с большим усердием заботиться о доме и детях. На вопрос терапевта о том, какие возникшие в тот момент чувства ей удалось испытать вновь во время психодраматической инсценировки, она назвала страх одиночества и покинутости, который она испытывала еще в детстве, и чувство, что все



можно исправить, если начать вести себя так, как нужно (на этих словах В. снова начала плакать).

Последующие инсценировки были посвящены детству В., в результате чего на первый план обсуждения вышли развод родителей и разлука с отцом, и таким образом травмирующая ситуация была переведена на уровень осознания. В. впервые в жизни смогла выразить свое отчаяние, которое испытывала по поводу разлуки с отцом, на что она никогда прежде не отваживалась и что всегда носила в себе как скрытую злобу по отношению к матери. На третьей фазе предоставления обратной связи и эмоционального обмена В. ощутила огромную поддержку со стороны членов группы, в первую очередь от тех, кто непосредственно участвовал в инсценировках. А. также высказалась, сказав о том, что в ходе данного сеанса ей удалось прикоснуться к собственным переживаниям детства, обдумать еще раз свое поведение в группе и осознать потребность во внимании со стороны других людей, что вылилось в ее угрозу покинуть группу.

## **2.2. Отношение к психоаналитическим техникам**

Интенсивность процесса интеграции психоаналитических техник и психодрамы зависит от «личного уравнения» (Thomä, Kachele, 1986). Многие терапевты, ориентированные на групповую психодраму, в последнее время осуществляют интеграцию моделей аналитической групповой психотерапии в рам-

– 505 –

ках психодрамы (см. Kruger, 1980; Ploger, 1983; Gneist, 1987; Peichl, 1988/1989). Это развитие внутри психодрамы должно рассматриваться совокупно, на фоне общего развития психоаналитически ориентированной терапии: обращение к теории объектных отношений увеличило интерес к интеракционным процессам в психоанализе, в результате чего возникла психоаналитическая интеракционная терапия (Heigl-Evers, Streeck, 1985). В связи с этим вновь происходит заимствование важнейших элементов психоанализа, пренебрежительное отношение которого к психодраме стало толчком к ее развитию. Психоаналитические отношения в качестве места встречи двух протагонистов, распределение ролей (Sandler, 1976; Thomä, 1974; Korner, 1989/1990) в инсценировке отражения (например, проективная идентификация) и усиленное внимание к процессам взаимодействия во время инсценировки травмирующих ситуаций детства расширяют в последние годы перспективы психоанализа.

Применению теории объектных отношений в психодраматическом процессе мы обязаны углубленным пониманием изменений, происходящих во время психодраматических игр (см. Powell, 1986).

По виду управления переносом в группе принято различать классическую психодраматическую и психоаналитическую групповую терапию. Это становится понятным в системе актуальных значимых отношений пациента, в его социальном атоме: в символическом представлении необходимо поддерживать значимые отношения и центральный конфликт, которые реконстеллируются в терапевтической группе. Этот уровень символизации является типичным и в последующем. Взаимодействие этих реконстелляций проявляется во взаимном переносе, в результате чего становится очевидным влияние внутренних систем отношений каждого индивида (Holmes, 1992). Это влияние является не только отправной точкой, но и средством психодрамы: социометрический выбор протагониста концентрирует процессы переноса

и делает их доступными через переработку в «символической» интеракции игры (Seeger, 1993). В выборе партнеров перенос и проективная идентификация играют решающую роль. В психодраме они используются в качестве ресурсов при инсценировке внутренних конфликтов (Holmes, 1992). Эти состояния можно изобразить через игру и сознательно изменить в процессе обмена ролями, интегрировать интраперсональные конфликты и дифференцировать при обсуждении реальных отношений (см. также Schwinger, 1992; Schwinger-Burmeister, 1996). Причем для терапевтов, работающих в области психодрамы, неизменным остается тезис Морено, суть которого состоит в том, что под психодрамой нужно понимать такой метод, который обосновывает истину души через действие. Катарсис, который возникает в процессе психодрамы, является «катарсисом действия» (Moreno, 1959), то есть психодрама через действие выходит за пределы чисто вербальных форм лечения (как, например, психоаналитическая групповая психотерапия).

– 506 –

С этой точки зрения катарсис действия является не способом выхода чувств, а интеграцией конфликтов. Этот образ действий с теоретической точки зрения имеет смысл только в том случае, если он строится на интерпсихической модели, в которой в виде матрицы актуальных интеракций представлен потенциал всех бессознательных состояний и он понимается как предмет групповой психотерапии (о единстве концепций Фольке (Foulkes) и Moreno (см.: Brandes, 1993; Holmes, 1992)). Терапевт в процессе психодрамы полагается на силы, возникающие у пациента в результате катарсиса действия, а также на спонтанные идеи членов группы во время терапевтического сеанса. При этом ранее указанный образ действия становится фоном, при отсутствии которого необходимо отказаться от направленного на понимание интегрирующего спектакля или от подведения клиента к индивидуальному осознанию содержания конфликта при помощи терапевта. Впоследствии на основе конфронтации возникающих на сцене переживаний и реальных взаимоотношений в группе возникает обсуждение.

### **2.3. Дифференциальные показания к применению**

Как в аналитической, так и в психодраматической групповой терапии используются схожие методы. Благодаря взаимному дополнению индивидуальной терапии (терапии единичного случая) и групповой терапии, психодрама предоставляет возможность скомбинировать методы индивидуальной терапии и поддержку (терапевт в качестве вспомогательного Эго) во время протагонистического сеанса всей группы одновременно.

В результате сравнительного исследования, в котором принимали участие 169 сотрудников обоих институтов Морено, было установлено следующее. В качестве показаний к применению психодрамы на первом месте были названы последствия невротических расстройств с нарушениями в области социального поведения и контактов (71% всех опрошенных), на втором месте - нарушения трудовой и профессиональной деятельности (56,2%), на третьем - психосоматические заболевания.

Во многих специальных клиниках и частно практикующими невропатологами в последние годы психодрама с большим успехом применяется в работе с алкогольной и/или наркотической зависимостью. Особенно продуктивен этот метод при излишней рационализации и недооценке конфликта, что объясняется поиском и практическим использованием новых жизненных стратегий и способов решения, выработанных в

результате солидарности групповых переживаний (см. Leutz, 1973; Gneist, Stimmer, 1987; Gmur, 1980).

Особые показания к применению существуют в том случае, когда необходимо работать с пациентами с неспособностью к дифференцированному словесному выражению содержания эмоциональных переживаний и конфликтных

– 507 –

ситуаций, что часто наблюдается при психосоматических заболеваниях. Игровое отображение конфликтов позволяет забыть робость и физически пережить глубинные чувства печали, одиночества и сомнения (см. Eibach, 1980).

Неизвестно, оказывает ли психодрама положительное влияние на стратегию преодоления трудностей у пациентов-психотиков. Вероятно, конвенциональная ролевая игра может оказаться полезнее при более структурированном процессе проведения (Ruger, 1986). Более откровенные пациенты со структурными нарушениями Я могут извлечь выгоду из психодраматической группы, если группе и терапевту через общие действия, например через общую ролевую игру или интенсивно переживаемые телесные упражнения, удастся вызвать доверие и уверенность.

### 3. ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Эмпирические исследования, направленные на изучение влияния психодрамы, очень немногочисленны. Часть из них ссылается на студенческие работы (Shearon, 1975; Shonke, 1975; Schmidt, 1978). Исследования Бендера и его коллег (Bender et al., 1979, 1981) рассматривают эффективность психодрамы в лечении невротических и психотических нарушений. В качестве эффекта здесь обнаруживается незначительное эмоциональное возбуждение, снижение параноидальных и шизоидных тенденций, повышение уровня социальной адаптации. Невротики извлекают большую пользу из психодрамы по сравнению с психотиками, протоганист по сравнению с остальными членами группы. В англоязычных странах встречаются исследования специфики влияния психодрамы на шизофреников (Narrow, 1951; O'Connel, 1963; Peters und Jones, 1951), у которых обнаруживается улучшение социального поведения и результатов тестов достижения, причем по сравнению с контрольной группой эти отличия являются статистически значимыми. Также нельзя не упомянуть об исследовании, направленном на изучение влияния психодрамы на пациентов с алкогольной зависимостью (Wood et al., 79): здесь было обнаружено частичное улучшение по сравнению с контрольной группой. Исследования же катамнеза, посвященные изучению эффективности психодрамы, на сегодняшний день полностью отсутствуют.

*«Причины этого, с одной стороны, следует искать в том, что терапевты, работающие в рамках психодрамы, по опыту своей практики убеждены, что психодрама оказывает продолжительное позитивное влияние, а также в том, что они в гораздо большей степени интересуются практической деятельностью, нежели научной, считая последнюю тратой времени (по этому поводу Морено сказал, что*

– 508 –

*они больше интересуются творческим процессом, чем его сохранением в культуре). С другой стороны, в психодраме в результате наличия большого числа факторов влияния протекают*

чрезвычайно сложные процессы, учет которых создает множество методологических проблем» (Zeitlinger, 1981, с. 169).

Если это действительно так, то научные концепции и исследование этих «комплексных процессов» имели бы огромную важность для психодрамы; это позволило бы ей добиться большего признания в качестве терапевтического метода.

Экспертиза также показала (А.-Е. Meyer и. а., 1991), что на настоящий момент научные доказательства эффективности лечения пациентов при помощи психодрамы отсутствуют (см. также Grawe, 1992). Здесь необходимы дополнительные усилия для проверки успешности и исследования катамнеза; такие данные нельзя заменить даже очень убедительными описаниями и примерами, а особенно - субъективным переживанием очевидности положительного влияния лечения, возникающего у терапевта.

#### **4. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ, ПЕРЕОБУЧЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**

Наряду с двумя институтами, основанными в Германии в 1975 году (в Юберлингене, под руководством Г. Лойц и в Штутгарте, руководитель -Х. Штрауб)), в последующие годы были образованы и другие - в Кельне, Мюнстере, Мюнхене, Вуппертале и Цвестене. Все они входят в федерацию немецких психодраматических институтов повышения квалификации. Здесь за четыре года обучения можно получить образование ведущего психодрамы или терапевта по психодраме (последнее - только для психологов и врачей). В соответствии с предписаниями федеральной палаты врачей о дальнейшем образовании врачей по специальности «психотерапия» и «психоанализ», психодрама является факультативным для изучения методом. Для получения дополнительного звания в области психодрамы необходимо провести, по меньшей мере, 100 часов психодраматических сеансов. С 1970 года психодрама активно развивается благодаря германскому сообществу психотерапии и групповой динамики (DAGG), где дважды в год проводятся семинары. Сверх этого, институты предоставляют большой выбор образовательных и специальных семинаров, которые охватывают широкий спектр тем и конфликтных сфер, что достигается разнообразием личностных структур специалистов.

– 509 –

С 1988 года выпускается журнал «Психодрама. Журнал по теории и практике психодрамы, социометрии и ролевой игры», в рамках которого проводится форум по обмену опытом и теоретическими разработками с целью знакомства широкой общественности с психодрамой. С 1992 года выпускается «Ежегодник по психодраме, психосоциальной практике и общественной политике», в котором посредством теоретических статей осуществляется диалог специалистов из разных областей, в том числе психодрамы. Этой же цели служат про водящиеся с 1993 года Морено-симпозиумы.

– 510 –

#### **КАТАТИМНО-ИМАЖИНАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Кататимно-имагинативная психотерапия (Katathym-imaginative Psychotherapie, K. i. P.), прежде обозначавшаяся как кататимное образное переживание (Katathymes Bilderleben, KB), представляет собой психотерапевтический метод, развиваемый с конца 40-х годов Х. Лейнером (H. Leuner); суть этого метода в работе со «снами наяву» (Tagtraum).

Название метода восходит к известному уже в античности понятию «katathym», которое в начале нашего столетия использовалось Х. Майером (H. Maier, 1912) для характеристики зависимости имагинативных процессов от аффектов и эмоций (греч. kata - согласно, соответственно, сообразно; thymos - душа, то есть эмоциональность). На практике используется также название «символическая драма» (Symbol drama), а в англоязычной среде закрепилось обозначение «Guided Affective Imagery» (направляемые аффективные образы). Прежнее понятие «кататимное образное переживание» характеризует центральный для метода процесс чувственного воображения, а используемое сегодня понятие «кататимно-имагинативная психотерапия» обозначает психотерапевтический процесс в его целостности.

Катативно-имагинативная психотерапия представляет собой иерархическую систему следующих друг за другом методов и руководящих принципов практического управления снами наяву, существующую в рамках психотерапии, концептуально укорененной в европейской традиции психоанализа. Она считается «наиболее организованным и систематизированным на настоящий момент методом имагинативной психотерапии» (Singer, 1978) и характеризуется двумя главными активными компонентами: происходящей под опекой психотерапевта активизацией переживания посредством символических имагинаций и последующей когнитивной обработкой, осуществляющейся в соответствии с концепцией глубинной психологии. При этом обозначение «сон наяву» относится здесь не к тем служащим преимущественно исполнению желаний «мечтаниям наяву», которые называют также «фантазиями, возвышающими субъекта в его собственных глазах». Напротив, выступающие в направляемых снах наяву феномены представляют собой оптические проекции, основывающиеся на изначальной способности человека спонтанно представлять в символически-образной форме свои бессознательные или предсознательные внутренние душевные состояния. Таким образом, концептуально К.и.Р. исходит из того, что имагинации отражают бессознательные конфликты, которые впоследствии могут расшифровываться и обрабатываться в контексте предыдущей биографии пациента.

– 511 –

## **1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ**

### **1.1. Краткий исторический экскурс**

Интроспективные техники и рефлектирующее созерцание уже много столетий известны человеку как средство улучшения самоощущения и углубления самопознания.

Первые несистематические исследования активизируемых терапевтом снов наяву были проведены Фрейдом (Freud, 1895), который начиная с 1882-1888 годов использовал имагинативную технику и «был впечатлен отличными результатами, достигнутыми при помощи этого метода» (с. 273). Получению первого опыта, связанного с имагинациями, способствовал случай пациентки Анны О. и ее «частный театр», появившийся у нее, когда она пребывала в состоянии спонтанного гипноза, что привело к открытию «катарсического метода» (Breuer und Freud, 1895). Опираясь на

этот опыт, свой «катарсический метод» развивал и швейцарский психотерапевт Франк (Frank, 1913). Как известно, Фрейд утратил интерес к наблюдению имагинативных процессов, отдав предпочтение свободной ассоциации. Психоаналитик Зильберер (Silberer, 1909, 1912) установил, что имагинации, проявляющиеся на пороговом уровне в момент засыпания (которые он назвал «рудиментарными сновидениями»), представляют собой символы бессознательных и предсознательных областей эмоциональной жизни (автосимволизм). Однако его метод, заключавшийся «в провоцировании и наблюдении определенных символических галлюцинаторных явлений», в дальнейшем никем не использовался.

Введенное К. Г. Юнгом (Jung, 1916) «активное воображение» - медитативный метод, который, представляя собой «собственную работу мысли и воображения» (Ammann, 1978) пациента, самостоятельно применяется им в домашних условиях. В 1922 году Кречмер (Kretschmer, 1922) при помощи описанного им «мышления в кинокадрах» (Bildstreifendenken) показал, что спонтанные имагинативные феномены подчиняются закономерностям символики и работы сновидения, описанным Фрейдом. В 1932 году Й. Х. Шульцем (J. H. Schultz) были описаны используемые на высшей ступени аутотренинга упражнения для воображения цветов и образов для получения при их посредстве информации о внутренних нарушениях.

В 1932 году терапевт Хаппих (Happich, 1932) использовал имагинации в рамках клинической психотерапии, понимая их как медитативное созерцание; впоследствии, однако, этот метод использовался преимущественно в целях религиозной медитации.

Во Франции Дезуай (Desoille, 1945) разработал метод «reve éveillé dirigé» (управляемое сновидение наяву), представлявший собой определенную анало-

– 512 –

гию КВ; его цель, впрочем, была прагматично-терапевтической, а лежавшая в основе концепция ориентировалась на учение Павлова и грубое внушение (Leuner, 1985).

С 1948 года Лейнер начал разрабатывать и поныне актуальную концепцию, заключающуюся в клиническом использовании гипнотических имагинаций, которые он называл «кататимными образами». Первоначально задуманное как метод верификации глубинно-психологической символики, кататимное образное переживание развилось в иерархическую систему следующих друг за другом методов и руководящих принципов практического управления снами наяву и, наконец, в своеобразный психотерапевтический метод, кататимно-имагинативную психотерапию (К. i. Р.). В противоположность, по мнению Лейнера, «аутистичным методам» Зильберера, Юнга и Шульца, К. i. Р. представляет собой ярко выраженный «диалогический метод». Его целью является исследование бессознательного с целью обнаружения патогенного ядра конфликта и освобождение позитивного ядра переживания (Leuner, 1983). После публикации основных принципов метода (Leuner, 1954, 1957) были сформулированы дополняющие его техники «символического сопоставления» (Leuner, 1955, 1985) и «ассоциативный образ действий» (Leuner, 1964).

## **1.2. Актуальное состояние теоретической базы**

Теоретическая концепция кататимно-имагинативной психотерапии лежит в рамках психоаналитической традиции. Терапевтический метод исходит из существования бессознательных мотиваций и защитных процессов, придает важное значение символическим процессам и высвобождению аффективных импульсов и принимает во внимание феномены переноса и контрпереноса. Наряду с

концептуальными положениями классического психоанализа в основу метода легли и более поздние идеи о доэдиповых фазах развития, «первичных отношениях к объекту» (Bowlby, 1969, 1973; Volkan, 1978), новая концепция нарциссизма (Kohut, 1973; Grunberger, 1977; Kernberg, 1981) и теория регрессии Балинта (Balint, 1970) (ср. Leuner, 1983, 1985; Leuner und Lang, 1982).

Кататимное образное переживание активизирует психические функции, которые в большинстве своем соответствуют первичным процессам в понимании Фрейда. Данный вид терапии исходит из той предпосылки, что спонтанные или индуцированные имагинации отражают бессознательные конфликты, и именно в форме глубинно-психологических символов, характерных для сновидений. Эти имагинации, так называемые образы, являют собой «форму самопредставления психики на регрессивном уровне» (Leuner, 1983b) и потому имеют существенное значение: между воображаемым содержанием, с одной стороны, и эмоциями, аффектами, а также интрапсихической динамической структурой конфликта личности, с другой, существует тесное отношение вза-

– 513 –

имного влияния. Сон наяву подчиняется тем же самым закономерностям, что и сновидение как таковое, но по сравнению с неисчерпаемым выразительным богатством последнего демонстрирует добровольное ограничение существенными невротическими содержаниями - рядом *стандартных мотивов*, которые еще предстоит обсудить. Затрагиваемый при этом уровень сознания обозначали также как «образное сознание» (Heiss, 1956), то есть в определенном смысле он представляет собой расположенную между сознанием и бессознательным зону фантастических и сказочных произведений, мифов, гениальности и творческого начала.

Кататимно-имагинативная психотерапия проводится под наблюдением терапевта в рамках, как ее называл Лейнер (Leuner, 1970, 1985), *контролируемой регрессии*. Последняя до некоторой степени является операционным базисом техники сна наяву, результатом переживания расслабленности, покоя и абсолютной преданности психотерапевту и представляет собой регрессию к фазе, предшествовавшей конфликту, к прежним удовлетворявшим Я позициям (Alexander, 1955; Spitz, 1956; Leimer, 1983). При этой анаклитической регрессии часто случается так, что в процессе имагинации происходят также и так называемые возрастные регрессии (Altersregressionen), при которых под наблюдением терапевта проживаются, претерпеваются и преодолеваются сцены, заключающие в себе конфликты (Barolin, 1961; Barolin et al., 1983). Таким образом, осуществляющаяся в рамках этой терапии контролируемая регрессия открывает возможность терапевтического процесса, она в любой момент обратима и относится к категории регрессии, состоящей на службе Эго (Kris, 1952; Leuner, 1970).

Для глубинно-психологической обработки содержания снов наяву этот метод наряду с уже упомянутыми стандартными мотивами имеет в своем распоряжении систему специфических *техник вмешательства и руководящих принципов*, которые будут представлены ниже. Метод обладает четкой структурой, заключающейся в делении на начальную, среднюю и высшую ступени, и применяется при чрезвычайно внимательном отношении к тому, какие нагрузки способен выдержать пациент, и к дозированию вызывающего аффект материала.

Кататимно-имагинативная психотерапия занимает среднее положение между раскрывающим психотерапевтическим методом, с одной стороны, и поддерживающим методом, с другой; раскрывающий компонент состоит в дозированном самосопоставлении, поддерживающий и стабилизирующий компонент - в том, что

присущая ему структура отношений между терапевтом и пациентом позволяет в большинстве случаев индуцировать анаклитическую ситуацию перенесения. Она одновременно и преобразует структуру Эго, и предлагает подход к его творческому расширению (Leuner, 1980, 1985; Wächter, 1984, 1986; Bartl, 1984).

– 514 –

Современное развитие кататимно-имагинативной психотерапии и ее будущие перспективы связаны с ее использованием в групповой психотерапии (Leuner, Kottje-Birnbacher, Sachsse, Wächter, 1986; Fikentscher, 1992; Rosendahl, 1992), в супружеской и семейной терапии (Kiessmann, 1982; Kottje-Birnbacher, 1981, 1982). Кроме того, имеется опыт применения этого метода и при уходе за пациентами со смертельными заболеваниями (Eibach, 1979). Новое направление в показаниях, при которых может применяться этот метод, намечается благодаря воодушевляющим результатам и опыту, полученным при лечении болезней психосоматического характера (Wilke und Leuner, 1990, ср. также раздел «Показания»).

### **1.3. Общность с психоаналитической терапией и отличия от нее**

Общим для обоих методов является использование основных психоаналитических или глубинно-психологических концепций с целью содействовать пациенту в его понимании бессознательных, конфликтных отношений к объектам, их ранних корней и актуальных проявлений, а благодаря этому открыть для него возможность нового корректирующего эмоционального опыта, равно как и изменений в мышлении и поведении.

Главная отличительная особенность кататимно-имагинативной психотерапии заключается в введении нового параметра - сна наяву - как материала, бессознательного в первую очередь для его носителя, параллели чему имеются прежде всего в аналитической игровой терапии. Результатом этого являются модификации в использовании основных известных аналитических понятий - регрессии, переноса и контрпереноса, сопротивления и рабочих отношений, которые будут коротко рассмотрены впоследствии.

Концепция *регрессии*, как она имеет место в снах наяву, уже была освещена в предыдущем разделе. К этому можно добавить только то, что оба метода, и психоанализ и кататимно-имагинативная психотерапия, при помощи различных техник индуцируют регрессию к ранним, свободным от конфликтов фазам (Spitz, 1954/1955; Leuner, 1980). При этом в процессе использования обеих техник происходит диссоциация уровня интеграции Эго. В психоанализе требуется вербализовывать конфликты и развивать их более зрелое понимание; это предполагает более высокую степень расщепления и гибкости Эго, а потому может быть достигнуто только определенной группой пациентов. При снах наяву таких ограничений не существует, на что указывал сам Фрейд (Freud, 1921). Даже очень простым, примитивно структурированным людям и детям без труда удастся создавать непрерывный автономный сценарий имагинаций, следовать ему и его описывать (Leuner, 1980).

– 515 –

В отличие от преодолевающей вербализации психоанализа в кататимно-имагинативной психотерапии осуществляется *перевод терапевтического процесса* на довербальный, имагинативный уровень. Оба метода рассматривают фантазию и



символику как зеркало бессознательных и предсознательных импульсов; как в обычном сновидении, так и в сне наяву символизация происходит преимущественно в архаичной, первично ориентированной среде. Но в направляемом сне наяву благодаря смещению энергетических зарядов становится возможным установление в регрессивной среде нового структурного порядка (Leuner, 1980). При этом символ выполняет функцию перевода примитивно-архаической первичной организации Эго в его зрелую вторичную организацию (Lorenzer, 1970), что соответствует процессу трансформации незрелых невротических структурных моментов Эго в зрелые. Этим, как представляется, и можно объяснить действенность кататимно-имагинативной психотерапии, которая на своих решающих этапах может проводиться на довербальном, имагинативном уровне (Leuner, 1980, 1985).

Анализ отношений переноса не играет в кататимно-имагинативной психотерапии такой центральной роли, как в психоанализе, так как в этом случае, как правило, не происходит развития невроза переноса. У этого имеются следующие основания:

1. Структурирование терапии, особенно на начальной ступени, посредством выделения поддерживающих мотивов и использования поддерживающих интервенций;

2. Развитие так называемого «двумерного переноса» (Leuner, 1985) путем введения компонентов регрессивно-анаклитической и прогрессивной партнерской позиции (Peer-Position). В осуществляющейся при поддержке терапевта контролируемой регрессии пациент находится с ним в отношении преданности (анаклитическая ситуация) и может при этом делегировать терапевту функции Эго (например, контроль над реальностью). Параллельно этому в силу расщепления Эго между терапевтом и зрелыми структурными моментами Эго пациента заключается *рабочий альянс*, который ограничивает инфантильно-анаклитическое эмоциональное отношение. Лейнер (Leuner, 1980, 1985) проиллюстрировал сосуществование обоих этих отношений на модели ныряльщика;

3. В символической драме осуществляется разгружающая терапевта проекция генетического переноса на имагинативный уровень, что обозначалось Лейнером как «невроз проекции» (Leuner, 1980, 1981). Проекция связанных с переносом эмоций на терапевта происходит достаточно поздно и лишь в незначительном объеме.

4. Краткость лечения (в двух третьих случаев меньше, чем 30 сеансов) также противодействует возникновению невроза переноса, что также известно на примере аналитической фокальной и экспресс-терапии (Malan, 1965; Loch, 1967). Как и психоаналитическая экспресс-терапия, характеризующаяся непродолжи-

– 516 –

тельностью своего применения этот метод также позволяет избежать негативного переноса или же оно подвергается анализу тотчас, как превращается в сопротивление (Dührssen, 1972; Leuner, 1967; Loch, 1967). В процессе повышения квалификации терапевт учится принимать во внимание значение переноса - контрпереноса, причем более тонкие феномены переноса, проявляющиеся в кататимно-имагинативных сценах, поддаются более или менее отчетливому «совместному прочтению». Но на протяжении продолжительных этапов терапии от терапевта не требуется активного внимания к эмоциям, связанным с переносом.

## **2. МЕТОДИКА И ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ**

### **2.1. Метод в индивидуальной психотерапии**

Использование кататимно-имагинативной психотерапии укладывается в систему действий и навыков, которая находится в рамках психотерапии, основывающейся на глубинной психологии. Это подразумевает тщательное формулирование глубинно-психологического анамнеза с целью прояснения картины показаний и прогноза лечения, далее, рабочий союз с пациентом и предварительное установление длительности лечения. Дополнительно согласовывается ведение протокола и при определенных условиях художественное изображение (например, рисование) отдельных сцен в промежутках между занятиями.

После соответствующих разъяснений относительно работы с имагинациями проводится вводный «цветочный тест», чтобы непринужденно познакомить пациента с неизвестным ему имагинативным уровнем. При этом часто возникают реальные образы цветов (маргаритка, подсолнух, роза, гербера). Пациенты, находящиеся под сильным актуальным воздействием конфликта, уже на этот цветочный мотив проецируют содержания, которые отражают эту актуальную конфликтную тематику; например, один депрессивный пациент воображал гнетущий образ быстро увядшей черной розы, которая являлась выражением его настроения. При помощи цветочного теста терапевт может проверить индивидуальную способность воображения конкретного пациента и решить, что именно особенно важно для начинающего. Опираясь на данные, полученные в результате цветочного теста, можно затем переходить к регулярным сеансам снов наяву (функция моста).

Длительность кататимной имагинации составляет от 15 до 35 минут при длительности обычного лечебного сеанса в 50 минут. В оставшееся время терапевтического занятия происходит глубинно-психологическая обработка имагинативного материала. В зависимости от структурного уровня и конф-

– 517 –

ликтной ситуации пациента она может либо носить раскрывающий характер, либо проводиться с ориентацией на внутренние ресурсы, как это понимается в глубинно-психологической психотерапии. Следует еще раз указать на самостоятельную действенность, которой могут обладать имагинации. Наше бессознательное может использовать результаты собственного творчества как для смягчения конфликтов, так и для структурных преобразований.

Развитие и стимуляция творческой способности представляет собой значительный действенный фактор кататимно-имагинативной психотерапии. Так, пациента кроме ведения согласованного протокола, которое имеет место в течение сеанса, легко побудить к созданию художественных изображений (например, рисованию) вне рамок сеансов терапии. Эти картины или звуковые образы могут использоваться на следующем терапевтическом занятии и инициировать их дальнейшую обработку или даже новые имагинации.

В неделю проводится от одного до трех терапевтических сеансов, а частота посещений должна быть максимально приспособлена к индивидуальной ситуации пациента.

**Обстановка и проведение:** терапевт приступает к сеансу после вводной расслабляющей фазы: ее можно проводить при помощи упражнений аутотренинга, а проще - посредством чрезвычайно кратких указаний для самостоятельного расслабления пациента, лишенных даже призыва внушения. Возбуждение самих имагинаций, возникающих при сне наяву, происходит в результате того, что терапевт просит пациента представить себе какой-нибудь предложенный ему мотив, например луг (ср. «Стандартные мотивы»). Затем перед внутренним взором пациента

разворачиваются кататимные образы, которые по своему характеру схожи с чувственным восприятием и сопровождаются корреспондирующими с ними эмоциями и аффектами. Пациент может как следовать за этими имагинациями, рассматривая их, так и ощущать себя совершающим в этом возникающем новом чувственно воспринимаемом мире некие квазидействия (пробное действие). При этом пациент лежит на кушетке или сидит в уютном кресле и докладывает сидящему рядом терапевту о событиях, происходящих в сне наяву. Терапевт надлежащим образом выслушивает его и пытается направлять детальное восприятие как «образов», так и сопровождающего их эмоционального тона.

**Структурирование и деление на ступени:** сон наяву может направляться терапевтом согласно определенным руководящим принципам и структурироваться посредством техник вмешательства, а также заранее заданных стандартных мотивов. Кататимно-имагинативная психотерапия методически подразделяется на ступени (начальная, средняя и высшая), ступеням подчинены различные заранее заданные мотивы, посредством которых внутренние проблемные поля затрагиваются в их аффективной энергетической заряженности (ср. «Стандартные мотивы»).

– 518 –

На начальной ступени метода более общие ландшафтные мотивы предстают как плоскости проекции, которые предлагают пациенту обширное пространство для символического изображения его состояния и конфликтной ситуации, при этом, однако, выделяются также и структурные признаки (например, защитные механизмы) и ссылки на историю ее развития. В руках терапевта находится своего рода оптический растр для структурирования сна наяву при помощи мотивов, при этом, впрочем, пространство для творческого развертывания имагинаций в достаточной степени находится в его распоряжении. Повторяя действия, характерные для начальной ступени, пациент учится воспринимать и вербализировать эмоции (а позднее также конфликтные уровни), причем терапевт занимает поддерживающе-покровительственную позицию, частично принимая на себя функции помощи Эго и предоставляя «услуги переводчика».

На средней ступени пациент и прогрессивный терапевт получают возможность свободного ассоциативного развертывания сна наяву (ассоциативный образ действий), что подразумевает иные техники вмешательства и руководящие принципы. Мотивы средней ступени выступают в качестве кристаллизационных ядер для областей агрессивных и либидозных импульсов, а также для представления объекта и самого себя. Эта текучая форма предоставляет пациенту значительные возможности самостоятельного управления, много от него требует, а также вызывает у него более сильное эмоциональное смятение и беспокойство. Но при известных обстоятельствах психотерапевт может принять и решительные меры поддерживающего и структурирующего характера. Этот состоящий из двух фаз прием предлагает большую безопасность при «дозировании» конфликтного материала имагинаций, и он оказался пригодным для лечения болезней невротического и психосоматического характера.

Мотивы высшей ступени (для очень квалифицированных, опытных терапевтов) активизируют преимущественно сильно вытесненный архаический материал и делают возможной символическую обработку бессознательных глубинных конфликтных областей и их осознание.

В таблице 1 приведены терапевтические техники, стандартные мотивы и руководящие принципы кататимно-имагинативной терапии, соответствующие ступеням работы.

## 2.2. Символика сна наяву: стандартные мотивы

Лейнер (Leuner, 1970, 1985) развивал ряд повторяемых образных мотивов, которые клинически апробированы и пригодны для того, чтобы инициировать клинические проекции на центральные конфликтные области человека. При этом он исходит из общепризнанной глубинно-психологической символики, а также из того принципа, что значимые содержания образных символов долж-

– 519 –

ны коррелировать в частности с биографией индивида и пониматься вместе с его индивидуальной символикой (см. Учебник кататимного образного переживания. Leuner, 1985).

В следующем кратком описании приводятся стандартные мотивы и изображаемые при их помощи глубинно-психологические конфликтные ядра, расположенные в порядке возрастания степени их возможной заряженности аффектами и чувством страха.

1. Актуальные конфликты и существующее у пациента в данный момент настроение находят свое выражение в мотиве *луга*. Луг представляет собой сцену для символических образов, репрезентирует относительно нейтральную неструктурированную ситуацию и может рассматриваться как символ истока или нового начала. В силу своих приятных качеств он годится для того, чтобы быть вводным мотивом.

2. Оральное отношение к материнскому миру: мотив *источника, коровы, кухни* в воображаемом доме.

3. Тестирование по поводу проблем реализации, экспансивности и агрессивности:

- всеобщее экспансивное развертывание и развитие: мотив *текущего ручья*;
- орально-агрессивная реализация в мотиве поведения *льва*;
- анально-агрессивная тематика в архаической форме в мотиве *лужи* или *вулкана*.

4. Тематика достижения (уровень притязаний, поведение при выполнении задачи), но также и столкновение или отождествление с чаще всего отцовско-мужским миром: мотив *горы*, восхождение на нее, сопровождаемое открывающейся панорамой.

5. Сексуальная и эдипова тематика: мотив *розового куста* для мужчины, *путешествия автостопом* для женщин; для обоих - мотив *яблони*, с которой срывается плод. В особенности регрессивный материал мобилизуется мотивом *лужи*.

6. Диагностика самооценки:

- личности относительно готовности к контактам и импульсам (оральным, анальным, сексуальным), а также переживания собственной ценности: мотив *осмотра дома*;

- исследование вытесненных тенденций поведения и освобождение интроцированных воображаемых отношений: мотив *опушки леса, пещеры, лужи, служащих* для изображения символических образов.

7. Исследование Эго-идеала или идентичности: в мотиве личности с однородным именем, которую воображает пациент, символически изображается некий образец и проясняются проблемы обретения идентичности.

8. Столкновение с *личностями, связанными с пациентом определенными отношениями* (интроектами), или с личностями, встречающимися ему в акту-

– 520 –

альных жизненных ситуациях, символически представленными в виде ландшафтных мотивов (растений, групп деревьев), животных (семейной группы животных) или как реальные персоны.

9. Исследование психосоматических симптомов:

- *осмотр внутренних органов*, возможный благодаря тому, что пациент превращается в сказочного гнома и предпринимает путешествие внутри тела;
- *осмотр больных частей тела* снаружи.

10. Контрольный мотив для проверки хода терапии: мотив *новостройки*.

Таблица 1

	Стандартные мотивы	Терапевтические техники	Руководящие принципы (операции с символами)
Начальная ступень	1. Луг 2. Текущий ручей 3. Гора 4. Дом 5. Опушка леса	I. Тренировочные приемы II. Развертывание творческих имагинаций	a. Примирение b. Питание
Средняя ступень	6. Знакомые личности 7. Сексуальность (розовый куст). (автостоп) 8. Агрессивность (лев)  9. Я-идеал	III. Ассоциативные приемы IV. Обычное сновидение V. Фокусирование острых конфликтов VI. Осмотр внутренних органов VII. Удовлетворение архаических потребностей VIII. Проработка IX. Анализ переноса	c. Внутренний лидер d. Сопоставление символов
Высшая ступень	10а. Пещера  10б. Лужа  11. Вулкан 12. Фолианты	X. Комбинация с конвенциональным психоанализом XI. Рисование имагинативных содержаний	e. Истощение и ослабление f. Магические жидкости
Музыкальные образы	(возможно фокусирование с 1 по 8)	III. Ассоциативные приемы	
Работа в группах	(возможно фокусирование с 1 по 8)	1 тип: индивидуальные фантазии 2 тип: групповые фантазии	техники обратной связи

### 2.3. Терапевтические техники

В распоряжении кататимно-имагинативной психотерапии имеются эффективные терапевтические интервенции, с помощью которых удается вмешиваться в символический процесс сна наяву и фокусировать центральные конфликты пациента, благодаря чему облегчается их позднейшая проработка. Из разнообразного репертуара терапевтических техник и руководящих принципов (см. таблицу 1) ниже будут кратко

объяснены лишь наиболее важные; подробное изложение можно найти у Лейнера (Leuner, 1983, 1985).

(1) *Творческое разворачивание сна наяву*: творческая широта содержания имагинаций возрастает от сеанса к сеансу и может считаться критерием прогресса терапии, на что указывали Ландау и Лейнер (Landau und Leuner, 1978). Творческому обогащению образного материала может содействовать терапевт.

(2) *Ассоциативные приемы* (Leuner, 1964, 1985) соответствуют рыхлой, минимальной структуризации сновидения наяву. Терапевт отказывается от своей покровительственной установки, интервенции ограничиваются содействием ассоциативному потоку имагинаций. Процесс ассоциации происходит здесь по аналогии со свободным ассоциированием классического психоанализа, только не на вербальном, а на имагинативном уровне. При этом возрастная регрессия часто выступает таким образом, что пациент интенсивно переживает содержащие конфликты или даже полные гармонии сцены своего детства. Кроме этих регрессивных установок, понимаемых как генетические вторжения, у пациента благодаря инициированию вторжений из его повседневного мира возникает определенное отношение между центрированными на конфликте имагинациями и аналогичными констелляциями соответствующей по времени реальности. Эта техника по своей сути предназначена для проработки адаптационных нарушений, корнящихся в характере пациента.

(3) *Введение обычного сновидения*: обычные, прежде всего незавершенные, сновидения могут возобновляться и продолжаться в качестве сна наяву; это ведет к выработке творческих решений и облегчает процесс глубинно-психологической обработки сновидения.

(4) *Специфические руководящие принципы* используются в важных ситуациях терапевтического процесса для прояснения, а частично для нейтрализации аффектов. Они служат для обработки инфантильных отношений к объекту. Так, например, при помощи техники «питания и преумножения» (Leuner, 1957) происходит примирение с отщепленным интроектом, который воплощается при помощи враждебного символического образа (начальная ступень). На средней ступени техника «символического сопоставления» (Leuner, 1955) делает возможным прояснение отношения к переживаемому как враждебному символическому образу. Посредством этой и других техник происходят преобразования сцены сна наяву, причиной которых является разрешение бессознательных

– 522 –

конфликтов и изменение актуального настроения пациента. Здесь также следует указать на специальную литературу (Leuner, 1955, 1982, 1985).

(5) *Проработка* в кататимно-имагинативной терапии относится к сопротивлению и невротически обусловленным навязчивым повторам. Сложная техника напоминает психоанализ, однако в большей мере использует воображение, для содержания которого зачастую характерна тенденция расшифровывать также и самого себя. Проработка включает в себя следующие шаги (обозначенные здесь лишь в самых общих чертах):

- прояснение (например, эмоций),
- ассоциация, отражение и сопоставление с имагинированными содержаниями, ассоциация сценических образов,
- проживание и переживание негативных аффектов,
- наблюдение за поведением и содействие экспансивным действиям и

- самоинтерпретация имажинированных содержаний, спонтанная или стимулированная терапевтом.

Как правило, лишь в конце этого ряда находится разъясняющая помощь терапевта, предложение которой должно обуславливаться способностью пациента к рефлексии.

Все описанные до сих пор техники служат для обработки конфликтов (а в итоге психоанализу) и составляют *первое измерение* кататимно-имажинативной терапии, которое делает возможным терапию на конфликтно-невротическом уровне.

(6) Терапия в рамках «*второго измерения* кататимного переживания» открывает в аналитическом окружении возможность регрессии к фазе основного нарушения (Balint, 1970; Leuner, 1978a) в первично-нарциссической и ранней оральной области. При этом происходит удовлетворение архаических потребностей, например в орально- или анально-центрированных сценах. Первично нарциссическое переживание (например, единения с природой) при чрезмерной экзатичности также может вести к «нарциссической компенсации» в понимании Когута (Kohut, 1973). Это регрессивное дополнение нарушенных эмоциональных фаз развития ведет к усилению Эго, образует относительно стабильный базис для столкновения с конфликтным миром прошлого и оказывается важным при лечении основных нарушений и психосоматических состояний (Leuner, 1981, 1985; Pahl, 1980; Wächter, 1982, 1984; Wilke, 1983, 1990).

Следующие очень краткие примеры должны проиллюстрировать практическое применение кататимно-имажинативной психотерапии.

#### *Пример I*

У 35-летнего заводского мастера после обычной производственной аварии, вызвавшей у него состояние ужаса, развилась ярко выраженная кардиофобия, приведшая к потере трудоспособности. Позже добавились и другие фобичес-

– 523 –

кие симптомы и реактивный депрессивный синдром. Анамнез содержал только некоторые поверхностные данные; пациент представлял собой простую, не очень способную к интроспекции личность.

Терапия началась спустя приблизительно год после проявления симптомов и заняла 26 отдельных сеансов (по одному в неделю). Пациент прошел все существенные фазы лечения на начальной ступени и по прошествии шести месяцев был практически здоров и трудоспособен.

*Комментарий:* хотя пациент не был в состоянии ввести свои спонтанные идеи в содержание сна наяву, в рамках тренировочных приемов начальной ступени он мог воспринимать свои эмоции и совершать пробные действия, которые оказывали обратное воздействие на его поведение. Он отказался от своей позиции пассивного ожидания и смог лучше проявить себя на своем рабочем месте. Таким образом наряду с исчезновением симптомов были достигнуты также определенные изменения поведения, сопровождавшиеся отсутствием рецидивов в течение 8 лет (Leuner, 1985).

#### *Пример II*

27-летняя медицинская сестра страдала невротической депрессией, сопровождавшейся склонностью к суициду, которая проявлялась в течение двух месяцев до консультации типичным образом как конфликт разлуки (утрата объекта, нарциссическое заболевание). Анамнез подтвердил первое клиническое впечатление преимущественно депрессивно структурированной личности с элементами

нарциссизма. Кроме этого выявилась эдипальная фиксация, влиявшая на все партнерские отношения.

Терапия состояла из 28 сеансов (по два в неделю), длилась около четырех месяцев и продемонстрировала, что символическая драма представляет собой чрезвычайно убедительное направление лечения. На первом плане находилась работа с нарциссическим заболеванием и темой «одиночества и брошенности», а также прояснение эдипальной фиксации. В процессе контролируемой регрессии пациентка ощущала поддержку и ободрение; появившиеся позднее нарциссическо-симбиотические сцены внесли свой вклад в дальнейшее усиление Эго. В ходе последовавшего затем столкновения с архаической агрессивностью и идеализированным объектом (отцом, мужем, другом) произошло обращение направленной на самость регрессии вовне и было осуществлено последовательное пробное действие «отделения от отца». Наконец, открылась возможность для интенсивной работы со скорбью (Trauerarbeit) для предвосхищения разрыва и связанного с этим переживанием нового эмоционально корректирующего опыта.

После завершения терапии депрессия, включая телесную симптоматику, исчезла, пациентка смогла порвать со своим другом и по-новому организовать свою жизнь.

– 524 –

*Комментарий:* пример демонстрирует использование кататимно-имажинативной психотерапии на высоком уровне средней ступени (и с использованием техник высшей ступени) при остропроявляющейся симптоматике. Прием контролируемой депрессии стимулирует архаический конфликтный материал, дальнейшая проработка которого предоставляет пациентке возможность преодолеть свою депрессию. Наряду с исчезновением симптомов здесь в ограниченном объеме имело место также и воздействие, преобразующее характер пациентки, например изменение ее поведения. Пациентке была оказана столь значительная помощь, что она смогла сама справиться со своими проблемами, и на основании полученного опыта решиться на необходимую аналитическую психотерапию, для которой прежде она не имела мотивации (Wächter, 1982).

### **3. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Кататимно-имажинативная психотерапия обладает относительно широкой областью применения (ср. «Теоретический фундамент»). Она показана при всех формах психоневрозов и неврозов характера, причем применяется также и к пациентам, для которых неэффективны классические глубинно-психологические методы: пациентам с прочными защитными структурами (в смысле патологии характера), пациентам с затрудненным доступом к собственному эмоциональному состоянию, очень просто структурированным и неопытным в интроспекции и терапевтическом расщеплении Эго пациентам.

Существенную особенность кататимно-имажинативной терапии составляют кризисное вмешательство и краткость периода терапии (максимум 30 сеансов). При большей длительности лечения метод открывает возможность регрессии вплоть до основного конфликта и тем самым может приниматься в расчет и как метод лечения пациентов, которым необходима более глубокая регрессия. Его действенность исследована в фундаментальных научных работах, которым посвящено более 100 публикаций. Речь идет здесь о статистическом контроле эффективности (Kulesa und Jung, 1983; Wächter und Pudel, 1980; Wilke, 1983; Roth, 1983), специальных областях



применения, а также анализе отдельных случаев, которые - упомянем лишь некоторые - изложены в двух томах, содержащих результаты, достигнутые при помощи этого метода (Leuner, 1983; Leuner und Lang, 1982). В последние годы были выработаны возможности и специфические стратегии лечения для терапии психосоматических заболеваний (Wilke, 1982; Kiessmann, 1978; Wächter, 1984; Sachsse und Wilke, 1987), результаты применения которых сведены вместе в одном томе (Wilke und Leuner, 1990). С небольшими модификациями метод может быть с успехом применен к детям и подросткам (Leuner et al., 1978).

– 525 –

Опыт лечения с особенно благоприятными результатами имеется для следующих показаний:

- кризисное вмешательство (Leuner, собрание описаний историй болезни, 1982; Bagdy, 1992);
- экспресс-терапия, в том числе депрессивных невротозов и фобий (Wächter, описание истории болезни, 1982; Wächter und Pudel, контрольное исследование, 1980; Soyka, описание истории болезни, 1990);
- адаптационные нарушения, вызванные невротическим характером (Horn, описание истории болезни, 1978; Leuner, собрание описаний истории болезни, 1982, 1985);
- невротозы принуждения (Koch, описание истории болезни, 1969; Salvisberg, собрание описаний историй болезни, 1982; Schendl, описание истории болезни, 1989);
- кардионевротозы (Eibach, описание истории болезни, 1982; Wilke, описание истории болезни, 1990);
- colitis ulcerosa (Wilke, контрольное исследование, 1979, описание истории болезни, 1982; собрание описаний историй болезни, 1990);
- anorexia nervosa (Kiessmann и Kiessmann, собрание описаний историй болезни, 1978; Seithe, описание истории болезни, 1982; Sachsse, описание истории болезни, 1990);
- asthma bronchiale (Wilke, собрание описаний историй болезни, 1984, 1990);
- психогенные функциональные расстройства органов (Wächter und Pudel, контрольное исследование, 1980; Kulesa und Jung, общее исследование, 1983; Wilke und Leuner, 1990);
- психогенные генитальные нарушения у мужчин и женщин (Roth, собрание описаний историй болезни, 1983, 1990);
- супружеская терапия (Henle, описание истории болезни, 1982; Kottje-Birnbacher, описание истории болезни, 1981, 1982);
- семейная терапия (Kiessmann, собрание описаний историй болезни, 1982);
- крайне ограниченное показание при конверсионной симптоматике и моносимптоматических органических симптомах, таких как «раздражение мочевого пузыря», заикание (Leuner, 1985; Wilke und Leuner, 1990).

Показание к применению кататимно-имажинативной терапии существует также и там, где сопротивление психотерапии выражается в соматических симптомах и потому может переживаться пациентом не как конфликт.

Опасности, сопровождающие применение кататимно-имажинативной терапии: иногда она является очень интенсивным, стимулирующим регрессию методом. Опасности заключаются в некритическом (поскольку оно несложно) применении и в значительной терапевтической действенности, благодаря чему, особенно при тяжелых

психических расстройствах, актуализируются конфликты, принимающие характер экзистенциальной угрозы.

– 526 –

По этим причинам терапевт нуждается в основательной подготовке (см. раздел 4). Серьезные инциденты у опытных терапевтов не известны. Опасности возникают прежде всего там, где использованием кататимно-имагинативной терапии могут быть ослаблены хрупкие защитные механизмы Эго, так что Эго угрожает опасностью быть внезапно затопленным избыточным количеством импульсов: это имеет место в случае, например, крайне депрессивных состояний, у крайне истерически структурированных личностей и при пограничных структурах. Такие ослабления Эго имеют тенденцию к фиксации контролируемой регрессии в ходе сеанса лечения и поэтому обычно их следует лечить по возможности комплексно и избегая регрессии.

#### *Противопоказания*

- Недостаточное умственное развитие (IQ меньше 85) является ограничением, как и при всяком индивидуальном психотерапевтическом методе;
- острые и хронические психозы - из-за их дестабилизирующего воздействия (см. выше);
- пациенты с ярко выраженными невротами характера, особенно с односторонней шизоидной, истерической или депрессивной структурой, требующие длительного анализа характера;
- тяжелые социальные адаптивные нарушения;
- тяжелые аффективные нарушения на почве расторможивания, обусловленного церебральной системой;
- недостаточная мотивация для психотерапии.

#### *Относительные противопоказания*

Относительные противопоказания представляют собой формы ярко выраженной слабости Эго, при которых существует опасность дестабилизации вследствие ослабления хрупкой защиты Эго (см. выше):

- тяжелые депрессивные невроты;
- ярко выраженные истерические расстройства;
- пограничные нарушения,
- частично - нарциссические нарушения.

Избранные случаи заболеваний с такой картиной, однако, могут излечиваться, иногда с некоторыми модификациями, опытными и специально обученными терапевтами (Pahl, 1980; Lang, 1982; Wächter, 1982, 1989; Rust, 1989; Sachsse, 1987).

## **4. ПОДГОТОВКА**

Подготовка (повышение квалификации) для кататимно-имагинативной психотерапии происходит без отрыва от профессиональной деятельности врача, занимает, как правило, в среднем 3 - 4 года, причем ее длительность может индивидуально варьироваться.

– 527 –

К специальной подготовке допускаются врачи, стремящиеся к дополнительной специальности «психотерапия» или «психоанализ» или к работе в области,

обозначаемой как «психотерапевтическая медицина», дипломированные клинические психологи, детские и подростковые психотерапевты.

В полный курс специальной подготовки входят следующие основные моменты: общие основы глубинной психологии, специальная подготовка к проведению кататимно-имагинативной терапии, получение собственного опыта, практическое лечение больных под руководством специалистов.

Полный курс специальной подготовки предлагается на межрегиональных и региональных семинарах по повышению квалификации в течение 20 академических часов, в группах приобретения самостоятельного опыта и группах работающих под руководством специалистов. В Федеративной республике ежегодно проводится 10 учебных семинаров, которые организует для AGKB\* и своих преподавателей Геттингенский институт кататимного образного переживания. Кроме этого требуется фундаментальная, основанная на глубинной психологии, специальная подготовка для получения звания «психотерапевта»; однако специальное обучение методу кататимно-имагинативной терапии не может быть достаточным основанием для получения добавочного звания «психотерапевт» для врача и основанием для психолога получить доступ к снабжению через врачебную кассу. Курс завершается терапевтическим коллоквиумом.

Кататимно-имагинативная психотерапия, «осуществляемая в рамках общей, обоснованной в глубинной психологии концепции психотерапии» (Faber und Haarstrick, 1991, с. 74), может проводиться, обеспечиваясь через врачебную кассу в том случае, если для пациента в силу его структуры или характера его нарушения затруднен доступ к нерациональным, внутренним душевным процессам (с. 48). По причине предлагаемой в кататимно-имагинативной терапии концентрации терапевтических действий различные направления психотерапии предусматривают ее использование лишь при ограниченном количестве сеансов (как правило, 30 - 40) и в рамках глубинно-психологически обоснованной терапии. В соответствии с этим на первый план выступает вербальная проработка центральных конфликтов.

---

\* Рабочее общество кататимного образного переживания и имагинативного метода в психотерапии. Геттинген, Фридландер Вег, 30.

Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB) e.V., Göttingen, Friedlander Weg 30.

## **ТЕРАПИЯ ИСКУССТВОМ И ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ**

### **1. ОБЗОР**

Терапия искусством и творческим самовыражением представляет собой психотерапевтическое вмешательство, осуществляемое с использованием творческих средств. При этом по Францке, (Franzke, 1983, с. 9), совершается попытка

«в лечебных целях сделать плодотворным творческое действие (речь может идти как о самом акте творения, так и об оценке уже существующего произведения). Творческое переживание должно способствовать притоку эмоциональности и являться в дальнейшем первой ступенью показанной психотерапии».

По Черни (Czerny, 1985, с. 37), терапия творческим самовыражением преследует цель «помочь пациенту при восстановлении его расстроенной или разрушенной личности», укрепляя в пациенте созидательные импульсы; при этом по Янссену (Janssen, 1981).

*«производимое действие, рассматриваемое как работа Я, играет само по себе столь же большую роль, как и возникший продукт. Терапия творческим самовыражением может к тому же содействовать возрождению старых или развитию новых творческих функций Я».*

При этом наглядный художественный образ возникает, главным образом, в терапевтическом пространстве (Kraft, 1995). Процесс его возникновения, его форма и структура являются выразителями внутреннего мира пациента. Он становится видимым благодаря возникшему художественному образу и доступным благодаря терапевтической переработке. Творческий процесс понимается при этом как процесс психической структуризации и самоорганизации.

Понятие терапии творческим самовыражением было предложено Клаузером в 1960 году. В немецкоязычных странах утвердилось еще и понятие терапии искусством (Kunst-therapie), ведущее свое начало от английского названия «art-therapy», оба термина чаще всего применялись как синонимы. Правда, Францке не рекомендовал употреблять термин «терапия искусством», так как с ним у пациента могли бы ассоциироваться чрезмерно высокие эстетические запросы и к тому же при таком названии интерес был бы слишком смещен с процесса формирования художественного образа на конечный результат. С другой стороны, понятие терапии искусством могло бы четче разграничить терапию творческим самовыражением и эрго-терапию, то есть терапию занятостью (поскольку в ней также большое внимание всегда уделялось цвету и звуку).

– 529 –

Разумеется, задачами последней являются прежде всего достижение функционального оптимума, учет кривой напряженности в процессе работы и повышение способности к концентрации, в то время как отображение своей личности, особенно ее конфликтных психических аспектов, отходит на задний план.

Францке (Franzke, 1983) объединяет под понятием терапии творческим самовыражением изобразительное искусство, моделирование, музыкотерапию, танцевальную терапию, пантомиму, психогимнастику, кататимное переживание образа и др. Нельзя не признать его правоту в том, что в названных методах имеет место перенос творческих элементов. В последние годы все большее распространение получает работа с невербальными формами выражения, и потому все четче проявляется специализация и обусловленная ею дифференциация в терминологии. Согласно этой тенденции названия форм терапии соответствует используемым в них формам выражения: музыкотерапия, терапия движением, танцетерапия; а под терапией искусством и творческим самовыражением подразумевается наглядное и пластичное формирование образа в узком смысле слова.

Эта дифференциация необходима, вероятно, еще и потому, что названные методы - даже в тех случаях, когда они ориентированы на глубинную психологию, - все же характеризуются терапевтически разными принципами действия.

Так, Янссен (Janssen, 1981) совершенно справедливо указывает на одно существенное различие между музыкальным и художественным (образным) переживанием. Он отмечает, что

«музыкальное переживание скорее актуализирует регрессивное оживление неразорванных связей мать – ребенок и желание слиться воедино. Формирование же творческого «Я», напротив, находится в тесной связи с моторным развитием и приходится на субфазы индивидуализации, различения себя и объекта, а также развития представлений о себе и константности объектов». Тем самым, творческое самовыражение стимулирует процесс индивидуализации, в то время как музыкальное переживание может способствовать, главным образом, возникновению симбиотических тенденций и решать проблемы пациента в этой области.

## **2. ИЗ ИСТОРИИ ВОПРОСА**

Согласно Бинiek (Biniek, 1982), искусство и терапия имеют общие корни. Это касается не только музыки, танца, актерского мастерства, но и изобразительных форм, с которыми мы сталкиваемся, рассматривая, скажем, наскальную живопись каменного века, которая воспринимается нами как «начало критически-созерцательного существования человека» (Nagg, 1973; цит. по: Biniek, 1982, с. 9).

– 530 –

Формирование основ терапии творческим самовыражением связывается в настоящее время прежде всего с психоаналитиками и психотерапевтами, ограничившими при лечении своих пациентов сферу применения чисто вербальной терапии и каждый раз выносившими в своей технике на передний план определенное средство: Морено - психодраму, Пристли - музыку; если говорить о художественных образах и творческом самовыражении, то в немецкоговорящих странах они впервые стали использоваться в терапевтических целях в 20-х годах Хейером (Heuer, 1929); начиная с 60-х годов сфера их применения начала ощутимо расширяться (ср. Franzke, 1977; Biniek, 1982; Janssen, 1982). В англоязычных странах заслуги в развитии этих терапевтических средств принадлежат, главным образом, динамически ориентированной терапии искусством, по Наумбург (M. Naumburg, 1947).

В Германии начиная с середины 70-х годов, терапия творческим самовыражением стала приобретать все большее значение. После очень оживленных дискуссий, проходивших между двумя сторонниками двух направлений - тяготеющими к глубинной психологии и склоняющимися к арт-терапевтическим методам, - был найден компромисс, и оба направления объединились в профсоюз терапевтов искусством и творческим самовыражением.

## **3. О ТЕОРЕТИЧЕСКОМ КОНЦЕПТЕ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ. ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ФОРМЫ И ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТРАКТОВКЕ**

Художественные (изобразительные) работы душевнобольных (Prinzhom, 1923; Navratil, 1965) изначально рассматривались как возможный доступ к их бессознательному. При этом, помимо всего остального, отмечалась диагностическая функция этих работ, а также возможность запечатлеть развитие и течение болезни.

Такая точка зрения позволяет, по мнению Янссена (Janssen, 1982), принять во внимание конкретную терапевтическую ситуацию «творец - творчество - терапевт в области творческого самовыражения». Американский арт-терапевт М. Наумбург (M. Naumburg, 1966) рассматривала данный аспект как одну из важнейших составляющих этой терапии; под изобразительным искусством она понимала «символическую коммуникацию» и, как терапевт, ставила ее во главу угла. Крамер (Kramer, 1975) делал акцент на удавшихся формах продукта и считал их особенно подходящими для поддержки Я и стимуляции процессов самоидентификации и созревания.

– 531 –

Согласно Крафту (Kraft, 1993), терапия творческим самовыражением предоставляет в распоряжение пространство, содержимое которого создает атмосферу чувственности, соблазнов и побуждений к действию, оно включает в себя также и некое игровое пространство для ощущения, наблюдения, движения, раскрытия, встречи.

Это внутреннее игровое пространство и есть то, что понимается и переживается нами как креативность. Она раскрывается в процессе существующего в течение всей жизни противостояния между отторжением, самореализацией и приспособляемостью.

В отличие от здорового, у психически больного человека необходимая для творчества свободная энергия оттягивается патогенными процессами. Таким образом, у больного отсутствует возможность обойтись внутренними силами и восстановить креативную связь между этими внутренними силами и внешней инициативой.

Посредством творческого художественного процесса стимулируется способность к саморегуляции, научиться ей становится легче. С помощью творческого самовыражения и ориентированных на восприятие методов символизируются особенно значимые жизненные фазы. Таким образом, новые переживания, новый опыт могут получать наглядное выражение, прорабатываться, и ассимилироваться. Проекции, которые содержатся в плоскости картины или другого продукта творческой деятельности, позволяют достаточно беспристрастно выразить и переработать неосознаваемое и/или конфликтное содержимое. После такой переработки они наконец занимают прежнее место, но уже будучи измененными. В результате, в личность интегрируется расщепленный и вытесненный материал, который прежде, в своей изначальной форме, препятствовал процессам саморегуляции.

#### **4. ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Каждая форма психотерапии проистекает в рамках профессионально организованной ситуации определенных отношений (Rudolf, 1993). Поэтому, чтобы осуществить каждый раз специфический, с методической точки зрения, процесс, требуется введение особых в каждом случае условностей в отношениях и конкретной терапевтической тактики. В этом смысле, согласно Шроде (Schrode, 1995, с. 17), основными факторами, определяющими процесс терапии творческим самовыражением, служат «перерабатываемая материя и место, в котором он [процесс] может без помех состояться». При этом предназначенное для терапии помещение должно

соответствовать определенным критериям. Оно должно делать возможным и даже стимулировать формирование спонтанных

– 532 –

образов, причем необходимо принимать во внимание страхи и возражения пациентов, связанные с выбором помещения и его отделки. Поле напряжения при терапии творческим самовыражением характеризуется достаточной стимуляцией, с одной стороны, но и одновременной защитой от чрезмерных требований, с другой.

Исключительно важным для терапии творческим самовыражением является «игровой подход» (Franzke, 1977) - все-таки едва ли можно говорить о необходимости проявления пациентом креативности как обязательного упражнения «в терапевтических целях». Скорее пациента нужно «соблазнить» (Janssen, 1987)

В этом вопросе Шроде (Schrode, 1995, с. 20) делает акцент на принципиальном значении выбранного материала, «который должен особым образом стимулировать протекание желательных процессов и носить побуждающий характер. В техническом плане он должен быть легко изменяемым с помощью рук без обширной подготовки, инструментов и особых упражнений или пригодным к наглядному конструированию. При выборе должны учитываться моторные, тактильные и оптические аспекты привлекательности материала. Многообразие служит стимулом, а ограничение в количестве обеспечивает необходимую защиту».

В этих внешних рамках специалист в области терапии творческим самовыражением обладает «преимущественно чертами ободряющего, покровительственного визави» и вместе с тем играет роль нарциссически сопровождающего объекта; тем самым он формирует необходимое защитное пространство, одновременно обеспечивая атмосферу творческой регрессии.

Шроде видит различие между реальными творческими действиями и фантазиями, в которых удовлетворяются творческие потребности, так как в картине или в пластической форме мы наблюдаем никогда не существовавшую прежде составляющую действительности, которую можно посмотреть и потрогать, и которая является неким синтезом бессознательного и сознательного.

При этом в ходе терапии творческим самовыражением аспект реального действия играет значительную роль. Во-первых, потому, что пациенты, которые не могут достичь стабильной самоидентификации, настроены на конкретное восприятие и поступки и получаемый от них резонанс, во-вторых, вытесняемые и к тому же опасно переживаемые импульсы преобразовываются в оптическую картину. Поскольку такие материалы, как вода, краска, песок, клейстер, глина и т. п., являются субстанциями, находящимися в предобъектной стадии, то они не могут быть полностью уничтожены или разрушены, в отличие от уже имеющих структуру объектов. Так, скажем, пациенты, которые боятся собственной агрессии, так как опасаются потерять над собой контроль, ощущают свою энергию при переработке материала, причем параллельно перед ними ставится задача разобраться с границами, которые устанавливает материал.

– 533 –

При работе с творческим самовыражением первостепенной задачей терапевта является понимание и принятие пациента и его творчества.

«Не терапевт, а пациент направляет процесс посредством своих картин. Таким образом, наблюдая за созданием картины, словами и жестами пациента, терапевт получает возможность

идентифицировать определенные образные структуры психического и Эго-структуру» (Schmeer, 1992, с. 110).

При этом в любом случае важную роль играют формальные критерии: учет и использование находящегося в распоряжении пространства, например сужение или, напротив, игнорирование границ, вид и способ организации художественного объекта на листе, вид и соотношение отдельных элементов картины, применение индивидуальных красок и символов.

В отличие от речи, изобразительный продукт содержит определенную символику, с помощью которой может передать различное и противоположное одновременно и параллельно. Таким образом, содержание переживаний и чувств, их взаимосвязь и соотношение могут быть объединены в систему, которая прежде не осознавалась пациентом, но в чьей власти пациент прежде находился. При этом

«в ходе длительного контакта со своим творчеством пациент испытывает себя, знакомится с собой и, с помощью терапевта, учится иначе решать свои проблемы» (Kraft, с. 77).

Сложное взаимодействие психических сил и их противодействий, регрессивную и прогрессивную динамику, раздробленное и направленное движение - все это можно увидеть, почувствовать и проследить в картине. Картина предлагает ресурсы и решения помощнику, третьему, который осознает свою прежнюю невнимательность. Процесс окончательной интеграции завершается уже в языковой плоскости. Все-таки нельзя не отметить, что язык вынуждает пациента установить связь между логическим и пралогическим мышлением. В принципе, и без этой ступени творческий процесс сохраняет свою благотворную функцию, даже если не иметь в виду терапевтическую пользу. Пациент начинает с подробного рассказа о процессе создания картины или с ее описания, чтобы рассмотреть в динамике происходящее вне ее, воспринять вербальные компоненты, сопутствовавшие ее созданию, и заново, более осознанно установить связь с представленными в картине структурами. Лишь таким образом творческий процесс можно превратить в терапевтическое познание.

*Пример 1 (см. рисунки 1 и 2):*

Возможности терапии творческим самовыражением могут быть проиллюстрированы кратким примером из практики. К нам на стационарное лечение с жалобами на злоупотребление алкоголем и наркотиками, а также на проявления аутоагрессии по отношению к самой себе поступила 19-летняя школьница.





Рис. 1



Рис.2

– 535 –

Во всех тех случаях, когда рядом с ней не оказывалось важных для нее людей, девушка переживала тревожно-депрессивное эмоциональное состояние, которое не могла описать более определенно, чем «у меня все плохо». В подобных ситуациях она либо искала утешение в алкоголе и наркотиках, либо пыталась найти поддержку у более опытных женщин, вызывавших у нее ассоциации с образом матери, которых она моментально идеализировала. Таким образом она переживала некую потребность в зависимости, которая при малейших разочарованиях оборачивалась чувством ненависти. Это чувство самой пациенткой воспринималось как ненависть к себе, и в свою очередь вело к изоляции. Прерывать этот порочный круг ей удавалось только посредством нанесения себе порезов, в этом случае ненависть выливалась в действия по отношению к телесному Я, перемежавшимися кратковременными передышками с нарциссическим чувством собственного превосходства над другими.

Первый рисунок выполнен пациенткой на заданную тему, которая возникла в ходе разговора между ней и терапевтом. Пациентка получила следующее задание: «Нарисуйте что-нибудь, что приходит вам в голову при слове «окно». С помощью темы

«окно» у пациентки должны были проявиться конфликты между тем, что внутри/снаружи, между отступлением и изоляцией/принятием отношений, а также ретроспективой/перспективой.

В картине пациентка ясно показала, как опасно переживает она эту конфликтную границу. Как птица, которая летит на невидимое для нее оконное стекло, она больно ранится на этой границе. В ходе беседы стало понятно, что окно видится ей только «имитацией свободы», стеной на пути к другим людям, которую ей никогда не преодолеть; в то же время, окно не предлагает и возможности к отступлению, во время которого она могла бы предугадать возможности, которые могут предоставиться ей в будущем. Разочарование сопровождается сильной болью, которую можно унять только с помощью нанесения себе порезов. Лишь ощущая боль, которой сопровождались кровопотери, девушка чувствовала себя живой.

Второй рисунок, созданный примерно через три недели после начала стационарного лечения, является примером «свободного творчества» (когда тема не указывается).

Из рта неконтролируемо, отвратительно-мучительно выходят булькающие пузыри, источающие яд (в действительности, пациентка контролирует свою речь и избегает аффективных проявлений!). Глаз, расположенный значительно выше рта и превосходящий его по размерам, пытается его контролировать и дает выкатиться лишь несколькими (трех- и четырехугольным) замерзшим слезинкам. Глаз рассматривает рот злым и холодным взглядом! (Комментарии пациентки.)

Очевидно, что с помощью глаза высказывается строгое осуждение неконтролируемых (речевых) импульсов.

– 536 –

Терапевт в разговоре может осторожно рассмотреть превратившиеся в лед слезинки как отказ от утешения; очень деликатно намекнуть пациентке, что «яд и желчь, источаемые ртом» символизируют злобу разочарования.

На обоих рисунках, в особенности на втором, для которого тема не указывалась, в полной мере раскрываются возможности терапии творческим самовыражением. Становится возможным удивительно быстрый доступ к неосознанным фантазиям и защитным импульсам, причем искусство терапевта заключается в том, чтобы воспринимать резонирующие с собственными импульсы и фантазии и одновременно оставаться очень сдержанным при их озвучивании. Те ассоциации и чувства, которые картина или рисунок вызывают у терапевта, то, что он видит, познает и воспринимает, преимущественно выражено на плоскости картины. При этом картина получает не зависящую ни от одного, ни от другого значимость и предоставляет пациентке свободу выбора, устанавливать ли, и если устанавливать, то в какой степени, какую-либо связь между высказываниями терапевта, относительно картины и самой собой, и интегрировать ли их в собственные ощущения и представления.

### *Пример 2*

Второй пример должен прояснить значение самого процесса творческого самовыражения и возможности, которые предоставляет анализ содержания картины.

30-летний больной, страдающий комплексным расстройством личности, поступил на стационарное лечение по причине ярко выраженного депрессивного снижения настроения с обширными нарушениями социального характера в рамках отягощенного посттравматического расстройства.

В самом начале терапевтического лечения терапевт предложила ему изобразить «дерево». Сначала он нарисовал луг и небо, причем оставил свободное место для дерева. Само дерево он нарисовал на свободном месте, двигаясь от внешнего края листа к внутреннему, сначала крону, а затем ствол, делая сотни небольших штрихов, идущих сверху вниз. Во всем дереве не было ни одной единственной линии, которая проходила бы снизу вверх, в направлении естественного роста дерева.

В тот момент когда терапевт посчитала дерево законченным, отметив про себя, однако, что цвета на рисунке недостаточно выразительны, пациент неожиданно начал еще раз подрисовывать линии, делать их более четкими.

Это наблюдение терапевт упомянула при обсуждении картины, на что пациент пояснил:

«У меня всегда так, я могу сотни раз вести линию туда-сюда, не в состоянии оставить ее в покое, и, наконец, от рисунка не остается и следа, так как все перечеркнуто».

– 537 –

В этот момент терапевт поняла и ощутила, как много энергии должен отдать пациент, чтобы создать такую картину, чтобы произвести воздействие, излучение вовне, однако, сам пациент не осознал своей причастности к этому открытию и был выжат как лимон. При общении с ним у терапевта постоянно возникало ощущение чего-то непостижимого, неясного, что очень скоро заменило первоначальную симпатию к нему на дружескую дистанцию и потерю интереса. При обсуждении этого переживания пациент неожиданно для себя приобрел возможность эмоционально осмыслить и переоценить многие ситуации, в которых раньше он ощущал себя беспомощным.

## **5. ПОКАЗАНИЯ К ЭТОМУ ВИДУ ТЕРАПИИ**

Терапия искусством и творческим самовыражением применяется в клинической психотерапии и, как правило, являет собой одну из альтернативных терапевтических форм. Это создает потребность в ее интеграции в единую терапевтическую концепцию; так как терапия творческим самовыражением ориентирована преимущественно на глубинную психологию, то и применяется она, главным образом, в рамках общего лечебного плана с учетом психоаналитической концепции.

Сферами применения этого вида терапии еще с появления работы Францке (Franzke, 1977) принято считать следующие:

- подготовка к аналитической терапии или терапии, ориентированной на глубинную психологию пациентов с недостаточной или плохой мотивацией к терапии;
- работа с пациентами с так называемым «инициальным сопротивлением» аналитическому или ориентированному на глубинную психологию лечению;
- вербальная индивидуальная или групповая терапия, при которой не наблюдается динамики;
- наглядная демонстрация внутренних и внешних аспектов ситуации пациенту и терапевту в критические моменты терапии, а также перед ее окончанием.

Лечение с применением терапии творческим самовыражением может протекать особенно успешно у пациентов с нарушениями Эго-структуры, так как становится возможным желательный для этих пациентов разрыв переноса, в котором способствующие развитию позиции переносятся на терапевта, а оставшийся чрез-

вычайно противоречивый объектный опыт может быть материализован, символизирован, пережит и переработан в плоскости творческого самовыражения.

Посредством терапии творческим самовыражением пациенты, которые из-за недостаточной выраженности у них способности к вербализации и интроспекции еще не готовы к чисто вербальной терапии, становятся доступны пси-

– 538 –

хотерапевтическому лечению. Помимо этого терапия творческим самовыражением может выполнять важную функцию при лечении больных психосоматического профиля, подвергая соматические симптомы процессу интрапсихической символизации. Так, пациенты, чьи защитные механизмы заключаются в интеллектуализации, приобретают при переживании терапевтического процесса эмоциональный опыт и тем самым знакомятся с собственными аффектами. И наконец, неискусный, проблемный в вербальном отношении пациент получает с помощью конкретного креативного занятия и его обсуждения время и хорошую возможность для самовыражения, для того, чтобы «найти себя» и раскрыться. В силу своей структуры, терапия творческим самовыражением может в зависимости от целей применяться в комбинации с другими методами лечения или предварять основное лечение.

Кроме того, терапия искусством и творческим самовыражением приобретает все большее значение для амбулаторного психиатрического и психотерапевтического лечения, главным образом когда речь идет о продолжении предшествовавшего стационарного психотерапевтического лечения; возрастает также и ее роль как самостоятельного метода психотерапии. На необходимые для этого профессиональные навыки, в особенности клинический опыт, требуемый от терапевта, нами уже указывалось во введении.

## **6. УСПЕШНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА**

Поскольку терапия творческим самовыражением применяется к находящимся на стационарном лечении пациентам с психическими нарушениями, как правило, в рамках общего лечебного плана, включающего и другие методы, очень сложно проверить ее изолированные эффекты. В последние годы возрастает число исследований, посвященных единичным случаям амбулаторно проводившейся терапии творческим самовыражением, в которых не только отслеживается ход лечения, но и на фоне соответствующей методической осведомленности анализируются связи и принципы действия данного терапевтического метода. Еще десять лет назад, рассуждая о состоянии исследований в этой области, мы говорили о плохо подлежащих сравнению исследованиях отдельных случаев и сборной казуистике (см. Aissen-Crewett, 1986). Вследствие этого, при оценке исследований, проводимых в этом направлении, Мейер и ряд его коллег приходят к мысли о необходимости поставить вопрос о психотерапевтических законах и утверждают, что терапия искусством еще не может рассматриваться в качестве научно обоснованного терапевтического метода, а эмпирические исследования здесь находятся лишь на начальном этапе.

– 539 –

Следовательно, с одной стороны, для терапии творческим самовыражением совершенно необходимым является развитие соответствующих терапевтических инструментов. Дискуссия, посвященная этому вопросу, получила в последние десять

лет дальнейшее развитие (см. Тьеркер, 1990). С другой стороны, хотя и кажется, что утверждение Петерсена о том, что «предметом арт-терапевтического исследования является не успешность терапии (под которой подразумевается устранение симптомов), а ее процесс» предполагает неоднозначный взгляд на проблему, все же необходимо доказательство действенности и эффективности этого вида терапии при преодолении болезненных состояний, поскольку метод претендует на значимое место в ряду клинических методов.

Однако повторимся: терапия творческим самовыражением до сих пор применялась к пациентам, страдающим психическими расстройствами, как правило, лишь в рамках общего плана лечения, включавшего и другие методы. В силу этой причины ее изолированные эффекты, равно как и ее заслуги в успешности лечения, часто практически невозможно проверить. Здесь полезными могут оказаться исследования отдельных случаев, разумеется проводившихся в соответствии с методическими стандартами.

## **7. ОБРАЗОВАНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ**

Терапия искусством и творческим самовыражением может быть освещена в рамках четырехлетней программы по повышению профессиональной квалификации. В некоторых университетах она служит также предметом специализации. При этом акцент делается как на теоретические, методико-практические, так и на личностные способности и навыки.

В частности, уделяется внимание:

- приобретению личного опыта;
- тренингам восприятия и понимания интрапсихических и групповых процессов;
- получению базисной информации о глубинной психологии и психодинамическом взгляде на болезнь;
- получению знаний о различных психотерапевтических методах лечения;
- изучению специальных методов и техник терапии творческим самовыражением, а также приобретению опыта в этой сфере;
- анализу собственной практики под руководством специалистов.

– 540 –

## **МУЗЫКОТЕРАПИЯ**

### **1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ИСТОРИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ**

С исторической точки зрения музыкотерапия в современном понимании восходит к существующим уже более ста лет рецептивным формам (не включающим в себя музыкальную импровизацию) и уже с давних пор известна нам как эффективная терапевтическая техника. Гармонизирующее действие музыки, спокойствие ее устойчивых и уравновешенных сил еще много лет назад применялось целителями в качестве терапевтического средства (Simon, 1980).

В развитии системы методов музыкотерапии нельзя не отметить заслуги Кристофа Швабе, который, начиная с 60-х годов вел в восточной Германии работу по созданию музыкотерапевтических моделей, которые могли бы эффективно выполнять ряд специфических терапевтических задач (Schwabe, 1978). При этом необходимо

подразделить музыкотерапевтические методы на активные и рецептивные, выделить индивидуальные и групповые формы музыкотерапии, каждой из которых соответствуют определенные приемы. Самой известной рецептивной методикой, включенной в эту единую теоретическую систему, стала в психотерапевтической практике регулятивная музыкотерапия (Schwabe, 1978).

Согласно казуальному принципу многогранность процесса музыкотерапии можно рассматривать как систему:

«Музыкотерапия проистекает как процесс совершения действий, который происходит согласно определенным, присущим ему закономерностям, направлен на реализацию целей действия; он осуществляется согласно принципам действия и применяет для этого определенные средства действия» (Schwabe, 1995).

Помимо методов, включенных в систему Швабе, можно выделить относящуюся к рецептивным методам функциональную музыкотерапию, которая применяется прежде всего в медицине, в частности в болетерапии и анестезии (Spintge und Droh, 1992).

В США Хелен Бонни была разработана рецептивная методика Guides Imagery And Musik (GIM), включавшая в фантазийное путешествие музыку как проективное средство. Эта методика получила международное распространение и дальнейшее развитие (Bonny, 1980; Goldberg, 1991; Summer, 1988). Как рецептивная психотерапия посредством музыки GIM работает с техниками «сна наяву» и способствует возникновению измененных состояний сознания, находящихся тесной связи с кататимным переживанием образа (Leuner, 1969).

– 541 –

В последние годы в Германии все большее внимание привлекает к себе понятие звукотерапии, охватывающее различные спиритуальные направления музыкотерапии, возобновляющие существовавшие за пределами Европы традиции введения пациента в состояние транса (DGMT, тематическая тетрадь «Звук и транс», 1993).

Немецкое общество музыкотерапии (Die Deutsche Gesellschaft fuer Musiktherapie, DGMT), являющееся на данный момент в Германии самым многочисленным объединением по интересам для терапевтов, специализирующихся в области музыкотерапии, дает следующее определение:

«Музыкотерапия – это целенаправленное применение музыки или музыкальных элементов для достижения терапевтических целей, а именно, восстановления, поддержания и содействия психическому и физическому здоровью. С помощью музыкотерапии пациент должен приобрести возможность лучше понимать себя и окружающий мир, свободней и эффективней в нем функционировать, а также достичь большей психической и физической стабильности. Для реализации всего этого квалифицированный музыкотерапевт решает терапевтические задачи, которые были выработаны им совместно с командой терапевтов или лечащим врачом, обязательно при участии пациента» (DGMT, 1991).

Абстрактная формулировка понятия музыкотерапии требует субъективного принятия соответственной научной точки зрения и не может быть окончательно утверждена из-за разнообразия трактовок и неточности термина. Но это не мешает выделению в ней отдельных направлений, что, по-видимому (учитывая психоаналитическую обоснованность метода), и случится в скором времени.

## 2. К ВОПРОСУ О ПРАКТИКЕ, ИССЛЕДОВАНИЯХ И САМОМ МУЗЫКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧЕНИИ

Будучи одновременно клинической, творческой и научной дисциплиной музыкотерапия как предмет, преподаваемый в высшей школе, находится сейчас на пути к завоеванию все большего научного значения. Как дисциплина, относящаяся к области терапии и обладающая опять же статусом предмета высшей школы, музыкотерапия предоставляет музыкантам, педагогам, психологам, научным работникам социальной и гуманитарной сфер и медикам возможность получить государственное дополнительное образование, а также повысить квалификацию с присвоением по окончании диплома высшей школы. В высшей школе музыки и театра в Гамбурге, высшей школе искусств в Берлине, университетах в Виттене/Хердеке и Мюнстере предлагаются как раз-

– 542 –

нообразные варианты дополнительного обучения, так и полноценное высшее образование. Полный курс обучения в Хайдельбергском институте также заканчивается получением государственного диплома.

Кроме того, некоторые учебные программы, в том числе и социально-психологические, включают музыкотерапию как одну из важнейших составных частей. К тому же помимо государственных существуют и частные образовательные программы, предлагающие повысить квалификацию в области музыкотерапии.

Широкий спектр возможностей практического применения музыкотерапии позволяет реализовывать здесь все многообразие теорий, в том числе теории психоаналитического, гуманистического, бихевиорального, коммуникативного направлений.

Еще одно видение музыкотерапии предлагает нам Тиммерманн (Timmermann, 1990). Автор рассматривает научные взгляды, существовавшие на момент зарождения этого предмета, ссылаясь на подборки Штробеля и Хуппманна (Strobel und Huppmann, 1978, 1991).

Попытка произвести сравнение различных форм мета-музыкотерапии, практикуемых в мире, была предпринята Руудом и Мансом (Ruud und Mahns, 1992). Шмейстерс (Smeijsters, 1994, 1995) разработал классификацию различных психотерапевтических методов в музыкотерапии. При этом терапевтические техники были сопоставлены четырем парадигмам: магической, математической, медицинской и психологической.

Естественно-научные пути рассмотрения предмета музыкотерапии можно встретить в некоторых современных номологических исследованиях, проводящихся в поисках регулярно и закономерно проявляющихся взаимосвязей. В качестве прецедента для исследований в области воздействия музыки, следует назвать работу Мекеля, в которой было доказано, что музыка выполняет стрессоредуцирующую функцию в сердечно-сосудистой, гормональной, интеллектуальной областях (Moeskel, 1995). Научные работы, касающиеся эмоциональных реакций на музыку, выраженных изменениями на ЭЭГ, также указывают на зарождающийся (прежде всего, у медиков) интерес к психофизическим изменениям, происходящим у человека, слушающего ту или иную музыку.

С помощью статистического анализа производится попытка доказать биологическое воздействие музыки (Brueggenwerth u. a., 1994).

Не отрицая отдельных интересных результатов, следует заметить, что в ходе этого исследования из контекста исчезало значение специфических для личности или терапии факторов. Интеракция, терапевтическая диада отступает перед значимостью связанных с пациентом индивидуальных факторов. Во время психотерапевтического исследования все в большей степени уделяется внимание инсценировке субъективно переживаемого интернализированного межличностного конфликта, берущего свое начало в ранних фазах и перенесенного на

– 543 –

существующую ситуацию. Это затрагивает методическую проблему и ведут к необходимости проводить ту стратегию исследования, которая согласуется с этими факторами.

Сравнительная оценка терапевтического эффекта с помощью схожих методических инструментов является слишком грубой, чтобы дифференцированно рассматривать, какие явления фактически имеют место при терапевтической интеракции (Langenberg и. а., 1992, 1994, 1995). Многочисленные исследователи придерживаются той точки зрения, что показатели распределения, основанные на статистическом групповом анализе, лишь уведут нас от действительности и предлагают вместо этого возврат к максимально дифференцированному анализу отдельных случаев (Tress, 1988, 1990; Grave, 1988, 1992).

В настоящее время разными специалистами музыкотерапия трактуется и реализуется по-разному, но все больше выделяются единые терапевтические учения, которые развивают дидактические модели и программы и, используя интердисциплинарность предмета музыкотерапии, находят возможности включаться в различные университетские исследовательские программы и, используя полезную информацию из смежных предметов. Ими отмечается необходимость развивать культуру исследования, соответствующую стандартам психотерапевтического исследования, которая, сочетаясь с эмпирическим клиническим знанием, ускорила бы теоретическую концептуализацию музыкотерапии как клинической, творческой и научной дисциплины.

В трех немецких университетах исследования в области музыкотерапии были интегрированы в исследовательские проекты, посвященные медицине, психосоматической медицине и психотерапии.

Клиническим основанием для «Креативной музыкотерапии», проводимой исследовательской группой университета в Виттене/Хердеке служит терапевтический концепт Нордоффа/Роббинса (Nordoff/Robbins, 1977), который для терапевтических целей использует творческие коммуникационные возможности музыкальных импровизаций. Музыкальное воздействие, оказанное на пациентов, как правило не включающее вербальной переработки пережитого, является центральным звеном терапии. В ходе исследования уделяется внимание факторам времени, фразообразования, высоты тона, ритма и мелодического контура, которые оцениваются как с биологической, так и с музыкальной точки зрения. Так, скажем, исследованию подвергаются физиологические изменения, наблюдающиеся при музыкальных импровизациях.

Антропософические концепции, которые определяют человека как целостную структуру, указывают на качественную значимость данного фактора. При анализе физиологических параметров, таких как изменение кровяного давления или частоты сердечных сокращений, в процессе импровизации, музыкальные и физиологические



процессы рассматриваются как равноценные компоненты, составляющие единое целое (Aldridge, 1992).

– 544 –

В сотрудничестве с исследовательским центром Штутгарта, специализирующимся в области психотерапии (Stuttgarter Forschungsstelle fuer Psychotherapie) и отделением психотерапии университета в Ульме, был основан Хайдельбергский институт исследований в области музыкотерапии (HEIM). В качестве «объединяющего исследования» запланирована задача совместить исследовательский процесс с клинической практикой и образованием; для этой цели была разработана интегративная система документации в области музыкотерапии (IMDos), служащая задачам научного развития (Czogalik u. a., 1995). Благодаря группе исследователей из университета в Ульме, на феномены музыкотерапии стали смотреть как бы с естественно-научной точки зрения. Развитие описательных систем, позволяющих идентифицировать типичные с точки зрения специфики диагноза образцы импровизации, сделать возможными и репродуцируемыми изменения, направлено на объективную реконструкцию. (Timmermann, 1990, 1991).

Исследовательский центр качественных методов психотерапии посчитал нужным интегрировать разработанные в Дюссельдорфе базисные основы метода в психотерапию (Frommer et al., 1992). В соответствии с постулатом предметного соответствия, который неоднократно пытались соотносить со специфическими особенностями области, в которой его применяли, между предметом и методом, а также клиническими буднями и исследованием терапевтической ситуации существует тесная связь (Langenberg u. a., 1992).

Начиная с 1995 года коллектив берлинских специалистов, занимающихся качественными исследованиями в области музыкотерапии, пытается обеспечить взаимодействие между дополнительным образованием и повышением квалификации в области музыкотерапии, проводимыми высшей школой искусств в Берлине, клинической психотерапевтической практикой и отделениями психотерапевтической медицины и психосоматики, а также психологии (Smeijsters u. a., 1995; Langenberg, 1996).

Следует упомянуть еще два, не связанных с университетами, интересных направления, предлагающих свои музыкотерапевтические концепции.

Морфологическая исследовательская группа применяет к феноменам музыкотерапевтического действия разработанные Зальбером герменевтические описательные и реконструирующие методы (Tuerker, 1988; Weymann, 1989).

Интеграция музыкотерапевтических возможностей в психоаналитически-психотерапевтическую компетенцию без создания единой обширной самостоятельной терапевтической формы является целью Нидекена (Niedecken, 1988, 1989).

Необходимость комбинировать психотерапевтические методы все в большей степени усиливается условиями клинических будней, поскольку многообразие требующих лечения нарушений вынуждает более дифференцированно подходить к назначению лечебных мер и разрабатывать общие планы работы с больным. В стационарных, полустационарных и амбулаторных условиях в ре-

– 545 –

зультате применения методов, ориентированных на пассивные переживания и активные действия, психотерапия является достаточно многообещающим средством, обеспечивающим в ходе лечения доступ к внутреннему миру пациента.

Как психотерапевтический метод, связанный со сферой психогенных заболеваний, музыкотерапия преследует цель утвердиться в здравоохранении как самостоятельный и признанный метод лечения.

На пути к профессионализации и разработке клинических стандартов этого интердисциплинарного предмета, от музыкотерапии требуется также доказательство ее научности и практической значимости (Grave, 1994).

Помимо проводившихся различными институтами работ, посвященных интеграции музыкотерапии в общие схемы лечения (Heigl-Evers, 1986; Janssen, 1982), появились клинические данные и исследования, связанные с потребностями и профилем деятельности соответствующих медицинских институтов (Langenberg, Frommer, Tress, 1992, 1994, 1995, 1996).

Музыкотерапевты, врачи, терапевтические коллективы, занимающиеся лечением, разрабатывают диагностические и модификационные критерии лечения, относящиеся к специфическим случаям; таким образом становится возможной организация процесса общего лечения, который был бы ориентирован как на особенности индивидуума, так и на специфику протекания болезненных симптомов (Langenberg, 1986).

### **3. МУЗЫКОТЕРАПИЯ КАК ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД**

Музыкотерапия понимается нами как модификация аналитической психотерапии, которая возникла в связи с разработками, производимыми какими-либо институтами или учреждениями и, например клиникой психосоматической медицины и психотерапии в Дюссельдорфе. Данный метод лечения берет свое начало от психоаналитической музыкотерапии Мэри Пристли (Mary Priestleys, 1975, 1983) и Йоханнеса Эшенса (Johannes Eschens, 1983, 1983), а также музыкального анализа новой музыки. В силу своей все возрастающей профессионализации психоаналитически обоснованная музыкотерапия (Langenberg, 1988), осуществлявшаяся в рамках общего плана лечения (Heigl-Evers и др., 1986), в условиях клиники смогла приобрести статус самостоятельного метода психотерапии.

Специфика активной музыкотерапии заключается в функционировании связи между пациентом и терапевтом. Контакт происходит в пространстве совместной музыкальной импровизации и в ходе разговора, имеющего место как

– 546 –

до, так и после импровизации. При этом происходит постижение, озвучивание опыта, результатов, проявившихся в ее процессе и внезапного возникновения тех или иных интрапсихических и межличностных феноменов.

В триаде контакт - зарождение - реализация протекает процесс лечения, где интерактивное развертывание импровизации понимается как реализация сценария.

Главное правило сотрудничества в условиях музыкотерапии гласит: «Мы играем то, что придет нам в голову, полагаясь на то, что идет изнутри, даже если это кажется нам абсурдным или бесполезным!»

Вышеизложенное является модификацией основного аналитического правила, позволяющей реализовывать определенные возможности с помощью музыки. В результате, посредством метода свободной импровизации, возникает совместный

музыкальный продукт, имеющий терапевтический эффект. В процессе возникновения таких произведений и вербализации полученных опытов участники процесса реализуют свои лечебные задачи.

В обстановке, в которой проходит терапевтическое лечение, можно выделить несколько составляющих, в том числе помещение, где находится главный терапевтический инструмент - пианино терапевта, которое отчасти освобождено от корпуса, так что звуки можно извлекать и не нажимая на клавиши - прямо изнутри. Кроме того, в распоряжении имеется довольно впечатляющий инструментарий, как бы приглашающий им воспользоваться, прикоснуться к нему и открыть для себя мир музыки (второе пианино, скрипка, виолончель, псалтырь, перкуSSIONные инструменты, хроматические ксилофоны, металлофоны, различные нехарактерные для Европы инструменты, флейты и т. п.). Музыкальная подготовка не требуется, но необходима готовность давать выход своим музыкальным импульсам, сохранять интерес к тому, что звучит, полагаться на то, что приходит в голову, уметь ненадолго превратиться в ребенка.

Реальный процесс взаимодействия и образования взаимосвязей стимулирует возникновение эмоций, фантазий и образов, представляющих собой проявления инсценировки субъективно переживаемого интернализированного межличностного опыта отношений и конфликтов, имевших место на ранних фазах развития. В связи с переносом терапевтической ситуации, благодаря возможности осмысленно воспринимать прямой резонанс посредством звуков и совместной игры, происходит возникновение определенного личного качества. Появляется своего рода пространство, в котором можно услышать свои неосознаваемые фантазии и обрести психодинамическое понимание специфической ситуации взаимодействия.

Установка, при которой эта психоаналитически обоснованная музыкотерапия воспринимается как персональный инструмент, служащий целям связи и понимания, была обозначена в ранних работах как функция телесного резонанса (Langenberg, 1988). Наряду со способностью резонировать, быть слы-

– 547 –

шимым и осязаемым в процессе взаимодействия, здесь содержится также идея об инструментальных мыслях, таким образом понятным становится другое качество переноса в музыкотерапии. Образование звуков и связей в музыке происходит одновременно с зарождением у взаимодействующих участников импровизации отчетливо воспринимаемых, слышимых и осязаемых отношений (Langenberg, 1994). В придающем уверенность пространстве импровизации можно пережить как возникновение определенных привязанностей, так и размолвки.

Терапевтический инструмент функции телесного резонанса предполагает наличие как физических, так и психических откликов в процессе лечения, значимость переживаний снов наяву, колебание между первичным и вторичным процессом при импровизации, находящееся в зависимости от внешнего и внутреннего, сейчас-немедленно-завтра, то есть течения времени в музыке, от Я и Ты, материального и идеального.

Специфичность музыкотерапии (помимо того, что она предоставляет пространство для импровизации и ее обсуждения) заключается в техниках реализации процесса импровизации, равным образом как и психотерапевтического процесса. Важную роль в развитии психоаналитически обоснованной психотерапии сыграл психоаналитический интеракционный метод (Heigl-Evers, 1994). Параллель с ним

позволяет провести, в частности, участие в процессе терапии отчасти аутентичного, внимательного и импровизирующего вместе с пациентом музыкотерапевта.

#### **4. ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА МУЗЫКЕ. ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ**

К моменту начала лечения пациентке было 30 лет, она работала, была замужем, однако не имела детей. При общении с ней бросалась в глаза ее реакция на обсуждение неприятных или досадных вещей (она начинала бурно смеяться). В таких случаях тема быстро сменялась, а значение проявившихся эмоций уменялось.

Женщина страдала Colitis Ulcerosa, в рамках которого испытывала депрессивные состояния. У нее отмечались затяжные снижения настроения; пусковым механизмом для ухудшения симптоматики и поводом для обращения к психотерапевту явилась негативная характеристика на службе. В личностной структуре доминировали депрессивно-истерические составляющие. К вопросу о психодинамике заболевания можно упомянуть о том, что пациентка иден-

– 548 –

тифицировала себя с матерью, которая чрезмерно интересовалась делами окружающих и, в частности, постоянно контролировала пациентку. Исключая сильную потребность в гармонии, амбивалентные чувства пациентки было сложно привязать к чему-либо конкретному. Испытывая комплекс Электры, пациентка чувствовала себя отвергнутой и ненужной. Во время своих первых отношений с мужчиной, в ходе которых у нее впервые проявилась Colitis Ulcerosa, она боролась за признание, но пережила отвержение. Через всю ее жизнь тянулись борьба за признание, переживание собственной ненужности и отверженности, причем пациентка не отдавала себе отчет в том, что испытывала агрессивные и амбивалентные чувства.

Для начала, в рамках общего плана лечения, предложенного психотерапевтической клиникой (работающей по типу дневного стационара), я провел с пациенткой около 45 получасовых сеансов (два сеанса каждую неделю), используя музыкотерапию как средство индивидуальной психотерапии. На это ушло чуть больше полугода.

После этого, закончив лечение в дневном стационаре, пациентка возобновила свою профессиональную деятельность и я провел амбулаторно 50 индивидуальных сеансов музыкотерапии (по 50 минут). Это лечение было предписано коллективом терапевтов после длительных раздумий и окончательно утверждено после пробного сеанса. Имеющаяся проблематика обусловила необходимость предоставить в распоряжение пациентки пространство, которое в свою очередь из всего творческого предмета музыки предоставляет в распоряжение ориентированное на актуальные отношения поле напряженности. Взаимодействие в этом специфическом пространстве импровизации существует благодаря психологически сложной смене процессов обретения новых связей и расставания со старыми. То, что происходит в ходе лечения, колеблется между регрессивным и агрессивно-прогрессивным состояниями и подготавливает почву для формирования качеств, способствующих самоидентификации (Langenberg, 1988, 1994).

В организации звуков и отношений в пространстве музыки у взаимодействующих импровизаторов формируются осмысленно воспринимаемые, слышимые и ощущаемые отношения, которые переживаются ими посредством временной организации в ходе создания совместного продукта, находящегося в динамике и постоянном изменении. Лечебная задача для пациентки, разработанная на начальных сеансах в ходе

музыкальных импровизаций и осмысления продуктов, созданных в ходе лечения как инсценировки и иллюстрации к специфике происходящего с отношениями пациентки, вырисовывалась как желание разработать собственные контуры. Проявить себя, отважиться открыто не согласиться с чем-либо, раскрыться с помощью звуков, передать полярность эмоций легче и безопасней возможно с помощью музыки, ее принципа временной упорядоченности.

– 549 –

Продукты музыкальной импровизации (Winnicott, 1979) предоставили в наше распоряжение пространство опыта и осмысления, в котором стала возможной работа над более подходящими отношениями. До этого момента казалось, что пациентка способна лишь на такие формы самовыражения, как показать себя чрезвычайно раскованной или, напротив, безвольно растекшейся, и что ей едва ли доступны слышимые музыкальные образы и их вербальные выражения. Переживание неудачной подачи себя сменялось архаичными вспышками агрессии, которые неотчетливо проявлялись в музыке и грубой речи. При инсценировке также отмечались характерный для этой пациентки анакликтический образец поведения, кроме того, уже на первых сеансах проявились подлежащие трактовке симптомы надвигающегося аффекта (Krause, 1988). В качестве подобных указаний во время импровизации то и дело всплывали аффективные проявления, причем это случалось чаще, чем возникновение во время вербальной части терапии определенных терминов и словесное осознанное отображение ситуации.

Работа над аффективным восприятием, прояснением и точной подстройкой к происходящему, учитывающая контакт с импровизирующим вместе с пациенткой, сопереживающим ей и в то же время отличным от нее терапевтом, и стала в данном случае основной целью музыкотерапии.

Процесс терапевтического лечения был интегрирован с этой, ориентированной на переживания, функционирующей в пространстве музыкальной импровизации главной задачей, находящейся в общем лечебном плане психотерапевтического дневного стационара. Способность разграничить и реализовать требовалась от пациентки прежде всего в психоаналитически-интеракционной группе, в ходе терапии творческим самовыражением и социальной психотерапией, это сопровождалось актуализацией агрессивных и связанных с либидо импульсов. Они могли быть дифференцированно обнаружены, организованы и выражены в виде пробных попыток импровизировать вместе с музыкотерапевтом.

Прежде чем нами будут изложены первые важные данные, полученные в процессе лечения, необходимо привести некоторые соображения, касающиеся исследований в области музыкотерапии, сопутствовавших клинической работе.

## **5. КАЧЕСТВЕННЫЙ БАЗИС В МУЗЫКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ**

Рабочая группа «Качественное исследование в области музыкотерапии» начала свою деятельность в 1991 году, базируясь на собственных, ранее написанных работах (Langenberg, 1983, 1986, 1988), которые касались описания и оценки

– 550 –

терапевтических продуктов и разработки специфики музыкотерапевтической работы как психоаналитически обоснованного метода. Взаимосвязанный с музыкотерапевтической импровизацией аффективный и интерактивный процесс переживаний и образования связей стал причиной возникновения соответствующего предмету описательного и интерпретационного метода. Хотя процесс создания музыки кажется мимолетным, при желании переживания, его сопровождавшие, можно снова ощутить при прослушивании данного произведения. Установка по восприятию функции телесного резонанса (Langenberg, 1988), персональный инструмент, служащий как целям терапии, так и установке взаимосвязей с окружающим, указывает помимо способности к резонансу и восприятию внутренних образов также на музыкально-инструментальные размышления. Это помогает овладеть ситуацией в том случае, когда происходит независимое прослушивание импровизации не задействованными в ней людьми в прямом процессе ее создания и последующее описание впечатлений от нее. Инструкция гласит: «Опишите настолько искренне, насколько это возможно, ваши впечатления касательно услышанной импровизации; выразите свои чувства, мысли, образы, истории - даже в тех случаях, когда они кажутся вам достаточно сумбурными!»

В описаниях содержатся субъективные, преломленные через личность слушателя составляющие, в то же время здесь можно увидеть и указания на какие-то общие мотивы, позволяющие сделать вывод о том, что инструмент функции телесного резонанса по-новому настроен, благодаря процессу терапевтического взаимодействия в ходе импровизации. Если говорить о триангуляции точек зрения (Denzin, 1970; Flick, 1991), то пациентка и терапевт сразу после сеанса также составляют спонтанный протокол, после чего к работе привлекается музыкант/композитор и импровизация подвергается музыкальному анализу (описывается его форма). В ходе дискурсивно-диалогического процесса исследования материала индуктивно делается вывод о мотивах, осуществляется попытка вскрыть причинно-следственную связь. Для достижения понимания мотивов мы проанализировали произведения, созданные пациенткой за последний год во время терапии.

В течение 10 последних лет пациентка страдала от часто повторяющейся мигреноподобной головной боли на фоне депрессивно-обсессивного склада личности и весьма актуальной проблематики собственной значимости. Ее первичная отгороженность и эмоциональная холодность сменились в процессе музыкотерапевтического лечения способностью к контакту, которая может быть проиллюстрирована с помощью методики резонанса (Langenberg и. а., 1992, 1995). Примерно та же ситуация отмечалась и в другой работе - работе над конфликтом амбивалентности у нарциссического пациента, когда в ходе лечения диалектический процесс между состояниями единения и разобщенности выявил помимо противоречивых результатов (Fischer, 1989) типичные для этого

– 551 –

пациента образчики отношений. По контурам направленности основного мотива, полученным в ходе резонанса на импровизацию, можно было судить о том, что хотя, с одной стороны, противоречия продолжают сосуществовать друг с другом, с другой стороны, движение, организация и новый порядок также переживаются пациентом и становятся неотъемлемой частью его жизни при использовании формирующего резонанс пространства метода музыкотерапии (Langenberg, 1994).

## **6. НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗ СФЕРЫ ПСИХОСОМАТИКИ**

Наша методика осмысления произведений, создаваемых в процессе музыкотерапевтического лечения, преследует, главным образом, не цель укрепиться в своих предположениях, то есть подтвердить дедуктивно образованные на основе прежнего материала гипотезы (имеется в виду номологическое исследование), ее цель - расширить наше представление о ситуации (Juettemann, 1992).

Посредством сравнительного анализа данные, полученные эмпирически-герменевтическим путем, были обработаны и в конечном итоге внесли большой вклад в раскрытие важных внутренних взаимосвязей. Изучаемый материал составляли субъективные и интерсубъективные процессы, сопровождавшие музыкотерапевтические импровизации. В случае с пациенткой, страдавшей Colitis Ulserosa, было осуществлено исследование самого хода лечения; акцент в этом исследовании делался на сравнении терапии в условиях частичного стационара с терапией в амбулаторных условиях. При этом в проекте принимали участие пишущие диплом студенты и аспиранты, которые в одном и том же случае использовали различные методики и опросники.

При сравнении 3, 17 и 45-го сеансов характеристика музыкальных мотивов выявила прошедший у пациентки процесс изменений от судорожно цепляющейся, неуверенной неясности в поведении к ясному образованию очертаний в дифференцировании форм самовыражения. Если для 3-го сеанса этими мотивами являлись уклонение, сокрытие, план, отказ, открытие и бесконечность, то для 17-го - сила, сопротивление, единство/разделение, размежевание, общность, удовольствие, завершение. В ходе 45-го и последнего сеанса лечения в рамках дневного стационара проявились следующие мотивы: протекание обучения, воспоминания, риск, осведомленность и поддержка. Первые импровизации звучат очень сдержанно и путанно, хроматический ксилофон пациентки едва слышно за осторожным пианино терапевта. Цитата из одного

– 552 –

из протоколов, описывающих сеансы: «Двое, которые очень бережно обходятся друг с другом»; или из другого: «Здесь кто-то есть, но я этого не ощущаю». В протоколе пациентки всплывает относящаяся к пубертатному периоду фантазия о собственной комнате, в которой она могла бы без помех играть на гитаре. 17-й сеанс отчетливо показывает стабилизацию собственной тональности при преподнесении себя и очерчивании контуров, установившиеся между пациенткой и терапевтом доверительные рабочие отношения. Люди, которые описывали импровизации, ничего не зная об этой пациентке и ситуации, ощутили не только решительность и силу, но и некий симбиоз обеих играющих, которые стремятся вперед и захватывают пространство. Цитата из протокола: «Чувствуем, здесь кто-то (Она) есть».

В рамках языкового анализа этого исследовательского проекта была выявлена несомненно отличающаяся от прежней аффективная манера импровизации.

Это значит, что после того, как пациентка приобрела в процессе музыкальной импровизации этот эмоциональный опыт, усиление ее аффективной сферы (речь идет об отношениях пациентки с самой собой и с терапевтом) может быть обсуждено и рассмотрено несколько более абстрактно.

Изменение отношений говорит о напряженной работе по подстройке обоих друг к другу, отражает реакцию на музыку, а также на обсуждение процесса терапии. В результате проработки проблемы пациентка сообщила: «Теперь я нуждаюсь в Вас несколько иначе, чем раньше» (неопубликованная рукопись Даля). После 45-го сеанса, мотивы которого были уже указаны выше, пациентка записывает в своем протоколе:

«Музыка как будто является сокращенным изложением прошедших шести месяцев - сперва - распределение ролей, потом - мелодия и сопровождение».

## **7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОКАЗАНИЯХ К МУЗЫКОТЕРАПИИ И НАУЧНЫЙ ВЗГЛЯД НА МУЗЫКОТЕРАПИЮ**

На пути к теоретической концептуализации и профессионализации, в ходе реальной работы в клинике выделяются все более дифференцированные показания к музыкотерапии, что проявляется прежде всего в спецификации и отграничении от других креативных методов.

Сфера применения музыкотерапии как в активном, так и в рецептивном варианте очень широка. Для того чтобы достичь еще большего соответствия музыкотерапии научным стандартам, требуются эмпирические исследования ее эффективности. В рамках общих планов лечения как одного из методов лечения, или, как представлено в казуистике - как самостоятельного метода пси-

– 553 –

хотерапии, требуется также введение диагностической фазы в этот метод лечения. На пробных сеансах музыкотерапевты и пациенты пытаются включиться в совместный процесс игры, причем задачи лечения заключаются в рассмотрении и оценке возникших в его процессе продуктов. Эта близкая к искусству разработка терапевтических целей заключается в сочетании музыкальной импровизации и обсуждения, в обмене внезапно приходящими в голову идеями, образами и чувствами, переживании и приходе к представлению о интрапсихических и интерперсональных феноменах.

Как метод, основанный на психоанализе, музыкотерапия действенна при психоневрозах; также эффективна она для пациентов с невротической структурой характера. Особой сферой применения музыкотерапии является лечение при расстройствах психосоматического характера. В этих случаях посредством музыки активизируется восприятие и дифференцировка эмоциональности. В качестве невербального - нередко единственного доступа к пациенту - музыкотерапия может либо предварять, либо сопровождать дальнейшее лечение. Основная задача этого доступа заключается в получении возможности завязать отношения с пациентом еще в самом начале диалога.

Как показывает опыт, еще с большей точностью осуществляется назначение пробных сеансов терапии, в результате чего позже, в ходе музицирования и эмоционального переживания, проблема становится отчетливо видимой и ощущаемой, равно как и принятие метода пациентами. Дальнейшее исследование этих первичных этапов является существенной составляющей психотерапии и, кроме прочего, находится в соответствии с представленной выше качественной методикой.

Благодаря стремлению к теоретической концептуализации и профессионализации музыкотерапии с 1994 года с целью сотрудничества в сфере качественного исследования начинают завязываться интернациональные контакты. После первого международного симпозиума, посвященного качественным исследованиям в сфере музыкотерапии, прошедшего в 1994 году в Дюссельдорфе, и второго симпозиума, состоявшегося в 1996 году в Берлине и Зауене, музыкотерапевтическое исследование является предметом дискуссий, его техника сопоставляется со стандартами



международных психотерапевтических исследований (Wheeler, 1995; Langenberg и. а., 1996).

– 554 –

## ТЕЛЕСНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМ ДИАЛОГЕ

### 1. ЦЕЛЬ

Ницше решительно выступал против пренебрежительного отношения к телу в христианско-европейской традиции. Такие высказывания, как «В твоём теле больше разума, чем в твоём самом мудром изречении» (1898, 1980, с. 301) и «не следует... доверять той мысли, которая родилась не на воле и не в свободном движении» (1898, 1980, с. 1084), можно использовать как эпиграф к введению в телесно-ориентированную аналитическую терапию. Ведь она ставит для себя цель *раскрыть телесное измерение происходящего между пациентом и терапевтом с психологической и психотерапевтической точки зрения*. Когда спонтанные движения тела воспринимаются как такие же важные моменты психического, что и движения психики, и когда им дается такая же возможность формироваться в терапевтических рамках, тогда психоаналитическое «пространство возможности» (Khan, 1991) во многих отношениях расширяется. Праксеологические следствия описываются ниже с двух точек зрения: для терапевтов, которые работают в традиционной обстановке, и для терапевтов, которые включают в свою работу методы двигательной и телесной терапии.

### 2. РАМКИ

Не нужно подчеркивать, что и телесно-ориентированная аналитическая психотерапия осуществляется в определенных *рамках* ситуации, вырванной из непосредственной повседневной реальности. Несмотря на всю серьезность и глубину, эти рамки придают терапевтическому происходящему характер условности, привносят в него нечто смоделированное или игровое. Как и в семье, в телесной и двигательной аналитической терапии правит «эдипов запрет на прикосновение» (Scharff, 1994, с. 175).

Правила терапевтического взаимодействия между пациентом и терапевтом сформированы в *рабочем соглашении*. Это относится и к двигательной и телесной психотерапии. Кроме того, в действие вступают некоторые изменения, которые во многих отношениях еще больше подчеркивают характер терапев-

– 555 –

тической ситуации с ее категорическими правилами. *В аналитическое правило свободных ассоциаций определено будут включены и телесные ощущения*. Здесь я следую за теми аналитиками, которые выступают за то, чтобы

«Уже при формулировании основных правил уделять производным досимволического опыта должное внимание, то есть просить пациентов обращать внимание на собственное состояние,

настроение, телесные ощущения, телесные раздражители» (Mertens, 1990, с. 29).

Во время телесно-ориентированной терапии пациента, по аналогии с подготовительными разъяснениями аналитических правил и рабочего соглашения, можно подготовить и к *возможным двигательно- и телесно-психотерапевтическим методам*. Для этого его спрашивают, согласен ли он, чтобы для более глубокого понимания его проблемы в психотерапевтическую работу были включены двигательные игры и/или телесные прикосновения. Ему сообщают о том, что эти включения будут все время комментироваться и подготавливаться. Кроме того, терапевт может указать пациенту на то, что сами по себе предполагаемые трудности при осуществлении или же отклонение такого предложения часто как раз и углубляют понимание и что пробы на движение и прикосновение используются не ради них самих, а только в качестве вспомогательного средства. *Они предоставляют психическому свободное пространство для всеобъемлющего выражения и дают пациенту возможность глубже пережить и понять себя*. Такое развитие событий требует постоянного обновления рабочего соглашения. Далее, это фокусирует взаимодействие между воображением и рефлексией. И то, и другое вместе служит углубленному участию в терапевтическом диалоге и содействует личной ответственности пациента за лечебный процесс. Отсюда следует также расширенное толкование обстановки. Психотерапевтическая ситуация определенно выходит за рамки двух квадратных метров кушетки, точнее, за рамки пространства между кушеткой и креслом, и распространяется на весь кабинет.

В этом заключается существенное различие между позициями Фрейда и Адлера, которому в истории глубинной психологии уделялось мало внимания. Адлер не считал, что необходимо принимать особые клинические меры против возникновения невроза переноса. С самого начала своей клинической деятельности он был убежден в том, что и в кабинете врача пациент не может сделать ничего другого, как создать типичную для его стиля жизни реальность. Поэтому он выступал за большую свободу движения и предостерегал против введения слишком строгих правил («например, выделения определенного места, дивана»), потому что из-за этого от терапевта многое ускользает: «Я вижу пользу в том, чтобы не прерывать движения пациента. Таким образом, каждый предстает в своем двигательном законе» (Adler, 1933, 1973, с. 173). При подобной прямо-таки двигательно-терапевтической позиции не удивительно, что он уже очень рано указывает на «диалект органов» и «язык тела» (например, 1912, 1973 или 1931, 1979):

– 356 –

«Мне кажется очень ценным и такой прием: вести себя как в пантомиме, некоторое время не обращать внимания на слова пациента и по его поведению и движениям читать его более глубокие намерения. При этом можно остро почувствовать противоречие между увиденным и услышанным и отчетливо увидеть смысл симптома» (Adler, 1920, 1974, с. 63).

### 3. РЕЗУЛЬТАТ

Систематически принимая во внимание телесные и парателесные формы восприятия и отношения, психоаналитическое учение о неврозах и отношениях, по мнению психоаналитиков, имеющих опыт работы с движением и телом (Becker, 1986, 1989; Heisterkamp, 1994, 1996a и b; Moser, 1989, 1993, 1994; Peter, 1989, 1994; Reinert,

1995; Roth, 1986, 1991; Scharff, 1994; Stolze, 1978, 1992; Ware, 1984; Worm, 1990, 1992, 1994), существенно расширилось бы, а все соответствующие понятия получили бы более глубокое понимание. Это обогащение, которое я подробно обосновал в своей монографии и пояснил с помощью большого количества терапевтических примеров (Heisterkamp, 1993), можно описать следующим образом.

*Расширение измерения «опыт».* При работе с телом вместе с психическими выразительными движениями учитываются - специально и систематически - телесные выразительные движения, как такие же значимые моменты терапевтического процесса. При этом расширяется психическое пространство восприятия, понимания и отношения.

*Ориентация в психическом происходящем.* Когда организменные моменты спонтанного движения систематически оказываются в сфере неустанного внимания, терапевт, отдающийся на волю пациента, сохраняет надежную ориентацию в многомерном психическом происходящем. Он приспосабливается к актуальному генезису психического и находит кроме того вехи содвижения\* в опустевших душевных ландшафтах, в которых уже иссякли языковые источники.

*Расчленение потока переживаний.* Через содвижение вместе с телесными и парателесными моментами собственного движения пациента психическая система разделяется в соответствии со всеобщим смысловым гештальтом. Фиксированные позиции вынужденного самоторможения перемещаются в телесное сознание. Стык между «со» и «движение» характеризует интерсубъек-

---

\* Содвижение - спонтанные двигательные реакции терапевта, возникающие в ответ на собственные (спонтанные) движения пациента. - (Прим. перев.).

тивную компетентность терапевта, его умение проникнуться чувствами пациента, не потеряв при этом своих собственных переживаний, что означает умение четко различать первое и второе. (Heisterkamp, 1993, 1996b).

*Содвижение.* Через внимание, расширяющееся за счет организменного содвижения, терапевт получает естественный доступ к тем самым моментам собственного движения пациента, которые в противном случае остаются скрытыми. В особенности дыхательный диалог (см. ниже) расставляет наглядные, ощутимые и важные знаки препинания в психическом происходящем.

*Углубление актуального опыта.* В рамках двигательной и телесно-ориентированных пробных действий можно глубже понять уже известные воспоминания детства, еще раз пережить более широкие и часто еще более ранние ключевые переживания («модельные ситуации») и инсценировать прототипические формы отношений.

*Воплощение сопротивления и собственного движения.* Обращение с сопротивлением и защитами организма в телесно-ориентированной аналитической психотерапии открывает новое измерение работы и анализа сопротивлений. Когда пациент телом понимает, как он «актуально» и «явно» воплощает себя в своей характерной манере, когда его индивидуальная форма сопротивления и обеспечения безопасности становится телесно постижимой, он получает пространство движения, чтобы заново отрегулировать конфликтные моменты и творчески преобразовать свой тип движения.

*Постижение раннего травматического опыта.* Подготавливая двигательную и телесно-ориентированные пробы, можно еще раз пережить, проговорить, задним

числом понять и интегрировать довербальные травматические переживания из продолжительной фазы развития доречевого опыта, перекодирование которых в символической форме стало жертвой ранних защит организма. Таким образом, мы выводим пациента на уровень коммуникации до возвращения к попыткам самолечения, недостаточным и преждевременным при актуальных расстройствах.

*Прояснение отношений.* Так же как телесные выразительные движения, телесно-ориентированный и/или телесный контакт способствует проясняющему и в значительной степени расшифровывающему воздействию. При парателесном или телесном прикосновении формируются прототипические гештальты отношений, которые обостряют восприимчивость терапевта к повторению в терапевтических отношениях ранних манипуляций и/или раннего пренебрежения.

*Поддержка тенденций самостоятельного излечения у пациентов.* У пациентов, чьи обычные собственные движения были очень заторможены и чьи редуцированные выразительные движения - это последняя возможность доступа, временное выполнение функций развития и функций Я (восприятие, удержание, реагирование, упорядочивание, подтверждение, обеспечение) часто осуществляется только с помощью тела. Тогда становятся необходимы *теле-*

– 558 –

*носимвалические формы восприятия, понимания, постижения и обращения.* Они не только расширяют традиционный репертуар речесимволических форм поддержки, но и существенно акцентируют тенденции развития пациента. Телесно-ориентированная психотерапия предлагает огромное количество методов страховки при поддержке, формировании, дальнейшем развитии и преобразовании заторможенных спонтанных движений.

*Возвращение жизнерадостности.* Через телесно- и двигательно-ориентированную терапевтическую работу аналитик может и при повседневном обращении с пациентом, чья жизненная сила оцепенела, сохранить значительную долю интерактивной ориентации для себя и пациента. Радостное участие терапевта во вновь пробуждающейся жизнерадостности пациента оказывается важным фактором психотерапии (Heisterkamp, 1990, 1991).

## 4. ТЕЛО В АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Часто высказываемое терапевтами, занимающимися телесно-ориентированной терапией, утверждение, что психоанализ пренебрегает телом, не совсем верно, в особенности в последнее время, с тех пор как некоторые психоаналитики все больше чувствуют вызов со стороны своих коллег, которые включают в лечение двигательно- и телеснотерапевтические переживания, и теперь со своей стороны подчеркивают значение тела, телесного Я, телесного образа, нарушений телесного образа, субъективных представлений о теле и его болезнях, связанных с телом воспоминаний, расхождения между телом и душой и т. д. в психоаналитической теории и практике (Bittner, 1986, 1988, 1989; Hirsch, 1989, 1994; Kafka, 1992; Lehmkuhl, 1992; Plassmann, 1993, 1994; Thoma, 1992). Несмотря на это, исходя из моего опыта в телесно- и двигательно-ориентированной терапии, мне кажется, что концепции, рассматриваемые в этих публикациях, требуют уточнения. Хотя психоанализ и перестал пренебрегать телом и иногда упоминает ощущения тела, *область телесного, точнее, телесного опыта по-прежнему остается в значительной степени нераскрытой.*

Здесь психоанализ стоит на пороге следующей стадии развития. Он должен перенести знаменитое высказывание Фрейда (ПСС VIII, с. 374), согласно которому никого нельзя убить заочно, и на телесные формы индивидуальной защиты. Если пациент не ощущает, как он затвердевает, напрягается, зажимается, сдерживает, подавляет себя, то есть не замечает телесного воплощения своего сопротивления, эти организменные сопротивления или защитные механизмы остаются вне аналитической работы. *К глубинному психологическому пониманию относится работа с организмом: то, что мы абстрактно называем*

– 559 –

«сопротивлением» и «защитой», - это процессуальные акты телесных форм Я. Когда что пациент чувствует, как он воплощается в актуальной реальности, его телесное существование снова становится ему доступно и поддается творческому преобразованию. Пациент *постигает*, как он формирует свои индивидуальные «расстройства» и для чего они ему служат.

Я описал подобный процесс у пациентки, страдавшей психосоматическим заболеванием, которая называла себя головоногим моллюском (Heisterkamp, 1994, 1996a). Переломный момент терапии наступил тогда, когда она смогла телом ощутить, как она сама снова и снова подавляла свои собственные жизненные движения ради вынужденной самозащиты, а, следовательно, как и для чего она воплощалась как головоногий моллюск. Как осознание эта психодинамика уже в первой фазе терапии поддавалась дифференцированному обсуждению. Но только через телесные переживания, которые возникали в результате многочисленных промежуточных шагов, она смогла осознать степень своей защиты и понять ее как защитный механизм, облеченный в телесную форму.

Описание длительного процесса, когда пациент постепенно ощущает свою защиту, едва ли можно встретить в психоаналитической литературе. Этот *праксеологический пробел работы с организмом* очевиден во всех известных мне психоаналитических публикациях на тему тела, когда выразительное движение тела каждый раз связывается с вытесненной агрессией, сторбленная осанка - с депрессией, скованные движения - с непрожитыми аффектами, открытый рот - со страхом, жесткое положение предплечий - с тем, что ребенка крепко пеленали в детстве, и т. д. Ясно, что ни один из авторов не ведет себя так во время анализа, а значит, не отягощает выразительные движения малоубедительными толкованиями такого рода. Поскольку эта очень значимая с праксеологической точки зрения промежуточная область воплощения психического в теле и отдаления психического от тела не тематизирована, искусство обращения с этим феноменом остается исключенным из научного обсуждения, так же как и из психоаналитической теории и учения. В этой ситуации повышается вероятность того, что пропасть между выразительными движениями тела и пониманием будет преодолена с помощью когнитивного «короткого замыкания» или абстрактного вербального анализа. Лихтенберг (Lichtenberg, 1991) и Хирш (Hirsch, 1994) оба соглашаются с соответствующим примером, который принадлежит Кайзеру (Kaiser, 1977):

«Он описывает странный симптом у пациентки: она держала руки по-особому неподвижно. Из этого Кайзер заключил, что в грудном возрасте пациентке пеленали руки. Пациентка не могла вспомнить об этом событии, однако подтвердила это при прямом расспросе. Это знание сыграло полезную роль в анализе». Лихтенберг предполагает, что переживания этой пациентки «были

закодированы только в перцептивно-аффективном модусе действия и позднее их нельзя

– 560 –

было перекодировать в символические представления. Следовательно, их можно было постичь только аналитически, когда аналитик (по возможности) эмпатически постигает тот способ, каким состоянии тела, позы и аффекты переживаются грудным младенцем» (Lichtenberg, 1991, с. 182).

В этом примере разрыв между выражением тела и толкованием особенно очевиден. Поэтому я хотел бы использовать его, чтобы восполнить этот пробел с помощью своего опыта соответствующих лечебных ситуаций двигательной и телесно-ориентированной терапии. Когда я наблюдаю нечто подобное у одного из моих пациентов, я спрашиваю его, не хочет ли он пройти соответствующую двигательную пробу (например, позволить рукам говорить, или медленно довести напряжение до максимума или до минимума, или в замедленном темпе поднять и опустить руки), чтобы таким образом подобрать ключ к языку кистей и рук. Тогда в этом пространстве возможностей для телесных ассоциаций и фантазий в подобных случаях часто возникают ранние воспоминания и картины, которые сопровождаются сильными вспышками ярости и отчаянным чувством бессилия. Благодаря этому ослабевают и очаги напряжения, которые в большинстве случаев распространены по всему телу. До сих пор они служили пациенту именно для защиты от чудовищной силы этих эмоций, угрожающих ему. На фоне моего опыта работы в области телесно-ориентированной терапии, я опасаясь, что такие примеры, как вышеуказанный, который типичен для публикаций на тему психоанализа и тела, наводят на мысль, будто терапевтическая работа закончена, когда найдено правильное толкование, как будто с помощью правильного толкования нельзя обосновать даже сопротивление. Если в вышеуказанном примере не было уделено достаточного внимания часто очень затяжному процессу перехода от телесного оцепенения к телесному пониманию, о чем я не могу судить, тогда упомянутую пациентку еще раз успокаивали бы медицинскими препаратами.

Наконец, описанные выше неясные моменты связаны с тем, что *психоанализ по-прежнему рассматривает выразительные движения как объектные феномены. Обращение с ними характеризуется принципом «распознать и объяснить»*. Однако при таком подходе невербальные выражения остаются в положении объекта. Их обходят вниманием как субъектные формы артикуляции и манифестации. Таким образом, вербальное вторжение прерывает диалог на языке тела прежде, чем он сможет развернуться. Субъектное выражение пациента ставится в положение объекта, и теперь его можно рассматривать и анализировать с диагностической дистанции. Есть опасность, что столь типичное для многих пациентов самоотчуждение скорее закрепляется, нежели излечивается в результате этого вторжения. Вместо того чтобы вести с пациентом диалог на языке тела, рассуждают о том, что означает данное телесное выражение. У двигательной и телесно-ориентированной терапии аналитик мог бы научиться уделять больше вни-

– 561 –

мания телесным «намёкам», схватывать их и давать им свободу выражения, пока в присущей опыту форме не откроется содержательная картина. Рядом с типичным для

психоанализа герменевтическим пониманием, которое нуждается в опосредованном представлении (репрезентирующее понимание), существует еще одна базальная форма понимания - или, лучше, узнавания, - в которой смысл раскрывается непосредственным и аффективным образом. *Эта форма презентивного постижения смысла лежит в основе герменевтического понимания.* Последнее вообще немислимо без первого, и поэтому психоаналитическая теория и практика должны уделять ему больше внимания.

## 5. ДИАЛОГ НА ЯЗЫКЕ ТЕЛА В ТРАДИЦИОННОЙ ОБСТАНОВКЕ

Как использовать и вести диалог между пациентом и терапевтом на языке тела? Ответ требует целого ряда соображений, которые я поясню на конкретном терапевтическом примере. Сначала я представлю этот пример с точки зрения терапевта как участника-наблюдателя и покажу, что использование телесного, прежде всего дыхательного, диалога ведет к прототипическому структурированию психического происходящего.

Мужчина примерно 30 лет, очень сдержанный и отчужденный, страдающий хроническим гастритом, после примерно 150 часов анализа во время сеанса начинает говорить на неопределенные и абстрактные темы, между которыми я не вижу никакой связи. Я не знаю, к чему он клонит, и начинаю терять терпение. Для описания моего состояния мне приходит в голову часто употребляемое в Рейнской области выражение «fickerig»\*. Он сидит, положив ногу на ногу, с напряженным лицом и постоянно наблюдает за мной. Чем дольше он говорит, тем больше у меня повышается давление. Я чувствую явное ослабление напряжения, когда он заговаривает о конкретной ситуации в ванной комнате. Это было в пятницу вечером, он и его подруга находились в ванной: «Мы оба были...» Он запинаясь и задерживает дыхание. У него, очевидно, не поворачивается язык произнести слово «голые», которое я добавляю для себя. После короткого кашля он начинает заново: «Моя подруга мылась в ванне, а я только что вымылся. На нас ничего не было». Он опускает ногу, немного наклоняется вперед, его предплечья тоже немного подаются вперед: «Она стояла так... когда я ее увидел... я захотел... я...» Время от времени он сглатывает, его дыхание становится глубже, в глазах появляется огонек. «...Я так хотел... э... дотронуться до нее... вокруг... внизу живота».

---

\* Беспокойный, непоседливый, суетливый (нем.). - (Прим. перев.).

Я понял, что ему больше всего хотелось обнять нагое тело его подруги сзади и, вероятно, прижаться к ней. Пока он, запинаясь, рассказывает, как он хотел обнять ее сзади, его тело наклоняется вперед, руки подаются назад, он втягивает живот и держит ладонь так, будто его неожиданно ударили в область живота. Его дыхание прерывается. На короткое мгновение он цепенеет. Я сам бессознательно раскачивался вслед за его движениями и замечаю, что я тоже сгибаюсь и тоже смутно чувствую воздействие в области живота. Его подруга очень испугалась этого неожиданного прикосновения и совершенно остолбенела. Она упрекнула его за это «вероломное нападение». Я догадываюсь об ужасе застенчивого влюбленного, объект любви которого каменеет при его робком, страстном приближении. В качестве «модельной ситуации» (Lichtenberg, 1987) мне приходит на ум ребенок, который в радостном возбуждении подбегает к маме или папе и наталкивается на стену неумолимого равнодушия. В то

время как я еще пребываю в этой ужасной ситуации, он неожиданно для меня отступает в мучительный когнитивный круг взаимных обвинений и самооправдания. Наконец это переходит в попытки когнитивного реструктурирования, в которых он затрагивает и некоторые детские воспоминания своей подруги. В это время я чувствую, как у меня поднимается давление.

Мои замещающие движения в момент его телесного отказа, моя тенденция оставаться на месте его неощутимой травмы, а также напряжение во время его рационализаций и психологизации показывают мне, что пациент здесь описывает сцену, в которой проявляется ранняя модель движения, влияющая на нынешний способ отношений, при этом он не может облечь это в слова, достаточные для преодоления. Когда человек использует весь спектр своих психических выразительных движений, тогда можно отчетливо наблюдать его собственное движение, которое зашло в тупик, не движущегося более единства противоположностей - здесь и там, любви и ненависти, тоски и разочарования, пассивности и активности, терпения и страдания. Двигательный модус сдержанного и заторможенного сближения проявляется во многих модификациях: в той манере, в какой пациент предваряет свою проблему, содержательно - в описываемой сцене, интрапсихически - в неспособности принять участие в собственном опыте, интерпсихически - в стесненной форме вступления в контакт со мной.

Благодаря тому что терапевт внимательно следит за телесными и парателесными моментами собственного движения пациента и своего содвижения, очевидным образом структурируется все взаимодействие. Через участие организма в движении становится особенно очевидным подъем к злополучному кульминационному моменту, душевный тупик и необходимость окольного пути. *Через выразительные движения весь процесс приобретает четкую структуру.* Это тем более важно, когда эмоциональные стремления сильно заторможены, а вербальные выражения служат рационализирующей и психологизирующей защите. Контрперенос тоже структурируется более явно, когда терапевт

– 563 –

открыт для организменного резонанса. Мое желание поторопить его, испуганная задержка дыхания, ощущение неожиданного удара в область живота и мое пребывание в этой совместно пережитой травмирующей ситуации, в то время как он выходит из нее с помощью своих форм защиты, а также мучительная работа рационализации отражают внутренний процесс неудавшегося сближения.

Место блокирования в процессе собственного движения обозначает также место рационального вмешательства. Его вербальное сообщение содержит в своем невербальном послании очевидную драматургию. Кульминация действия телесной драмы - как в ванной комнате, так и в кабинете терапевта - это именно то место, где заторможенное собственное движение блокируется вновь и вновь и где мог бы наступить переломный момент в изменении его стиля жизни. Опуская руки, закрывая и прищуривая глаза, задерживая дыхание, сглатывая, сжимая тело, напрягая живот, он телесно выражает свой индивидуальный закон движения, согласно которому он чувствует, что он снова и снова вынужден приближаться к своему неразрешенному конфликту и страданию, но в то же время страшится связанных с этим психологических последствий и подавляет свои жизненные движения. *Страшная кульминация проблемы отношений - это именно тот пугающий момент терапевтического процесса, поскольку здесь формируется возможный поворот к изменениям.*



Этот пример показывает, как телесные жизненные движения систематически включаются в свободно плавающее внимание и как взаимодействие пациента и терапевта структурируется прототипическим образом. Так мне открылась психодинамика моего пациента. Но от моего глубокого психологического понимания пациенту еще нет никакой пользы, если из-за своего самоотчуждения он закрыт для эмпатического объяснения. Тогда терапевт со своим состраданием встречает так же мало отклика, как пациент встречал в детстве. Хотя здесь речь идет о чрезвычайно значимом терапевтическом моменте развития, самые большие усилия достичь взаимопонимания могут привести к повторению трагедии потери связей. В крайнем случае терапевт может обратиться - если говорить словами Фрейда (ПСС XIII, с. 253) - к «внешним» ощущениям пациента, вербальное обращение к «внутренним» ощущениям часто, не будучи услышанным, рикошетом отскакивает от твердей и укреплений телесной защиты, которая в развитии предшествует психическим защитным механизмам и создает их (Domes, 1992, 1993; Lichtenberg, 1991). Чем меньше пациент способен на телесные и эмоциональные переживания, тем больше терапевтическому диалогу угрожает поток пустых слов.

Если постоянно уделять внимание телесным переживаниям, проще избежать превращения процесса застывания и оцепенения в хронический. Поэтому ниже я выделю шесть *типичных видов вмешательства*, в которых увеличивается степень принятия во внимание телесных жизненных движений и намечается переход от объектной к субъектной точке зрения.

– 564 –

1. Терапевт ощущает комплекс организменных признаков переноса и сообщает пациенту, что он наблюдает. Реакция последнего показывает, затронуло ли его вмешательство. Согласно моему опыту, это редко происходит с пациентами, которые сильно отделились от своего Я.

2. Терапевт связывает свои наблюдения с тем, что он проникается чувствами своего пациента (например, его страхом перед отказом или травмой). Когда это задевает пациента, он может сделать важный шаг: ослабить свое вынужденное самоподавление. Правда, сегодня мы встречаем много пациентов, до которых вначале нельзя достучаться даже через эмпатические усилия терапевта достичь взаимодействия.

3. Терапевт сводит свои ощущения в образ развития. В случае моего пациента у меня возник образ радостно взволнованного ребенка, который в возбуждении бежит к главному значимому лицу, чтобы поделиться с ним своим радостным настроением, но со всей силы своей эмоциональности ударяется о стену безжалостного равнодушия. Соответствующие объяснительные образы часто раскрывают модельные ситуации детства, а также актуальные отношения, в частности отношения с терапевтом. Они затрагивают пациента в его глубинном слое, точнее, на уровне регрессии, который находится по другую сторону языковых символов взрослого. Целостная и оперативная логика восприятия этих картин дает пациенту возможность разобраться в жизненной фазе, предшествующей речесимволической записи. В этих случаях терапевт тоже должен проверить влияние своего вмешательства, нашел ли он соответствующий пациенту уровень или пациент реагирует на это только так, будто он снова получил новый образец интерпретации, который он теперь должен ассоциативно подтвердить или опровергнуть. Если напряжение и оцепенение между пациентом и терапевтом сохраняется, то, согласно моему опыту, необходимо систематически обращать внимание на диалект органов и язык тела и помочь пациенту, чтобы он смог снова вступить с самим собой в диалог на языке тела, а не закреплять очевидное

самоотчуждение еще больше за счет попыток провести анализ. Тогда терапевт работает непосредственно над подавленной жизненной силой, в психоаналитической терминологии - над телесным самоопределением пациента.

4. Терапевт описывает свои наблюдения и предлагает пациенту еще раз вернуться на «узкое место» его опыта, и, по возможности не разговаривая, сконцентрироваться на том, что он может ощутить в этот момент. Через расширение этого значимого момента терапевтического процесса принцип свободных ассоциаций распространяется на телесное измерение. Это *жизненно важная* помощь, поскольку пациент учится уделять внимание самому себе, чувствовать себя, держать *ответ* перед самим собой.

5. В крайнем случае, можно еще больше усилить «реанимационные меры». Так, можно обратить внимание пациента на то, как он задерживает дыхание, и побудить его дышать глубже, по возможности вдыхая в ту область тела, кото-

– 565 –

рую он как раз прикрывает рукой. Когда пациента не трогает вербальная эмпатия, тогда, как правило, его еще можно задеть на этом организменном уровне, так как, несмотря на все самоподавление, еще остались заторможенные жизненные импульсы.

6. Особенно выразительные картины пациенты могут создать, когда терапевт подхватывает их телесные движения и побуждает пациентов еще раз последовать своим импульсам. Так, терапевт обращает внимание пациента на робкие импульсы пальцев на ногах, ног, пальцев рук, ладоней, рук, плеч, рта, языка, челюсти, бедер, головы, шеи, глаз и т. д. и спрашивает пациента, не захочет ли он позволить своему телу «говорить» самому. Точно так же он направляет внимание пациента на ситуации, в которых пациент ведет с самим собой диалог на языке тела: например, когда он кладет одну ногу на другую или наступает одной ногой на другую, когда одна рука гладит другую, когда он кладет руки на лицо или подпирает руками голову и т. д. Так терапевт подхватывает тон дыхания или модуляции голоса и предлагает пациенту невербальное пространство для акустического звукоподражания. Часто совместное действие может произвести сильное впечатление, если в терапевтическом процессе сжатому кулаку, подергивающейся ноге или шумному дыханию предоставляется простор для самовыражения. Выявляющиеся при этом смысловые формы все больше структурируют актуальные связи, в частности связь между пациентом и терапевтом.

Чтобы лучше пояснить последние рассуждения, я привожу ниже ряд сжатых примеров языка тела и диалекта органов:

- когда движения челюсти и рта пробуждают воспоминания о кормлении грудью и об отнятии от груди, а также о переводе на твердую пищу, и при этом объясняются актуальные «затруднения при кусании» и страх перед расставанием, равно как и сдерживаемая ярость;

- когда ритмические колебательные движения пациентов, вызывающих образ госпитализированного ребенка, воскрешают раннее чувство одиночества и делают понятными нынешние защитные механизмы;

- когда в том, как пациент смотрит и отводит взгляд, как он поворачивается и отворачивается, засыпает и пробуждается, вновь инсценируются нерешенные проблемы фазы повторного сближения;

- когда в движении вперед и отходе назад, расширении и сжатии, во вдохе и выдохе оформляется типичный стиль отношений;

- когда в телесных образах возникают значимые ситуации, имевшие место на пеленальном столике, которые мгновенно могут сделать легко понятными нынешние нарушения отношений;

- когда в подергивании рук и ног вырисовываются и оформляются агрессивные и экспансивные тенденции;
- когда пациент корчится и извивается, как будто ему необходимо избавиться от внешних и/или внутренних пут;

– 566 –

- когда он сам касается себя пальцами, руками или ногами, как будто они воспроизводят нежные или неодобрительные жесты значимого лица;
- когда его шея вытянута, как будто он должен с трудом держаться над водой или препятствовать падению в бездну;
- когда он выпрямляет колени, чтобы компенсировать неопределенность своей собственной позиции, и т. д.

Когда у терапевта возникают двигательные образы и когда они исчезают, им руководят особые организменные реакции контрпереноса, как, например:

- когда он замечает, что его дыхание становится все более поверхностным и он сам становится непосредственным участником самоограничения пациента;
- когда его давление повышается и он констатирует, что он оказался втянут в «работу-головную боль»;
- когда он чувствует усталость и сонливость;
- когда у него спирает в горле или когда он чувствует удушье;
- когда его желудок судорожно сжимается или он чувствует нечто похожее на удар в область живота;
- когда он чувствует сильное желание закричать, вскочить, ударить или встать;
- когда его сердце начинает громко стучать, бешено биться или болеть;
- когда он чувствует сексуальное возбуждение или не испытывает ничего похожего там, где этого можно было бы ожидать;
- когда его спина напряжена или начинает болеть;
- когда он реагирует или хочет отреагировать на бессознательные вокализации своего пациента, как будто он чувствует призыв к диалогу на другом уровне;
- когда его голос меняется и он, так сказать, переходит или перешел в новый модус отношений со своим пациентом;
- когда он смотрит вслед своему пациенту или отворачивается от него и закрывает глаза, и таким образом он неявно устанавливает или прерывает особый контакт и т. д.

Когда терапевт помогает пациенту лучше понять свои эмоциональные и телесные движения, он может руководствоваться следующими ориентирами:

1. Принцип «свободных ассоциаций» систематически распространяется на телесное измерение психического самовыражения;
2. Когда общепсихический процесс грозит застыть или расплыться, терапевт подхватывает оставшиеся рудименты жизненной силы, которые дольше всего удерживаются в телесной сфере;
3. После того, как он сфокусировал и прояснил ситуацию вместе с пациентом, он предлагает пациенту позволить своему телу сказать или сделать именно то, на что оно в данный момент намекает;

– 567 –

4. Терапевт заботится о том, чтобы эти проявляющиеся импульсы получили возможность осмысленного формирования. Для этого формирующимся единицам

действия требуется соответствующее время и защитные рамки, которым могут помешать более высокоорганизованные функции, такие как речь;

5. Так как пациент сопровождает свои жизненные движения рассудком взрослого, он будет, после создания характерной сцены, возвращаться к использованию языка, чтобы описать и классифицировать свое поведение и переживания. Однако в начинающемся диалоге между пациентом и терапевтом акцент переносится с сообщений о соответствующем толковании к сообщениям о значимом переживании;

6. Часто сформировавшиеся в терапевтическом пространстве образы непосредственно раскрывают и события переноса. Иногда для того чтобы понять свои переживания как прототипы всей действительности, пациенту требуется помощь терапевта.

## 6. ТЕЛЕСНЫЙ ДИАЛОГ В РАСШИРЕННОЙ ОБСТАНОВКЕ

При переходе от традиционной обстановки к расширенной терапевт отказывается от своего постоянного места (за кушеткой или напротив пациента) и включает в свою психоаналитическую работу движение и прикосновение. Эту перемену можно наглядно пояснить на примере Хирша, который в своем сочинении о теле в психоаналитической терапии останавливается на общественно разрешенном и даже желательном контакте между пациентом и терапевтом, а именно: рукопожатии до и после сеанса. На этом хорошо знакомом каждому аналитику примере прикосновения Хирш показывает, что подача или пожатие руки «часто является точным указанием на внутреннее состояние человека» (Hirsch, 1994, с. 156):

«Оно может колебаться от слабого, "резинового", вялого и бессильного до решительного, сильного и болезненно-агрессивного. Руки могут быть холодными или горячими, влажными или сухими, твердыми или мягкими. Отсутствие взаимопонимания между двумя людьми может выразиться в том, что две тянущиеся друг к другу руки разминутся. При подаче руки могут, кроме того, проявиться аверсивные тенденции, подумайте о чрезмерно потных руках или руках, покрытых экземой, так что прикосновение этой руки содержит в себе некую оговорку, некое ограничение. Также возникают амбивалентные ситуации, когда один из здоровящихся болеет инфекционным заболеванием и другой боится заразиться им через рукопожатие.

– 568 –

На одну характерную особенность некоторых людей, и как раз некоторых пациентов, я обратил внимание не в последнюю очередь благодаря своим реакциям раздражения. Я имею в виду самовольное усиление и продление обычно гармоничного и естественного контакта во время рукопожатия, который возникает при взаимном согласии. В подобных ситуациях рука партнера удерживается заметно дольше, частично сжимается между большим пальцем и остальными пальцами, и ладонь "жертвы" прямо-таки протирается, как будто там есть еще что взять. Разумеется, при этом явлении речь идет о сигнале потребности, которую "виновник" не осознает, возможно, это потребность на уровне предсознания, но реакция раздражения точно передает характер нарушения границы. В ходе терапии этот симптом может появиться и снова исчезнуть, он всегда указывает на фазы повышенной потребности. Можно обнаружить и

противоположный случай, а именно: в рукопожатии выражается отказ от контакта, когда рукопожатие небрежное или прерванное» (Hirsch, 1994, с. 156).

В этом выразительном примере прежде всего еще раз наглядно иллюстрируется отношение к телу в психоанализе. Между «рукопожатием» и «внутренним состоянием» устанавливается непосредственная связь, но само по себе телесное переживание не имеет значения моста через пропасть между телесным и психическим. Тело и его выражения остаются в положении объекта. Что сделал бы психоаналитик, который включает в свою работу методы телесно- и двигательно-ориентированной терапии? Существенное различие состояло бы в том, что после того как он сообщил пациенту о своих наблюдениях, он предложил бы ему взять рукопожатие с собой на аналитический сеанс и посмотреть, какой невербальный диалог при этом возникнет. В этом месте аналитик, не имеющий опыта в этих пробах на действие и прикосновение, мог бы спросить себя, зачем нужна такая проба, если он и пациент уже много раз совершали такое прикосновение до и после сеанса. Собственно говоря, подобающий ответ на этот вопрос могло бы дать только само фактическое испытание. При этом он смог бы «испытать на собственном теле», как изменилось бы взаимодействие, несмотря на все формальное сходство.

Читатель/читательница тоже может приблизиться к такому опыту, а именно: через воображаемое действие, в котором угадывается и прослеживается существенное различие между социальным жестом и терапевтическим контактом рук. Даже если рукопожатие уже много раз практиковалось, возникает совершенно иная ситуация, когда такое действие осуществляется в психотерапевтическом контексте, в котором речь всегда идет об определенном прояснении отношений. Читатель/читательница может представить себе, что было бы, если бы он/она разыграл/а пробу на прикосновение со своим пациентом/пациенткой или с коллегой из группы Интервидения или со своим партнером/парт-

– 569 –

нершей. При этом он/она наверняка почувствует явное различие между социальным или терапевтическим контактом, хотя действия в обоих случаях очень похожи. Уже в ответ на одно мое предложение можно представить много характерных реакций: скепсис, любопытство, интерес, сомнение, страх, раздражение, отвращение и т. д. В отношении потенциальных партнеров, по всей вероятности, возникают спонтанные чувства симпатии или антипатии. Вероятно, в этой связи вспоминаются и многие более ранние переживания, связанные с прикосновением. Проба действием в терапевтическом процессе тоже чаще всего начинается с мыслей, которые возникают в ответ на такое предложение, иногда при этом она даже не проводится фактически. На моем курсе по введению в телесно-ориентированную аналитическую психотерапию проводится эксперимент, в котором нужно взять руку партнера. При таком кажущемся столь простым действии участники, как правило, испытывают новые волнующие переживания в отношении самих себя, вернее, при этом они могут с достоверностью тела проследить существовавшие до сих пор представления о себе. Я вспоминаю одну пациентку, которая впервые заметила, как старательно она пыталась сделаться незаметной, когда она телом *поняла* - вопреки здравому смыслу, - что ее кулак в моих руках как будто уменьшился и растворился.

Из моего терапевтического опыта я бы хотел обратить внимание на еще одно дополнительное различие. Такие добросовестные предварительные диагностические рассуждения могут значительно ограничить пространство возможного собственного

движения, которое нередко можно открыть с помощью простой воображаемой пробы. Благодаря этому моя терапевтическая работа все больше переходила от раскрытия к открытию. Это требует от терапевта готовности отправиться в экспедицию по неисследованному континенту, при этом он отдается на неуверенное управление пациента и полагается на свою собственную аналитическую компетентность, как на компас. Наконец - и в этом заключается коренное различие - при этом дается ответ на *телесные выражения как исконные проявления Я* (Kühn, 1994), как *собственные движения*. Таким образом терапевт, специализирующийся на телесно-ориентированной терапии, отказывается от своей объектной позиции по отношению к телесным движениям. *В этом случае пациент и терапевт фактически позволяют своим рукам говорить друг с другом на присущем им языке органов*. Тому, кто принимает в этом участие, открываются базальные формы непосредственного понимания.

Эпизодический отказ от вербального обмена не означает отказа от типичного для психоанализа герменевтического понимания. Речесимволическое понимание в известной степени идет параллельно с действием, но оно не просто работает по инерции, но сопровождает первоначальные аффекты Я в телесном диалоге, следовательно, оно постоянно наполняется через жизнь и переживания. За счет того что язык время от времени выносится за скобки, внимание сосредоточивается на первичных процессах переживания. Когда пациент и те-

– 570 –

рапевт не погружаются опрометчиво в абстрагированные рассуждения, и оба начинают говорить на диалекте органов, тогда разворачивается диалог на языке тела, в котором пациент на базальном уровне проникает в суть своего характерного пространства движения. Разрешая выразительным движениям играть роль субъекта, терапевт преодолевает стадию «психологии одного человека» и в отношении телесного измерения.

Вышеуказанным образом *пациент и терапевт могут вести разносторонний диалог на языке тела и использовать презентивное понимание для основополагающего процесса лечения пациента*. Они могут, например, позволить говорить только глазам и вступить в визуальный обмен, они могут вести дыхательный или вокальный диалог или ассоциативно «просто делать что-то вместе без слов». Эта проба действием оказывается особенно эффективной, когда, например, запутавшиеся в словах участники группы или пары таким образом очевидно и телесно выражают неосознанные трудности своих отношений. В свете этих примеров становится понятно, что от психотерапевта, занимающегося телесно- и двигательно-ориентированной терапией, особенно требуется способность уступать и способность разграничения, хотя в психоанализе эта диалектика несколько отстраненно характеризуется как абстинентность. Поскольку этот принцип в его сегодняшнем психоаналитическом понимании нельзя определить через физически измеримую дистанцию, я выразил понимаемое под этим терапевтическое состояние как форму со-движения (Heisterkamp, 1993, 1996). В заключение я хотел бы привести пример того, как в телесно- и двигательно-ориентированной терапии, основанной на психоанализе, идет работа над вынужденным самоторможением пациента и обращается внимание на то, чтобы рефлексивное понимание происходило на основе аффектов Я. Таким образом, репрезентативное и презентивное понимание могут плодотворно взаимодействовать.

В примере речь идет о моей коллеге, которая в ходе бракоразводного процесса, воскресившего в памяти ранние травматические переживания, еще раз прибегла к анализу и для этого раз в неделю приходила ко мне. Спустя примерно два года она

приняла участие в моем курсе по введению в телесно-ориентированную аналитическую психотерапию. На индивидуальном сеансе после группы пациентка обратилась со следующей проблемой.

Она шла на вечеринку по случаю дня рождения, когда она почувствовала, как у нее снова появилась потребность в партнере, и она представила себе, как она встречает мужчину, который ей понравился. Но эти побуждения сразу же стали поводом для того, что она показалась себе смешной, ей стало стыдно, и она замкнулась в себе. Ей и мне пришли на ум ряд мыслей, которые объясняли ее чувство стыда и ее сдержанность. Мы заговорили о ее страхе признаться в интимных потребностях и потом чувствовать себя пристыженной. Она высказывала предположения, когда она могла чувствовать себя пристыженной в ро-

– 571 –

дительском доме и во время анализа, откуда мог появиться ее страх в отношении своих подлинных побуждений. Наконец, мы смогли найти в ее стыде неудовлетворенную детскую потребность в безусловном принятии, которая в зрелом возрасте привела к страху, потребность оправдывать ожидания и оценки в отношении собственной позиции. Постепенно я почувствовал, как становится все труднее отличать аналитические рассуждения от переживаний, как у меня повышается давление и возрастает напряжение.

Когда пациентка почувствовала нечто подобное, она заговорила о том, как ее проблема проявлялась телесно: сидя в кресле, она поняла, как выглядели ее движения на празднике:

*«Когда я шла и стояла, у меня всегда было такое чувство, будто меня тянет назад. Даже когда я шла вперед, я как бы скрывалась за стеклом и таким образом создавала дистанцию. В институте, на сессиях или в моей психотерапевтической работе я чувствую себя хорошо, этой дистанции нет, и я могу свободно смотреть и свободно идти вперед».*

Чтобы предупредить переход к вербализации, я поддержал двигательный аспект и спросил ее, не хочет ли она пройти через лечебный кабинет двумя этими способами, какие она описывала. Она могла бы представить себе отдельные сцены, в одной из которых она шла закомплексованно, а в другой раскрепощенно. Она с интересом отнеслась к моему предложению. Ей сразу же пришла в голову сцена на заседании, когда она чувствовала себя по-настоящему свободно в противоположность своим ощущениям на празднике. Еще в то время как она говорила это, я заметил, как она оживилась. Она выпрямилась, подняла голову, расправила плечи и грудь. Глубоко вдохнула и легко, с сияющими глазами прошла через комнату. Я видел, что она очень привлекательна, и чувствовал, что она мне нравится. Я был поражен, какой оживленной она казалась. Я ясно ощущал эротическую привлекательность, которая исходила от нее в этот момент.

При переходе в другое состояние у нее на глазах выступили слезы. Она сразу же проявила совершенно иное настроение, и теперь казалась очень скованной и отстраненной. Ей все (например, картины на стене) казалось далеким. Ее походка очень явно изменилась. Она двигалась неуверенно и спотыкалась, почти падала, бедра были скованы, плечи снова ссутулились. Она стала грустной, остановилась и заплакала. Она чувствовала себя угнетенной и подавленной. В промежутках она то и дело начинала плакать. Затем она ухватилась за стеллаж и сама испугалась от того, как скованно, как

неуверенно и испуганно она чувствовала себя в этом втором состоянии. И я чувствовал себя совершенно по-другому. Я чувствовал себя в положении отца и ощутил порыв защитить ее, взять ее за руку, не оставлять ее одну.

Главные переживания этого сеанса в протоколе она описала так:

– 572 –

«Я встаю и иду. Эти два способа идти и быть я ощущаю совершенно по-разному. Бытие на празднике ощущается как приглушенное, мое дыхание замирает, оно стеснено, я чувствую хандру, становится грустно, все мое бытие заторможено, несвободно, мои шаги становятся меньше, когда я иду вперед, кажется, что меня что-то тянет назад. Мне боязно, я взглядом прошупываю пространство перед собой, что же там, критично, скептически, на ощупь, несколько нерешительно. Я иду тихо-тихо, как будто мне вообще не следует идти. Переход к ситуации в профессиональном пространстве ощущается очень резко. Я свободна, я могу дышать, мои шаги свободны, ноги идут будто сами собой и в суставах нет ничего похожего на тормоз. Я вижу картину на стене и могу свободно и открыто подойти к картине, все светло и ясно, мое дыхание льется свободно, и вообще такое ощущение, что во мне что-то течет. Я чувствую радость, я чувствую, что просто могу быть. Когда я перехожу к походке на празднике, меняется и мое настроение. Мрачность, печаль, даже какой-то ужас, затем что-то ужасное во мне. Время от времени начинают литься слезы, Я больше не могу выносить эту походку с такой четкостью и ясностью. Я лучше буду ходить и быть по-другому – как в другом теле, в другом туловище. Я чувствую себя настолько по-разному, что я с трудом осознаю тот факт, что это все я. Я еще никогда так ясно не чувствовала в себе эти два ощущения бытия рядом».

На этом сеансе пациентка телесно-сценически представила свою главную проблему структурирования. Она с достоверностью тела почувствовала две фундаментальные потребности. Одна толкала ее в регрессивном направлении (опереться на что-либо, получить мучительно необходимую поддержку), а другая - в прогрессивном направлении (самой представлять себя, быть самой собой). Интенсивно и последовательно пережив обе эти тенденции, которые она до сих пор должна была удерживать бессознательными и разделенными, она совершила в двигательной пробе важный шаг к внутренней интеграции. В биографическом отношении она припомнила целый ряд связанных с разводом травматических переживаний, которые она уже проработала в своем учебном анализе и которые теперь были оценены заново на основе опыта. Она растерянно реагировала на факт, что ее мать вела дневник, к которому детально описывала развитие ее трех старших сестер, и прекратила писать непосредственно после ее рождения, факт, хотя и давно доступный, но впервые установленный на данном этапе анализа. При этом наблюдении воскресло ее прежде неосознаваемое сомнение в том, что она вообще была желанным ребенком. В качестве компенсации за это глубинное сомнение в себе, она взяла на себя исполнение надежд родителей и превратилась в явную «радость семьи». Соответственно этому усилилась ее потребность в значимых лицах, которых она воспринимала и принимала бы даже с их «теневыми сторонами».

– 573 –



В пробе действием особенно отчетливо проявляется процесс переноса. Я чувствовал, что пациентка затрагивает меня на многих уровнях регрессии. Один раз - как отца влюбленного ребенка на доэдиповой стадии развития, который еще хочет, чтобы его держали и поддерживали, и ищет мучительно необходимый «объект Я». Мы также обнаружили девочку на эдиповой стадии, которая еще пытается связать сексуальное желание с детской потребностью в заботе. Из-за этих бессознательных тенденций она еще в ранних отношениях оказывалась в конфликтных ситуациях, которые обычно возникают между партнерами, взаимно *нуждающихся* друг в друге, как в стабилизирующем объекте Я. Связанную с этим неуверенность в себе она не переживала в профессиональных контактах, так как в профессиональной сфере она всегда «блистала» и находила признание, сверх того, заранее сформированная модель движений в профессиональной области давала ей достаточную уверенность в общении. Кроме того, я чувствовал себя как отец дочери-подростка, которая в рамках безопасной семейной/терапевтической ситуации хочет испытать силу своей привлекательности на отце и счастлива от того, что он может любоваться ее независимым развитием.

## 7. МЕТОД

Аналитическая двигательно- и телесно-ориентированная терапия осуществляется в рамках ситуации, организованной с помощью аналитических соглашений. Терапевтическая область выходит за пределы кушетки и распространяется на весь кабинет. Аналитические правила дополняются с помощью соглашений и информации о смысле и форме возможной работы с телом.

Предложение провести пробу действием касается формирующегося собственного движения пациента, а также жесткой позиции его вынужденного самоподавления. Оно подхватывает доступные пациенту рудименты движения.

Через содвижения терапевта в ответ на телесные жизненные движения пациента инсценируются неразрешенные моменты развития. Эта картина структурирует множество актуальных жизненных проблем пациента по универсальному двигательному образцу.

Уже в тот момент, когда пациент обдумывает предложение провести пробу, пробуждается множество личностно значимых фантазий и чувств, с помощью которых индивидуальным образом формируется пока еще смутный объяснительный образ. Обсуждение этого представления дает дальнейшее прояснение в отношении того, хочет ли пациент реализовать воображаемую сцену и как он хочет это сделать, и будет ли ему полезна эта попытка.

– 574 –

Когда подготовленная и проработанная таким образом проба действием реализуется, пациент моделирует ее еще раз с точки зрения своего бессознательного закона движения. Здесь пациенты могут с большой интуитивной достоверностью определить терапевту нужную роль в диалоге действия.

После того, как испытание закончится, пациент и терапевт еще раз рассматривают организованную сцену. Часто подведение итогов стимулируется результатами нынешнего понимания и сопутствующей рефлексии. При этом новое понимание, основанное на переживаниях тела, связывается с предшествующим. Пациент может еще раз охватить намеченные в общих чертах комплексы и далее проработать их.

– 575 –

# МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

## 1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Когда говорят о групповой психотерапии, имеют в виду (Heigl-Evers, 1972) «психотерапию как метод лечения, который обращен с помощью психологических средств к душе». Групповая психотерапия - в то же время и терапия группы: «Она применяется в рамках отношений множественности». Но при этом психотерапия всегда остается лечением одного-единственного человека ориентированным на его индивидуальные жалобы. То есть объектом групповой психотерапии, как и ранее, является отдельный человек. Но в множественности отношений группы он получает возможность изучить существенную часть своего человеческого бытия: «как член множества он остается единственным в своем роде» (Heigl-Evers, 1967). Тем самым демонстрируется, что множественность и автономия противостоят друг другу диалектически.

Групповая психотерапия отличается от индивидуальной психотерапии ситуацией множественности. От подхода, ориентированного на групповую динамику, она отличается тем, что внимание концентрируется на одном человеке, то есть решаются задачи индивидуальной терапии (ср. Fenger und Rueger, 1978). И даже с учетом этих ограничений можно выделить ряд направлений групповой психотерапии.

Ялом (Yalom, 1989, с. 13) описывает многообразие методов групповой терапии:

«Группы сопровождения хронических больных, группы помощи больным раком, группы для людей с нарушениями аппетита, группы бесед для ветеранов вьетнамской войны, группы для пациентов, перенесших инфаркт, пациентов с параплегией (двусторонний паралич), с потерей зрения и отказом почек вследствие диабета - все разновидности групповой психотерапии. Кроме того, групповая психотерапия используется для лечения хронических или острых госпитализированных психиатрических пациентов, а также для относительно хорошо адаптированных людей, имеющих невротические или характерологические нарушения и ищущих помощи психотерапевта».

### 1.1. Историческое развитие

Уже во многих древних культурах - на это в своем историческом обзоре указывают Хайгл-Эверс и Шульце-Дирбах (Heigl-Evers und Schultze-Dierbach, 1985) - больные люди лечились в группах, при этом священник или шаман как

- 576 -

носители общих ожиданий выздоровления группы играли попутно и руководящую роль. При этом интуитивно использовались феномены, которые проявляются исключительно в группах, например, углубленное переживание аффектов или отмена старых и создание новых норм.

Возникновение современной групповой психотерапии в целом единодушно относят к началу нашего века (ср. Heigl-Evers, 1972), когда Пратт (Pratt, 1906) в санатории лечил туберкулезных больных с помощью психотерапии в группах. Представляя себя в виде идеализированного образа отца, он пытался способствовать формированию такого поведения, которое будет благоприятствовать процессу

выздоровления. Надо отметить, что обычно он набирал большие группы (80-100) пациентов с одинаковой проблемой.

Вторым здесь следует назвать Марша (Marsch, 1931), который, в отличие от Пратта, делавшего акцент на объединение группы вокруг лидера, проводил групповые сессии для страдающих психозами, структурированные по типу братских отношений. Тем самым он спроектировал такую структуру группы, которая сохранила свое значение до сегодняшнего дня и, в частности, является базовой структурой групповой динамики «анонимных алкоголиков» (это движение было основано в 1935 году в США). Наконец, следует упомянуть Шилдера (Schilder, 1928), который был первым психоаналитиком, проводившим групповое лечение, опять же преимущественно для страдающих психозами.

По мнению Хейгл-Эверс и Шульце-Дирбах (Heigl-Evers und SchulzeDierbach, 1985), общим для первых групповых методов является смешение дидактики и дискуссии, хотя в целом созданные групповые структуры были весьма различными. Сравнить хотя бы типы руководства группой: у Пратта - идеализированный лидер типа отец-Бог, у Марша, напротив, функция руководителя группы была почти ликвидирована.

Таким образом, ранняя фаза развития современной групповой психотерапии обозначила по сути весь спектр основных тенденций дальнейшего развития.

Одним из подлинных отцов групповой психотерапии считается Морено (см. главу 4.6, который после своего переезда в США в 1925 году преобразовал свои венские опыты с театром спонтанности в терапевтический метод. Морено стал известен не только как основатель психодраматического метода, но и как создатель концепции социометрии: этим он внес свой вклад в развитие групповой динамики и социальной психологии.

В 40-е годы многие психиатры и психоаналитики (отчасти сказало влияние войны и послевоенного времени) обратились к групповой психотерапии и связали между собой самыми различными способами психоаналитические и социодинамические концепции (см. обзор Heigl-Evers, 1972). Среди прочих имен нужно упомянуть Фолкеса (Foulkes, 1957) и Бион (Bion, 1961) в Англии, Витакера и Либермана (Whitaker and Lieberman, 1965) в США; в немецкоговорящих

– 577 –

странах следует особенно отметить работы Аргеландера (Argelander, 1968), Шиндлер (Schindler, 1957) и Хайгл-Эверс и Хайгла, положивших начало развитию психоаналитических групповых методов.

Геттингенская модель, ведущими разработчиками которой были двое последних из упомянутых нами авторов, связывает аналитические и социально-психологические теории. Кроме того, ее можно сопоставить с моделью Фолкеса (König, 1992). В настоящее время в Германии можно пройти обучение обеим этим моделям (Heigl-Evers und Heigl, 1994; Foulkes, 1992).

В целом можно говорить о том, что концептуализация как аналитически ориентированной групповой психотерапии, так и неаналитических методов завершена (например, Fiedler, 1996).

После относительно спокойного развития этого направления вплоть до 60-х годов, в 70-е и в начале 80-х годов в рамках общего «психологического бума» последовал еще больший «групповой бум», который к настоящему моменту сократился (по подсчетам Хайгла, в середине 70-х годов в немецкоязычных странах использовалось более 100 методов, имеющих слово «группа» в названии). Между тем

необходимо определить, какие из имеющихся методов действительно эффективны, а какие сомнительны и недолговечны; для этого нужно осуществить критическую проверку процесса и результата использования этих методов. Сейчас, прежде всего в Америке, исследователи снова указывают на возможности групповой терапии, ссылаясь на экономию средств в здравоохранении (например, Rosenberg und Zimet, 1995; Gans, Rutan und Wilcox, 1995).

## **1.2. Особенности лечения в группах и отличия от индивидуальной терапии**

Даже если различные методы групповой психотерапии сильно отличаются друг от друга по своим теоретическим подходам и их влиянию на практику лечения, они все же имеют ряд общих особенностей в сравнении с индивидуальной терапией. На этом следует остановиться подробнее, причем тщательному рассмотрению будут подвергнуты следующие позиции:

- специфические различия между индивидуальной и групповой терапией на примере аналитически ориентированной групповой терапии;
- взаимозависимость индивидуальных интрапсихических и интерактивных процессов, связанных с групповой динамикой;
- социально-динамическое распределение функций в группе;
- роль терапевта;
- регулирование регрессии в группе;
- специфические механизмы групповой терапии и, наконец;
- критерии показаний к психотерапевтическому лечению в условиях группы.

– 578 –

## **1.3. Специфические различия между индивидуальной и групповой терапией на примере аналитически ориентированной групповой психотерапии**

Специфические различия между аналитической групповой психотерапией и индивидуальной психотерапией были выявлены уже в работах Фолкеса (Foulkes, 1958), Гротьяна (Grotjahn, 1958), Куби (Kubie, 1958) и Загера (Sager, 1959) и детально разработаны в 1968 Хайгл-Эверс и Хайглом. Существенный признак группы - это множественность, (и здесь используются такие выражения как «быть среди многих», «быть единственным в своем роде членом группы» и далее, «не быть независимым»), а это означает, по мнению Х. Арндт (1960), «относительную непредсказуемость последствий собственных действий», которая связана не с поступком как таковым, а с «тканью отношений», в которой находится каждый человек (ср. Heigl-Evers und Heigl, 1968, с. 22).

Оба автора анализировали то, какие следствия имеет ситуация множественности в группе, проверяли в этом отношении интроспекцию и интеракцию, реальность и регрессию, перенос и защитные механизмы и, наконец, перенос, который терапевт испытывает в группе.

«В той мере, в которой аналитическая индивидуальная терапия из-за своей приватности (как одного из механизмов действия) благоприятствует **интроспекции**, она препятствует **интеракции** как взаимной интерперсональной стимуляции эмоциональных и поведенческих реакций. И наоборот, для аналитической групповой

психотерапии справедливо то, что она, вследствие того, что участники видят и слышат друг друга, стимулирует интеракцию именно в той мере, в какой она может ограничивать интроспекцию» (с. 30).

Присутствие гетерогенных объектов действия благоприятствует разнообразным интеракциям, причем группа как целое, как микросообщество включает в себя социальную сторону каждого конкретного человека. Сильные стороны групповой психотерапии заключаются, таким образом, в том, что она способствует актуализации интерактивных способностей и в меньшей степени поддержанию интроспективных возможностей. Что касается показаний, то по мнению Роггеманна (Roggemann, 1978), групповая психотерапия может быть рекомендована именно тем пациентам, интроспективный потенциал которых недостаточен для индивидуальной психотерапии (ср. Rueger, 1981, с. 5).

Группа делает возможной быструю и глубокую регрессию, которая часто воспринимается как менее угрожающая по сравнению с индивидуальной терапией так как группа расстается после окончания сеанса и затем встречается только на следующей сессии. Таким образом, смена регрессивных и прогрессивных переживаний более очевидна, чем при индивидуальной терапии. Тера-

– 579 –

певт имеет возможность акцентировать в группе различные уровни, на которых он работает: рациональный осознаваемый уровень, уровень переноса, связанный с эдиповым комплексом, и преедипова переноса (Horwitz, 1994). Некоторые пациенты получают выгоду прежде всего от малой интенсивности переноса на рациональном уровне или уровне эдипова комплекса, на которых происходит многосторонний перенос. Другие извлекают выгоду из более глубокой регрессии и более интенсивного переноса в преедиповом аспекте.

При умеренной регрессии в групповой терапии часто имеет место многосторонний перенос, при котором группа рассматривается как отображение семьи. Конфликты, возникающие на основе эдипова комплекса, могут быть проработаны следующим образом. При глубокой регрессии группа переживается как общность, частью которой является сам человек. Часто при этом группа воспринимается как материнский объект из раннего детства, так что могут быть проработаны образцы поведения этого периода. Многосторонний перенос в группе делает возможным по-настоящему стабильное деление объектов на хорошие и плохие. Поэтому те пациенты, которым такое деление необходимо для сохранения своих хороших объектов, могут с гораздо меньшим страхом прорабатывать и высказывать свои желания и фантазии в группе, чем в ситуации индивидуальной терапии.

Закрытые группы, если они не слишком сильно структурированы терапевтом, часто демонстрируют развитие от глубокой регрессии в начале терапии, которая характеризуется небольшим количеством информации о ходе групповой терапии и сильным страхом, вплоть до образцов поведения, возникающих на основе эдипова комплекса, в ее конце. С определенной точки зрения течение терапии может переживаться группой как индивидуальное человеческое развитие - от симбиотических способов сосуществования с группой до оральной зависимости от нее, поисков автономии и деятельности в связи с половыми различиями в группе.

В то же время группа предоставляет возможность использовать себя в качестве «полигона для пробных изменений в мышлении и прежде всего в представлениях и в поведении» (Heigl-Evers und Heigl, 1968, с. 40). В связи с этим перевод приобретенного в группе опыта на внетерапевтические ситуации проходит легче, нежели перевод

опыта, полученного благодаря индивидуальной терапии. В условиях индивидуальной терапии бывает так, что более зрелые возможности взаимодействия в социальных группах реализовываются гораздо позже, когда они начинают соответствовать вызванной терапией новой представленности объектов.

Однако вышеупомянутые утверждения несправедливы для тех психоаналитических концепций групп, в которых многосторонний перенос намеренно предотвращается. В этих подходах группа рассматривается исключительно как целое, и воздействие направляется всегда на эту целостность (ср. Argelander,

– 580 –

1969, 1972). В этой концепции отношения между многими в группе сводятся к отношению между двумя людьми, и групповая психотерапия сводится к этому специфическому основанию.

#### **1.4. Взаимозависимость индивидуальных интрапсихических и интерактивных процессов, связанных с групповой динамикой**

Механизмы защиты, которые наблюдаются в индивидуальной терапии, обнаруживаются также и в группах. Но здесь, помимо них, добавляются существенные и специфические для групп уровни защит, на которые многократно указывали Хайгл-Эверс и Хайгл (Heigl-Evers und Heigl, 1973, 1975, 1979b): «психосоциальные защитные маневры» или «психосоциальное образование компромиссов». Под этим следует понимать следующее: интрапсихические патогенные конфликты служат причиной межличностных или психосоциальных конфликтов при групповом взаимодействии; под психосоциальным образованием компромиссов имеется в виду преодоление опасностей, «которые могут проявиться под влиянием неосознанных внутриличностных конфликтов на взаимодействие с другими членами группы» (Heigl-Evers und Heigl, 1975, с. 244). Без преодоления этих конфликтов человек рискует быть исключенным из группы, и тогда группа на длительное время может потерять цельность:

«Психосоциальное образование компромиссов защищает единичного члена группы от потери принадлежности и общность участников группы от распада группы или от потери отдельных ее членов. То есть оно усиливает сплоченность группы» (Heigl-Evers und Heigl, 1979b, с. 322).

Классические механизмы защиты как результат деятельности Я представляют собой внутриличностное образование компромиссов, которое служит для поддержания индивидуального гомеостаза, тогда как психосоциальное образование компромиссов представляет собой межиндивидуальное достижение группы, которое гарантирует сохранение сплоченности группы.

Так, отвержение и злоба относительно одного особенно требовательного участника группы превратились в конце концов в конфронтующую, но способствующую симпатии иронии по отношению к «нашему групповому малышу», к поведению которого тем самым группа начинает относиться терпимее. И наоборот, «малышу» удастся чувствовать себя в достаточной мере окруженным вниманием вследствие этой полной любви иронии группы - несмотря на изначально намного большие ожидания от группы!

Значение концепции психосоциального образования компромисса нельзя недооценивать; ее необходимо учитывать и в том случае, когда речь идет о методах группой психотерапии, не ориентированных на психоанализ. Это обус-

– 581 –

ловлено тем, что с помощью данной концепции лучше всего удастся охватить взаимозависимость индивидуальных интрапсихических процессов, с одной стороны, и психосоциальных, с другой. В основе этой концепции лежит, таким образом, психоаналитическая модель описания, которая распространена на психосоциальную сферу. Иначе обстоит дело с концепцией развития социодинамического распределения функций (Heigl-Evers, 1972), на которой мы подробно остановимся ниже.

### **1.5. Социодинамическое распределение функций в группах**

Исходя из социометрических исследований в группах, Шиндлер (1957) разработал концепцию «социодинамической ранговой структуры». На основании этой модели Хайгл-Эверс (1972) предложила концепцию «центрированной на действии группы с социодинамическим распределением ролей». Таким образом могут быть описаны актуальные позиции членов группы в отношении «типа участия в общей активности» группы, причем обычно выделяются следующие позиции.

*Альфа* - выразитель групповых действий и групповой воли (лидер или руководитель),

*Гамма* с тремя вариантами ролей: идентифицировавшийся участник (адъютант), дополняющий участник («готовность и тенденция усовершенствовать имеющуюся частичную активность для преобразования ее в полное социального смысла целое в отношении участника или сподвижника») и критически настроенный Гамма как инквизитор или хранитель норм (позиция Суперэго).

*Бета* можно охарактеризовать как «участие с ограничениями» («да, но...»).....

*Омега* - это «представитель противника или анти-Альфа, причем Омега, как правило, не достигает успеха в своей противоположной позиции, а, наоборот, выступает в роли козла отпущения, отверженного и т. д. Если он отстаивает свою позицию силой, то он свергает Альфу, место которого он занимает и тогда перенимает позицию Альфы».

При этом следует принять во внимание, что «большинство и меньшинство участвуют в одной и той же конфликтной тематике» (Heigl-Evers, 1972, с. 77), и часто в явном поведении большинства друг другу противостоят собственные скрытые тенденции (реципкронная скрытая представленность). Тем самым, модель рангового порядка Шиндлера распространяется на измерение бессознательного, скрытого, подвергнутого защите. В то же время становится очевидным, что в актуальном групповом действии в позициях отдельных членов группы разнообразным образом проявляется индивидуальное и внутриспсихическое, и тем самым оно становится более явным.

Итак, мы подошли к обсуждению роли терапевта в групповой психотерапии.

– 582 –

### **1.6. Роль терапевта в групповой психотерапии**

По мнению Хайгл-Эверс и Хайгла (Heigl-Evers und Heigl, 1972), аналитически ориентированная групповая психотерапия исходит из двух основных предпосылок: во-первых, терапевт, наблюдая и осмысливая ситуацию, ориентируется на группу в целом, и, во-вторых, он придерживается двух правил - свободного взаимодействия отдельных членов группы между собой и минимальной (относительно) структурированности терапевтической группы. Участвующее наблюдение терапевта направлено на понимание группового процесса и собственных актуальных эмоциональных реакций, причем об этих чувствах сообщается после соответствующей рефлексии («селективная аутентичность», R. Cohn, 1970). Используя социодинамическую терминологию, терапевт принимает на себя роль Беты (роль специалиста-терапевта и в то же время дистанцированного наблюдателя). Позиция Альфы, принятая терапевтом, будет восприниматься как более директивная и воспитательная. Идентифицированное участие в попытках решения группы (позиция Гаммы) может укрепить, по мнению Хайгл-Эверс и Хайгла, чувство защищенности группы, в то время как принятие роли Омеги помогает прояснить скрытое состояние большинства. Как правило, позиция Омеги может через противостояние ходу терапии мобилизовать объединяющие групповые силы.

Интерпретации, сфокусированные на двух точках, обладают значительной терапевтической важностью. Эти двойственные интерпретации, выдаваемые терапевтом, достигают обеих подгрупп одинаковым образом и могут не только прояснить по мере надобности скрытые состояния, но и благоприятно повлиять на сплоченность группы. В то же время они требуют актуализации интроспективных возможностей отдельного человека, так как он учится узнавать себя самого в других.

Посредством групповой терапии терапевт решает двойную задачу: он должен объединять группу и в то же время гарантировать процессы групповой динамики (сохранение **группы** и групповой **динамики**). Обе цели могут конкурировать друг с другом, и терапевт должен выбирать правильный путь между двумя крайностями. С одной стороны, он должен предотвратить фиксированное распределение ролей и сохранить возможность свободного взаимодействия между членами группы. В противном случае возможные действия и конфликты в группе прорабатывались бы не в рамках групповой динамики, а иерархически. Эта опасность должна быть предотвращена с помощью **минимального** структурирования группы, где нет места соглашениям на основе внешних условий и тем самым «отменяются повседневные нормы и определения ситуаций в рамках интерперсональных отношений» (Heigl-Evers und Heigl, 1979b, с. 781).

– 583 –

Наряду с этой функцией терапевт реализует и задачу сохранения группы как терапевтической матрицы. Здесь имеет значение как предварительное структурирование группы перед началом терапии, так и сам по себе характер действий терапевта в группе.

Предварительное структурирование начинается уже с момента составления группы. Здесь необходимо, среди прочего, принимать во внимание, что исходя из особенностей структуры, в одну группу следует объединять пациентов с приблизительно одинаковой способностью переносить нагрузки. Важным элементом предварительного структурирования является первичная беседа. Здесь пациент получает информацию о характере и способах работы группы. В то же время терапевт предварительно обсуждает с клиентом тот момент, что он окажется среди нескольких пациентов в рамках группы. Наконец, немаловажно, чтобы терапевт в течение



первичной беседы «дал понять, что ему не безразличны способность пациента выдерживать нагрузки и его слабые стороны» (Koenig, 1974, с. 159). Тем самым он демонстрирует готовность защитить пациента в группе в случае необходимости и от чрезмерных требований к нему.

Если на первых этапах группа в целом получает опыт, который соответствует переносу на группу как на мать, на терапевта в группе часто переносят «отцовские аспекты». Он ограничивает переживания группы во времени и в регрессии и часто олицетворяет внешнюю реальность, которая оказывает влияние на жизнь группы. Возможно, что пациент в группе - в присутствии «отца» - может снова испытать переживание симбиотического отношения переноса на «мать». На глубоких стадиях регрессии проявляется, конечно, также и то, что терапевт воспринимается как часть «материнской группы» (König 1992, с. 67).

В начале существования группы (Dies and Dies, 1993), как правило, имеет место фаза переговоров, в которой на первый план выходят ожидания и страхи членов группы. После выработки или прояснения терапевтических целей устанавливаются терапевтические отношения или закрепляются те, которые были достигнуты в ходе первичной беседы. На следующей фазе - фазе остановки - делается акцент на мотивации участников группы к работе друг с другом. Необходимо, чтобы ранние тенденции к прекращению работы у отдельных членов группы были распознаны и проработаны. Параллельно с закладыванием основания для более крепких отношений друг с другом начинается фаза углубления и расширения, в которой группа работает над конфликтами, и участники группы достигают первых успехов в своей работе. Взгляд назад и оценка терапии характеризуют заключительную фазу течения терапии. Здесь терапевт должен принять во внимание, что в катамнезе при мобилизовавшем конфликты групповом лечении часто можно увидеть достаточно сильное возвращение симптоматики через некоторое время после окончания групповой терапии (Strauss und Burgermeister-Lohse, 1994, Kreische, 1992).

– 584 –

## **1.7. Регулирование регрессии в группе**

Все методы психотерапии можно охарактеризовать также и через различия в рассмотрении регрессивных процессов в зависимости от обстоятельств. Возможность способствовать желательной регрессии или препятствовать неблагоприятным регрессивным процессам существует и в группе. Терапевт может давать меньше или больше информации, обращаться к осознанным уровням коммуникации, подчеркивать различия между членами группы или предлагать общие групповые темы. Так как для различных пациентов оптимальные условия работы обеспечивает различный уровень регрессии, Хайгл-Эверс и Хайгл (Heigl-Evers und Heigl, 1973, 1994) разработали в своей «геттингенской модели» последовательный дифференцированный подход к групповой терапии. Эта модель предлагает три метода лечения в групповой психотерапии, которые отличаются друг от друга регулированием регрессии и тем самым позволяют выявить дифференцированные позиции показаний для пациентов с нарушениями различной степени тяжести. Данная модель очень четко описана в приведенной ниже цитате (Heigl-Evers und Schulze-Dierbach, 1985, с. 182-183). В психоаналитической групповой психотерапии, направленной на взаимодействие,

«Внимание терапевта... направлено... на (в группе)... представленные объектные отношения, то есть на межличностную демонстрацию нарушений внутренних препятствий, с целью

привести их к разрешению. Терапевт при этом, выполняя материнскую функцию защитного щита, следует принципу «ответа», то есть в смысле селективной экспрессивности он является эмоционально аутентичным, перенимает функцию помощи Я и демонстрирует при этом нормативность самопредставления. Он не способствует развитию в направлении регрессии и избегает толкования бессознательных составляющих переживаний».

Такое лечение в особенности показано пациентам со структурными нарушениями Эго (Streeck, 1980).

Основанный на глубинной психологии, этот метод «работает на уровне средней глубины регрессии». Воздействия терапевта направлены «на типы участия членов группы в образующих конфликты компромиссах, обусловленные различным акцентированием аффектов в подгруппах, и на относящиеся к этому изменения внешнего и внутреннего восприятия». «Цель этого метода - сделать возможными более зрелые формы психосоциального и внутреннего образования компромиссов и тем самым уменьшить напряжение вследствие конфликтов, а также связанные с ним симптомы».

Групповая терапия, основанная на глубинной психологии, особенно подходит для проработки неудачного образования компромиссов, которое проявляется как черта характера.

– 585 –

В аналитической групповой психотерапии по «геттингенской модели» «в центре терапевтического внимания находятся наряду с названным психосоциальным образованием компромиссов общие мечты как модифицированные Я проявления неосознанных фантазий». При этом речь идет «о восприятии тех фаз гомогенизации, которые Бийон (Bion, 1981), Аргеландер (Argelander, 1963/64, 1968, 1972) и Олмайер (Ohlmeier, 1975) используют для того, чтобы понимать группу как квазиличность. Этот метод применим только для пациентов с относительно зрелым Эго, которые могут справиться с воздействием регрессивного процесса посредством регулирования Эго и переносить фрустрацию терапевтического поведения, которое характеризуется анонимностью, абстиненцией и нейтралитетом».

Запланированная продолжительность групповой терапии должна оказывать влияние на то, как будет интерпретироваться и регулироваться регрессия. В особенности при укороченном лечении пациентов с тяжелыми нарушениями интерпретации переноса - которые даже подчеркивают связь с терапевтом и группой - имеет место нападение на эту связь (Kagrig, 1993) и усиление защиты. Хайгл-Эверс и Хайгл (Heigl und Heigl-Evers, 1994) предлагают модель терапевтического поведения по отношению к различным уровням регрессии. Однако глубина регрессии в группах существенно зависит и от предпочтений и опыта терапевта и от его принадлежности к определенной школе (Horwitz, 1994).

## **1.8. Механизмы действия групповой психотерапии**

Ялом (Yalom, 1970, 1995) проанализировал общие черты различных концепций групповой психотерапии и выделил «терапевтические факторы», которые затем проверил эмпирически.

Было выделено 11 терапевтических факторов групповой терапии: внушение надежды; переживание универсальности проблем; передача информации, например,

терапевтом, а также другими членами группы; переживание альтруизма и его необходимости; исправленная рекапитуляция первичной семьи; развитие техник общения с другими людьми; подражательное поведение; межличностное обучение, переживание групповой сплоченности, то есть, отношений в группе; катарсис и, в качестве последнего, так называемые «экзистенциальные факторы», например, знания, что жизнь иногда нечестна и несправедлива, что люди умирают и что человек так должен относиться к жизни, чтобы принимать ответственность на себя за то, как он ее прожил.

Значение этих отдельных механизмов действия в различных формах групповой терапии тяжело поддается оценке. Результаты опросов пациентов о том, что для них было важным в процессе психотерапии, расходятся с независимыми оценками и с результатами комплексных эмпирических исследований

– 586 –

Tschuschke, 1990). Переживания в ходе терапии многослойны и комплексны; как человек может судить о том, какие из этих перекрывающихся факторов привели к улучшению его состояния?

Эмпирические исследования взаимозависимости факторов, от которых ожидают эффекта в групповой психотерапии, привели к изоляции трех основополагающих элементов. Однако такие клинически важные факторы, как «обратная связь», «катарсис» и «переживание экзистенциальных факторов» встречаются в двух или даже трех этих элементах. Очевидно, пациенты выбирают из широкого спектра оказывающих влияние переменных «целебные для себя факторы» (Rueger, 1981, с. 91). Здесь суждения пациента и терапевта частично совпадают между собой, но не с другими эмпирически найденными критериями. Так Солдц, Будман, Демби и Фельдштейн (Soldz, Budman, Demby und Feldstein, 1990) не обнаружили взаимосвязи между разговорной активностью и успехом терапии. Однако в оценках пациентов и терапевтов такая связь, напротив, существует. Аналитические исследования бесед, посвященные изучению эффективности отдельных переменных процесса в рамках групповой психотерапии были осуществлены Чушке (Tschuschke, 1989, 1992).

## **1.9. Критерии показаний к групповой психотерапии**

Групповая терапия подходит прежде всего тем пациентам, внутренние конфликты которых проявляются в интерперсональных конфликтах; однако ее можно рекомендовать также и для лечения психоневротиков, у которых такие конфликты проявляются менее явно (Koenig, 1992, с. 203). Показания к психоаналитической индивидуальной и групповой терапии перекрываются. Специфические эффекты групповой психотерапии, в противоположность индивидуальному лечению, достигаются вследствие ситуации множественности. Из этого можно вывести большинство критериев, которые в каждом конкретном случае говорят в пользу групповой или индивидуальной терапии.

Множественность означает «структурно специфическую и, к определенному моменту, терапевтически необходимую фрустрацию для всех пациентов с иллюзорным нарциссическим требованием, направленным на других: Egozentrum sum» (Heigl, 1978, с. 155).

Поэтому именно нарциссическая манера поведения может быть более эффективно прояснена и проработана в ситуации группы, чем в индивидуальной ситуации. Недостаточная интенциональная активность шизоидных пациентов может быть гораздо

быстрее усилена в группе, чем в ситуации индивидуальной терапии, где часто не удается избежать интенционального «перекоса». Для депрессивных пациентов группа представляет собой «фрустрацию их тенденций отграничения и слияния и побуждение к самоотграничению и поиску идентичности» (Heigl, 1978, с. 159).

– 587 –

Всегда, когда пациенту необходима «непредвиденная» обратная связь, как, например, при неврозах навязчивых состояний, это становится возможным почти исключительно в условиях группы, так как именно индивидуальная обстановка благоприятствует, по мнению Хайгла, тенденциям иммобилизации на основании возможных реакций терапевта, ограниченных техникой лечения. Пациенты с неврозами навязчивых состояний могут быть выведены из равновесия именно в условиях группы.

Многие конфликты, источником которых не являются диадические отношения раннего детства, легче разрешаются в ситуации, когда присутствуют несколько человек, когда могут наблюдаться и быть опробованы конфликты соперничества и авторитетов. Групповая терапия подходит также и для пациентов, которые боятся отношений в диаде. Глубокая регрессия проявляется быстро, поскольку группа представляет собой потенциальный пусковой стимул переноса, особенно для ранних отношений. В то же время она быстрее, по сравнению с индивидуальной терапией, обратима в конце группового сеанса, так как пусковой стимул переноса группы в целом распадается в конце группового сеанса на отдельных индивидов.

Нарушения личности (Leczcs, 1989) или выраженные нарушения структуры отношений, как считают Шульц-Хенке (Schultz-Hencke, 1951) и Швиддер (Schwidder, 1959), часто лучше поддаются групповому лечению. Отношения уравниваются с помощью Я и быстрее проявляются в социальных ситуациях группы, где они могут быть выявлены и хорошо проработаны в ходе интерперсональных действий.

Показания могут быть расширены с учетом дифференциации групповых предложений. Широкий спектр показаний при психоаналитической групповой терапии, направленной на взаимодействие, охватывает шизоидных пациентов, пациентов с пограничными расстройствами и психосоматических пациентов с недостаточной дифференцированностью аффектов, которые в такой группе получают максимальную пользу.

Показания зависят также от окружающей ситуации, на фоне которой проходит группа. Так, вполне возможно принятие в терапевтическую группу одного или двух амбулаторных пациентов с пограничными расстройствами. Групповая терапия многочисленных пациентов со структурными нарушениями требует все же, как правило, стационарных или частично стационарных условий. В амбулаторных группах, которые состояли бы только из пациентов с пограничными расстройствами, терапевту непрерывно пришлось бы заниматься кризисными вмешательствами и у него просто не хватило бы времени для реализации долгосрочных целей (König, 1992).

В то время как в стационарных или частично стационарных условиях можно лечить пациентов с низким структурным уровнем с помощью психоаналитической групповой психотерапии, направленной на взаимодействие, аналити-

– 588 –

ческая групповая психотерапия, предполагающая только одну встречу в неделю, напротив, требует высокой степени развития способности самостоятельно преодолевать внешнюю реальность, умения откладывать удовлетворение собственных

потребностей и умения предвосхищать и синтезировать. Эти функции Эго, как правило, реализуются только при высоком структурном уровне развития личности.

Группы, явно объединенные общей проблемой, например одним симптомом (каким-либо страхом или беспокойством по поводу излишнего веса) или особенно тяжелым жизненным событием (потеря родственника, сексуальное насилие), работают иначе, чем долгосрочные аналитические группы. На основании быстро формирующихся механизмов действия (например, «универсальности страданий», групповой сплоченности, которые быстро образуются, и обмена информацией) возможны успехи и при краткосрочном лечении в группах (например, McCalum und Piper, 1990; Rosenberg und Zimet, 1995).

## **2. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Теоретические концепции, которые лежат в основе отдельных групповых методов, рассматриваемых в данном обзоре, представлены в предыдущих главах. Ниже мы хотим обратиться к необходимым теоретическим дополнениям, касающимся групповых аспектов этого лечения, причем делаем это в первую очередь исходя из позиций самого дифференцированного - психоаналитического - подхода. В то же время мы хотим попытаться определить эффективные факторы лечения, на которых основан тот или иной метод.

### **2.1. Психоаналитические методы групповой психотерапии**

Основные характеристики методов групповой психотерапии, ориентированных на психоанализ, уже были представлены выше. В качестве существенных лечебных факторов следует назвать, по мнению Ялома, групповую сплоченность, межличностное обучение, а также катарсис и озарения (Rueger, 1981). Обучение аналитически ориентированных групповых терапевтов часто проводится в форме продолжения обучения психоаналитиков и психотерапевтов и ориентировано, как и в случае обучения индивидуальной терапии, на дальнейшее теоретическое образование и самопознание в группах. Оно может про-

– 589 –

водиться и без обучения индивидуальной терапии, во время обучения психоаналитической групповой терапии, ориентированной на взаимодействие, которая особенно подходит для работы в рамках стационара.

В Германии широкое распространение получили прежде всего представленная в другой части этой книги Геттингенская модель и групповой анализ по Фолкесу. Оба теоретические направления предлагают циклы обучения и приняты Немецким комитетом по групповой психотерапии и групповой динамике (DAGG). На территории бывшей ГДР распространена направленная динамическая групповая психотерапия.

### **2.2. Направленная динамическая групповая психотерапия**

Направленная динамическая групповая психотерапия - исходная форма психотерапии в бывшей ГДР. Она разрабатывалась Куртом Хеком и его коллегами с 60-х годов в Восточном Берлине преимущественно для лечения невротиков с патологией развития психики (Seidler, 1997).

Начало работы относится к 1956-57 году, однако значительный прорыв был осуществлен после международного симпозиума по психотерапии в 1966 году. В последующие годы в рамках секции групповой психотерапии возникла динамическая, то есть психоаналитически ориентированная групповая психотерапия, основанная на повсеместно распространенном представлении о том, что групповая психотерапия - это «психотерапия с помощью группового процесса». Иными словами, в этой концепции основные положения психоанализа объединены с положениями социальной психологии и теории групповой динамики в отношении малых групп.

Обозначения «направленный» и «динамический» характеризуют специфические аспекты единства и взаимодействия содержания и структуры, терапевта и группы, а также группы и индивидуума. В то же время оба обозначения служат для отграничения от других методов групповой психотерапии.

Термин *направленный*, в смысле «прицельный», «желательный», «ведущий», подчеркивает, в отличие от психоаналитически ориентированного подхода динамической групповой психотерапии, повышенное внимание к нормам, ценностям и т. д., к общему целеполаганию, которые в значительной мере преследуются и поддерживаются терапевтом (Нёск, 1981, с. 21). Позже этим понятием стали описывать «открытие пространства возможностей», «тем самым неосознанные желания и потребности становились более ясными, осознанными и, наконец, более различимыми» (Seidler, 1997).

С помощью термина *динамический* подчеркивается отграничение от четко структурированных, директивных, центрированных на руководителе форм

– 590 –

группового лечения. Тем самым делается акцент на значении групповой динамики - вида и способа образования группы, ее функций и структуры - для осуществления терапевтического процесса (Нёск, 1981, с. 21).

В этой модели группового процесса различают пять специфических фаз или уровней взаимодействия, которые можно отделить друг от друга содержательно и структурно. Это фазовое представление процесса развития закрытой группы является некоторым упрощением, сделанным в целях облегчения ориентировки, ведь на самом деле речь идет об «очень сложном процессе взаимодействия, который протекает крестообразно или, точнее, в форме спирали, одновременно оказывая влияние и воспринимая его» (Нёск, 1981, с. 27).

### *2.2.1. Фаза разогрева или ориентировки*

После диагностики, проведения первичной беседы и заключения соглашения начинается первая фаза (фаза разогрева или ориентировки). Ее цель - способствовать установлению теплого отношения каждого отдельного члена группы к групповой ситуации, к терапевту и к другим, изначально чужим людям. Содержательно преобладают такие темы как организация, течение, социальные сведения об участниках группы и т. д. Стиль взаимодействия - «вопрос-ответ». Структурно речь идет о сосуществовании без требования внутреннего распределения ролей.

### *2.2.2. Фаза зависимости*

Вторая фаза (фаза зависимости) имеет особенно существенное значение для дальнейшего хода терапии. Цель, к которой стремится группа, состоит в том, чтобы

преодолеть неуверенность и беспокойство, вызванные и усиленные разрушением жесткой социальной структуры, с помощью обычных и используемых образцов поведения и схем (привычных отношений). Содержательно преобладают темы, интересные для всех, и общие для группы. Стиль взаимодействия чаще конвенциональный, часто сопровождается беспомощным, неуверенным, полным ожидания молчанием. Структурно обнаруживаются сильно меняющиеся в зависимости от ситуации группировки, часто односторонняя организация вокруг терапевта или замещающей его личности. Из-за отсутствия внутреннего деления терпят неудачу все попытки решения; в то же время усиливается напряжение, неуверенность, неудовольствие и потребность в принадлежности в группе, что переживается участниками как беспомощность и зависимость.

В этой фазе незрелости, неуверенности, страха и отсутствия единения группы терапевт занимает особое место. Почти исключительно на него направлены в это время все ожидания, желания, опасения. Вместо того, чтобы соответствовать этим ожиданиям и тем самым закреплять патогенные образцы поведения

– 591 –

невротических больных, терапевт должен фрустрировать эти ожидания. Посредством этого он обращает на себя агрессивные реакции и негативные аффекты и побуждает группу к тому, чтобы ее члены активно искали совместные решения по преодолению ситуации.

### *2.2.3. Фаза активизации и реализации*

На третьей фазе (фаза активизации и реализации) происходит решающий шаг в процессе интеграции группы. Теперь цель, к которой совместными усилиями стремится группа, состоит в том, чтобы активно разобраться с нарастающей несогласованностью и неудовольствием, например, выявить их причину и переместить вовне, на аутсайдера группы или терапевта.

Содержательно на первый план выходит тема «группа»: поведение отдельных участников по отношению к группе, отношения между участниками, и в особенности поведение терапевта и отношение к нему. Содержательно обнаруживаются участвующие требования к образованию рангового порядка, преимущества в достижениях, и усиленная унификация в отношении отклонений. Из-за этого одновременно происходит усиление внутренних соглашений и внешней дистанции. Терапевт с помощью выжидающего, терпимого, иногда даже непрямо провоцирующего поведения должен дать возможность выразить и перенести накопленные состояния напряжения, посредством чего группа структурируется. Тем самым в значительной мере выкристаллизовывается активное ядро, которое перенимает существенную часть ведущей функции в этом процессе отделения. Окончание этой фазы знаменуется новым, более высоким качеством деятельности группы и часто переживается с определенной эйфорией: наступает *переломный переход*. Этим переломным переходом от предгрупповой к собственно групповой фазе группа достигает нового качества межличностных отношений и общих терапевтических усилий.

### *2.2.4. Фаза работы*

Только на четвертой фазе (терапевтической или рабочей фазе) группа представляет собой социальный организм, члены которого связаны между собой общей

целью и координированной, кооперативной манерой поведения. Только теперь в группе качественно новым образом могут быть проработаны различные проблемы, конфликты и страхи. Цель, к которой стремится группа, состоит на этой фазе в том, чтобы удовлетворить индивидуальные потребности, особенно в контакте, влиянии, уверенности и эмоциональной близости, которые образуют основу для уверенности в себе, самостоятельности и миросоотнесенности, и в то же время усилить переживаемое как экзистенциально необхо-

– 592 –

димое единство группы. Эти межличностные события являются в то же время причиной и следствием интрапсихических процессов, обеспечивающих образование и изменение установок. Содержательно группа занимается разнообразными вопросами и проблемами, прежде всего индивидуальными конфликтами и отношением к себе и со значимыми другими. Чаще всего группа на протяжении нескольких встреч занимается проблемами одного своего члена, которые подхватываются другими членами и прорабатываются группой. Что касается стиля интеракции, то здесь преобладают ориентированные на проблему взаимодействия, при которых один член перенимает роль пациента, а другие - роль терапевта, хотя это может приводить и к настоящим конфликтам. Структурно образовались относительно стабильный внутренний порядок и внутренняя структура, причем руководящие функции часто на долгое время перенимаются одними и теми же членами группы (хотя могут переходить также к другим членам группы).

### 2.2.5. Заключительная фаза

На пятой (заключительной) фазе терапия подходит к своему завершению. Цель, к которой все стремились, группа (или, по крайней мере, ее ядро) рассматривает как в целом достигнутую. Объем и значение внешних контактов и интересов и тем самым тенденции к разрушению группы становятся все сильнее. Содержательно на первый план выходит групповая тематика, а также общие темы. Стиль взаимодействия преимущественно конструктивный, интеллектуально психологизированный и все более конвенциональный. Структурно почти институционализировались ранговый порядок и внутренняя структура, иногда терапевт сильнее демонстрирует свое влияние.

Именно таким образом Хек представляет *модель* направляющей динамической групповой психотерапии, которая на основании клинических наблюдений доказала свою пригодность для выполнения следующих задач.

1. Лечение пациентов с так называемыми первичным нарушением психического развития (неврозами). Существует хорошо разработанная система диагностики и терапии невротически-функциональных нарушений (Höck, 1977), которая применяется в более чем 20 специальных психотерапевтических организациях.

2. Обучение психологов-психотерапевтов и психотерапевтов-врачей. Хекком и Оттом была разработана и с 1974 года внедрена трехгодичная программа образования (Höck und Hess, 1981; Ott, 1981). В настоящее время обучение по этой программе проводится немецким комитетом направляющей динамической групповой психотерапии (зарегистрированная организация).

3. Теоретическое изучение разнообразных аспектов групповой психотерапии.

– 593 –



Важным достижением в свое время стала концептуализация идеальнотипического протекания группы, позволяющая оценить эффективность работы терапевтических групп, а также описание идеального терапевтического поведения на отдельных фазах (Hess, 1985).

Применение этой групповой модели в других условиях (закрытые и открытые групповые процессы в амбулаторных и стационарных условиях, в условиях дневного стационара, комбинированное лечение, супружеская терапия) и для других пациентов (психозы, нарушения аппетита, психосоматические заболевания, зависимости, психогенные нарушения в детском и юношеском возрасте, гомогенные женские группы) представляет новые теоретические и лечебно-практические перспективы; это привело к многочисленным модификациям постановки целей, установки восприятия, ключевых образований и терапевтических влияний на различных фазах течения терапии (см. Ehle und Ott, 1983; Geyer, 1981; Hess, 1983; Kulawik, 1984; Maaz, 1988, 1989; ott, Wahistab und Ehle, 1983; Seidler, 1983; Ecke, 1993; Höck, 1988; Kirschner, 1983; Röder, 1988; Venner, 1986, Venner und Daniel, 1988).

Общественные изменения после «перелома» сказывались и сказываются также на применении и дальнейшем теоретическом развитии направляющей динамической групповой психотерапии. С одной стороны, этот метод закрепился в новых федеральных землях как признанный метод групповой психотерапии, с другой стороны, он бросает вызов и старается удержаться в совершенно изменившемся поле обеспечения и обучения в конкуренции с большим числом направлений индивидуальной и групповой психотерапии (Benkenstein, 1995; Froese und Seidler, 1993; Hess, 1991; Maaz, 1995; Seidler, 1997).

### **2.3. Методы поведенческой групповой психотерапии**

Первые ориентированные на поведенческую психотерапию группы были проведены Лазарусом (Lazarus, 1961). Это были гомогенные в отношении симптоматики группы, в которых пациентов (например, страдающих фобиями или курильщиков) лечили с помощью методов классической поведенческой терапии. Взаимодействие между отдельными членами группы оставалось практически без внимания, работа группы почти полностью сводилась к занятиям с одним клиентом. Множественность группы использовалась как усиливающий фон для повышения уверенности в себе отдельных членов группы с помощью разработанного тем же автором групп тренинга уверенности в себе. Свободное взаимодействие, такое, как в описанных выше группах, в подобных условиях было еще невозможно. Поэтому вплоть до начала 80-х годов в рамках поведенческой терапии таких групп не было. Только введенная в 1980 году Лазарусом мультимодальная поведенческая терапия допустила свободное взаимодействие между членами группы (частично, правда, за счет использования других тех-

ник, таких как психодрама и гештальт-терапия). «Самый последовательный групповой метод поведенческой терапии» это, по мнению Хайгл-Эверс и Шульце-Дирбаха, разработанная Граве, Дзивасом и Веделем (Grawe, Dziewas und Wedel, 1980), «интерактивная группа по решению проблем», которая связывает образ действий поведенческой терапии с концепциями групповой динамики и принимает во внимание ситуацию множественности группы. Фидлер (Fiedler, 1986) говорит в своем обзоре поведенческой терапии в группах о «довольно существенном импульсе» поведенческой

терапии для «культуры групп». Группы по решению проблем с открытой целью (Kämmerer, 1986) делают возможным применение групп поведенческой терапии, так же как групп самопознания при обучении поведенческой терапии. Между тем во многом самопознание в процессе обучения поведенческой терапии происходит именно в группах. При этом проблемы средней сложности отдельных членов групп решаются в основном с помощью поведенческой терапии.

«Методы лечения в группах поведенческой или когнитивной терапии сознательно пренебрегают», по мнению Хайгл-Эверс и Шульце-Дирбаха (Heigl-Evers und Schulze-Dierbach, 1985, с. 162), «измерением латентных переживаний, не работают с концепцией бессознательной реинсценировки детских конфликтов в «здесь и теперь» группового взаимодействия (перенос); они концентрируют свои терапевтические усилия на понимании и изменении сознательного или близкого к сознательному материала, который находится в причинной взаимосвязи с диагностируемыми нарушениями».

Описание основных методов групповой поведенческой терапии и историю их развития можно найти у Фидлера (Fiedler, 1995, 1996), который различает превентивную групповую поведенческую терапию, специфическую для нарушений групповую поведенческую терапию и поведенческую терапию с открытой целью. Обзорные работы о классических показаниях к поведенческой терапии можно найти у Фальс-Стюарда и Лученте (Fals-Steward and Lucente, 1994, групповая терапия с пациентами, больными неврозами навязчивых состояний) и у Белфера (Belfer et al., 1995, групповая терапия при агорафобии и панических нарушениях).

#### **2.4. Групповые методы, ориентированные на разговорную психотерапию**

Разговорная психотерапия была первоначально определена как индивидуальная психотерапия. С развитием групп встреч (Rogers, 1970) основные положения разговорной психотерапии были перенесены в групповую обстановку. Групповые процессы структурируются благодаря непосредственному выражению чувств в «здесь и теперь» группы и откровенной обратной связи, «которая,

– 595 –

однако, часто превышает порог толерантности как членов группы, так и терапевта, и может иметь последствия в форме декларированных нерелексивных поступков (Heigl-Evers und Schulze-Dierbach, 1985, с. 177). Причем осложняющим фактором является отход от терапевтической ответственности, который пропагандировал Роджерс, веривший в здоровый потенциал саморазвития в каждом человеке. Вследствие этого в таких группах, по мнению Ялома, «примечательно число вредных эффектов» (Yalom, 1974, с. 188). Оказалось, что основные принципы («открытость, честность и т.д.»), имеющие терапевтический смысл в индивидуальной терапии, не могут быть перенесены на группы без дальнейшей модификации.

Ялом (Yalom, 1989) описывает развитие групп встреч, которые после изначально восторженного приема и больших ожиданий их дальнейшего применения были почти забыты.

Между тем были выявлены четкие различия между группами встреч для здоровых людей и терапевтическими группами (Yalom, 1989, с. 482). Точки соприкосновения и обмена были определены благодаря исследованиям Ялома и Майлза (Yalom and Miles, 1973), которые посредством факторного анализа изучили поведение терапевтов с

различным образованием в группах встреч. Они показали наличие прямой взаимосвязи между способностью терапевта давать объяснения и интерпретации и позитивными событиями, происходящими в группе, тогда как эмоциональное возбуждение и структурирование (границы, рамки, нормы) напрямую с успешностью группы не связано. Оказалось, что наиболее эффективной является средняя активность терапевта, а частота негативных проявлений прямо пропорциональна силе эмоциональной стимуляции.

Такие результаты были получены на краткосрочных студенческих группах саморазвития. Результаты разговорной психотерапии в терапевтических группах представлены в работе Экерта и его коллег (Eckert et al., 1985). При этом разговорная психотерапия в группах показала в целом сравнимые результаты с проведенной в остальном в таких же (стационарных) условиях аналитически ориентированной групповой психотерапией. И различия находились «в рамках отношений, исходя из которых пациент судит о терапии и ее окружении». Рамки отношений пациентов, которых лечили с помощью психоанализа, сильнее определяются внутренней и внешней автономией, переживаемой пациентами. Рамки отношений пациентов, которых лечились с помощью разговорной психотерапии, больше обращают внимание на способность к контакту и связям.

Как и в индивидуальной терапии, в групповой разговорной психотерапии проводится тщательная разработка подходов лечения вплоть до специфических для различных нарушений. Тогда успешность становится такой же, как и при использовании других методов. Хорошие результаты достигаются и при супружеской терапии.

– 596 –

Чаще группы самопознания в рамках разговорной психотерапии применяются при обучении неклинических консультантов для изучения «ведения беседы» и в США при обучении психиатров (Gans, Rutan и Wilcox, 1995), При этом предполагается, что обучающиеся обладают соответствующими медицинскими знаниями.

## **2.5. Ролевые игры**

«Под ролевыми играми мы понимаем спонтанные представления ситуаций из прошлого или будущего» (Rueger, 1986, с. 585). При этом речь идет о «сценическом представлении настоящего», в котором отдельный человек не говорит об отношениях и конфликтах, «а представляет их, непосредственно действуя» (Leutz, 1982, с. 74). Активное изложение является существенной характеристикой ролевой игры и отличает ее от большинства других методов психотерапии, в которых «отреагированное поведение» чаще всего рассматривается как мешающее лечению. Ролевая игра - это игровое поведение. Поэтому она допускает спонтанность, фантазию и смешение возможного и невозможного, в частности, повторение ролей и ролевой обмен. Это облегчает антиципированное предупреждение жизненных проблем, задач, внутренних и внешних конфликтов, а также дополнительную проработку предстоящих конфликтов.

Ролевая игра может быть проведена в рамках целого ряда самых разнообразных с теоретической точки зрения психотерапевтических методов. Причем терапевтическая ролевая игра по Корзини (Corsini, 1960) позволяет целостное понимание пациента, поскольку могут быть приняты во внимание одновременно как когнитивные аспекты, так и уровень чувств и поведения. Несмотря на это, целесообразно разделять в

отношении различных моделей болезни и целей лечения психодинамически ориентированные ролевые игры (например, психодрама) и ролевые игры, ориентированные на поведенческую терапию (например, тренинг уверенности в себе).

Ролевая игра и психодрама изначально были концептуализированы именно как методы групповой психотерапии, в отличие от многих других методов, которые представляют собой применение опыта индивидуальной терапии в новых условиях. В связи с этим стоит отметить особенное акцентирование на «роли» в психодраме и связь с социологией и социальной психологией. Роль при этом понимается как характерное поведение человека, и в связи с этим принято исходить из того, что роли предшествуют самости и что самость состоит из ролей. Речь идет о «ролевом анализе», при котором игра облегчает идентификацию с представляемой ролью. Если в такой игре обнаруживаются аспекты, которые, исходя из аналитических позиций, понимаются как перенос, то они рассматриваются и описываются как смешение различных ролей.

– 597 –

Оценка и применение клинической ролевой игры зависит от теоретической ориентации терапевтов (Kipper, 1992). Здесь мы откажемся от подробного рассмотрения этого вопроса и сделаем ссылку на главу, посвященную психодраме.

В поведенческой терапии техники ролевой игры начал применять уже Вольпе (Wolpe, 1958). Элементы психодрамы могут целенаправленно использоваться для тренировки определенных способностей. Так, ролевые игры применяются в превентивной групповой поведенческой терапии, чтобы способствовать и укреплять социальную компетентность людей различных возрастных и профессиональных групп. Социальные страхи могут быть смягчены с помощью упражнения в ролевой игре, которая предлагает одновременно экспозицию и возможность приобретения компетенции. Также ролевые игры применяются в специфической для нарушений поведенческой терапии (Fiedler, 1996), например, при лечении нарушений личности или для улучшения социальной интеграции психотических пациентов.

Ролевая игра в поведенческой терапии проходит, как и все ролевые игры, в группе и чаще всего в виде чередования игры и обратной связи. Цели игры должны учитывать возможности пациентов и также то, ради чего проводится терапия. Проигрываемые ситуации, как правило, соответствуют актуальной реальности. Обратная связь должна быть объективна, так как, по мнению Макнейладжа и Адамса (Macneilage and Adams, 1979) она способствует, помимо укрепления уверенности в себе, готовности переносить негативную обратную связь, правильно оценивать и учиться отвечать без чрезмерной реакции. При этом благоприятным считается, как и в психоаналитической групповой психотерапии, ориентированной на взаимодействие, чтобы обратная связь начиналась с аспектов, которые относятся к тому, что пациенту удалось успешно, и только затем акцентировала то, что желательно было бы изменить (Gebhardt, 1982).

Для усиления может быть использовано сравнение с видеозаписью предшествующей ролевой игры. И здесь следует обратить особое внимание на вызванные этим эмоциональные реакции, в особенности сомнение и оскорбление: они должны отслеживаться и корректироваться.

## **2.6. Телесно-ориентированные методы групповой психотерапии**

Телесно-ориентированные методы могут применяться как в индивидуальной терапии, так и в группах.

Методы релаксации, как, например, аутогенная тренировка, проводятся индивидуально, но все же применимы и в групповой ситуации. Хотя аутогенной тренировке можно обучать индивидуально, механизмы действия, которые

– 598 –

характерны для групп, облегчают обучение и способствуют переживанию различных аспектов тренировки. Обмен опытом, как совместным, так и индивидуальным, совместные регрессивные переживания, обучение у других членов группы и вербализация собственных телесных «чувств» приводят к более сильному переживанию метода релаксации. Широкий спектр показаний к аутогенной тренировке (обзор см.: Linden, 1994) может иметь причину именно в том, что группа оказывает содействие.

Элементы гипноза вводятся как «путешествия по снам» в терапевтических группах, а также в тренинге социальной компетентности и преодоления конфликтов.

Концентрированная двигательная терапия в групповых условиях демонстрирует, в сравнении с индивидуальной терапией, расширенный спектр эффектов. Измененный образ тела и повышенная готовность к активности в упражнениях концентрированной двигательной терапии конфронтируют с границами собственного тела, а также с «одиночеством, отдаленностью, ограниченностью от окружающего мира; преодолевается то, что можно взять у мира и отдать ему, исследуется владение, проникновение в рамки и т. д.» (Becker, 1981, с. 12).

Это отражается и на отношении к другим членам группы и благоприятствует способностям разбираться в следах комплементарных собственных и чужих потребностей, например, переносимом и перенесенном, чувствуемом и отчувствованном и т. д. (см. главу «Телесное измерение в психоаналитическом диалоге» в этой книге).

## **2.7. Социально-коммуникативные групповые методы**

Элементы групповой психотерапии вливаются в ряд концептуально различных методов, с помощью которых развиваются и тренируются социальное поведение, коммуникации и креативные способности. Арт-терапия и музыкальная терапия (ср. соответствующую главу в этой книге) применяются в основном в групповых условиях и позволяют таким образом невербальное участие в групповой коммуникации, которое может оцениваться и использоваться в зависимости от приверженности той или иной теории.

В организациях, которые структурированы по модели «терапевтической общности», пациенты «являются носителями социальных ролей, принимают участие в процессе решения и в создании терапевтического климата, в котором они отказываются от нейтрализации аффектов и вследствие этого создается представление о том, что в каждом человеке может быть обнаружен и развит терапевтический потенциал» (Heigl-Evers und Schulze-Dierbach, 1985, с. 166).

– 599 –

В сильно модифицированном виде основные положения терапевтической общности применяются при лечении наркозависимых пациентов (Casriel, 1979; Yablonski, 1975).

## **2.8. Группы для людей со специфическими и проблемами или нарушениями**

Тяжелые события (как, например, смерть близкого или развод), временные продолжительные трудности (например, жизненные сложности или партнер-алкоголик) или требования форсированного развития в определенных жизненных ситуациях (пубертат, середина жизни, уход на пенсию) часто стимулируют желание познакомиться с другими людьми, которые переживают или пережили подобное. Нередко такие группы организуются неформально и спонтанно, однако они могут быть и структурированными. В них задействуется широкий спектр выведенных Яломом терапевтических механизмов действия: групповая сплоченность, катарсис, межличностное научение, подражательное поведение, передача информации, универсальность страданий, а также внушение надежды и толкование экзистенциальных факторов.

Без притязания на полноту здесь следует упомянуть некоторые работы Кляйнберг (Kleinberg, 1995) описывает терапию взрослых в середине жизни, Шайбе и его коллеги (Scheibe et al., 1993) - поддерживающую групповую терапию пациентов со страхами, Прессман и Шепс (Pressmann und Scheps, 1994) - терапию мужчин, склонных к появлению насилия, Мак-Каллум, Пипер и Морин (McCallum, Piper and Morin, 1993) - групповую терапию с людьми, которые потеряли близких из-за смерти или развода, Грюн (Gruen, 1993) - групповую психотерапию для женщин с депрессией после рождения ребенка. В условиях стационара прошли испытание группы с пациентами, которые пережили вследствие какого-либо происшествия трансплантацию органов (Stewart et al., 1995). Очевидно, что все это имеет непосредственное отношение к копинг-стратегиям (например, Rüger et al., 1990).

## **2.9. Группы самопомощи**

Группы самопомощи решительно отказываются от профессиональной помощи. Для большого числа заболеваний и проблем образовались группы, в которых предлагается и осуществляется взаимная помощь в рамках простой структуры.

«Регулярно вечером раз в неделю свои личные проблемы обсуждают по меньшей мере 6 человек без содействия терапевта-эксперта. Встреча группы продолжается приблизительно 2 часа. В качестве внешней обстановки группе требуется не больше чем средней вели-

– 600 –

чины помещение на один вечер в неделю. Каждый принимает участие в группе столько времени, сколько сам считает нужным» (Möller 1978, с. 75-76).

При этом группы самопомощи базируются «как терапевтические общности на принципе разделении судьбы (болезнь как общая судьба). Они используют «экспертность самообихженности» в том смысле, что участники встречаются исключительно по собственному желанию и полностью отказываются от профессиональной помощи (Heigl-Evers und Schultze-Dierbach, 1985, с. 167).

Группы самопомощи используют при этом элементы групповой психотерапии. Тиль (Thiel, 1993, с. 12) описывает их как «мастерские идентичности», в которых целью

является «восстановление функциональной и удовлетворительной личностной и социальной идентичности». Улучшенное преодоление болезни, мобилизация собственных ресурсов и практическая помощь по обращению с обуславливающими заболевание повреждениями - это дальнейшие цели.

Объединение групп самопомощи в ФРГ и локальные группы самопомощи совместно работают в национальной службе контакта и информации в Берлине (NAKOS), в которые можно обращаться с вопросами.

### **3. ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ**

Стационарная психотерапия всегда охватывает аспекты групповой психотерапии, так как пациенты проводят большую часть своего времени с другими пациентами и в это время многократно обсуждают свои переживания и опыт в рамках и вне терапии. В зависимости от клиники и концепции оценка этих факторов различна: они приветствуются или применяются или же рассматриваются как вредящие и ограничиваются правилами.

Групповая терапия в рамках клиники оказывает влияние и на то, как пациенты обращаются друг с другом в неформальных группах в свое свободное время. На фоне этого были разработаны две модели стационарной психотерапии, которые могут быть восприняты как полюса одного континуума (König, 1995): биполярная модель с различием «терапевтического пространства» и «реального пространства» (Enke, 1965, 1988) и модель, интегрирующая обе области (Janssen, 1987).

Для биполярной модели необходимо «терапевтическое пространство», где действуют «терапевтические» нормы, которые отличаются от норм повседневности. Так, например, в малой терапевтической группе желательным является открытое выражение собственных переживаний, и терапевт способствует этому.

– 601 –

В «реальном пространстве» клиники пациенты вместе со своими коллегами, сестрами и санитарями, посредством соблюдения правил внутреннего распорядка, получают опыт, который больше соответствует реальности, чем их повседневная жизнь. Так у них появляется возможность наблюдать за нарушениями межличностных отношений в рамках будней в клинике и в рамках малой группы. Знания из «реального пространства», например, последствия открытого выражения чувств в малой группе, затем могут быть проработаны снова в защищенном пространстве терапии. Это способствует проработке и облегчает перенос новых выработанных навыков на социальное окружение, семью и профессиональную сферу.

Интегрирующая модель соединяет терапевтическое пространство и реальное пространство. Цель вмешательства - сделать видимыми и проработать часто наблюдаемые у пациентов со структурными нарушениями эффекты расщепления и переноса. Этого можно достигнуть (Janssen, 1987, с. 74) «только с помощью включения в терапию всех групп профессий». Применение этой модели требует поэтому обучения и супервизорства со стороны опытных коллег. Конечно, существует опасность, что потребности пациентов в интимности и отграничении не будут приниматься во внимание в достаточной степени и они не будут чувствовать заинтересованности в себе («терапевтическое окружение» по Trimborn, 1983).

Интегрирующую модель не следует смешивать с концепцией «терапевтической общности», которая представляется, судя по существующей литературе, практически неосуществимой.

Описанные в предыдущих главах групповые методы могут комбинироваться друг с другом стационарно в рамках общего плана лечения, например вербальная групповая психотерапия с группой арт-терапии и телесно ориентированными групповыми методами.

В Германии, как и в других странах, стационарная психотерапия широко распространена. Большая часть терапий проходит в реабилитационных и курортных клиниках, где пациенты, которые сначала не рассматривали возможность психотерапевтического разрешения своих трудностей, могут быть мотивированы к такому решению. Вплоть до 80-х годов существовало важное показание для стационарной психотерапии: во многих областях попросту не было квалифицированных психотерапевтов. В этих условиях пациенты лечились от 6 до 8 недель стационарно, и затем после интервала в 1-2 года принимались на лечение снова. Показания к такой «интервальной терапии» стали реже в связи с улучшением амбулаторной ситуации. Сегодня пациенты чаще лечатся стационарно или частично стационарно, когда амбулаторное излечение представляется невозможным или маловероятным из-за особенностей их жизненной ситуации или вида заболевания. Спектр показаний для психотерапевтического лечения в условиях стационара расширяется.

– 602 –

Отличительной чертой стационарной психотерапии является временное ограничение. При стационарной централизованной на конфликтах терапии зачастую через год после окончания терапии наблюдается дальнейшее усиление симптоматики и возврат нарушенных отношений (Schmidt et al., 1989; Strauss und Hess, 1993). Нередко обнаруживается также регрессивное развитие, после того как в условиях стационара было достигнуто достаточно значительное улучшение. Чтобы предотвратить такое развитие, была выработана модель после-лечения, основным элементом которой является дальнейшее проведение групповой психотерапии в тех же группах, что и в стационаре. Значение этой модели лечения подчеркивается еще и тем, что она была разработана независимо в различных областях приблизительно одновременно (Quint, 1972; Bräutigam, 1974, v. Rad und Ruppel, v. Rad und Werner, 1981; Janssen und Quint, 1977; Rieger, 1980, 1981). Эта модель лечения была также тщательно проверена в отношении эффективности посредством дополнительных исследований (v. Rad und Werner, 1981; Rieger, 1981, 1986; Senf, 1995).

#### **4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Эмпирические исследования групповой психотерапии - это тема особая. Существует большое число исследований, которые подтверждают, что групповая психотерапия при очень различающихся условиях и с очень разными пациентами оказывает определенное воздействие, то есть она более эффективна, чем отсутствие лечения, неспецифическое лечение или - по меньшей мере, иногда - другие признанные методы психотерапии (Bednar und Kaul, 1994). В то же время не вполне ясно, почему это так. Хотя терапевтические факторы выявлены, их тщательные описания, наблюдения и измерения практически отсутствуют. Авторы «Handbook of Psychotherapy and Behavior Change» определяют исследования групповой терапии как науку, находящуюся в начале своего развития; именно от наблюдения, описания и измерения зависит то, смогут ли быть разработаны ключевые понятия (как, например, терапевтические факторы Ялома) и инструменты для работы с ними. Без такой



разработки были бы преждевременными эмпирические исследования по проверке гипотез (Bednar und Kaul, 1994). Шаги в этом направлении осуществляются, например, в исследованиях стационарной групповой терапии (Tschuschke, 1993) или в разработке руководства по эмпирическим исследованиям групповой психотерапии (Strauss, Eckert und Tschuschke, 1996).

– 603 –

Методических сложностей в исследовании результатов и процесса групповой психотерапии больше, чем в исследованиях индивидуальной терапии (Rueger, 1981, с. 23). Изучаемые методы в значительной мере гетерогенны. Теоретические концепции, в соответствии с которыми проводится группа, отражают только небольшую часть того, как терапевт фактически ведет себя в группе. На основании этого Беднар и Кауль оценивают прогресс исследований групповой психотерапии в последние десятилетия (несмотря на большое число работ) как достаточно незначительный.

Результаты исследований эффективности групповой психотерапии мы можем упомянуть здесь лишь вкратце. Влияния групповой психотерапии проявляются в снижении числа посещений врачей и выписывания больничных листов, в описаниях болезни и в особенностях приема медикаментов при амбулаторном (например, Heinzel und Breyer, 1995; Weiner, 1992) и стационарном (например, Schmidt et al., 1989) лечении. С помощью опросников самооценки подтверждаются эффекты групповых терапий в широком спектре областей применения и при очень различных условиях. Некоторые пациенты в мобилизующей конфликты терапии только через некоторое время после окончания лечения демонстрируют явные улучшения (ср. Kreishe, 1992; Strauss und Hess, 1993). Половые различия обнаруживаются в протекании симптоматики (Kreishe, 1995) и в том, что мужчины и женщины рассказывают о своем состоянии (Staats, 1996).

Различные способы поведения, с помощью которых должен быть достигнут успех в терапии, ведут при этом к различным результатам: оценка успеха стационарной групповой терапии пациентами в конце лечения не совпадают, например, с результатами катамнестического исследования через пять лет (Lewandowski, Buchkremer und Stark, 1994). Оценка терапевтом того, что было достигнуто в ходе амбулаторной двух- или трехлетней групповой терапии, показала тенденции к совпадению с результатами катамнестических исследований только через 13 лет после окончания терапии (Sigrell, 1992). Дальнейшие эмпирические исследования аспектов групповой терапии можно найти в следующих работах: Pohlen, 1972; v. Rad und Werner, 1981; Rüger, 1976, 1981, 1986, 1992; Eckert und Biermann-Ratjen, 1985; Janssen, 1987; Senf, 1987; Tschuschke, 1989; Kreishe, 1992).

– 604 –

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

### **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ**

В современном здравоохранении психологическая медицина и соматическая медицина все еще сосуществуют как альтернативные концепции и системы практических действий (v. Uexküll, 1980), а отчасти даже конкурируют друг с другом.

Общая теоретическая система, охватывающая обе эти области, - например, медицинская антропология - как базис реалистической и общепринятой оценки значения психологических подходов в медицине хотя бы в общих чертах намечена. Однако в практической сфере нам едва ли удастся обнаружить такие всеобъемлющие модели, которые могли бы убедить большую часть врачебного сообщества. Несмотря на повсеместно случающееся обращение врачей к психотерапии, а также многочисленные инициативы и чрезвычайно успешные интегративные проекты в нескольких областях медицины, по сути дела соматическая и психосоциальная парадигмы и поныне существуют параллельно друг другу. В этой ситуации тот, кто попытается с точки зрения психотерапии обозначить связанные с ней междисциплинарные задачи, очень быстро зайдет в тупик, если будет пытаться обосновать доминирование психотерапии над сферой врачебной практики. Автор этого раздела, уже много лет занимающийся дополнительной подготовкой и повышением квалификации врачей, видит свою задачу в большей степени в том, чтобы сделать понятным, в каких областях медицины психотерапевтические подходы и методы могут оказать врачу и осуществляющему уход за больным медицинскому персоналу существенную поддержку в диагностике и терапии. Это уважительное отношение к клинической медицине и внимание к междисциплинарным вопросам и подразумевает заглавие статьи.

После медико-исторического введения в данную тему (1) и обозначения эпидемиологической ситуации (2) будут рассмотрены те аспекты проблемы, в соответствии с которыми сегодняшний уровень знаний требует определенной психотерапевтической компетентности (то есть, по сути, речь идет о том, что психотерапевтическая некомпетентность должна быть приравнена к врачебной некомпетентности). Мы затронем вопросы:

- учета значения психосоциальных факторов в процессе постановки диагноза (3.1);
- внимания к отношениям врача и пациента, существующим во всякой врачебной деятельности в любой области медицины (3.2.-3.6. и 4);
- полного психосоматического ухода за больным (5).

- 607 -

## **1. ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ДИСЦИПЛИНА, ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ ВСЮ ИСТОРИЮ МЕДИЦИНЫ. ВВЕДЕНИЕ И ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР**

Психотерапия наряду с фармакологией и хирургией, несомненно, является одной из древнейших терапевтических дисциплин, проходящей через всю историю медицины (Langen, 1963). В большей степени, чем другие области медицины, она строго ориентируется на те или иные господствующие нормы и представления о человеке (Epke, 1977; Foucault, 1963). В большей степени, чем другие основные терапевтические дисциплины, она стремилась развивать свои специфические методические приемы в рамках особой, отграниченной от остальных, области. Виной этому, по всей видимости, была имманентная самой ее сущности возможность действовать в процессе всякой врачебной коммуникации. В то время как несомненный технически-мануальный характер, например, хирургии делает неизбежной специализацию врачей в связи с тем, что они манипулируют скальпелем, для психотерапевтических действий может использоваться любая возможная среда, в которой осуществляются межличностные отношения, то есть не только язык или ясно разграниченные вербальные процедуры воздействия, но даже

и мануальные медицинские действия вплоть до совершаемых только для виду фармакологических или хирургических акций, психотерапевтический характер которых, вероятно, осознавался подчас и самими врачами. «Используй новые медикаменты, пока они еще обладают силой для исцеления!», - писал уже Труссо, врач, живший в XIX веке (см. также Raag, 1979).

В истории медицины можно выделить несколько этапов. Прежде всего, это долгий период интеграции психотерапии и соматической медицины в «использовании» врачевателями и врачевательницами и даже шаманами магически-суггестивных ритуалов исцеления, продолжавшийся по меньшей мере 40 000 лет. Используемые техники предполагали особенные личные присущие врачевателям свойства, их интенсивный личный опыт и особую подготовку «Психотерапевтические действия», то есть магические ритуалы, были тесно связаны с нацеленным фармакологическим воздействием и со все возрастающими специальными хирургическими знаниями (Narg, 1978).

У врачей-жрецов Древнего Египта эта интеграция была не только реализована методически, но и в общих чертах разработана теоретически. В папирусе Эберса говорится: «Действенно лекарство вместе с колдовством, действенно колдовство вместе с лекарством» (Westendorf, 1978).

– 608 –

Уже вавилоняне составляли специальные предписания, с одной стороны, врачевателю души - «asipu» - заклинателю, а с другой, врачу, ответственному за локальные, подлежащие мануальному воздействию телесные нарушения, - «asu» (Goltz, 1974).

В ассиро-вавилонской и иудейско-ветхозаветной культурах отождествление болезни и греха (ассирийское слово «shertu», обозначавшее болезнь, означало также и «грех», см. Schipperges, 1978), по всей видимости, привело к тому, что настоящим врачом мог быть лишь священник. Едва ли в какое-либо время лечебная мануальная техника была мыслима без «психологических» представлений. Но трудность соединения того и другого в одной персоне врача выражается на протяжении времен в совершенно различных изображениях врачей и посвященных им мифах. Искушенный в медицине Асклепий, несмотря на свое собственное божественное происхождение, нуждался в том, чтобы его постоянно сопровождала его дочь Гигея, богиня здоровья. Христианский врач-священник, видевший в себе наследника целителя Иисуса Христа, испытывал «чувство сострадательной любви к спутнице его искусства» (Lain Entralgo, 1969).

Отрыв друг от друга этих аспектов врачевания, который можно обнаружить уже в ранней Вавилонии, происходил в тесной связи с прогрессом медицинского знания. Показательно, как осуществлялся этот процесс в античной Греции.

В той мере, в какой человек все больше понимался как явление природы, он становился доступен и естественнонаучному исследованию. Из взгляда на больного как на грешника сформировалась точка зрения, согласно которой грешник рассматривался как больной. Таким образом, как более чем тысячелетний терапевтический культ, который отправлялся в храмах бога исцеления Асклепия в форме исцеляющего храмового сна, так и психокатартические оргии культа Диониса постепенно отделялись от психологической медицины школы Гиппократов, которая включала в себя всеобщее учение о природе (Physiologia), сведения о лекарственных средствах (Pharmakologia) и учение о процессе лечения (Techne therapeutike).

Так как всеобщее учение о болезнях вращалось вокруг неправильного смещения четырех телесных соков - крови, мокроты, черной и желтой желчи - в медицине одержал верх физис. Таким образом, одностороннее тяготение медицинской науки к естествознанию, которое достигло своей кульминации в последние 150 лет, в принципе было присуще уже гиппократовской медицине.

Между тем в античной Греции особые врачи лечили узкий слой очень состоятельных людей также и при помощи психотерапии. Методика этой терапии; непрерывно совершенствуясь, развивалась вне узких рамок медицинской науки в социально-психологической области философии. Само собой разумеется, что лишь состоятельный и свободный человек как особый, единственный в своем роде получал и психологическое вспомоществование («педагогичес-

– 609 –

кую медицину» у Платона), в то время как раб при помощи своего рода ветеринарии и бедный свободный восстанавливали свою трудоспособность при помощи радикального лечения в соответствии с лозунгом «работай или помирай» (Platon, 1957). «Прекрасные речи хорошего врача», описываемые Платоном (Platon, 1957) в «Законах», требовали философской подготовки и философской установки, каковая так же, как и искусство убеждения софистов, а следовательно, и философов, входила в процесс лечения болезни.

Практиковавшийся Сократом как «повивальное искусство для мужей» «диалектический» метод врачебной беседы сохранился в качестве методического приема вплоть до наших дней. Основные принципы этого «родовспоможения», которое ничего не порождало в пациенте, а лишь помогало выйти на свет его стремлениям, оказали решающее влияние на все актуальные методы разговорной терапии.

В греческой медицине благодаря интеграции народно-медицинских, философско-психотерапевтических и психологических познаний возникло врачебное искусство столь высокого уровня, какой был вновь достигнут лишь в новое время.

Еще раз процесс отделения друг от друга душевной и телесной медицины протекает в европейском средневековье. Приблизительно до XII столетия исцеление ориентируется на христианский образ мыслей, на милосердие и любовь. Врач и пастырь человеческих душ были объединены в личности священника до тех пор, пока этому не положил конец прогресс медицины. Причиной запрета на исполнение врачебных функций духовенством, последовавшего в XII веке, было признание того факта, что плохая медицинская подготовка священника влекла за собой смерть больных и вела к тому, что он мог взять на себя смертный грех (Finzen, 1969). С этого времени врачебное искусство стало делом «мирян», которым вплоть до наших дней помогают медицинские сестры, наследницы милосердных монашек.

Хотя до триумфа опирающейся исключительно на естественные науки медицины XIX века было еще далеко, с этих пор главенствующей во врачебной идеологии стала просвещенческая идея человека - повелителя природы, болезни и смерти. Нефизикохимические способы воздействия на организм практически полностью выпали из поля зрения врачей, и такой историк медицины, как Шапиро, мог с полным правом заявить, что историю медицины на ее чрезвычайно длительных этапах можно понимать как историю использования плацебо (Shapiro, 1963). Это относится в особенности к медицине тех эпох, когда психотерапевтические действия оставались скрытыми в мнимых хирургических и фармакологических акциях.

В середине XIX века, по мере того как психотерапевтические методы все более резко обрушивались на медицину с возобладавшей в ней претензией на то, что она может объяснить свои действия при помощи естественных наук,

– 610 –

они все более и более приближались к шарлатанству. Совершенно логично, что так называемая традиционная медицина закрыла для психотерапии доступ к академическим кафедрам, поскольку от нее еще сильно пахло архаической магией, средневековой алхимией и в той же степени вводившей в заблуждение эзотерической романтикой. Когда во второй половине XIX века под влиянием сильнейшего сдвига к специализации оформилась нынешняя дисциплинарная структура медицины, психотерапии места в ней не нашлось. Как специальная дисциплина она не могла предложить ничего такого, в чем для понимания самой себя нуждалась медицина: ни понятного предмета в форме ясно очерченной патологии органов, ни доступной для научного эксперимента терапевтической стратегии.

Несмотря на это, нельзя сказать, что становление этой дисциплины целиком происходило вне медицины. В так называемой медицинской практике самое позднее с конца 50-х годов XIX века уже начались попытки интегрировать психотерапевтические методы в академический медицинский процесс. Сначала это удалось в отношении гипноза, который в наибольшей степени удовлетворял требованиям, предъявляемым к научно-экспериментальному процессу. В свое время благодаря гипнозу врачи вновь осознали то, что было предано забвению, а именно тот факт, что телесные симптомы могут вызываться и устраняться посредством межличностных психических процессов. Тем самым в современной естественнонаучной медицине появился психотерапевтический метод, что свидетельствовало о возможности сосуществования психотерапии и традиционной медицины.

В то время психотерапевтические методы применялись в первую очередь не в психиатрии, а в соматической медицине: в хирургии, общей медицине и терапии. В 1843 году английский хирург Джеймс Брэдвелл ввел в медицину понятие гипноза. Этот метод лечения, гипнотизм, был краеугольным камнем, заложенным в основание врачебной психотерапии как самостоятельного направления. Появились терапевты, хирурги, а позже и неврологи, которые сугубо прагматично использовали гипноз в лечебных целях при болях, функциональных и сексуальных расстройствах (Schrenk-Notzig, 1892). Наконец, практикующий врач Льебо (1823-1904) и профессор по внутренним болезням Бернгейм (1840-1919), основатели школы Нанси, трансформировав гипнотизм в учение о внушении и суггестивную терапию, создали теорию, которая проложила путь к тому, чтобы психотерапия стала особой дисциплиной. В результате в конце XIX века психотерапия стала предметом общей медицины и терапии. Такие психиатры, как Ойген Блейлер из Цюриха, включавшие подобные методы в терапию психических заболеваний, представляли собой исключение.

Однако несмотря на все усилия получить академическое одобрение, практиковавшие в домашних условиях гипнотизеры оставались такими же посторонними двигавшейся от успеха к успеху медицине внутренних орга-

– 611 –

нов, как и основатель психоанализа Зигмунд Фрейд, который также пришел к психоаналитическому методу благодаря гипнозу. Но распространившись в 20-е годы по

всему миру, психоанализ смог вызвать значительный общественный резонанс, став частью социально-критического дискурса. В качестве научной дисциплины он постепенно утверждался в социологических и гуманитарных академических кругах, однако в течение многих лет не допускался на медицинские факультеты. Зародившаяся в то же самое время поведенческая терапия развивалась в отдельных институтах молодой тогда академической психологии. Хотя поведенческая терапия была гораздо ближе к естественнонаучной медицине того времени, она не вызвала значительного интереса. Теоретически и посредством лечебной практики обоснованные претензии Фрейда на то, что благодаря психоанализу был открыт последовательный метод терапии неврозов, позволили психотерапии стать областью деятельности занимающихся лечением неврозов терапевтов, ориентированных преимущественно на психиатрию. С этого момента значение термина «психотерапия» в соматической медицине заметно сузилось, в результате чего использование этого термина ограничивалось лишь такими выражениями, как «малая психотерапия» или «симптомоцентричная психотерапия». Несмотря на это, в первой половине XX столетия в медицине внутренних болезней развивалась самостоятельная, в полном смысле слова интегративная врачебная психотерапия. Три имени стоят за ее становлением: Людольф фон Крель, который еще в 1932 году в противовес характерным для его коллег тенденциям к биологизированию выдвинул следующий тезис «...не существует болезни per se,\* нам известны только больные люди»; оказавший поистине безграничное влияние на нынешнее поколение терапевтов Густав фон Бергманн (1878-1955), открывший для нас возможность понимания телесных структурных изменений как следствий, а не как причин физиологических процессов; и, наконец, Виктор фон Вайцзеккер (1886-1975), который в своей системе антропологической медицины вновь нашел в мышлении врача место для субъекта. Виктор фон Вайцзеккер считается основателем современной психосоматической медицины. Наиболее значительным из ныне живущих представителей немецкой традиции психосоматической интегративной врачебной психотерапии признается, пожалуй, терапевт Туре фон Икскуль (род. в 1908 г.).

Вплоть до начала XX века различные формы невротических расстройств рассматривались преимущественно как модные болезни состоятельных слоев, и академическая медицина с готовностью уступала право их лечения специалистам, чьи методы находились вне ее рамок, и «модным докторам», но эта ситуация разительно изменилась, когда психотерапевтам удалось успешно ре-

---

\* Сам по себе (лат.).

шить загадку военных неврозов, проявившихся во время Первой мировой войны, и вернуть солдатам, ставшим жертвами настоящей эпидемии «военной трясучки», годность к службе в действующей армии. I Всеобщий конгресс врачей-психотерапевтов, состоявшийся в 1926 году, в своей предварительной программе самоуверенно предсказывал психотерапии ее будущую роль в медицине XX века:

«Психотерапия нашего времени... доказала свое право на существование. Несмотря на это, она еще вынуждена бороться за свое признание. Еще предстоит примирить противоречия, существующие внутри нее самой, и найти общую почву для различных психотерапевтических методов. Кроме того,

психотерапия должна прояснить свое отношение к клинической медицине и отдельным медицинским дисциплинам... Наконец, призвание психотерапии как радикального метода состоит в том, чтобы вновь объединить отдельные медицинские дисциплины на основании их отношения к страждущему человеку» (цитируется по: Winkler, 1977).

Уже в этом впечатляющем заявлении обозначены три сферы, в каждой из которых *медицине* необходимо то или иное специфическое *действие психотерапии*.

1. В качестве особой медицинской дисциплины она должна выработать собственную теорию и тем самым «найти общую почву для различных психотерапевтических методов». Эту задачу, несомненно, предстоит решить современному врачу - «специалисту в области психотерапевтической медицины» и высококвалифицированному психотерапевту-психологу, которые, предложив строгую психотерапевтическую теорию, должны способствовать дальнейшему развитию психотерапии в специальную медицинскую дисциплину.

2. В качестве терапевтической медицинской дисциплины, связанной со всеми клиническими областями или отдельными дисциплинами медицины, психотерапия должна определить конкретную психотерапевтическую функцию для той или иной специальной дисциплины и предоставить в ее распоряжение соответствующую психотерапевтическую методику. Психотерапия разрабатывает для других специальных дисциплин «технологические знания», которыми находятся в ее распоряжении как ее собственные специальные дисциплины. Следовательно, здесь очерчивается сфера, в которой позднее будет произведено разграничение психотерапевтических областей или даже будут намечены дополнительные направления психотерапии.

3. Психотерапия должна позаботиться о том, чтобы интегрирующая сила психосоциального измерения проявилась во всей медицине в целом, ибо в психотерапии - независимо от специальных психотерапевтических методов - продумывается роль отношений врач-пациент в действиях врача и значение пси-

- 613 -

хосоциального измерения для всех областей медицины. Этой своей сферой психотерапия представлена сегодня в рамках полного психосоматического ухода за больным и, соответственно, в дисциплинах «медицинская психология» и «психосоматическая медицина и психотерапия», входящих в курс дополнительной подготовки врачей.

Несомненно, интегративный потенциал дисциплины «психотерапия», имеющей отношение ко всем областям медицины, еще далеко не раскрыт. С одной стороны, это вызвано теми препятствиями, которые перед «реинтеграцией» психосоциального измерения выстраивает клиническая медицина. А с другой стороны, необходимы научно разработанные, мощные интегративные концепции, имеющиеся в настоящий момент в распоряжении психотерапии лишь в самых общих чертах. Поэтому возрождение в медицине интегративного мышления и определение роли психотерапии в этом процессе займет еще несколько десятилетий XXI века.

## **2. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ**

### **2.1. Спрос на психотерапию и ее использование**

В самой природе специальных дисциплин, которые в своих подходах отрицают человеческую субъективность, заложено то, что рано или поздно с их стороны раздается призыв о дополнительной помощи, которая должна быть оказана посредством мер психосоциального характера. В медицине более высокий уровень техники требует от врача не меньших, а больших знаний и усилий, констатирует, например, Анефельд (Ahnefeld, 1984).

Медицина, ориентированная на естественные науки, не может в течение долгого времени обходиться без психологических концепций, о чем свидетельствуют многочисленные примеры. Центры трансплантации, специализированные кардиологические клиники, отделения послеоперационного наблюдения и диализа и многие другие нуждаются сегодня в существовании психосоциальных служб (см. «Службы взаимодействия»), при этом, однако, сами биологизаторские концепции сомнению не подвергаются («медицинские работники», специализирующиеся в интенсивной терапии, еще не становятся «врачами»-реаниматологами только благодаря тому, что, например, психология привлекается к особому уходу за проблемными пациентами).

Под лозунгом «психосоциального содействия в уходе за больными» в течение уже продолжительного времени предпринимаются попытки расширить

– 614 –

область компетенции специалистов-психотерапевтов за пределы собственно терапии неврозов на группы пациентов практически всех клинических направлений: на больных, страдающих онкологическими, ревматическими, сердечными заболеваниями, а также психозами, на пациентов отделений диализа, на пациентов, перенесших операцию на сердце, на диабетиков, на людей, страдающих избыточным весом, на алкоголиков, на людей, склонных к самоубийству и многих других, причем граница между медицинской психологией и психотерапией не всегда достаточно ясно различима.

В области профилактической медицины, которая традиционно уделяет особое внимание образу жизни людей и социальным факторам, психотерапевтические методы, применяемые с самыми различными целями, занимают ведущее положение. Ниже приводятся лишь некоторые примеры использования психопрофилактики:

- воздействие на поведение, содержащее в себе риск для здоровья, например в форме полифагии или недостатка двигательной активности;
- изменение поведения при других видах рискованного поведения, например при поведении типа А у пациентов с угрозой инфаркта;
- предупреждение невротических и поведенческих нарушений у детей, осуществляемое посредством воздействия на взаимоотношения в семье;
- предотвращение пред- и послеродовых осложнений посредством обучения беременных техникам самостоятельного расслабления и многое другое.

## **2.2. Распространение психогенных нарушений среди населения**

Наиболее методически надежными на настоящий момент и показательными исследованиями распространения (распространения в данный момент, то есть «выявлено за последние 7 дней») психогенных нарушений среди населения центральной Европы являются мангеймские когортные исследования (Scherpank, 1986). В них было установлено, что среди населения в возрасте 25-45 лет 7,2 процента страдает неврозами (ICD-7\*, Rev. Nr. 300), 5,7 процента - нарушениями личности (301),



7,8 процента - психосоматическими нарушениями (305: синдромы, свидетельствующие о состоянии внутренних органов, такие, как нарушения сердечно-сосудистой деятельности, желудочно-кишечные расстройства) и 3,8 процента - психосоматическими нарушениями иного рода (306: нарушения сна, нарушения, связанные с приемом пищи, головные боли).

---

\* ICD - International Classification of Diseases (*англ.*) - Международная классификация болезней.

– 615 –

В целом в каждый момент времени психогенные симптомы обнаруживаются у 50 процентов (!) населения. (В течение же своей жизни с ними сталкивается 80-95 процентов людей, то есть почти каждый взрослый знаком с такими симптомами на собственном опыте.)

### **2.3. Потребность в психотерапии**

В том, что касается потребности в психотерапии, Шепанк исходит из осторожной оценки в 25 процентов (распространение в данный момент) взрослых людей среднего возраста (минимум - 15 процентов, максимум - 30 процентов), подверженных психогенным нарушениям в такой степени, что они нуждаются в медицинской помощи («подлинные случаи»). По его мнению, для половины этих людей достаточно амбулаторных психотерапевтических мероприятий самого различного рода и самой различной интенсивности. Приблизительно 1/6 нуждается в стационарной психотерапии, а к 1/3 следует применить медикаментозно-паллиативное лечение.

Значительно более обширна литература о количестве психогенных нарушений у пациентов клиник всех специализаций. В международной литературе отмечается, что психосоциальные факторы принимают значительное или даже решающее участие в формировании картины болезни у 30-60 процентов всех пациентов терапевтических клиник (обзор в: Köhle und Joraschky, 1986). Амбулаторные и стационарные пациенты клиник других специализаций также постоянно предоставляют относящиеся к этой проблеме данные (20-50 % нарушений частично или полностью обусловлено психосоциальными факторами). При этом в настоящее время в германской медицинской практике в целом ежемесячно фиксируется, что психогенные нарушения, не считая злоупотребления алкоголем или алкогольной зависимости, наблюдаются у 15-20 процентов пациентов (Maier et al., 1996).

На основании этих цифр охотно делается вывод о соответствующем размере «потребности в психотерапии», хотя нетрудно установить их фиктивный характер.

Даже если бы пациенты были мотивированы к психотерапии в таком количестве, «спрос» на нее мог бы быть удовлетворен лишь весьма незначительно. Штарке и Виницки (Starke и Winiecki) в ходе проведенного в крупном городе (Лейпциг) репрезентативного исследования (n = 300) пациентов, получавших амбулаторную медицинскую помощь, установили следующие соотношения: из 3000 пациентов у 1860 (приблизительно 62 процента) были обнаружены признаки, которые свидетельствовали в пользу применения психотерапии. Эти 1860 пациентов можно разделить на две группы: 1395 нуждались в психотерапевтическом лечении, сопутствующем основному курсу, ко-

– 616 –

торое проводилось бы самим лечащим врачом. У 465 были обнаружены показания к специальной психотерапии. Фактически же психотерапии были подвергнуты 49 пациентов.

### *2.3.1. Потребность - спрос - использование психотерапии в стационарных условиях*

Что касается стационарного лечения, то здесь имеются данные, которые позволяют выявить огромное несоответствие между подлинной «потребностью в психотерапии» (постулируемой посредством установления в патогенезе психогенных компонентов) и определяемым пациентами и врачами спросом на нее, с одной стороны, а также между этим спросом и фактическим использованием имеющегося в наличии психотерапевтического предложения с другой.

Существенными показателями имеющегося здесь несоответствия является то, в какой мере используется помощь психосоматических консультационных служб. Если в традиционную психиатрическую консультационную службу направляется 1-2 процента пациентов многопрофильных больниц, то для службы взаимодействия этот процесс повышается в среднем на 10 - 20 %.

Мутны и его коллеги (Muthny et al., 1987) свыше четырех лет работали над проектом, связанным с психотерапевтическим консультированием больных с хронической почечной недостаточностью, являющихся пациентами отделений трансплантации и диализа. Результаты их исследований указывают на тесную связь между отношением врач-пациент и отношением к использованию психотерапии: 18 процентов ответивших на соответствующие анкеты пациентов считали предложение психотерапевтических консультаций необходимым. И если лишь 2 процента прямо просили о том, чтобы их подвергли психотерапии, то 20 процентов пациентов приняли предложение уже знакомого им (по работе в центре) терапевта.

При опросе сотрудников 49 центров диализа и трансплантации Поммер и Брода (Pommer und Broda, 1985) нашли подтверждение диспропорциям в оценке спроса на психотерапию врачами и медицинским персоналом по сравнению с пациентами: врачи чувствовали спрос на психотерапию у 44 процентов пациентов, которые подвергались диализу, и у 33 процентов пациентов трансплантационных отделений, а персонал у 66 процентов пациентов отделений диализа и 36 процентов - трансплантации.

В целом же благодаря многочисленным эмпирическим исследованиям укрепляется впечатление, что критерии спроса ни в коем случае не следует искать исключительно в статистических данных о наличии нарушений, которые являются непосредственным предметом психотерапии. Пациенты используют предложение терапии только в том случае, если существовали прежде и

существуют сейчас факторы, соответствующие их потребности в безопасности: предложение должно гармонировать с обычным представлением о болезни и терапии. В зависимости от этого пациенты, очевидно, могут в общих чертах предвосхищать ожидаемые терапевтические шаги. Если такая возможность отсутствует, необходимы особенно тесные и доверительные отношения с врачом, который должен выступать в роли гаранта серьезности предложения, даже если он всего лишь доводит предложение до сведения пациента. Предложения, находящиеся на периферии традиционной медицины, каким бы проникновенным и миссионерским тоном они ни озвучивались,

вызывают наибольшее отторжение у непосредственно затрагиваемых ими целевых групп пациентов. Без активной поддержки авторитетного медика любая инициатива пропадет впустую из-за недостаточной мотивации подверженных страхам пациентов.

### **3. ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПЛАНА ВРАЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

#### **3.1. Использование психотерапии в диагностическом процессе**

Элементы первого психотерапевтического интервью имеют существенное значение также и в области клинической медицины, помогая прояснению влияния психосоциальных факторов на патогенез и патофизику.

Следующие факторы могут быть прямо или косвенно связаны с симптоматикой, выступать в качестве причины или следствия симптомов или и того и другого:

- ситуативные факторы в смысле или острых тягостных жизненных событий (утраты, разрывы), или длительных жизненных ситуаций (брак, учеба, профессия);
- конфликты в отношениях с референтными личностями и группами (проблемы зависимости, позиция отверженного и т. д.);
- установки пациента, которые могут пониматься как значимые в патогенетическом отношении диспозиции (типичные невротические формы защиты, гиперкомпенсаторная установка на успех и т. д.);
- отношение к здоровью, отношение к болезни.

Обоснованная гипотеза, объясняющая влияние психосоциальных факторов на возникновение болезни и ее ход, может быть сформулирована только в том случае, если в распоряжении врача находятся следующие категории данных:

- данные о событиях и ситуациях;

– 618 –

- данные о том, каким образом личность реагирует на такого рода события, а следовательно, данные о характере вызываемого ими напряжения;
- данные о временной связи определенного происшествия с возникновением болезни и получение врачом знаний о биосоциальных связях в патогенезе;
- данные о поведении пациента в исследуемой ситуации.

Кроме того, все эти данные должны сочетаться с высоким уровнем и четкой формой согласия между врачом и пациентом относительно природы нарушения.

Должны быть четко выявлены структуры жизнедеятельности пациента, которые приводили, приводят и, возможно, будут приводить к болезни.

Тем самым внимание направляется в первую очередь на определенные основные модели представляющего угрозу заболевания. Наряду с генетическими факторами, физическими и иными вредными воздействиями и в связи с ними следует отметить следующие препятствия в преобразовании и разрешении жизненных ситуаций, имеющие психосоциальную природу:

- жизнь в зависимости от других личностей;
- жизнь в зависимости от внутренних конфликтов;
- жизнь под перманентным напряжением;
- жизнь в разлуке;
- жизнь в изоляции.

#### *3.1.1. Образ действий врача*

Анализ психосоциальных факторов базируется:

- на фактах, содержащихся в анамнезе,
- на непосредственном наблюдении пациента при обсуждении в беседе с ним различных тем, а следовательно, на присоединении данных наблюдения к содержанию бесед,
- на включении данных наблюдения, затрагивающих отношения врач-пациент, форму диалога врач-пациент,
- на достижении определенного консенсуса в ходе диалога с пациентом, проводимого посредством вопросов и замечаний врача.

Фокусировать внимание можно на всех без исключения сферах.

*Факты анамнеза.* «Вскоре после того как я отправился на учебу в Б., я в первый раз пошел к врачу из-за этих проблем»; «как ни странно, это по-настоящему обнаружилось на выходных»; «вы знаете, раньше я все принимала близко к сердцу и ревела по любому поводу, лучше всего для меня было бы убежать. Пару лет назад (появление симптомов в эпигастральной области) я стала гораздо менее открытой, на других я также влияю очень сильно».

Наблюдение пациента при обсуждении с ним определенных тем: появление беспокойства при обсуждении внешне нейтральной темы. *Пациентка:*

– 619 –

«С коллегами вообще нет никаких трудностей, мы помогаем друг другу и много вместе веселимся», - (внезапно становится беспокойной, ерзает на стуле), - «женщины держатся вместе». *Врач:* «Очевидно, это необходимо...» *Пациентка:* «Что вы говорите?» *Врач:* «Чтобы женщины держались вместе, наверное, это необходимо...» *Пациентка:* «Да, если бы вы знали этого мастера... - (пятна румянца на лице). - «Этот парень предпочитает тех, кто с него пыль сдувает...» (Обнаруживается серьезный конфликт с мастером, который некоторое время относился к ней хорошо, а теперь обходит ее вниманием и предпочитает ей других. Симптоматика: приступы стенокардии уже по пути на работу).

*Акцент на способах поведения и установках.* Пациент, посреди долгого и неприятного разбирательства вопроса о наследстве: «А знаете, деньги для меня вообще ничего не значат».

*Пациентка:* «А кое-что я вообще не могу выносить: как некоторые кривляются, как на сцене».

*Пропуск пациентом важных лиц или обстоятельств при сборе анамнеза.* Пациент говорит только о вещах, имеющих отношение к его работе. Жена и дети не упоминаются; от настойчивых вопросов сначала уклоняется, позже выясняется, что жена и дети уже продолжительное время живут у родителей жены.

*Включение данных наблюдения, затрагивающих отношение врач-пациент.* 25-летний пациент выглядит очень нервозно, совершает нервные движения, постоянно чешется, хватается руками все вокруг, ни в одном своем высказывании никак не затрагивает это свое состояние, говорит о симптомах в желудочно-кишечном тракте; когда его спрашивают о его поведении, он оказывается в состоянии тематизировать свои трудности в общении с авторитетными для него личностями, врачами, учителями, начальниками и говорит о конфликте с начальником отдела.

30-летняя женщина с угрожающей жизни кахексией полностью игнорирует в разговоре свое безнадежное состояние, изображает, как она удовлетворена своим нынешним положением, постоянно удерживает разговор на обычных ни к чему не обязывающих темах, в эмоциональном отношении держится очень отстраненно,

настороженно. Ей сообщается об этом впечатлении. В ответ на это она говорит о своем недоверии к врачам и, затронув тему «мужской агрессивности», переходит к проблемам брака.

Мужчина приблизительно 40 лет демонстрирует чрезвычайно пугливо-озабоченную реакцию на каждое побуждение врача. Каждое слово врача подтверждается, повторяется; каждое собственное замечание тотчас проверяется относительно того, произвело ли оно позитивное впечатление на врача. Избегается любая конфронтация. Собственные профессиональные и семейные ситуации изображаются прямо-таки идеальными. Когда его внимание привлекается

– 620 –

к поведению, которое наблюдается в исследуемой ситуации, спонтанно сообщает о том, что его жена, коллеги, начальник злоупотребляют его готовностью адаптироваться к ситуации, и о связанных с этим конфликтах.

*Достижение консенсуса относительно наблюдений, сделанных в диалоге с пациентом.*

Врачебная беседа - это совместный поиск истины. Формулирование гипотезы о психосоциальных явлениях, способствовавших заболеванию, должно базироваться на определенной общности точек зрения: лишь в этом случае терапия может оказаться успешной. Поэтому врач должен соблюдать следующие правила.

**Первое правило:** не высказывай никаких предположений, не принимая во внимание своих актуальных отношений с пациентом!

**Второе правило:** принимай во внимание и уважай личные формы разрешения ситуаций и формы защиты пациента, а также его нынешнюю жизненную ситуацию!

**Третье правило:** находи понятную всеобщую патогенетическую модель как основу для взаимопонимания!

**Четвертое правило:** принимай во внимание собственные биологические законы заболевания вместе с его психосоциальными причинами!

**Пятое правило:** говори так просто, как это только возможно!

*К первому правилу.* Пациент пришел к врачу с ожиданием, что тот распознает его болезнь (поставит диагноз) и сообщит это знание пациенту тем способом, который соответствует представлениям последнего о сущности болезни. Включение в это сообщение психосоциальных факторов соответствует этим ожиданиям в очень ограниченной степени. Возможно, он с большой охотой выслушает то, что врач скажет о перенапряжении, слишком интенсивной работе, то есть о том, чем он сам распоряжаться не может. Если же включить в разговор такие факторы, как манера пациента обижаться, строить отношения, реагировать на реальность, то пациент, возможно, почувствует, что его негативно оценивают, что он отягощен виной и ответственностью, тогда как «чисто» телесно обусловленное заболевание лишено каких-либо моральных оценок. По мере роста таких барьеров могут возникнуть трудности в получении мало-мальски точного описания семейной жизни («Дома все в порядке»; позднее становится известно, что муж пациентки - известный всему городу пьяница и бездельник) или в реальной оценке профессиональной ситуации («Работа приносит мне радость»; при этом выясняется, что проявились проблемы, связанные с наложением на пациента служебного взыскания, что подействовало на него удручающе и привело к значительной изоляции). Но этот вид отрицания той составной части реальности, которая тяготит пациента, относится также и к эмоциональной оценке обстоятельств, не подлежащих отрицанию («То, что мой муж часто пьет, уже давно ничего для меня не значит»). Зависи-

мость таких высказываний от того или иного отрицаемого пациентом отношения, врач должен осознать самое позднее тогда, когда следующая пациентка сообщит ему, что фрау Х., ожидая своей очереди в приемной, жаловалась знакомой на своего пьющего мужа.

Включение психосоциальных данных в обсуждение причин и условий заболевания, как правило, удается тем легче, чем в большей степени пациент убежден, что его, «несмотря на это», признают и принимают всерьез как пациента. Без этой фундаментальной предпосылки врач, предпринимая такие попытки, столкнется с сопротивлением. Иногда это сопротивление можно преодолеть при помощи простого обращения к пациенту, благодаря чему он вновь почувствует себя лучше понятым (например, заметив: «У меня впечатление, что вы не хотите мне рассказывать ничего о своих проблемах, потому что вы, возможно, опасаетесь, что упадете в моих глазах или будете не поняты»).

И наоборот, следует принимать в внимание, что чувствующий, что его признают, доверяющий и полностью отдающий себя в руки врача пациент не выказывает никакого сопротивления или критики по отношению к самым запутанным объяснениям и проектам врача и подтверждает их в частности и деталях даже тогда, когда они находятся в вопиющем противоречии с реальностью или просто бессмысленны или непонятны («Ваши проблемы происходят из-за вашего дихотомизированного рассудочного мышления?» «Да, доктор»).

Объяснение обоих крайностей - здесь сопротивление, а там полное доверие - заключается в различном стабилизационном потенциале того или иного отношения. В первом случае у врача нет никакого противовеса стабилизирующей самооценку потенцию представления пациента о том, что телесно, то есть «нормально» больной может без посторонней помощи быть интегрирован в общественно санкционированную роль больного. Очевидно, что отношение пациента к врачу не в достаточной степени учитывает связанные с этим потребности (одна пациентка как-то сказала, обдумывая это обстоятельство:

*«Что вы можете мне предложить вместо головной боли: все неразрешимые проблемы, связанные с моим мужем, которые к тому же я сама и должна разрешить; в таком случае я предпочитаю думать, что у меня сосудистое расстройство и что я должна примириться с этим недугом».*

Следует добавить, что пациентка прошла ангиографическое обследование по поводу сильных, существенно снижающих трудоспособность «мигреноидных» головных болей и была полностью удовлетворена случайным и лишенным этиологического значения объяснением своего недомогания). Во втором случае, при некритическом восприятии всех диагностических гипотез, удовлетворение всех потребностей в безопасности, зависимости, укрытии проис-

ходит в силу способности отношения врач-пациент к стабилизации самооценки и при определенных предпосылках образует противовес «теории соматизирования» со всеми ее «удовлетворяющими» компонентами (такими, как социальное признание, разгрузка, щадящее отношение и т. д.).

*Ко второму правилу.* Принимай во внимание и уважай формы разрешения ситуаций и формы защиты пациента, а также его нынешние жизненные условия.

Это относится к ответственному по отношению к пациенту обращению со знанием о нем. Врач, который после краткого контакта с пациентом интуитивно понял, в чем состоит его главная проблема (например, в форме его защиты), не получив, быть может, от пациента достаточного фактического материала, должен постоянно иметь в виду, что те или иные формы защиты сохраняют в силе хотя при известных условиях и патологический, но в своей прямой форме все же относительно стабильный противовес личности; это происходит благодаря тому, что конфронтация с субъективно определяемыми как угрожающие обстоятельствами внутренней и внешней реальности более или менее бессознательно избегается. Следовательно, то, что личность сопротивляется конфискации такой поддерживающей конструкции, вполне понятно и даже естественно и в соответствии с этим должно уважаться.

*К третьему правилу.* Находи понятную всеобщую патогенетическую модель как основу для взаимопонимания!

Это правило также требует адаптации врача, на этот раз к особенностям мышления пациента. Пациент, как правило, обладает очень неопределенными представлениями о патологоанатомических, биохимических, патофизиологических, неврофизиологических или психофизиологических взаимосвязях. В своих представлениях о социопсихосоматических отношениях он ориентируется на повседневный опыт (у кого-то от возбуждения начиналось сердцебиение; кому-то его шеф испортил пищеварение; ей это разбило сердце; его переполняет желчь), на художественную литературу (в которой, естественно, жизненная действительность понимается лучше, чем в больничных журналах) или на простые технические модели (машины и др.). Врач не должен опасаться использовать эти доступные для пациента пути и понятный ему язык. При этом предложения врача, в которые он облачает свои полученные прежде знания, поначалу должны носить весьма общий характер, чтобы пациент мог сам добиться особенного, уникального результата. Этот пункт часто является решающим для успешного развития ориентированных на партнерство отношений с пациентом. Только совместная диагностическая гипотеза, которую пациент самостоятельно наполняет своей личной проблематикой достигает своей цели и очерчивает поле, в котором должна осуществляться терапия. В первой диагностической беседе следует заботиться не о том, чтобы все стало ясным и понятным, а о том, чтобы был найден основатель-

– 623 –

ный базис для общего с пациентом стремления к терапии. В определенных случаях он может быть очень широким, а в других - уже весьма узким.

*К четвертому правилу.* Принимай во внимание собственно биологические законы заболевания вместе с психосоциальными условиями, которые могут как быть его причиной, так и способствовать избавлению от него.

Необходимость идентифицировать жизненные обстоятельства как причины и условия возникновения заболеваний («Live-event-исследование»\* обнаружило такого рода взаимосвязи у всех заболеваний) не подразумевает обязательного использования в терапии психосоциальных подходов. Лечение, ориентированное на биологический процесс, особенно при психосоматических и психиатрических заболеваниях, в первой фазе терапии часто представляют собой избирательную терапию; и наоборот, существуют лишь немногие соматические заболевания, на которые не оказывает влияния благоприятное психосоциальное воздействие. Поэтому в этой связи следует

отказаться от таких оценочных суждений, как, например, «при психосоциально обусловленных нарушениях не требуется врачебная терапия» (имеется в виду соматически ориентированный метод) или «психотерапия - это нечто, нужное мнимым, а не по-настоящему больным».

*К пятому правилу.* Говори так просто, как это только возможно! Заботься о том, чтобы обе стороны принимали в диалоге равное участие!

Для того чтобы суметь составить представление о ситуации пациента, которому врач предлагает подробное объяснение его проблем в 10-15 фразах, а затем дает детализированные инструкции относительно использования определенных медикаментов, каждый врач должен сам перенести себя в эту ситуацию. Это произойдет, если он попытается провести так называемый контролируемый диалог (А обрисовывает В определенные обстоятельства, В может ответить лишь в том случае, если он точно воспроизвел эти обстоятельства в соответствии с их смыслом. В начинает это воспроизведение словами: «Если я тебя правильно понял, ты сказал...» Если А удовлетворен этим изложением, если, таким образом, оно действительно соответствует тому, что он имел в виду, то В может отвечать. Затем А должен повторить текст В и т. д.). Совершенно ошеломляющим результатом этого упражнения обычно становится понимание, что точно повторить можно содержание лишь двух-трех фраз и не более. Сюда добавляется склонность людей приписывать части услышанного собственное значение и таким образом искажать его или вовсе вкладывать в него собственное содержание.

На такой модифицированный контролируемый диалог, в котором в любой момент существует гарантия, что все сказанное в нем действительно понято, следует ориентироваться как на формальный образец в такой важной ситуа-

---

\* Live event - случай из жизни (англ.).

ции, как беседа с пациентом. Если руководствоваться этим, неоправданные требования к пациенту быстро подвергнутся ограничению и будет понята одна из причин того, почему значительная часть наших пациентов столь неуступчива, а также того, почему они постоянно испытывают дефицит информации о своей ситуации. Не говоря уже о том, что получаемое в диалоге точное изображение ситуации пациента улучшает отношения с ним в целом, а следовательно, ослабляет его установку на сопротивление.

### *3.1.2. Достижение взаимопонимания относительно предварительного диагноза, дальнейшая диагностика и терапия*

Эта фаза непосредственно базируется на более или менее компромиссном консенсусе с пациентом относительно характера нарушения. Однако, заключая этот консенсус, следует каким-нибудь образом получить гарантию того, что последующие объяснения дальнейшего диагностико-терапевтического процесса будут обладать действительно солидным базисом, по возможности заключающемся в кратком изложении фактов самим пациентом («следовательно, на мое высокое кровяное давление влияют избыточный вес и моя манера адаптироваться к текущей жизненной ситуации»). Все дальнейшие диагностико-терапевтические шаги, а также ответственное отношение пациента являются результатом этого фундаментального согласия. О таком



согласии можно говорить даже и тогда, когда причины и природа нарушения еще по большей части не выяснены и это обстоятельство проявляется самым недвусмысленным образом («Теперь мы знаем, в каком направлении мы должны действовать в дальнейшем. В соответствии с нынешним состоянием наших знаний существуют следующие возможности... Несмотря на это, уже сейчас можно предпринять следующие терапевтические действия...»).

После того как врач проинформирует пациента о дальнейшем ходе терапии, пациент должен иметь возможность задать детальные вопросы, дать на него согласие либо отказаться от него или обговорить определенные условия («Если это исследование не обязательно проводить прямо сейчас, я хотел бы, чтобы оно было проведено через четыре недели, поскольку...»). Недостаточно сообщать пациенту о назначениях и сроках их исполнения, просто передавая ему, например, схемы приема лекарств, карточки с указанием времени проведения процедур и т. д., ибо такой способ не даст достаточных гарантий правильного исполнения предписаний.

Кроме того, в этой заключительной фазе следует обращать внимание на сообщения, которые пациент делает только из-за ограниченности беседы по времени и которые могут иметь основополагающее значение; они требуют либо реги-

– 625 –

страции для следующего контакта, либо принятия немедленных мер (например, указания на суицидальные действия: «Если мне и здесь не помогут, остается только один выход» или симптоматические события «Собственно, я вам совсем ничего не рассказал об аварии; я внезапно потерял управление, и мой автомобиль оказался в кювете»). Иногда даже следует ставить такие вопросы, которые предполагаются как вопросы пациента, но которые он не отваживается поставить. Это в особенности касается неблагоприятных прогнозов, вопросов о длительности и переносимости болезненных проявлений, о связанных с диагностикой и терапией нагрузках и др. Пациенты тогда проявляют большую готовность к исполнению предписаний, когда врач информирует их в превентивном порядке.

### **3.2. Формирование и использование так называемых «неспецифических» эффектов в отношениях, которые устанавливаются между врачом и пациентом в процессе терапии - «врач-лекарство»**

Не стоит недооценивать вклад психотерапии в объяснение биотических эффектов врачебной коммуникации, концепции которых у «биомедицины» не существует.

Психотерапия направлена не только на психическое. Каждое нарушение в организме находится в определенном социально-интеракционном контексте. Социальные процессы воздействуют на биотические процессы (так называемые социогенные эффекты ухудшения) в той же степени, в какой биотические процессы влияют на социальное поведение (так называемые соматогенные эффекты ухудшения) (v. Uexküll, 1986). По типу нарушения можно выделить следующие возможные подходы:

- форма социальной интеракции сама является решающей детерминантой нарушений (социогенные эффекты ухудшения);
- биотические процессы детерминируют форму социальной интеракции (соматогенные эффекты ухудшения);

- относительное равновесие обоих принципов детерминации, сопровождаемое соответствующим взаимным усилением.

Независимо от первоначального, полученного при возникновении направления, нарушения, воздействующие на процессы более низкого уровня, доступны воздействию процессов более высокого уровня (например, в психотерапии соматогенных болевых состояний) и наоборот (например, при фармакологическом воздействии на социальное поведение). Терапевтическая коммуникация характеризуется процессом развития действующих специфическим образом (в смысле эффектов ухудшения) структур отношения врач-пациент. Так понятия психотерапевтические эффекты, с одной стороны, заключены, причем в боль-

– 626 –

шинстве случаев в неотрефлексированном виде, в любом отношении врач-пациент («неспецифические эффекты», «плацебо», см. ниже), а с другой стороны, они более или менее систематически вводятся в различные методические варианты психотерапии (например, «поддерживающие техники», см. ниже).

### 3.2.1. «Врач-лекарство»

Возникающее при социализации человека в нашей культуре отношение к врачу, к институту «медицины», соответствует форме интеракции, в которой комплекс психо-соматических реакций в человеческом организме активизируется таким образом, что его воздействия доходят вплоть до основных биологических процессов. В общем и целом структура отношения врач-пациент получает организмическую аналогию в переживании пациента (например, коренящееся глубоко в сознании представление: здесь я могу вылечиться). Дальнейший перевод этого переживания в аналогичные процессы на уровне биотической регуляции (например, гармонизирующее воздействие такого представления на психовегетативную регуляцию) может объяснить многообразие биологических «воздействий» врача.

Таким образом, специфические психосоциальные обстоятельства заставляют звучать типичные психоорганические струны. При этом центром, вокруг которого все вращается, являются сознательные и бессознательные процессы, присущие каждой форме интеракции. Обычно для высвобождения таких процессов достаточно лишь какой-нибудь части целого: символов (белый халат), звука, сопровождающего ритуал выполнения назначенных процедур, одного какого-нибудь слова.

### 3.2.2. Эффект плацебо

Под «плацебо» (*лат.*: «я буду нравиться») понимается всякая терапевтическая процедура, которая прописывается в связи с каким-нибудь симптомом, синдромом или заболеванием, но не обладает специфической активностью, специфической пользой для непосредственной цели лечения как такового. Это понятие входит в медицинский лексикон в XVIII веке как обозначение медицинского приема, при котором психологическое воздействие является более существенным, чем физическое или химическое. В качестве эффекта, сопровождающего медикаментозное воздействие, плацебо использовалось и в более ранние времена. Уже тот способ, каким выдается медикамент, выступает в качестве детерминанты воздействия: очень маленькие таблетки заставляют ожидать интенсивного воздействия; плохой вкус (горькая пилюля) обещает основательный эффект; инъекция действенной таблетки. Этот эффект

повышает присутствие медицинского авторитета. Доза, как кажется, также прямо пропорци-

– 627 –

ональна воздействию на симптом. В том, что касается «снотворного», двойная доза плацебо удваивает восстанавливающее сон– воздействие. Побочные действия плацебо практически идентичны побочным действиям лекарственных веществ, особенно в отношении явлений в центральной нервной и вегетативной системах (Paar, 1979). В целом по меньшей мере 30 % воздействий и побочных действий медикамента могут рассматриваться как эффект плацебо, причем при определенных показаниях (обезболивающие, успокоительные, снотворные средства) этот эффект может возрастать до более чем 80 %.

### *3.2.3. «Терапевтический кредит», выдаваемый врачу*

Приписываемая индивидом врачу и соответственно терапевтической ситуации восстанавливающая, поддерживающая и регулирующая функция включает в себя основополагающий механизм воздействия, который понимается поэтому как всеобщий психотерапевтический аспект деятельности врача. В столкновении с «врачом» затрагивается (как результат осуществляющегося в процессе социализации усвоения культурных ценностей) базисный слой человеческой субъективности, а тем самым и нуждающееся в удостоверении на всех уровнях биосоциальной организации человека влияние «терапевтического отношения» как особой формы способных оказывать помощь социальных отношений (Geyer, 1985). Эта потенция неспецифического социопсихотерапевтического воздействия словно бы выдает врачу кредит терапевтической действенности, которая проявляется еще до того, как станет возможным действие конкретных, направленных специально на причины заболевания мероприятий. Хороший совет для врача - использовать и сознательно реализовывать эту терапевтическую способность, свойственную отношениям врач-пациент как культурному институту. При этом врачебная беседа должна играть решающую роль, ибо она представляет собой важное и пригодное для регулирования этого отношения средство.

## **3.3. Поддерживающая психотерапия как составная часть основного методического принципа врачебной помощи в медицине**

### *3.3.1. Формы психотерапевтической помощи*

С высокой степенью обобщения можно выделить три формы психотерапевтической помощи (Geyer, 1988).

*Помощь посредством содействия понимаю.* Благодаря интеракции расширяются рефлексивные функции пациента. Он учится рефлексировать внутренние процессы регуляции, свое обращение с собственными эмоциями и пе-

– 628 –

реживаниями, а следовательно, учится ощущать свои внутренние конфликты и амбивалентные напряжения и интегрировать их в свою Я-концепцию. К компетенции терапевта относится способность правильно тематизировать эмпатически или иным

способом полученную информацию об этих процессах и предоставлять ее в распоряжение пациента.

*Помощь посредством «дифференциации» отношений.* Благодаря интеракции повышается компетентность пациента в отношении регулирования построения и преобразования эмоционально окрашенных отношений. Эти отношения выступают в качестве своего рода тренировочной площадки, на которой пациент отрабатывает способы общения со значимыми для него личностями. Пациент получает возможность как вступить в некое отношение, так и изменить его в соответствии со своими потребностями. К компетенции терапевта относится, с одной стороны, принятие на себя, а с другой, постепенная передача пациенту функций управления отношениями.

*Помощь посредством компенсации некомпетентности в регулировании отношений (подлинный принцип поддерживающей психотерапии).* Зачастую тяжелобольные и пациенты с достаточно сильными психопатологическими нарушениями в значительной степени утрачивают способность к регуляции своих отношений с другими людьми. В этом случае помогающий характер отношения «пациент-врач» может проявиться только в том случае, если врач активно поддержит, посредством дополнительной компенсации соответствующего дефицита, такие базисные регуляции пациента, как:

- контроль эмоциональной дистанции между субъектами интеракции, который делает для пациента возможной свободную от страха коммуникацию («регуляция близости»);
- препятствие чувству бессилия в отношениях («регуляция силы-бессилия»);
- руководство теми или иными действиями субъектов интеракции, которые необходимы для выполнения терапевтической задачи (Krause, 1984; Moser, 1985).

«Регуляционная компетенция» врача состоит, во-первых, в том, что он по крайней мере на время принимает предложенную пациентом дополнительную роль и тем самым идет навстречу возможностям пациента к регуляции. Во-вторых, его компетенция проявляется в определенных коммуникативных ситуациях. Способность врача устанавливать с пациентами с ослабленным Эго орально-нарциссическую форму отношений (Freyberger et al., 1996, см. ниже) представляет собой существенный аспект этой компетенции врача.

### *3.3.2. Поддерживающие психотерапевтические стратегии*

В медицине принцип поддерживающей и дополнительной помощи находит применение в совершенно различных сферах биосоциальной организации человека во временной или постоянной замене телесных органов, жидкостей

и функций, в фармакологической поддержке выработки или замещения веществ, важных для биологических регулятивных процессов, а также в социальной медицине - в создании отношений социальной поддержки путем активного воздействия на социальное пространство и в лечении посредством факторов окружающей среды.

Психотерапевтический аспект предполагает, что поддерживающие и дополнительные (дополняющие какие-либо отсутствующие моменты) интервенции преследуют цель улучшить актуальную способность пациента к саморегуляции. Эти меры приводят к созданию «помогающих отношений», при которых пациент действует на более высоком функциональном уровне, чем вне этого отношения. Чем более

сознательно терапевт «дополнительно» ориентирован на компенсацию некомпетентности пациента,

- тем меньше опасность злокачественных регрессивных процессов, которые ведут к тому, что пациент становится ситуативно беспомощным и зависимым, а отношения деструктивными;

- тем выше шансы, что возникнут помогающие отношения, при которых пациент в ходе терапевтической регрессии может как реализовывать свою потребность в помощи, так и получать ощутимую пользу от терапевтической помощи.

В качестве примера можно назвать концепцию помогающих отношений («helping alliance»)\*, разработанную Люборски и его коллегами (Luborski, 1984, 1985). Люборски и его коллеги выделяют два типа отношения помощи:

- «помогающие отношения I типа» - такие отношения, при которых пациент ожидает от терапевта помощи и принимает ее в качестве внешней поддержки и содействия;

- «помогающие отношения II типа» - такие отношения, при которых терапевт и пациент разделяют ответственность за достижение поставленной ими самими цели.

По поводу формирования отношений поддерживающего характера в психотерапии Люборски (Luborsky, 1984) дает ряд указаний, которые в то же время сохраняют действенность и для осуществляемого посредством беседы контакта с больным при психосоматическом лечении и которые в модифицированном виде можно воспроизвести следующим образом.

*Указания для усиления восприятия помощи по I типу (терапевт воспринимается как помогающий, а пациент - как принимающий помощи)*

1. Словами и поведением создавай у пациента впечатление, что ты поддерживаешь его желание достичь целей терапии. При этом акцент должен делаться на том, что это цели именно пациента. Так, особенно в начале лечения, симптоматическим улучшением или возникновением понимания следует пользо-

---

\* Союз для оказания помощи (англ.).

ваться как случай для того, чтобы заверить пациента в успехе предшествовавших совместных усилий («Вы много поработали, чтобы продвинуться вперед в этом отношении; вы видите, мы изрядно продвинулись вперед»).

2. Развивай чувство симпатии к своему пациенту! Терапевт должен пытаться выявить в своем пациенте черты, которые делают его симпатичным, интересным или привлекательным. Этот совет касается лишь повышения внутренней мотивации терапевта к личному сближению с пациентом, но не сближения, которое не пробуждает у пациента чувства, что ему оказывают персональную поддержку. Он должен также помогать терапевту контролировать как позитивный, так и негативный контрперенос.

Иногда в ином человеке может быть трудно открыть что-нибудь, что может вызвать чувство симпатии. Так же верно, что существует такое явление, как «непреодолимое отвращение», которое затем обычно связывается с необработанными или не поддающимися обработке фактами биографии определенного человека. Однако можно исходить из того, что у каждого человека есть черты, делающие его привлекательным. Терапевт должен как можно раньше обнаружить эти черты, чтобы в достаточной мере найти в себе готовность к личному сближению.

3..Сообщай пациенту реалистическое чувство надежды, что цели терапии достижимы!

4. При каждом случае вспоминай о том, что терапевтический процесс проходит различные стадии и что на этом пути нужно пройти мимо множества верстовых столбов! Не позволяй себе оказывать давление на пациента, но сообщай ему о том, что уже достигнуто, где вы теперь находитесь и куда последуете в дальнейшем!

Большинство тяжелобольных пациентов, а также те, у кого ранее уже был негативный опыт медицинской терапии, по крайней мере, время от времени вступают с терапевтом в конфликт, полагая, что им невозможно помочь. Такие установки пациентов, особенно при резких ухудшениях самочувствия во время проведения терапии или при длительной стагнации, наблюдаемой в этом процессе, подрывают доверие терапевта к выбранному курсу.

Люборски предлагает следующие методы, которые могут быть использованы в такого рода ситуациях (они приводятся здесь в несколько модифицированном виде).

1. Помни, что такие периоды неизбежны. Прогресс в психотерапии не прямолинеен, а подчас скачкообразен, и время от времени возможны рецидивы.

2. Положись на то, что спустя некоторое время причина рецидива или затормозившегося прогресса будет найдена, если терапевт и пациент сохранят настойчивость. Тогда, если появится новая точка зрения, надежду и оптимизм вновь обретут обе стороны.

– 631 –

3. При продолжительной стагнации встретись с каким-нибудь коллегой или своим супервизором и обсуди с ним ситуацию, даже если ты считаешь, что ты очень опытен!

4. Если ты сам, несмотря на все усилия, не можешь помочь пациенту, это не означает, что ему не сможет помочь другой терапевт. Попытайся в таком случае организовать какую-нибудь другую форму терапевтической помощи!

*Указания по II типу (облегчение восприятия более равноправной формы отношений)*

1. Подчеркивай взаимный характер поиска понимания (например, при построении определенного фокуса, при формулировании какой-либо проблемы, возникшей в отношениях).

«Работа понимания» относится к сущности терапевтической кооперации. Понимание в психотерапии всегда означает также и то, что оба партнера приближаются к одному предмету, что устанавливается какой-то общий смысл, общее значение.

Этот процесс выполняет значительную поддерживающую функцию. Он дает терапевту и пациенту возможность почувствовать себя соратниками в едином творческом процессе. Переживание того, что благодаря общему поиску определенного значения пациент все в большей степени получает или же возвращает себе контроль над реальностью или обретает надежного союзника, стабилизирует самочувствие пациента и повышает его способность к самостабилизации. В течение определенного времени эта поддерживающая функция акта понимания независима от «истины» понятого.

Чем больше терапевт на основании своей проницательности содействует процессу понимания, то есть апеллирует к конкретным, реально присутствующим в отношениях феноменам, тем выше шансы на то, что пациент почувствует, что у него также есть возможность участвовать в этом процессе.

2. Утверждай в терапевтических отношениях «чувство Мы»! Часто терапевт раньше, чем сам пациент, фиксирует его растущую инициативу и влияние при

разрешении возникающих в процессе терапии проблем. Возврат этого впечатления придает пациенту уверенности и воодушевляет его на то, чтобы воспринимать свою роль в кооперации как более активную и равноправную, и в особенности на то, чтобы понимать достигнутые результаты как продукт совместных усилий. В этой фазе терапии принципиальным является определение вклада пациента в достижение какой-нибудь промежуточной цели. Акцент на кооперативном характере терапии препятствует чрезмерной зависимости пациента и уменьшает опасность «злокачественной регрессии».

3. Давай пациенту почувствовать, что ты и он со все большей интенсивностью работаете при помощи одних и тех же средств!

Терапевтическая коммуникация расширяет эмпатические и экспрессивные способности пациента. Он развивает свою «децентрирующую компетентность»,

– 632 –

то есть он все в большей степени может рассматривать собственное поведение в другой перспективе и «делать метасообщения» о своих отношениях с врачом.

Терапевт должен время от времени упоминать в беседе эти наблюдения, указывая тем самым на равноправный характер его рабочих отношений с пациентом. При этом особенно важно уважать и признавать индивидуальный способ и манеру пациента реализовывать эти способности.

4. Время от времени и особенно в критических ситуациях обращайся к уже пройденным вместе проблемным фазам и полученному при этом опыту, касающемуся потенциала рабочих отношений с пациентом! («С такого рода проблемой мы уже знакомы. Подобную ситуацию мы уже однажды совместно разрешили».)

5. Избегай любых высказываний, которые могут вызвать у пациента ощущение, что его не уважают как личность! Тогда будут устранены «пороки, которые могут иметь место при ведении беседы», относящиеся к принципиальным установкам терапевта и к его человеческим качествам: стереотипное ролевое поведение, авторитарное поведение, равнодушие, склонность к монологам, догматизм. Чрезвычайно показательно, как мало терапевты, которые не получают обратной связи, позволяющей им контролировать свое поведение в конкретных ситуациях (например, при помощи видеосъемки, магнитофонных записей, наблюдений со стороны, дословных протоколов и др.), знают о своем стиле коммуникации. Большинство не замечает собственного патриархального, услужливопокровительственного поведения. Длительность собственных речей, как правило, кажется значительно меньшей, чем в действительности. Особенно тяжелые последствия имеют не проявляющиеся непосредственно столкновения с пациентом, от которых он едва ли может оградить себя: тонкая ирония и остроумные шутки на его счет.

6. Соблюдай общеобязательные правила обсуждения и кооперации, пока не достигнуто взаимопонимание о специальных правилах психотерапевтического диалога! Психотерапевтический диалог - не судебное заседание, где пациент как подсудимый должен выкладывать всю информацию, однако получить в ответ никакой информации не может. Общеобязательные правила в общении друг с другом требуют, чтобы, скажем, на каждый вопрос давался ответ.

### *3.3.3. Поддерживающе-психотерапевтический поход Фрайбергера и его коллег*

Фрайбергер и его коллеги (Freyberger et al., 1996) последовательно применили концепцию Любарски к требованиям клинической медицины. В случаях психосоматических пациентов с ослабленным Эго и в случаях больных хроническими физическими заболеваниями, сопровождающимися «слабым Эго»,

– 633 –

используются соответственным образом модифицированные стратегии. При этом в первом случае речь идет прежде всего о выстраивании орально-нарциссического отношения к объекту, затем о содействии в различении собственных эмоций и, наконец, о передаче ассоциативных взаимосвязей и их понимания. Для больных хроническими физическими заболеваниями рекомендуется процесс, состоящий из семи ступеней.

1. Установление орально-нарциссического отношения к объекту.
2. Тематизация травм, реактивных по отношению к болезни.
3. Обращение к вызванной фрустрацией агрессии.
4. Обращение к конфликтам.
5. Необходимое в крайнем случае присутствие психотерапевта.
6. Побуждение к поиску социальной поддержки.
7. Систематические беседы (ср. также пункт 3.6!).

Авторы подтверждают эффективность этого метода работой с пациентами клиничко-психосоматической консультационной службы (Freyberger and Brinker, 1994).

### **3. 4. Мотивация пациента к психотерапии как врачебная задача**

Мотивация пациента к психотерапии четко сформулирована как задача врача в рамках полного психосоматического ухода за больным (см. также пункт 5). Однако здесь речь идет об общей проблеме формирования отношения врач-пациент в соматическом секторе медицины.

Как уже говорилось, едва ли не во всех областях клинической медицины существуют отчетливые несоответствия между потребностью в психотерапии (соответствующая доле психосоциально детерминированных нарушений), оценкой этой потребности врачами и осуществляющим уход за больными персоналом и применением психотерапии к нуждающимся в ней пациентам. Подавляющее большинство пациентов настаивает на сомато-терапевтическом подходе к нарушению вне зависимости от объективных показаний. В самой острой форме это проявляется у пациентов с нарушением соматического характера с диагнозом ICD-10. Такие понятия, как «алекситимия», указывают на неспособность этих личностей рефлексировать по поводу интрапсихических процессов или нарушенных взаимодействий, а следовательно, вообще развивать такое осознание своих проблем, которое дает возможность получать пользу от психотерапии.

Мотивация к психотерапии играет в традиционно сомато-терапевтически ориентированных областях медицины огромную роль. В моей работе хорошо зарекомендовало себя одно позволяющее уверенно ориентироваться

– 634 –

в этой проблеме пособие, представленное в форме своего рода мотивационного рейтинга (Geuer et al., 1989). В нем выделяются 5 ступеней мотивации к терапии.

1. Общая мотивация к терапии - «я нуждаюсь в помощи».



2. Психотерапевтическая мотивация - «я нуждаюсь в специальной психотерапевтической помощи».

3. Мотивация к восприятию патогенетических взаимосвязей - «я уже готов к восприятию взаимосвязей между симптоматикой и ситуацией (и т. д.).»

4. Мотивация к активному воздействию на самого себя.

5. Мотивация к трансферу достигнутых возможностей - «я вижу возможности активного воздействия на самого себя, воспринимаю свои способности к воздействию и хотел бы позаботиться о том, чтобы позитивные изменения сохранились при более сложных условиях» (см. таблицу 1).

В случаях «психосоматических пациентов» врач или борется за то, чтобы повысить общую терапевтическую мотивацию (а следовательно, просто подняться на 1-ю ступень), или работает над переходом ко 2-й ступени, на которой обычно находится терапевт, занимающийся неврозами, в начале своей терапии.

С другой стороны, очевидна зависимость психотерапевтической мотивации от характера отношений пациент-врач: если пациент полагает, что это отношение способно ему помочь, обычно предлагаются подходы к изменению терапевтической мотивации.

Врач, работающий в амбулаторных или стационарных учреждениях по уходу за больными, особенно ориентирован на поддерживающие сомато-терапевтические подходы, он хочет выстроить основательные отношения с пациентом, которые могут служить фундаментом для работы с мотивацией (см. 4 и 5).

### **3.5. Психотерапевтическая кризисная интервенция в повседневной практике врача. Этапы интервенции при наличии психосоциального кризиса**

Необходимость вмешательства в кризисных ситуациях или ситуациях, требующих экстренной помощи, принадлежит к тому ряду ситуаций, с которыми врач сталкивается в своей повседневной практике. В противоположность деятельности профессиональных консультантов в неврачебной сфере врачебная практика лишь в минимальном количестве случаев ограничивается консультативной беседой или использованием определенной консультативной методики. Здесь почти всегда речь идет о комплексе мер, состоящем из беседы/консультации, технико-фармакологических и врачебно-организационных приемов, соответствующих широкому спектру кризисных и экстренных ситуаций: склонности к самоубийству, которая может иметь самые разные причины и нахо-

**Таблица 1**

Ступень	Опорные примеры
1- ступень «Я чувствую себя нехорошо, я болен, чувствую себя беспомощно, нуждаюсь в ком-нибудь, кто как-нибудь поможет мне, даст мне таблетки или проведет иные медицинские мероприятия».	- Я не верю, что мои трудности исчезнут только благодаря собственным усилиям. - Мое состояние могут улучшить медицинские мероприятия. - Если мне помогут, я готов к любому роду терапии. ( )
2-ступень «Я осознаю, что мои трудности имеют преимущественно душевную природу и поэтому нуждаюсь в психотерапии, в качестве единственного либо дополнительного метода	- Так как мои весьма серьезные недомогания имеют психи корни, я нуждаюсь также и в терапии соответствующего направления. - Я нуждаюсь в лечении, которое поможет мне изм

лечения».	прежние представления и точки зрения. - Я нуждаюсь в психотерапии, чтобы вновь наладить жизнь. ( )
3-ступень «Я осознаю связь между симптоматикой и определенной ситуацией, в которой я нахожусь (или определенным поведением и т. д.)».	- Симптомы сигнализировали мне о моем неправильном поведении. - Теперь в большинстве случаев я знаю, что выражаю симптомы. - Теперь я знаю, что, когда появляются недомогания, я делаю неправильно. ( )
4-ступень «Возможности для устранения своих недомоганий я вижу в активном воздействии на самого себя».	- Я чувствую, что я могу измениться, и благодаря этому контролирую свою симптоматику. - Я осознаю, каким образом я сам могу повлиять на самочувствие. - Я уже не бессилён перед своими недомоганиями, а активно воздействую на них. ( )
5-ступень «Теперь я могу контролировать свои симптомы и хотел бы позаботиться о том, чтобы изменения сохранились и при более тяжелых условиях».	- Благодаря лечению я чувствую себя относительно неплохо безусловно, должен позаботиться о том, чтобы изменения сохранились. - Я знаю, что сохранение достигнутых изменений будет мне усилий. - Я ясно вижу, с чем связано возникновение недомоганий/нарушений, могу влиять на это и хочу возможность делать это и далее. ( )

даться на самых разных стадиях, острым состоянием страха и паники, скрывающимся под различными масками, алкогольным или медикаментозным интоксикациям и реакциям зависимости, аномальным эмоциональным реакциям и агрессивному или необычному поведению.

Если врач диагностировал суицидальную угрозу, у него есть несколько способов воспрепятствовать ее исполнению. В случае наличия тяжелого динамического сужения личности в результате нуждающегося в психиатрическом лечении депрессивного заболевания необходимо направить пациента на стационарное лечение. Однако в большинстве случаев следует оказывать воздействие на суицидальное настроение непосредственно на месте.

Установка самого врача по отношению к смерти и умиранию может существенным образом определить характер его вмешательства. Так, если эта проблема для него табуирована, он будет поспешно реагировать при помощи мер, связанных с изоляцией и охраной пациента, вместо того чтобы поговорить с ним о его желании смерти и его проблемах. Однако меры по его охране усиливают тенденции больного к обоснованию своей капитуляции перед реальностью фантазиями о некоем вечном покое, отдыхе от этой реальности. Ибо врач уходит в сторону и тем самым придает этим фантазиям реальность.

Вследствие этого первым и самым важным шагом в этой ситуации является нейтральное восприятие потребности пациента в покое, уходе прочь, нежелании-больше-здесь-быть, которая содержится в желании смерти. Лишь на этой основе во втором шаге удастся идентификация подлинного желания, которое, как правило, имеет очень конкретный образ: «я не хочу быть покинутым», «мои родители должны оставаться вместе», «разрешение конфликта принесет мне успокоение» и т. д. Путь от первого шага ко второму идет через жалобу пациента, расслышать которую можно

лишь с большим трудом и которая при первом контакте должна быть представлена в более отчетливой форме. В этот момент врачи, которые, услышав эту тихую жалобу, тотчас выносят ценностные суждения, прекращают всякие действия и, следовательно, оказываются неспособны к эмпатической коммуникации. Поэтому для врача чрезвычайно важно стимулировать жалобы пациента, поскольку лишь таким путем можно воздействовать на аутоагрессивные тенденции. Таким образом неопределенная жалоба превращается в жалобу на конкретное затруднение. Лишь такая жалоба может затем обозначить проблему: симптом (суицидальность, депрессивность) превратился в проблему (конфликт с партнером), которую можно обсуждать.

Если исходить из той точки зрения, что главным является ликвидация динамического сужения личности посредством терапевтической интервенции, то задачи врача таковы:

- расшифровка коммуникативного значения попытки суицида;
- содействие иной форме реакции на ситуации, нежели попытка суицида.

– 637 –

Этот путь облегчается, если поведение врача будет включать в себя:

- неограниченное признание личности пациента;
- создание у пациента впечатления, что проблема понята;
- сообщение ему надежды, что кризис когда-нибудь закончится, а до тех пор ему гарантирована поддержка;
- непосредственное осуществление этой поддержки в той или иной уместной форме (например, проявление в его отношении заботы, обсуждение терапевтических мероприятий с указанием конкретных сроков, содействие проясняющему отношению к разговору с важными для пациента референтными лицами, проведение терапевтических мероприятий, например попутного медикаментозного лечения и т. д.).

Каждая связанная с беседой кризисная интервенция должна по возможности представлять собой последовательность шагов, которая хорошо зарекомендовала себя как в специальных центрах кризисного вмешательства, так и в ситуациях, когда врач вынужден оказывать неотложную помощь (Aquilera and Messick, 1977).

*Первый шаг:* создание возможности для беседы.

Сюда относятся такие медицинские меры, как детоксикация, инъекция успокоительного средства, но также и преодоление сопротивления пациента беседе.

*Второй шаг:* необходимое для идентификации кризисной ситуации прояснение следующих вопросов.

1. Почему помощь стала необходимой в этот момент времени?
2. Что же произошло, что изменило прежнюю жизненную ситуацию?
3. Когда именно она изменилась?

*Третий шаг:* поиск людей, которые могут оказать поддержку и помощь.

1. Есть ли у пациента близкие, которые, возможно, отсутствовали лишь временно, родственники, которые могли бы проявить о нем заботу, коллеги, которые ранее уже помогали, соседи, которые демонстрировали понимание?

2. Существуют ли источники помощи, которые не были задействованы из гордости или стыда?

3. Привязывают ли личность пациента к реальности, к жизни какие-либо конкретные цели и задачи, стоящие перед ним благодаря наличию у него детей или людей, которых он не хотел бы покидать или разочаровывать?

4. Как можно мобилизовать таких помощников?

*Четвертый шаг:* прояснение вопроса: какие формы разрешения ситуации и формы защиты избираются или избирались ранее для преодоления трудностей?

1. Как в большинстве случаев пациент реагирует на стрессы и конфликты? Как они разрешались ранее?

2. Почему в настоящий момент нельзя разрешить их тем же способом, если ранее ему сопутствовал успех?

– 638 –

*Пятый шаг:* обобщение результатов уже состоявшихся бесед, вопрос, который врач должен обратить к самому себе. Представляет ли пациент опасность для самого себя или для других? Планирует ли он самоубийство? Мог бы он быть опасен для других?

Если из ответов на эти вопросы не вытекает необходимость немедленных действий, осуществляется следующий, (шестой) шаг.

*Шестой шаг:* планирование терапевтических действий.

Он учитывает следующие обстоятельства: как велико на данном этапе влияние кризиса на жизнь пациента? Трудоспособен ли он, может ли он посещать школу, высшее учебное заведение? Может ли он заботиться о домашнем хозяйстве, о других, о самом себе? Вредят ли его проблема и его состояние окружающим? Что думают важные для него референтные лица о том, как он ведет себя, о том, разрешима ли его проблема? Они агрессивны, раздражены, озабочены, испуганы и т. д.? С учетом этих обстоятельств планируется терапевтический подход, который должен быть как можно в большей степени адаптирован к особенностям данного случая.

*Седьмой и дальнейшие шаги:* специфические терапевтические вмешательства.

Совместно с пациентом очерчивается проблема и вырабатывается стратегия решения, которая предусматривает одно или несколько альтернативных решений. Для этого заключаются конкретные соглашения, даются конкретные указания, которых пациент должен придерживаться, чтобы произошло изменение его ситуации. Важно, чтобы это произошло уже при первом контакте; при втором контакте проверяется достигнутый результат и в зависимости от него по-новому определяются проблема и возможности ее решения.

### **3. 6. Поддерживающие и адаптивные действия в отношении тяжелобольных, хронически больных и умирающих**

#### *3.6.1. Поддержка в условиях интенсивной медицины и в отношении тяжелобольных*

Стабилизирующая терапевтическая интервенция, которая выходит за рамки обычной поддерживающей функции, присущей любому врачебному мероприятию, показана при всех нарушениях, которые связаны с отчетливой «слабостью Эго» и/или регрессивным поведением (ограниченный самоконтроль, рецидив незрелого поведенческого образца и психотического поведения). Гораздо большее количество нуждающихся в поддержке непсихиатрических пациентов составляют тяжелобольные отделений интенсивной терапии, пациен-

– 639 –

ты, ожидающие и перенесшие операцию, а также хронически и смертельно больные. При этом речь идет о пациентах, чьи необходимые для преодоления ситуации функции дестабилизированы болезненными процессами, оказывающими влияние на мозг, сознанием присутствия угрозы его жизни, плохим физическим состоянием, чрезвычайной душевной ситуацией, а зачастую сразу несколькими факторами одновременно.

Для кратковременного лечения тяжелобольных с целью спасти их от грозящей смерти решающими оказываются соматические факторы (возраст, функциональные параметры сердечной деятельности). Для длительного лечения и последующей реабилитации более надежными в прогностическом отношении являются психологические параметры. Наихудшие прогнозы у пациентов, которые до операции попадали под категорию депрессивных или потерявших всякую надежду (Kimball, 1973, 1976; Morgan, 1971). Эта взаимосвязь между депрессивно окрашенной оценкой собственной ситуации (так называемой капитуляцией) и более высокой смертностью прослеживается в многочисленных исследованиях (обзоры: Engel, 1976; Schmale, 1964). Таким образом, совокупность того, в чем нуждаются тяжелобольные, всегда определяется сплетением психореактивных форм разрешения ситуаций и форм защиты и декомпенсаторных психических и соматических процессов. Тем самым психологически поддерживающая терапия становится принципиально более значимой (таблица 2).

**Таблица 2**

Возможности врачебной поддержки	Цели
Внимание к пациенту, признание его как личности Пространственно-временная структуризация	Установление отношений, дающих пациенту чувство уверенности, доверия
Стимулирование остающихся коммуникационных возможностей (упражнения, установление социальных контактов), уклонение от лабилизирующих техник (провоцирование прежних, связанных с конфликтами переживаний, регрессивные процессы, переживание сильной зависимости)	Содействие автономии, самосознанию и самоконтролю
Постоянство личных контактов с врачом и персоналом, информирование относительно врачебных мероприятий, медицинских техник, хода лечения, прогнозов	Содействие кооперации, готовности выполнять предписания

– 640 –

*Цели и способы осуществления поддерживающей терапии в отношении тяжелобольных*

Однако только внимание медицинского персонала к психологической ситуации как результату краткой беседы и ее ежедневная оценка уже влечет за собой значимое снижение уровня психопатологических нарушений, например возникающих после оперативного вмешательства (Joraschky et al., 1979; см. также Köhle et al., 1990). Уже на этом основании наблюдение психической ситуации (при этом ни в коем случае не нужно подниматься до уровня психиатрии; оцениваться должны лишь настроение, удовлетворенность, тревожность, отношение к реальности) должно обладать значением, аналогичным измерению кровяного давления и температуры.

*Установление отношений, дающих пациенту чувство уверенности*

Стабильность личности решающим образом зависит от наличия чувства безопасности и доверия в ситуации, в которой она испытывает нагрузки. Понятный для нее характер этой ситуации, ясное и простое структурирование пространственных и временных отношений, достаточная информация и осве-

домленность, а также определенное постоянство личных контактов, образуют основу такого чувства безопасности и доверия.

Требование постоянного, стабильного, эмоционально позитивно окрашенного отношения к врачу и медицинской сестре может реализовываться в зависимости от обстоятельств. Обычно пациент в экзистенциально критической ситуации испытывает дающую ему чувство уверенности потребность идеализировать того, кто оказывает ему помощь и демонстрировать в своем поведении агрессивную зависимость. Поэтому относительно высокая степень идеализации и связанная с ней чрезмерно некритическое отношение временно допустимы.

#### *Удовлетворение типичных потребностей тяжелобольного*

Общепринятая и в целом вполне приемлемая точка зрения, что тяжелобольным в первую очередь должен быть предоставлен покой, нуждается, по крайней мере, в определенной дифференциации. Можно однозначно констатировать, что у тяжелобольных по сравнению с легкими больными и здоровыми более сильно выражена потребность в эмоциональной помощи.

#### *Предотвращение ненужной лабилизации*

На тяжелобольного пациента оказывает воздействие ряд значительных лабилизующих воздействий и фрустраций. Как его общее физическое состояние, связанное с болями, беспомощностью и подавленным самочувствием, так и специфические психологические реакции на травму или удаление какого-либо органа, вызывающего особенно аффективно окрашенное отношение, являются поводом для актуализации типичных личностных конфликтов. В качестве таковых можно указать на недостаточное усвоение наркоза из-за опасения подобной

– 641 –

смерти, неограниченной потери контроля, сопровождающие определенные переживания отклонения в сердечной деятельности, вызванные особенной предрасположенностью к психотическим реакциям на вмешательство в «жизненный центр», специфические аномальные эмоциональные реакции на потерю органов чувств и т. д. (Engel, 1976). Факт вручения себя некоей не поддающейся контролю и манипуляции инстанции при определенных личностных предпосылках пациента инициирует мощные параноидальные идеи, которые при определенных, обусловленных заболеванием обстоятельствах могут достичь психотических размеров. Переживание разлуки с близкими людьми, усиленное ввиду болезни, операции или наркоза фантазиями о смерти как об окончательной разлуке, провоцирует соответствующие депрессивные настроения и страх разлуки, выводит невротические предрасположенности из латентного состояния (Morgan, 1971).

В этой ситуации не следует проводить обработку даже очевидных невротических позиций, так как в случае, например, прослеживания истории возникновения аффектов следует ожидать их дальнейшей мобилизации, которая усилит и без того имеющую место слабость Эго, а психологические корреляты аффектов будут способствовать организмическим декомпенсациям. Однако в отдельных случаях психическое воздействие раскрывающего типа является в процессе реабилитации необходимой предпосылкой реинтеграции (Gaus und Köhle, 1979).

### *3.6.2. Особенности адаптирующей терапии у хронических больных*

В добавление к уже описанным целям поддерживающей терапии в качестве типичной цели воздействия на хронических больных следует рассмотреть содействие

адаптации к хроническому болезненному состоянию (Heim, 1981; Heim et al., 1983) и достижение удовлетворительного уровня готовности пациента к осуществлению предписаний (таблица 3).

*Поддержка при адаптации к хроническому болезненному состоянию*

Для того чтобы упорядочить многочисленные явления, возникающие в процессе адаптации к состоянию хронической болезни, рекомендуется ориентироваться на то, каким образом формы психической защиты и разрешения ситуации проявляют себя в конфронтации индивида с не поддающейся изменению угрожающей жизненной ситуацией, как - это было описано, например, Кюблер-Россом (Kübler-Ross, 1973) и Вайсманном (Weismann, 1979) в отношении столкновения с онкологическим заболеванием («psychosocial staging»).\* Для хронических больных без неблагоприятного прогноза в зависимости от рода болезни и формы конфронтации с нею важными являются следующие стадии адаптации:

\* Психосоциальная инсценировка (англ.).

- стадия отрицания, наступающая после столкновения с фактом хронического болезненного состояния;
- стадия сменяющих друг друга агрессивных, депрессивных и депрессивно-ипохондрических реакций;
- стадия относительного признания своего состояния и ориентированного на реальность, направленного на сотрудничество, поведения.

**Таблица 3**

Врачебные стратегии	Цели
Поддержка процессов преодоления болезни: последовательная конфронтация с болезнью и ее последствиями. Содействие активному обсуждению требований терапии. Содействие постепенной адаптации к измененным жизненным условиям посредством поощрения коммуникации с другими больными и здоровыми референтными лицами	Принятие болезни (ослаб перцептивной защиты, умень проявлений негативных форм связан болезнью поведения, ослабление тенд к уклонению от коммуникации)
Установление постоянных, непрерывных и эмоционально устойчивых отношений врач-пациент, предложения по информированию пациента, содействующие отношениям коммуникационные техники	Установление кооперации (соблк терапевтического режима; сотрудни с пациентом; следование указаниям вр

Принимая во внимание то, что хронические заболевания протекают постоянно изменяясь, проходя различные фазы, испытывая толчки, прогрессируя и принимая разные формы, приведенные стадии адаптации могут сосуществовать, многократно повторяться, а также развиваться в обратном направлении. Довольно часто пациент в силу резкого ухудшения или же удивительного улучшения состояния утрачивает свою направленность на сотрудничество, отчаивается или отвергает лечение и ставит его под угрозу. Присутствие субдепрессивной ипохондрии даже при относительно легких хронических заболеваниях точно так же представляет собой предмет ежедневной заботы врача.

*Стадия отрицания.* Адаптирующая терапия в этой фазе предполагает постепенное ознакомление пациента с реальностью его заболевания и его привыкание к терапевтическим нагрузкам, не отнимая у пациента надежды на полноценную жизнь. Следовательно, врач не должен поддаваться искушению воспринимать отрицающую

стратегию своего пациента как своеобразный результат терапии, поскольку в таком случае следующая стадия - разочарования - обычно дает более проблематичные результаты: чем эмоционально более ярко окрашена первая стадия, тем больше раздражения, гнева, депрессии на следу-

– 643 –

ющей. В соответствии с этим беседа с пациентом должна быть направлена на преодоление переживаемой каждый день болезненной ситуации, на связанные с ней проблемы жизненной перестройки и на решающей для этой и следующей стадии необходимости изменения ценностного масштаба (в особенности в связи с вопросом: «чем теперь я, больной, могу представлять ценность для себя и других?»). Именно в начале обсуждения болезни зачастую определяется направление дальнейшего процесса адаптации: более наступательное, активное преодоление или в большей степени оборонительное, пассивное предоставление себя в распоряжение терапевта.

*Стадия сменяющих друг друга агрессивных, депрессивно-резигнативных и депрессивно-ипохондрических реакций.* Вместе с ростом ощущения масштабности вреда, нанесенного болезнью привычной жизни, с увеличением физических функциональных ограничений и изменений схемы тела, с потерей многочисленных возможностей удовлетворения своих потребностей, а также вместе с появлением связанных с этим зависимостей, с утратами связей и негативными социальными изменениями, появляются более или менее отчетливые реакции, которые по любому поводу могут приводить к буйному, раздраженному поведению. В таких случаях возмущение может быть направлено против родственников, врачей и сестер, против терапии. Иногда, когда какая-нибудь иная форма обсуждения не приводит к успеху, мероприятия саботируются с полным сознанием негативных последствий для здоровья (диабетик «грешит» с шоколадом, пациент отделения диализа слишком много пьет и т. д.).

Для врача может быть чрезвычайно сложным понять и осмыслить прорывающиеся из стадии хронической депрессивности выступления против режима питания и поведения, имеющие при известных обстоятельствах суицидальный характер, как выражение протеста против болезни. Следовательно, основная установка по отношению к такого рода агрессивным импульсам в общем и целом должна состоять в усилиях врача объяснить пациенту, что они принципиально не угрожают отношениям врач-пациент. Если это принимается пациентом, его поведение подчас молниеносно изменяется.

Уже при относительно легких хронических заболеваниях с незначительным воздействием на ожидаемую продолжительность жизни больного часто развивается хронически-субдепрессивное состояние с сопутствующими явлениями в форме ипохондрических идей и жалоб, которые иногда более неблагоприятно воздействуют на общую ситуацию больного, нежели на саму основную болезнь.

Если врач, работающий как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, возможно, из чувства долга признал эту выраженную в ипохондрическом поведении претензию пациента на заботу, изнеженность и т. д., которая может быть несоразмерна его недугам, то образуется порочный круг некой патологической коммуникации врача и пациента: каждый недуг вознаграждается медицинским взносом, который, однако, не делает проблему пациента менее ост-

– 644 –



рой. Требования становятся все более непомерными, реакция на окружающее все в большей степени принимает форму его отвержения; пациент становится «сущим наказанием». Спешное отстранение или смена врача кажутся в этом случае единственным выходом.

Следовательно, адаптирующая терапия в этой ситуации означает не бездумное удовлетворение всех форм потребности в помощи, а содействие непосредственному выражению таких, как правило, направленных на определенные отношения, желаний, реализовать которые во многих случаях невозможно, с чем пациент, однако, сможет примириться, но только в том случае, если он с помощью врача научился понимать и признавать свои потребности.

*Стадия относительного признания болезни.* Способность пациента до известной степени признавать свои нынешние ограничения и трудности и ответственно использовать оставшиеся возможности связана с готовностью к партнерскому сотрудничеству, к которому в таком случае должен быть способен и врач. На этой стадии врач должен довериться своему пациенту и его часто немалому опыту в обращении с болезнью, обсуждать с пациентом все мероприятия и при этом проявлять гибкий подход к индивидуальности своего пациента. Во многих случаях речь идет о действии, направленном на установление в отношениях между врачом и пациентом определенного баланса, который остается неустойчивым, ни в коем случае не будет длительным и попытки установления которого должны производиться вновь и вновь.

### *3. 6. 3. Работа с пациентами с неблагоприятным прогнозом*

Психосоциальный уход за смертельно больными пациентами является важным разделом общей системы ухода за больными с неблагоприятным прогнозом. Однако в ходе развития заболевания психосоциальные компоненты получают исключительное значение трижды:

- во время постановки диагноза;
- во время рецидива или резкого ухудшения;
- во время умирания.

Клинический опыт, несмотря на то что он отчасти резко отрицает стадийное членение психологического процесса адаптации в ходе развития неизлечимого заболевания (Simpson, 1982), свидетельствует в пользу сохранения той точки зрения, которая связывает различные формы преодоления заболевания и, соответственно, адаптации к нему, а также психосоциальную ситуацию пациента с соматическими проявлениями болезни. Само собой разумеется, что поведение врача должно так или иначе ориентироваться на специфику *данного* случая, а общих механистических моделей или технических приемов следует

избегать. Столкновение больного с природой его болезни, ее подлинное раскрытие или основывающаяся на предчувствии уверенность в ней почти всегда ведут к острой форме перцептивной защиты, осуществляемой или посредством блокирования общей системы обработки информации, сопровождаемого шоковой потерей ориентации и прочей психомоторной активности, или посредством выборочного восприятия реальности (отрицание).

Руководство соотношением приближения к угрожающей реальности и дистанцирования от нее ориентируется на потребности пациента и его способность переносить нагрузки. При некоторых обстоятельствах он в течение долгого времени

колеблется между различными степенями перцептивной защиты, а врач должен терпеливо и сочувственно сопровождать этот процесс, осторожно направляя его к реалистическому восприятию. Лучше всего, если это будет происходить постепенно (ср. Kerekjarto, 1982). Если существует возможность приблизиться к этим тематическим сферам в ориентации пациента на то расстояние, чтобы услышать истину, то возникает такая форма коммуникации врача и пациента, которая до самого конца курса будет являться предпосылкой их стабильных отношений.

Вместе с ростом уверенности в исходе болезни и в связи с вопросом «почему именно я?» появляется более или менее скрытая агрессивность, которая в общем виде выражается как ропот против судьбы, а конкретно как ярость, направленная на референтных лиц, актуально значимых для больного, на родственников, врачей, медицинский персонал. Если эти лица не могут отнести эти реакции к «нормальным» попыткам преодоления тяготящей больного ситуации, если они принимают их слишком лично, то легко возникают обиды, раздражение и защитные реакции, направленные против больного.

Как следствие работы с предстоящим прощанием с жизнью предпринимается попытка психической обработки темы разлуки. Палитра возможностей индивида простирается от защиты от этой темы в форме проявляющегося посредством самых различных симптомов депрессивного настроения с тенденциями к изоляции, расстройства влечений, снижения самооценки и чувства вины до понятной скорби по предстоящей утрате мира, людей, духовного и материального имущества. Эта скорбь, непосредственная первая ступень приближения к обычно более спокойной форме взаимодействия с болезнью, естественным образом затрагивает каждого человека в его способности разрешать собственную проблему конечности и приводит к появлению подобных затруднений и у врача, если он вместе с больным взваливает на свои плечи эту принципиально неразрешимую проблему, вместо того чтобы отодвинуть ее в сторону. Если же это удастся, пациент скорее окажется в состоянии планировать оставшееся время, действительно его использовать, а также предпринять активные действия в отношении того, что произойдет после его смерти. Врач может побудить пациента откровенно поговорить об этих возможностях с его семьей.

– 646 –

Поведение, которое Кюблер-Росс называет переговорами или торговлей, всегда появляется в том случае, когда у пациента пробуждается надежда, что его собственное поведение может задержать процесс: «Если я действительно выдержу эту диету, я, возможно, останусь в живых» или же характерное для прежних эпох «Если мне будет дарован еще один год, я буду жертвовать церкви, детям...».

Путеводной нитью в общении с пациентом является понимание того, что пациент отчаянно ищет возможность оказать влияние на свою судьбу. А следовательно, врач, с одной стороны, должен попытаться продемонстрировать пациенту реальные возможности сотрудничества в процессе лечения, касающиеся преобразования жизненных условий, планирования последующего времени, но, с другой стороны, он не должен связывать с этими действиями нереальные надежды на исцеление.

Принятие близкой смерти, выраженное посредством спокойного, полностью соответствующего реальности и неизбежности поведения, предполагает более длительный период взаимодействия с проблемой смерти, чем это типично при естественном старении, и по понятным основаниям не может ожидаться у более молодых пациентов с онкологическими болезнями и у лиц с преждевременно нарушенными функциями сознания. В литературе наблюдается консенсус по поводу

того, что осознанное взаимодействие с угрозой смерти является составной частью достойной человеческой смерти. Но в какой мере для отдельного человека является возможным осознанно принять смерть, остается весьма спорным. Кёле и его коллеги (Kuhle et al., 1990) с полным правом указывают на то, что героизирующее и оптимистичное изображение принятия смерти (см., например, Kübler-Ross, 1973) выдвигает нереалистичные и преувеличенные ожидания как в отношении пациентов, так и в отношении врачей и осуществляющих уход за больными служб. В целом принятие смерти не представляет собой некоего полностью осознанного согласия. Введенное в 1974 году Вайсманом (Weisman, 1974) и включающее в себя определенное соответствие с собственным пониманием больного понятие «подходящей смерти» («appropriate death»), к которой посредством четко обозначенных мер помощи стремится врач (относительное освобождение от боли, минимизация эмоционального и социального вреда, сохранение в той или иной степени возможного контроля и мобильности), делает такие чрезмерные претензии относительными.

Если врач способен к естественному, лишённому защитных реакций поведению, он может принять близко к сердцу проблему пациента и, несмотря на это, поддерживать с ним коммуникацию и далее, например, по поводу возможностей соответствующим образом осуществить последние желания пациента (введение анальгетиков, прощание с родными и друзьями); к тому же это поведение поможет пациенту с меньшими трудностями найти принимающую смерть

– 647 –

установку. Кроме того, очень вероятно, что позиция принятия остается связанной с «удовлетворяющей» больному коммуникацией с окружающим миром, соответствующей его телесным и духовным возможностям. При известных обстоятельствах врач должен действовать как посредник, побуждая пациента и его родных к общению друг с другом; если понадобится, врач и сам должен как референтное лицо ежедневно находиться в распоряжении пациента. Во многих случаях речь идет просто о молчаливом присутствии, бытии другого человека перед лицом неотвратимого конца всякого отношения к миру.

### *3.6.4. Разработка проблем медицинского персонала*

Во многих учреждениях, где контакты с неизлечимо больными являются повседневной рутинной, оказывалось необходимым давать осуществляющему уход за больными персоналу и врачам систематическую установку относительно помощи в преодолении возникающих эмоциональных реакций (Jacob, 1981). Лучше всего это удается в дискуссиях по поводу конкретных случаев, в которых такая проблематика разрабатывается в команде.

Разговоры друг с другом, ощущение, что другой чувствует в общении со смертельно больными подобный страх, скорбь или агрессивность, усиливают способность к преодолению этих эмоций.

## **4. ИЗМЕНЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ПОСРЕДСТВОМ ИНТЕГРАЦИИ В НЕЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ. СТАЦИОНАРНЫЙ ВРАЧЕБНЫЙ ОБХОД И СЛУЖБА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

#### **4.1. Предпосылки для терапии, сопровождающей соматический уход за больным**

В обширной литературе по психосоматическим вопросам, относящимся к самым различным областям медицины, можно выделить следующие главные направления включения сопровождающей психотерапии в соматически ориентированные разделы медицины.

– 648 –

1. Цели, которые преследуются в такой психотерапии, всегда определяются конкретным случаем и ставятся в соответствии с влиянием психосоциальных факторов на патогенез. Это влияние может быть различным даже в разных случаях одного и того же вида заболевания (например, в одном случае псориаза удастся заметно уменьшить склонность к рецидивам (Rechenberger, 1982), в другом случае такой же результат достигается посредством локальной терапии).

2. Ориентация на конкретную психологическую и социальную ситуацию пациента при определении цели терапии имеет абсолютный приоритет перед выведенными теоретически, якобы специфическими для данного заболевания конфликтами и констелляциями.

3. Построение прочных отношений врач-пациент почти всегда происходит на фазе «соматической ориентации». На этой фазе врач дополнительно ориентируется на потребность пациента, состоящую в том, чтобы его воспринимали как физически больного человека. Постановка диагноза по правилам медицинской науки, а часто также и ведущая роль соматически ориентированной терапии облегчают такую установку, ибо на психосоциальном уровне они выполняют определенную поддерживающую функцию и способствуют позитивному переносу.

4. «Психосоциальная ориентация» как вводная фаза психотерапевтического процесса зачастую нуждается в особых ситуативных предпосылках, например:

- в стимулирующих регрессию терапевтических предложениях (поддержка при разрешении конкретных вопросов, содействие временному исполнению пациентом пассивной роли) или

- в длительной опеке больного, цель которой состоит в том, чтобы, обращаясь к конкретным событиям (прекращение рецидивов посредством психосоциальных факторов), привлечь его внимание к этой области.

5. В большинстве случаев психосоциальная ориентация и соматические диагноз и терапия систематически связаны друг с другом.

Так, исключительно соматическая диагностика неизбежно приводит к вопросу о несоматических условиях или позитивные результаты диагностики ставятся в контекст более широких функциональных связей (например, если проводимый в рамках эндокринологического исследования вторичной аменореи GnRH\* -тест подтверждает ожидаемый слабый LH\*\* -ответ, это может способствовать объяснению главных психоневропатологических причин ухудшения функционирования яичников).

6. Участие врача не прерывается в случае установления психосоциальных причин нарушения.

---

\* GnRH (или GRH) - Gonadotropin-releasing hormon.

\*\* LH - Luteinsierendes hormon - лютеинизирующий гормон.

## 4.2. Стационарный врачебный обход

Процесс интеграции психотерапевтических подходов в клиническую практику сталкивается с многочисленными проблемами и сильным сопротивлением, что ниже поясняется на примерах стационарного врачебного обхода и службы взаимодействия: при этом выяснится, при каких условиях может быть успешным сотрудничество между профессиональными психотерапевтами и их партнерами в том или ином клиническом отделении. Прежде всего следует предостеречь от иллюзии возможности быстрого внедрения психотерапевтических концепций. В большинстве случаев необходимой предпосылкой внедрения образа действий, который включает в себя элементы психотерапии, является проведение в клинике решительных организационных, а часто принципиальных структурных изменений, как это показывает приводимый в следующем разделе пример обхода, выполняемого с психотерапевтическими функциями.

### 4.2.1. К психотерапевтической функции стационарного врачебного обхода

*Проблемы включения психосоциального измерения в стационарный врачебный обход*

Ежедневное посещение стационарным врачом больного преследует цели самого различного порядка, например:

- контроль за ходом терапии, за эффективностью лечения и надлежащим поведением пациента;
- получение дополнительной информации посредством клинических исследований, опроса пациента, иных диагностических действий;
- назначение диагностических и терапевтических мероприятий;
- консультацию и обсуждение этих мероприятий с коллегами, повышающими свою квалификацию врачами и т. д.;
- обучение студентов и медицинского персонала;
- информирование пациента и советы ему;
- воздействие на переживания и поведение пациента (например, на способ преодоления болезни и разрешения конфликтов с учетом повышения его мотивации к выполнению предписаний и т. п.).

При исследовании того способа, каким врач оказывает пациенту помощь в ходе традиционной беседы во время обхода, становятся очевидными конфликты, возникающие на самых разных уровнях (обзоры см. в следующих работах: Köhle und Raspe, 1982; Fehlenberg et al., 1986; Siegrist, 1978).

Обусловленная традициями и необходимостью оптимальной организации работы форма обхода явным образом вступает в противоречие с ожиданиями и интересами пациента. В то время как потребности пациента состоят в восста-

новлении или в улучшении самоконтроля, установлении личного контакта с врачом и получении важной информации о картине болезни и т. п., для коллектива отделения на первом плане оказываются задачи по оптимальной организации работы. Как свидетельствуют многочисленные свидетельства, этот конфликт интересов часто

разрешается не в пользу пациента. В этом случае возложение на врачей и персонал личной ответственности не решает подлинной проблемы. В традиционной обстановке врачи, которые, будучи неподготовленными и недостаточно квалифицированными, устанавливают более эмоционально обусловленные, более личные отношения с пациентом, подвергаются эмоциональным перегрузкам. Это происходит потому, что биологистическое понимание природы болезни, институционально-структурные ограничители и личные мотивы защитной реакции на эти отношения образуют некое единство, которое не могут разрушить апелляции к морали врача.

Уже структура взаимодействия врач-команда-пациент характеризуется тенденциями, которые с самого начала исключают из коммуникации пациента, так как он не может достаточно успешно ни следить за процессом коммуникации (например, из-за приглушения голоса при «критических» пассажах), ни понимать (например, из-за использования медицинского жаргона) или предугадывать его (например, из-за непредвиденной смены тем). Более того медико-психологические и медико-социологические исследования (обобщенные в работах Fehlenberg et al., 1986; Haferlach, 1994) рисуют следующую картину типичного стационарного обхода:

- длительность приблизительно 3,5 минуты;
- пациенту принадлежит максимум 30 % речевых актов. Впрочем, лишь пятая часть высказываний пациента происходит по его инициативе, в большинстве случаев он реагирует на вопросы врача. На один вопрос пациента приходится от 6 до 11 вопросов врача;
- чем более тяжело болен пациент, тем меньше прямых ответов он получает на свои вопросы, то есть врач уклоняется от ответа тяжелобольному пациенту в 92 % случаев.

Едва ли должно удивлять, что закон о структуре здравоохранения от 1993 года закрепляет эту ситуацию, ибо в нем время, в течение которого персонал, осуществляющий уход, беседует с пациентом, ограничивается 4,42 минутами, а с умирающими 9,35 минут в день.

#### *4.2.2. Институциональный и концептуальный фундамент обхода, осуществляемого с психотерапевтическими функциями*

Очевидно, что в рамках вышеописанной структуры вопрос о нацеленных психотерапевтических интервенциях в процессе обхода не может даже и возникнуть.

– 651 –

Предпосылкой для должного внимания к психосоциальному измерению в беседе, имеющей место в процессе обхода, является коренное изменение характера обхода, на которое указывает модель, разработанная на практике Кёле и его коллегами (Köhle et al., 1980) и Шерфом (Scherf, 1987). Эта структурная перестройка немислима без компетентных в области психотерапии сотрудников и консультантов. Известная «ульмская модель» (Köhle et al., 1980) обращает внимание на три направления такого рода изменений:

- 1) перераспределение функциональной значимости различных задач обхода и содействие прямому диалогу между врачом и пациентом;
- 2) установление симметрии в коммуникации между врачом и пациентом;
- 3) выработка специальных психотерапевтических стратегий поддерживающего характера.

Первые два направления связаны с принципиальными преобразованиями организации работы отделения, которые, разумеется, могут быть реализованы лишь в рамках целостного взгляда на болезнь и здоровье.

Перераспределение функциональной значимости различных задач обхода представляет собой основную предпосылку всех остальных изменений. К главной задаче посещения больного принадлежат исключительно те аспекты, которые относятся к пациенту как к личности: диалог врач-пациент и физическое обследование. Все остальные задачи традиционного обхода (контроль за выполнением назначений) надзор, консилиум, «круговой обход») отводятся на второй план и проводятся до или после выполнения главной задачи посещения. Главная задача посещения - беседа с больным, которую проводит врач, сидя у его кровати, по возможности так, чтобы его глаза находились на одном уровне с глазами пациента. Прочие участники команды стоят на некотором расстоянии у ножек кровати. Эта беседа, понимаемая как основное лечебное мероприятие, проводится ежедневно в одно и то же время и рассчитывается таким образом, чтобы пациенту отводилось приблизительно 5-6 минут, а кроме того, чтобы в распоряжении команды имелось время для предшествующих и последующих общих обсуждений. Эти командные обсуждения посвящены исключительно главной задаче посещения (разбор сделанных участниками команды наблюдений особенностей взаимодействия во время посещения и т. д.).

Установлению коммуникативной симметрии с пациентом способствует подход врача, при котором его поведение во время беседы ориентировано на потребности пациента в коммуникации. Хорошо, если не только задаются вопросы, но также производится и четкая проработка содержащихся в высказываниях пациента проблем и вопросов. Неудобные вопросы при этом не избегаются.

Выработка психотерапевтических стратегий для поддержки пациента требует действий по дополнительной подготовке и специальному руководству, затрагивающих всю терапевтическую команду. Врачу, применяющему сверхкороткую психотерапию в рамках врачебного обхода, необходима значительная

– 652 –

психотерапевтическая компетентность. Он также должен быть в состоянии продолжить беседу, проводившуюся в рамках врачебного обхода, в виде отдельного сеанса, а в случае необходимости сотрудничать со специалистами.

Базовая и дополнительная медико-психологически-психотерапевтическая подготовка команды, по крайней мере в форме балинтовских групп, обязательна. Проблемы ролевых дивергенций в повседневной практике врача, который параллельно занят административной работой, медицинской диагностикой и соматическим лечением, а также действует в психотерапевтической сфере, в особенности требуют систематического специального наблюдения за его деятельностью.

#### *4.2.3. Психотерапия в рамках стационарного врачебного обхода*

На основании описанных структурно-социологических и медико-психологических предпосылок и в соответствии со всем имеющимся опытом, беседы, проводимые в рамках врачебного обхода, несмотря на их относительно небольшую длительность (5-7 минут), пригодны для целенаправленных психотерапевтических интервенций. Психотерапия в рамках врачебного обхода обычно проводится в следующих направлениях:

- прогресс в преодолении болезни;

- прогресс в отношении к болезни, а в особенности
- прогресс в терапевтическом сотрудничестве (например, снижение неравномерности в распределении доминирования, контроля, активности и т. д.).

Эти направления в зависимости от случая включают в себя психотерапевтические действия, которые ни в коей мере не остаются на поверхности переживания, а достигают интеграции интенсивно защищенной или отщепленной области самости, по крайней мере в том случае, если пациент может лишь «через сознательный опыт или интеграцию своего защищенного переживания» дойти «до соответствующих реальности форм преодоления болезни и ее последствий» (Fehlenberg et al., 1986). В работах этой группы (см. также Köhle et al., 1980) на основании анализа бесед, проводимых в рамках врачебного обхода, выделены 4 основные стратегии интервенции, которым подчинены 12 отдельных психотерапевтических целей. Под рубрикой *исследующие интервенции* собраны «прояснение эмоционального содержания переживания» и «биографически ориентированное прояснение», *поддерживающие интервенции* реализуются посредством «содействия пониманию природы заболевания», «стимуляции дифференцированного восприятия болезни», «обращения к позитивным аспектам актуальной ситуации и биографии». *Сопоставляющие и интерпретирующие интервенции* осуществляются в рамках углубленного обсужде-

– 653 –

ния таких областей, как «ответственность пациента», «связь соматического заболевания и психической болезни», «противоречия внутри областей переживания, самовыражения и поведения, а также между ними», «биографические измерения актуальных проблем», «смерть и умирание», а также «отношения между врачом и пациентом». В качестве четвертой стратегии интервенции авторы называют прямое *руководство* при психических проблемах.

### **4.3. Психотерапия в рамках психосоматической службы взаимодействия**

#### *4.3.1. Задачи и организационные формы службы взаимодействия*

Психосоматически-психотерапевтическое взаимодействие предлагается хорошо подготовленными и опытными в клиническом отношении сотрудниками психотерапевтических либо психосоматических отделений или клиник. Оно выполняет несколько функций. Наряду с традиционными диагностическими и терапевтическими задачами все более настоятельным становится требование разрешения проблем, возникающих в отношениях между врачом и пациентом. Кроме того, это взаимодействие предлагает поддержку в дополнительной медико-психолого-психотерапевтической подготовке, а также сотрудничество в исследовательской работе.

Помимо медико-теоретических соображений по поводу интеграции психосоциального измерения в клиническую медицину, существование службы взаимодействия оправдано в силу убедительно доказанной практической потребности: согласно тщательным исследованиям, 30-40 процентов пациентов терапевтических, хирургических, неврологических и др. отделений клиники Ганноверского университета (Künsebeck et al., 1984) и около 40 процентов пациентов общесоматических больниц Гамбурга (Stuhr und Haag, 1989) нуждались в углубленной психолого-медицинской диагностике и основательном психотерапевтическом вмешательстве.



Таким образом, при расширении традиционной психиатрической консультационной службы, которая в соматической медицине предназначена для случаев, когда необходима срочная психиатрическая помощь, речь идет о более широких задачах, требующих непрерывного сотрудничества между психиатром или специалистом в области психосоматики, работающим в службе взаимодействия (и соответственно сестрой, работающей в службе взаимодействия) и командой отделения, осуществляющего уход за больным. По крайней мере раз в неделю должны осуществляться совместные обходы и проводиться командные обсуждения конкретных случаев, чему следует заранее отвести определенную часть рабочего времени.

– 654 –

#### 4.3.2. *Терапевтические подходы при работе со службой взаимодействия*

Йорашки и Кёле (Joraschky und Köhle, 1986) различают во взаимодействии психотерапевта и лечащего врача следующие подходы: ориентированный на пациента, ориентированный на врача и ориентированный на команду. Эти подходы, которые могут пересекаться и дополнять друг друга, значительно отличаются друг от друга, в особенности в том, что касается необходимого для их осуществления количества людей и затрачиваемого времени, и по своему интегративному потенциалу.

*Подход, ориентированный на пациента*, наиболее похож на традиционную модель консультационной службы. Врач-консультант сам ставит диагноз и осуществляет вмешательство в духе «терапевтической консультации» (Weisman und Hackett, 1960). Из-за того, что этот подход лишь в малой степени способствует повышению квалификации лечащих врачей и персонала и обладает весьма незначительной «интегративной эффективностью», его применение ограничивается отдельными случаями. Кроме того, по причинам, связанным с характером клиентуры «соматического» отделения, кажется сомнительным, что один врач в состоянии лечить большое количество больных. Неоспоримо, что ощущение многих больных, что их «сплывили» специалисту по психосоциальным проблемам, повышает их сопротивление. Принципиально важен тот факт, что действующий в соответствующей специальной области коллега лучше подготовлен к тому, чтобы интегрировать биотические и психосоциальные факторы в один комплексный терапевтический подход, при известных условиях с помощью службы взаимодействия. Именно ориентированный на пациента подход порождает множество проблем и недоразумений, которые могут привести к серьезным нарушениям в междисциплинарном сотрудничестве.

*Подход, ориентированный на врача*, направлен на то, чтобы дать возможность коллегам, затребовавшим консультацию, самим решать проблему диагностики и необходимости вмешательства. Врач-консультант пытается понять и объяснить динамику процессов взаимодействия между пациентом и его врачом. В дальнейшем он действует в большей степени как куратор. При известных условиях таким образом может быть найден путь к профессионально ориентированному собственному систематизированному опыту, чему способствуют, например, занятия в балинтовских группах. Компетентность затребовавших консультацию коллег систематически повышается. Можно ожидать эффекта дальнейшего распространения подобного образа действий.

Наконец, *подход, ориентированный на команду*, охватывает всех тех, кто работает с проблемным пациентом, и в большинстве случаев должен осуществляться в рамках проводящейся в стационаре конференции или в рамках консультации «операциональной группы» (Meyer und Mendelson, 1961). Как ука-

зывают Йорашки и Кёле (Joraschky und Köhle, 1986), психотерапевт пытается понять проблему, находясь на определенной дистанции. Результаты наблюдений, о которых сообщают различные участники команды, и соответствующие модели взаимодействия, разработанные в консультационных группах, интерпретируются с точки зрения проблемы пациента. Исходя из этого, принципиально важно, чтобы конфликты и напряжения этой инсценировки соответствовали типичным для больного и значимым в патогенетическом отношении коммуникативным структурам. Одного лишь понимания ролей, исполненных в этой инсценировке членами команды, зачастую бывает достаточно, чтобы изменить установку по отношению к пациенту и разрядить ту или иную напряженность, существующую в отношениях с пациентом.

Особое положение психотерапевта из службы взаимодействия в иерархии клиники делает возможным также и консультирование членов команды в тех случаях, когда речь идет о личных интимных конфликтах или конфликтах с начальством, имеющих влияние на ситуацию пациента.

В целом этому подходу приписывается решающий интегративный потенциал, так как он прямо влияет на царящий в отделении климат.

#### **4.4. Проблемы междисциплинарной кооперации при интеграции психологических подходов в диагностику и терапию**

Происходящий от латинского *integrare* («восстанавливать», «делать целым») наш термин «интеграция» подразумевает в точности то же самое: возникновение целого в результате добавления к чему-либо по-настоящему ему принадлежащей, но до сих пор отсутствовавшей части. В этом смысле не представляло бы никаких проблем охарактеризовать усилия по привлечению внимания к психосоциальному измерению в диагностике и терапии как интегративные или интегрирующие. Впрочем, в том случае, если психотерапия просто становится интегративной медициной, возникают как теоретические, так и практические трудности. В большинстве случаев это происходит потому, что отсутствует подлинно интегративная теория. Неизбежным следствием этого является сомнительный редукционизм, ведущий к неприемлемой для остальной части медицины ситуации. При этом на практике психотерапевтам, как никогда ранее успешно, удастся самим формировать представленную в теоретическом виде интегративную практическую медицину (Riehl-Emde et al., 1988).

Но «соматический» врач имеет в этом отношении свои притязания. Создается впечатление, что специалисты в большинстве медицинских дисциплин ломятся в открытую дверь, когда они требуют многомерной, учитывающей биосоциальную диалектику теории. Между тем такие понятия, как «мно-

гомерный» или «мультифакторный», настолько беспрекословно утвердились в лексиконе медиков, что при их помощи трудно обозначить вообще какую-нибудь научную точку зрения. Однако во многих случаях пустая фраза о многомерности в теоретическом рассмотрении человеческой болезни служит средством завуалировать старые, привычные мыслительные шаблоны. Указание, что кроме биологической сферы существуют еще и другие пути к пониманию сущности нарушения, становится фиговым листком для упрощающего, монокаузального, редукционистского мышления,

если такое утверждение не ведет ни к каким последствиям в исследовательской и лечебной практике. Ибо вместе с признанием самостоятельности нескольких сфер биосоциальной организации всегда происходит также и распадение этой организации на отдельные сферы, причем как до, так и после этого существует опасность, что заболевание будет отнесено к соматической области, а болезненное состояние - к психосоциальной, тем самым весь потенциал комплексного подхода растрачивается впустую и мгновенно вновь возникает образ получившего повреждение механизма, на который человек (то есть его «психическое») только лишь реагирует.

Наконец, защитники традиционных соматически ориентированных подходов (в особенности в терапии) так же, как и защитники психологической медицины претендуют на то, что они обладают некоей возвышающейся надо всем «целостной» точкой зрения.

Взаимные обвинения обеих сторон в теоретическом и практическом редукционизме чрезвычайно мешают сотрудничеству. Фактически лишь их совместное обращение к некоему основополагающему представлению о здоровье и болезни может образовать базис междисциплинарной кооперации. В рамках основополагающей концепции интеграция и специализация должны соотноситься диалектически. Если верно, что медицина должна вновь обрести целостный взгляд на человека в его биосоциальном единстве, то в ее рамках необходимо познавать и действовать дифференцированно, посредством фокусирования внимания на отдельных аспектах биосоциальной организации человека. В этом поле напряжения, существующем между обособлением частей и их слиянием в некое целое, в качестве одного полюса выступают «соматические» и «психические» специалисты и институты, а в качестве другого - действительно интегративный «базовый» врач (v. Uexküll, 1981). Последняя позиция,

несомненно, достижима лишь приблизительно; лучше всего она может быть реализована в лице домашнего врача как универсального медика.

Если «интеграция» осуществляется с позиции специалистов в области психотерапии, то возникают две группы связанных друг с другом проблем.

1. Целевая группа, на которую направлены эти усилия, защищается от соответствующей «психосоциальной некомпетентности» и разрабатывает оборонительные стратегии, например идентификация с биологической позицией или

– 657 –

выработка особых способов общения со специалистом в области психического, которые располагаются в диапазоне между полюсом «враждебного преследования» и полюсом «благожелательного игнорирования его предложений».

2. «Специалисты в области психического», занятые осуществлением интеграции, в процессе своих попыток приближения/приспособления к целевой группе «соматиков» теряют основания своей профессиональной идентичности и демонстрируют не соответствующие ситуации гиперкомпенсаторные и оборонительные стратегии.

Прежде всего рассмотрим способы отношения к предложению психотерапевта. В соответствии с личностью «соматического» врача и той «моделью сопротивления», с которым он реагирует на более или менее опасное предложение сотрудничества со стороны психотерапевта или специалиста в области психосоматики, можно, согласно Ротманну и Карстенсу (Rotmann und Karstens, 1974), выделить четыре типа отношения врача к требованию учитывать психосоциальную ситуацию.

1. Нечувствительный и откровенно скептически настроенный врач, который не делает тайны из своих сомнений в пользу психологической точки зрения и который не слишком готов к кооперации.

2. Амбивалентно настроенный врач, колеблющийся между отрицанием и интересом. В этом случае имеют место различные нарушения в отношениях между психотерапевтом и клиницистами. Склонность такого врача выдвигать большие претензии к специалисту-психосоматику таит опасность появления между ними своего рода соперничества по отношению к пациенту.

3. С мотивированным врачом, проявляющим активный интерес к социальным процессам, затрагивающим пациента, едва ли возникнут принципиальные проблемы. Проявляемая и консультантом, и консультируемым врачом забота о пациенте при определенных обстоятельствах может привести к тому, что между ними возникнет конкуренция за пациента.

4. Любезный, но не идущий на контакт врач располагает, очевидно, наиболее эффективным способом уклонения от сотрудничества с консультантом, заключающимся в форме нарциссического отхода от контактов с психотерапевтом. Он вежливо и любезно выслушивает предложения и рекомендации психотерапевта, не принимая их в дальнейшем во внимание. Врач-консультант также едва ли будет реагировать на такого рода деликатное игнорирование нервно или раздраженно.

Сам психотерапевт или специалист в области психосоматики, который иногда, чтобы работать на «границе между двумя профессиями и двумя концепциями понимания человеческой болезни», профессионально идентифицирует себя как «специалист в области психического» (Joraschky und Köhle, 1986), при этом, естественно, в значительной теряет уверенность и должен обладать ярко выраженной способностью переносить связанные с этим проблемные ситуации.

– 658 –

Различные ступени интеграции в среду, ведущие от первоначальной изоляции и обособленности к признанию и сотрудничеству, описаны прежде всего для психотерапевтов службы взаимодействия. Поэтому Липовски (Lipowski, 1967) требует, чтобы таким образом действовали лишь самые опытные психотерапевты, поскольку они сочетают максимальную готовность к сотрудничеству с быстрой реакцией на любое конкретное требование и тем самым предлагают «оптимальный сервис». По оценке Паснау (Pasnau, 1975) для достижения соответствующей готовности требуется не менее 5 лет. Последний, как и Липовски Lipowski, 1967), подчеркивает среди прочего и важность фазы «вхождения в доверие», во время которой требования к консультируемому коллеге или его команде относительно невелики, а сам врач-консультант активно приспосабливается к ожиданиям этой группы. Выдвигаемые психотерапевтом требования повышения квалификации и специальной подготовки могут быть восприняты лишь после достаточно длительного периода приспособления. Психотерапевтов, которые не готовы к тому, чтобы пройти этот долгий, утомительный путь, ждет разочарование и утрата надежд на успех. В этой фазе также присутствует опасность, что психотерапевт в миссионерском рвении будет вновь и вновь наталкиваться на закрытые двери и допускать проявления агрессии, вызванные недостаточным пониманием со стороны своих партнеров.

## **5. АМБУЛАТОРНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ ВРАЧЕБНЫХ МЕР В ПРОЦЕССЕ ПОЛНОГО ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ**

## **5.1. Развитие врачебной практики**

В рамках данного обзора можно лишь бегло обрисовать то многообразие психосоциальных задач, которые возникают в различных областях медицины. Консультации, информирование, мероприятия по уходу и психотерапевтические интервенции представляют собой, несмотря на возможные пересечения и переходы одного в другое, принципиально отличные друг от друга задачи. Психотерапию, применяемую в рамках интегративного соматопсихического метода, следует так же отличать от консультации и простой человеческой поддержки, как и от специальной психотерапии. Первоначально происходя из общеврачебной практики (Wesiack, 1970; Geyer, 1988), методы, развившиеся до своей нынешней формы в обособленной сфере, теперь должны быть возвращены в

– 659 –

эту практику. Возникшие тем временем в общеврачебной практике специфические подходы до сих пор остаются недостаточно научно разработанными и интегрированными в эти предложения (Heigl-Evers und Rosin, 1989). Эти недостатки являются причиной определенной части противоречий и недоразумений, появившихся в настоящее время в отношении общеврачебной практики к психотерапии. Несмотря на это, в последние годы активно развиваются перспективные направления, которые имеют большое значение именно для амбулаторной практики и которые связаны с понятием полного психосоматического ухода за больным.

Наибольшее признание в качестве метода повышения квалификации работающих в амбулаторных условиях медиков общей практики и специалистов в отдельных областях получила работа в балинтовских группах (Geyer, 1990; Luban-Plozza et al., 1988; Nedelmann und Ferstl, 1989; Rosin, 1989; Speidel, 1996; Stucke, 1991).

## **5.2. Понятие полного психосоматического ухода за больным и его содержание**

Понятие полного психосоматического ухода за больным было введено в 1987 году в новой редакции психотерапевтических директив Федерального комитета врачей и больничных касс (подробный комментарий см. в Faber und Haarstrick, 1989). Принципиальный программный характер этого мероприятия становится ясным из следующего комментария: «Полный психосоматический уход за больным представляет собой дополняющую психотерапию область врачебных задач, которой в принципе должны посвятить себя врачи всех специальностей, но которая имеет большое значение прежде всего в рамках общеврачебной практики. Следует стремиться к тому, чтобы у врача развивались навыки интегрированной диагностики и терапии на основании патологии цельной личности, а также чтобы душевные факторы привлекались к процессу лечения больного. Содержательное определение полного психосоматического ухода за больным и его включение в психотерапевтические директивы служат цели поставить врачебный уход, определяющийся целостным взглядом на человека, на широкую основу. Полный психосоматический уход за больным соответствует новой ориентации медицины и ожиданиям больного человека, характерным для современного общества» (Faber und Haarstrick, 1989, с. 18).

Полный психосоматический уход за больным определяется в отношении постановки диагноза, установления показаний, определения цели и мотивации к терапии.

*В отношении постановки диагноза:* следует стремиться к «общему диагнозу», который в гипотетической форме устанавливает этиологическую взаи-

– 660 –

мосьязь физических и психосоматических факторов (например, «я подозреваю, что речь идет о функциональных проблемах с сердцем, возникающих в актуальных конфликтных ситуациях на работе. Органически сердце здорово»).

*В отношении установления показаний:* предметом полного психосоматического ухода за больным могут стать 4 группы нарушений.

1. Душевные болезни с психической симптоматикой различной этиологии (психореактивные депрессии, обусловленное повреждением головного мозга пониженное настроение, «латентные» депрессии и др.).

2. Невротические заболевания, которые в силу своей видимой картины приводят своего носителя сначала к соматически ориентированному врачу, следует не лечить, а диагностировать и передавать соответствующим психотерапевтам, причем мотивирование пациента к специальной психотерапии точно так же проявляется и в этой области задач.

3. Душевные болезни с функциональной симптоматикой, сопровождающиеся заболеваниями органов при отсутствии органических причин.

4. Психосоматические заболевания, которые следует признать этиологически обусловленными или частично обусловленными психическими причинами.

*В отношении определения цели:* оно ограничено. Оно принципиально ориентируется на актуальную ситуацию болезни и ее основания (острые душевные кризисы или хронические болезни и затруднения).

*В отношении методов терапии:* полный психосоматический уход за больным понимается как составная часть «базовой терапии», которая охватывает вербальные, вырабатывающие навык и суггестивные техники, причем душевные и соматические виды лечения (например, фармакотерапия) рассматриваются как равноценные составные части «базовой терапии».

К полному психосоматическому уходу за больным принадлежат следующие *методы*.

1. Вербальные интервенции (по меньшей мере 20-минутной длительности), используемые исключительно при индивидуальном лечении, которые не следует применять в комбинации с вырабатывающими навыки суггестивными техниками. Эта форма интервенции предполагает наличие «осмысленного опыта, позволяющего оценить терапевтическое значение отношений врач-пациент», а ее целью является побуждение пациента к интроспекции, а также содействие пониманию психосоматических взаимосвязей и значения болезнетворных личных конфликтов. Следует четко и ясно указать на необходимость того, чтобы отношения врач-пациент не осуществлялись под диктовку врача, а имели паритетный характер.

2. Вырабатывающие навык и суггестивные техники могут использоваться как самостоятельные методы лечения, то есть в сопровождении вербальных инструкций, и их не следует применять в комбинации друг с другом или с вербальными интервенциями обозначенного выше рода.

– 661 –

Лечение согласно этим методам осуществляется, как правило, в течение не более чем 12 сеансов, причем вербальные интервенции в принципе подлежат не ограничению самому по себе, а зависят лишь от контроля за экономией средств, затрачиваемых на лечение по медицинской страховке.

### *5.2.1. Предпосылки для участия врачей в полном психосоматическом уходе за больным*

Президиум Федерального объединения врачебных касс и союзы больничных касс договорились о квалификационных условиях, вновь сформулированных в § 2 раздела 6 «Соглашений о психотерапии», которые с 1 января 1994 года:

«...для мероприятий, предпринимаемых в рамках полного психосоматического ухода за больным, согласно содержанию Nrn. 850 и 851 EBM, предполагают у врача наличие по меньшей мере трехлетнего опыта самостоятельной и ответственной врачебной деятельности, а также знания психосоматически ориентированной теории болезни, осмысленного опыта в области психодинамики, понимания терапевтического значения отношений врач-пациент и опыта вербальных техник интервенции как лечебных мероприятий».

Из соответствующих свидетельств и подтверждений должно следовать, что для получения подобных знаний и опыта требуется в целом по меньшей мере 80 часов. В рамках этого общего курса следует выделить.

1. Теоретические семинары общей длительностью 20 часов.
2. Осмысление отношений врач-пациент посредством непрерывной работы в балинтовских группах или в группах самостоятельного опыта, на которое отводится по меньшей мере 30 часов (например, для балинтовских групп как минимум 15 сдвоенных часов).
3. Передача техник вербальной интервенции и их освоение, на что отводится по меньшей мере 30 часов.

### **5.3. Бюрократические проблемы**

К существенным проблемам, с которыми сталкивается врач при «полном психосоматическом уходе за больным», относятся регламентации, содержащиеся в упомянутых «директивах». После многочисленных бесед и дискуссий с заинтересованными коллегами наряду с принципиальной недооценкой не связанных с техникой врачебных достижений, как особенно стесняющая воспринимается выраженная в некоторых параграфах тенденция к распространению определенных предписаний специальной психотерапии на практическое пространство полного психосоматического ухода за больным. На

переднем плане этой критики, несомненно, находится запрет соединять психотерапевтическую беседу («вербальные интервенции») с вырабатывающими навык и суггестивными методами. Тем самым у врача отнимается испытанная форма комбинации проясняющих конфликты бесед с расслабляющим методом (например, с методом аутотренинга), которая именно в продолжительном процессе выработки психогенетической гипотезы способна снизить сопротивление пациента, склонного рассматривать свои проблемы исключительно как соматические. Кроме того,

возникают препятствия возможности комбинирования группового и индивидуального видов лечения, преследующих одну психотерапевтическую цель. Для всех этих ограничений до сих пор не найдено надежных научных оснований.

#### **5.4. Примеры: превращение «телесных недомоганий» в «психосоциальную проблему»**

Врач привык лечить симптом или его непосредственную причину. Часто это правильно, но иногда нет. На депрессивное настроение, составную часть депрессивного состояния, проявляющегося в рамках эндогенной депрессии, можно успешно воздействовать, непосредственно улучшая настроение пациента. Попытки действовать таким же образом в случае печали, причиной которой является любовь, покажутся здоровому человеческому рассудку абсурдными, ибо тот, кто болен от любви, хочет не исцелиться от любви, а в зависимости от обстоятельств найти иную, в большей степени удовлетворяющую его возможность выразить свою любовь, а иногда даже и не один такого рода способ изменить ситуацию. Часто люди вынуждены выражать отчаяние, печаль, разочарование, неудовлетворенность в форме, которая вызывает по меньшей мере вмешательство профессиональных помощников, врачей. Если человек своевременно обращается к врачу, который оказывает помощь вне зависимости от возможности представить проблему пациента как медицинский синдром, то появляется реальный шанс, что пациент вновь вернется от физического нарушения к своим проблемам в отношениях с другими людьми и группами людей и при поддержке врача сможет отыскать пути к реорганизации своих потребностей и отношений.

*Пример: «гипотония»*

Изображение направления развития отношения врач-пациент от «ориентированного на симптом» к «ориентированному на проблему». Исходная ситуация: 46-летняя женщина, атлетической конституции, очень деловитый руководитель подразделения, состоит в браке с очень занятым инженером того же возраста, имеет двух детей от первого брака, уже живущих отдельно.

– 663 –

Симптомы: недостаточная работоспособность, низкое кровяное давление, быстрая утомляемость, отсутствие ярко выраженного депрессивного настроения. Проведенный в стационаре терапевтический осмотр привел к следующим выводам: «гипотоническое нарушение регуляции кровообращения, никаких иных существенных результатов». Направить к домашнему врачу.

Проблема: предшествовавшее развитие пациентки характеризовалось жизненной установкой, которая ориентирована на конкретные внешние факты и, очевидно, соответствует ее прежнему опыту: от людей не стоит ожидать ничего хорошего, все равно обманешься (родители, первый муж). Все можно уладить только самому, все равно это никого не заботит. Вопреки этому сама она в любой момент была готова прийти на помощь и никогда не отказывала в просьбе. О своих собственных потребностях в пассивности, заботе, внимании она никогда не говорила. В разговорах со своим нынешним спутником жизни («разумные отношения») она также никогда не касалась эмоциональной области. К усилиям врача проникнуть в ее «личные» отношения она отнеслась с большим недоверием. Пример: «Что касается моих



собственных потребностей, то я не признаю, что нуждаюсь в помощи, а буду это отрицать». После трех контактов, в ходе которых врач предпринимал усилия добиться доверия и наконец смог достичь самого ядра недоверия, сообщение пациентки относительно вступления в контакт было расшифровано следующим образом: «Я хотела бы как-нибудь - приемлемым способом - сигнализировать другим, что я также нуждаюсь в эмоциональном внимании. Врач должен зафиксировать, что я испытываю потребности, но я не должна стыдиться своих потребностей».

Предложение врача по поводу вступления в контакт: «Я понимаю, что тебе трудно прямо выразить твои потребности (и лечу твою гипотонию как симптом «правильной» болезни) и заявляю, что я готов в нескольких беседах помочь тебе сформулировать их более непосредственным образом».

Ход лечения: результатом в общей сложности пяти бесед по 20 минут каждая, преследовавших вышеназванную цель, явилось то, что пациентка осознала следующее:

- очевидно, что врач не ограничивается лишь лечением болезни, а интересуется моими повседневными проблемами;
- он говорит, что было необходимо серьезно воспринять эти проблемы, ибо они как-то связаны со здоровьем;
- несмотря на свой печальный опыт, я имею право на то, чтобы по крайней мере иногда расслабляться и позволять другим сделать нечто для меня;
- я уверенно констатирую, что я могу побеседовать об этом и со своим мужем.

После того как пациентка почувствовала, что она «вправе» сделать осознанными свои потребности в конкретных отношениях с мужем и на рабочем месте, она стала выглядеть явно менее скованной и напряженной. Она была

– 664 –

удивлена тем, как это незначительное изменение ее установки повлияло на симптоматику. Как женщина, которая «всегда со всем справлялась сама», она сочла, что помощь врача также необходима лишь до этого момента. Нечто более сложное представляет собой терапия в следующем случае.

*Пример: «Симптомы поддерживают отношения».*

Исходная ситуация: 30-летняя женщина, лаборантка, на работе имеет дело с вредными для здоровья веществами, муж того же возраста, химик, женаты около года, детей нет. В течение нескольких месяцев сменяющие друг друга болезненные проявления: понос, затруднения, связанные с деятельностью мочевого пузыря, проблемы с сердцем, головные боли. Стандартный осмотр без существенных результатов; просьба супружеской пары признать профессиональную ситуацию основанием для того, чтобы квалифицировать эти болезненные проявления как профессиональное заболевание, постоянно увеличивающиеся конфликты на работе, отказ выполнять определенные виды работ. После тщательного медицинского обследования на предмет профессиональной патологии просьба отклонена; после этого - «неорганические» нарушения, связанное со страхом беспокойство, общая слабость.

Проблема: предыстория пациентки дает отправную точку в виде не слишком уютной семейной обстановки в детстве, очень ранней самостоятельности при недостатке возможности наслаждаться радостями детства. Ориентация исключительно на достижения и профессиональный рост. Хорошие успехи в учебе и профессиональной деятельности. В 20 лет первый интимный контакт с нынешним мужем, приведший к быстрому браку. Возникают отношения, которые все более

характеризуются чрезмерной заботой мужа, которая все более стесняла и угнетала пациентку. С другой стороны, она никогда не ощущала подлинного внимания к себе и не чувствовала себя в безопасности. Реакцией на первые болезненные проявления было то, что муж еще более активизировал свои усилия.

Ее раздражительность и вновь обнаружившиеся недомогания переносятся на ситуацию на работе. Вновь происходит объединение в общей борьбе против непомерных требований, которые предъявляет профессиональная деятельность.

При первом контакте с врачом, последовавшем после отказа пациентке в том, что ее заболевание могло быть обусловлено профессиональной деятельностью, пациентка впервые выражает общую неудовлетворенность своей ситуацией. Она полагает, что врач должен помочь ей сменить место работы по причинам, связанным с ее здоровьем, ибо ее муж не видит других возможностей для ее выздоровления (первое предложение: «Объедините свои усилия с моим мужем и позаботьтесь о том, чтобы я выздоровела»). Прибегнув непосредственно к этой формулировке, которая уже позволяет сделать вывод о наличии отношений зависимости, она подчеркивает сердечное отношение к ней ее мужа и его готовность к самопожертвованию. Однако теперь появляется воз-

– 665 –

можность обсудить историю этого «сердечного отношения» и бросающихся в глаза изменений ее личности в том, что касается самостоятельности, свободы принятия решений, способности к самореализации после установления брачных отношений. Однако очевидно, что она видит значительные трудности в том, чтобы изменить что-нибудь в характере этих отношений, поскольку с таким изменением у нее ассоциируется разлука и одиночество. В этой ситуации возникает второе предложение пациентки о контакте с врачом: «Гарантируйте мне, что позитивные аспекты моего отношения к мужу не исчезнут, тогда я, пожалуй, готова рискнуть». Предложение врача: «То, что она прежде не решалась сказать своему мужу, она может доверить ему (врачу)».

Ход лечения: на основании этого компромисса пациентка в последующих происходящих в форме беседы контактах начинает разворачивать проблему своего партнерства. Постепенно она таким образом идентифицирует модель, посредством которой оба партнера препятствуют агрессивному обособлению друг от друга, что становится ясно, что у нее не всегда имеется собственное мнение. Расставание с фантазией о вечно гармоничном, душа в душу, партнерстве пациентка переносит очень тяжело и многократными вспышками гнева реагирует на этот вид лечения, при котором относительно терпимые физические недомогания преобразуются в самые обычные проблемы, характерные для партнерских отношений. Когда она констатирует, что после первых непосредственных домашних обсуждений у ее мужа появляются сердечные затруднения того же рода, какие прежде были у нее, она воспринимает это как успех - и переживает довольно значительный испуг по поводу заключенного в партнерских отношениях агрессивного потенциала. Немного позднее после переноса одного консультационного сеанса она констатирует, что она реагирует на это точно так же, как прежде на отдаление от своего мужа. Последние контакты служат прежде всего для тематизации этих трудностей в отношении потребностей в зависимости; пациентка, по крайней мере, больше не ищет патентованных решений и готова по мере возможности признать реальность своих проблематичных партнерских отношений и того, что она страдает от собственных невыполнимых желаний. Жалоб на телесные недомогания более нет.

## ОБЩИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПИИ

### ОБЩИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ТЕРАПИИ

#### 1. ВВЕДЕНИЕ

Из представленного выше обзора актуальных направлений психотерапии становится очевидным круг соответствующих проблем. Любое из проанализированных нами течений имеет в своем распоряжении определенные, хорошо разработанные «специфические» методы, и сторонники каждого из них утверждают, что именно их методы якобы наиболее эффективны для изменения поведения человека.

Вследствие того, что тяготение к приумножению знаний уменьшилось, произошло ослабление старых конкурирующих школ, относительно которых противники психотерапии всегда высказывались весьма негативно. Однако при этом большинство сторонников того или иного направления все же продолжает придерживаться (теперь тайно) мнения, что их теория является самой лучшей, а их методы оказывают наибольшее терапевтическое воздействие.

Предпринимались попытки научно доказать, что разные методы психотерапии обладают различной эффективностью; в ряде случаев это действительно удалось продемонстрировать (Gelder et al, 1967; Sloane et al., 1975; Grawe, 1976; Grawe et al., 1994; Plog, 1976; Beck et al., 1981; Meyer, 1981). Несмотря на это, результаты соответствующих исследований все же приводят нас к другим выводам. Идея о том, что большинство частных методов (по сравнению с различными методами и техниками в соматической медицине) *показаны к применению только при определенной, конкретной картине болезни*, с учетом имеющихся на сей день результатов должна быть отклонена. Глобальному или даже специальному критерию эффективности метод может соответствовать косвенно, и, следовательно, нельзя прийти при существовании проблемы. А, например к поведенческому психотерапевту, как можно прийти при зубной боли к врачу.

То, что за редким исключением (см.: например, Vozok und Buehler, 1988) показания к применению частных методов отдельных терапевтических направлений применительно к конкретному заболеванию отсутствуют, санкционируется социальной системой обслуживания больных: в приложении к постановлению об обязанности взносов в больничную кассу, вступившем в силу в июле 1988 года, приводится общий единый каталог показаний к применению аналитико-ориентированных методов и методов поведенческой терапии. Этот ката-

лог был составлен после консультаций с экспертами. Несмотря на это, продолжают существовать значительные различия между признанными методами психотерапии и теми, которые категорически рекомендуют не использовать. Одобряется и должно одобряться применение методов, «которые основываются на достаточно общей теоретической системе причин возникновения заболеваний и которые подтверждают эффективность терапии при использовании специфических техник лечения».

Нельзя упускать из виду, что как учеными, так и практиками предпринимаются попытки доказать и описать специфическое влияние тех или иных методов на

пациентов с определенной картиной болезни. Это обнаруживается, когда мы обращаемся к новым концепциям терапии, таким, как «когнитивная терапия при депрессии» (Beck и др., 1981) или как «межличностная психотерапия» (Klerman et al., 1984). Эта идея получила свое развитие и в концепции системного выбора лечения (Beutler und Ciarkin, 1990), в которой речь идет о том, чтобы с учетом особенностей личности пациента, вида терапии, специфики терапевтического процесса и - в рудиментарной форме - особенностей личности терапевта формулировать специфические предложения по лечению, которые, основываясь на имеющихся эмпирических данных, позволили бы предвидеть оптимальный результат лечения. Кроме того, отмечается, что при применении соответствующих психотерапевтических программ (так называемых «техник»), с помощью которых осуществляется изменение поведения, учитываются различные показания к их применению. В главе, посвященной психоанализу, это продемонстрировано на примере использования элементов транзактного анализа при проведении глубинной психоаналитической психотерапии. То же самое относится и к поведенческой терапии, в рамках которой принято различать социальное и когнитивное поведение. Так, в результате расширения показаний к ее применению - также как и в случае с транзактным анализом - стало возможным осуществление лечения пациентов с определенными личностными нарушениями.

Один из парадоксов нашей профессии обнаруживается особенно явно, например, при проведении «межличностной психотерапии». Он заключается в том, что мы не ощущаем противоречия, хотя, с одной стороны, от нас может потребоваться применение специфического воздействия («терапия при депрессии»), а с другой стороны, может оказаться необходимым глобальное, общее воздействие («которое используется при нарушениях питания и шизофрении»). Как бы то ни было, нельзя назвать дальновидной точку зрения, согласно которой именно тогда, когда происходит уменьшение ресурсов и возрастает экономичность их использования, возникает насущная необходимость как можно точнее установить показатели к их применению, особенно тогда, когда ресурсы рассматриваются как второстепенные по отношению к смете доходов-расходов.

– 670 –

В наше время все отрасли медицины сталкиваются с проблемой соотношения «неспецифических» и «специфических» факторов воздействия. *Для медицины в целом является характерной недооценка значения общих, неспецифических факторов воздействия и переоценка важности специфических факторов.* Общие факторы воздействия часто рассматривались как не вполне научные или как вообще ненаучные, в связи с чем психотерапия не смогла занять особого места в рамках медицины. Уже в общей медицине является недопустимым с точки зрения этичности и научности оставлять без систематического внимания общие факторы воздействия; в то же время в соматической медицине зачастую можно - и как, например, при проверке действенности лекарств даже необходимо - нейтрализовать влияние специфических факторов воздействия, в частности при помощи «двойного слепого опыта»\*. В психотерапии, которую сплошь и рядом называют коммуникативной медициной (Strotzka, 1975; Enke, 1978), это недопустимо.

Несмотря на это, психотерапия все же не может устоять перед соблазном использовать один из методов проверки действенности лекарств, сходный с методом изоляции. Это тяготение прослеживается во всех психотерапевтических направлениях. Так, например, в прежней, «консервативной» поведенческой терапии проявлялось стремление к созданию механизма подкрепления, независимого от коммуникации

(например, Lang et al., 1970). Также в этой связи следует назвать концепцию VEE - вербальной психотерапии (Tausch, 1973).

При сопоставлении данных, полученных с помощью методов, которые позволяют исключить влияние специфических факторов, с данными эмпирической психологии возникает вопрос: а не уделяем ли мы этим методам чрезмерного внимания? В эмпирической психологии считается, что эффективность психотерапии зависит в большей степени от влияния не специфических факторов таких, как отношение, мотивация, ожидание и т. п., чем от влияния специфических факторов (интерпретация, фокусировка на нахождении «здесь и теперь», вербализация эмоционального содержания переживаний и т. п.). В связи с этим специфические факторы получают право на существование лишь в учебниках по психотерапии и, как представления и атрибуции, в головах психотерапевтов. Вероятно, здесь мы имеем дело с необходимостью обретения психотерапевтами идентичности: психотерапевт рискует сломать себе карьеру, если не будет совершать специфические действия, из которых в конечном счете и складывается его влияние. В модели развития идентичности у психотерапевтов, эмпирически проверенной Сковхолдом и Роннестадом (Skovhold and Ronnestad, 1992), такая потребность в специфичности и ортодоксальности рас-

---

\* Двойной слепой опыт - медицинский прием, при котором и врач, и пациент остаются в неведении относительно того, является ли препарат лекарственным средством или плацебо. - (Прим. перевод.)

– 671 –

сматривается как первоначальная ступень развития. И, стало быть, формируется такой вид «латерального торможения», который мало способствует распознаванию влияния относительного, общего, неспецифического и т. п., но нередко помогает определить влияние на терапевтический процесс специфического, характерного, конкретного.

И в этой связи возникает вопрос о том, какие психотерапевтические направления уделяют особое внимание влиянию общих факторов воздействия. В первую очередь здесь нужно назвать разговорную психотерапию. Например, очевидно, что в психотерапии Роджерса признается только одна из многочисленных форм конструктивных межличностных отношений. Представление о том, что заданные и выученные методические процедуры можно рассматривать как факторы воздействия, является в данной концепции предметом острой дискуссии (Tscheulin, 1983). В поведенческой же терапии придается значение именно обратному. Главным в этой концепции является соблюдение следующего требования: избавлять пациента от конкретной проблемы, имеющей психологический генезис, следует с помощью специфического вмешательства. Выполнение этого требования означает увеличение относительности (Breger and McGaugh, 1965; Seiderer-Hartig, 1980; Fiedler and Rogge, 1989). В психоанализе, в свою очередь, преувеличивается значение психосоциальных факторов развития. В работах Люборски (Luborsky, 1988), Томе и Кюхеле (Thomae and Kächele, 1985, 1988) описываются субконцепты, учитывающие влияние общих факторов, и эти же субконцепты - во взаимодействии - рассматриваются в работах Хайгла и Хайгл-Эверс. И совсем не случайно, что имеющиеся в поведенческой терапии и психоанализе субконцепты, которые отражают постоянно наблюдаемые общие факторы воздействия, считаются, как правило, «неортодоксальными» и «актуальными».

## **2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

Если мы исходим из того, что влияние специфических факторов существует, то нам необходимо договориться о стилях поведения психотерапевтов, которые оказываются характерными для того или иного терапевтического направления. Или, иначе говоря: из-за того, что не удастся выявить одинаковые приемы терапевтического поведения, не удастся и доказать существование специфических факторов воздействия. Как терапевты, мы, конечно, настаиваем на существовании различий между всевозможными терапевтическими направлениями. Однако поначалу (например, при просмотре видеопротоколов фокальной терапии, поведенческой терапии, вербальной терапии, межличностной терапии или когнитивной психотерапии и т. п.) эти различия практически не были

– 672 –

заметны. Удивительно, что при проведении исследования, посвященного изучению интерактивного поведения, испытуемые не смогли определить по видеофрагменту; какое направление психотерапии в нем представлено. Преобладало мнение, что это связано с развитием центрально-европейской психотерапевтической культуры, для которой характерным является использование метода терапевтической беседы (эта беседа отличается от обыденной беседы, например, на тему «Обивка мебели в немецких квартирах») и отделение ситуации беседы от других ситуаций. Элементы этой культуры проявляются, например, и в демонстрации психотерапевтом эмпатии, суверенитета, компетентности в решении проблем, дистанцированного интереса, осуществления эмоционального и моторного контроля над ситуацией и т. п. Для речевых же актов характерно использование обратной связи, тематической ориентации и различных приемов аргументации, в результате чего достигается следующий эффект: пациент сам несет за себя ответственность. Преобладающим поведением пациента является, с одной стороны, обращение к внутреннему Я и самораскрытие, а, с другой стороны, описание себя и рассказ о себе.

Чтобы обнаружить существенные различия, необходимо приложить еще и научно-технические усилия, причем все же остается спорным вопрос о том, проявится ли обнаруженная специфика повторно, будет ли ее наличие принято различными школами психотерапии, а также не отражает ли она лишь второстепенные особенности. Так, Люборски (Luborsky, 1984) при сравнении терапии, использующей лекарственные средства, поддерживающе-экспрессивной терапии и когнитивно-поведенческой терапии выявил способы действий, характерные именно для той или концепции, и способы действий, применяемые в рамках многих концепций. В исследовании Слоана и его коллег (Sloane et al., 1975) поведенческие психотерапевты показали себя более активными и непринужденными по сравнению с психоаналитиками. Они в большей степени контролировали взаимодействие в плане содержания, например они могли перевести беседу на другую тему или могли ввести в разговор новую информацию. Они также были готовы к преобразованию собственной системы ценностей в связи с получением новой информации, но старались сохранить ценности, занимающие верхние позиции по шкале «межличностные контакты» и по шкале «самоконгруэнтность».

Аналитические психотерапевты, напротив, занимали скорее выжидающую позицию. Они побуждали пациентов обращаться к собственным мыслям и чувствам и высказывать их. При этом в отличие от их коллег - поведенческих психотерапевтов - они воздерживались от формулирования советов и старались оставаться лично закрытыми. Средоточие их стратегии - четко определенные терапевтические

отношения. Кроме того, одновременно с некоторыми другими исследователями Вурм (Wurm, 1982) и Граве (Grawe et al., 1994) обнаружили, что выбор психотерапевтом той или иной манеры поведения за-

– 673 –

висит не только от его приверженности к конкретному направлению психотерапии, но также и от реакции пациента на его манеру поведения.

**Таблица 1**

**Сравнение различных направлений психотерапии**

Направления психотерапии	Психоанализ	Разговорная психотерапия	Поведенческая психотерапия
Роли	эксперт	садовник	тренер
Отношения	перенос реальных отношений	реальные отношения	реальные отношения
Код	комплексный, мифический	простой, романтический	простой, технологически
Предпочитаемый тип отношения	контролирующий	эмпатичный	действующий
Предпочитаемое поведение	дистанцированное внимание	свободное участие	целенаправленная актив
Ведущая способность	к определению травмирующих ситуаций и констелляций	к изменению условий	к изменению навыков
Техники	иное толкование	фокусировка на эмоции	инструкции и упражненн
Изменение	переживание и понимание	рефлексия пациента	навыки и действия
Логика	отказ от обычной логики	психологическая	повседневная логика
Форма проведения психотерапии	систематически встречи в течение долгого времени	диалог	поучения
Парадокс	выясни причину и стань взрослым	кто ты есть, кем ты должен стать	расслабься, если станеш напряженным
Миф	миф о бессознательной мотивации	миф о развитии	миф о научении

– 674 –

В таблице 1 сравниваются типы психотерапии, которые указаны в заглавиях - столбцов. Таблица была создана в отрыве от практики и лишь косвенно опирается на эмпирически полученные данные. В ее основе, следовательно, лежат обычные

стереотипы, которые можно обнаружить в самоописаниях отдельных терапевтических направлений. В связи с тем, что здесь идет речь об идеализации - так, уже понятие «поведенческая терапия» охватывает целый набор различных методов и ориентации, - мы можем выделить ряд признаков, по которым различаются эти концепции. Так, роль психоаналитика - и вместе с тем роль пациента - совсем иная, чем роль разговорного или поведенческого терапевта. В тех случаях, когда психоаналитик настаивает на проведении своей экспертизы и, следовательно, отдает предпочтение методу интерпретации, разговорный психотерапевт беседует с пациентом и пытается создать атмосферу, которая бы располагала к общению. В то время как поведенческий психотерапевт работает с реально существующими отношениями, психоаналитик работает с разыгрываемыми отношениями. А когда психоаналитик сохраняет дистанцию между собой и пациентом, разговорный терапевт, наоборот, пытается ее сократить. При разговорной психотерапии добиваются таких изменений, как приобретение новых навыков и способов действия, с помощью средств воздействия типа «инструктажа», «советов» или «техник самоконтроля», а при разговорной терапии стремятся к такому изменению, как фокусировка на эмоции посредством усиления рефлексии пациента. Если поведенческий психотерапевт опирается при работе на повседневные представления и изъясняется, используя простые технологичные речевые коды, то психоаналитик прямо-таки настаивает на отказе от очевидного.

Однако с другой стороны, поведение психотерапевта в реальности сильно отличается от его описаний в соответствующих «школьных учебниках». Так, в ходе исследования было обнаружено, что поведенческие психотерапевты используют чаще интерпретацию, чем психодинамику; разговорные психотерапевты также признают эти средства воздействия. Хоув (Howe, 1980) по данным обследования разговорных терапевтов делает вывод о том, что психотерапевты в 3-25 % случаев отдают предпочтение «интерпретации» по сравнению с такими способами воздействия, как ожидание, спецификация, обращение к внутренним переживаниям и т. п. Необходимо, однако, учитывать, что исследование проводилось среди академических психотерапевтов, которые знают о своей «оранжерее», о том, каков вклад частностей и эклектизма в повседневные и научные представления.

В связи с этим мы опять должны обратиться к модели развития идентичности у терапевта (Skovholt und Ronnestad, 1992). Эта модель в качестве признака компетентности рассматривает постепенный отказ от ортодоксальности и необходимости занимать позицию, согласно которой культивируется личное, собственное; идентичность психотерапевта в этой модели считается стабильной. Анало-

– 675 –

гичный вывод следует из результатов исследования Маффлера (Muffler, 1991), которое было посвящено изучению представлений о своей профессии у психотерапевтов, имеющих клинический опыт. В этом исследовании психоаналитикам, имеющий очень большой клинический опыт, задавали ряд вопросов относительно их профессионального становления, изменения их терапевтического способа видения, об их личной выгоде и собственных ограничениях, о принятии правил психотерапии и т. п. Далее мы цитируем отрывки из ответов некоторых из опрошенных психотерапевтов (все цитаты по Muffler, 1991).

*Терапевт № 2:* «...я считаю, что от уровня проницательности пациента, который, конечно, можно повышать, и, иначе говоря, от личности пациента зависит то, что он думает и переживает... что по мере того, как увеличивается клинический опыт, страх пропадает; и что пациент сам способен предъявлять к себе требования...» (с. 53).



*Терапевт №5:* «...я раньше хотел очень многого. Я хотел помогать пациенту так, чтобы он мог изменяться (смеется)... и сейчас, я уделяю пациенту больше времени, чем необходимо... даже несмотря на то, что симптомы уже исчезли...» (с. 56).

*Терапевт № 7:* «Существенные изменения всегда очевидны. В принятой институтом по контролю концепции... очень много чуждого, что необходимо усвоить. Но для меня было бы лучше, если я смог практически отказаться от этого способа лечения... от метода, который всегда трудно было описывать, так как он явно содержал элементы двух школ, а также свое собственное философское видение мира и человека; следовательно, здесь очень многое нужно было свести воедино, в результате чего метод стал более сложным. Сегодня у меня значительно меньше, чем вначале, возможностей для описания того, что я делаю...» (с. 58).

*Терапевт № 9:* « Я изменялся по мере того, как все больше и больше занимался психотерапией; сейчас я не много говорю в ходе терапии, в смысле я меньше использую интерпретацию и конфронтацию... теперь я считаю пациента более сильным... в смысле того, что я создаю для пациента доверительную и теплую атмосферу. На сегодняшний день я считаю это необходимым...» (с. 61).

*Терапевт № 10:* «Теперь я даю пациентам больше свободы. Раньше я был более строгим и настойчивым, так как полагал, что необходимо выдвигать требования... я стал более терпимым... я заметил, что нельзя многого изменить в психическом, ведь это является величайшей фантазией нашего времени...» (с. 62).

Очевидно, что терапевты, ответы которых приведены выше, не придерживаются ортодоксальных взглядов. И профессия психотерапевта кажется интересной и увлекательной, обогащающей человека как в профессиональном, так и в личном плане, несмотря даже на то, что она является весьма и весьма

– 676 –

тяжелой. В процессе профессиональной деятельности не только сам психотерапевт приобретает большую свободу действий, но также и пациент; психотерапевты склонны заострять внимание на существенном, полагаться на собственные возможности до тех пор, пока подробно не разработают собственные методики. Помимо этого, у психотерапевта развивается терпеливость и появляется готовность к тому, что он может столкнуться с различными обстоятельствами; трудные ситуации, следовательно, не должны выводить их быстро из равновесия, так как психотерапевты имеют возможность преодолевать их, а не поступать конформно. Правила проведения терапии можно творчески модифицировать в зависимости от особенностей ситуации, причем сведения, имеющиеся в других психотерапевтических концепциях, а также сведения по философии, религии, представления о стилях жизни и образах действий вполне могут быть использованы в качестве опорных знаний. И мы должны исходить из того, что даже в рамках одной из таких наиболее обобщенных концепций, как психоанализ, имеется очень большая «биографическая» вариативность. Очевидно, что подобное верно и для других концепций.

Мы должны, однако, учитывать не только значимую биографическую вариативность, но также и тот очевидный факт, что все-таки и в рамках одного направления психотерапии могут работать различные психотерапевты: хорошие и плохие, опирающиеся на интуицию и применяющие систему, опирающиеся на чувства и использующие отстраненный анализ, готовые помочь и не оказывающие помощь. Это смог убедительно показать Лойцингер (Leuzinger, 1980) в исследовании когнитивных процессов у психотерапевтов в тот момент, когда они проводили диагностику. В предложенной им типологии можно обнаружить такие типы, как «бриллиантовая

рутина», «специалист, ориентированный на пациента», а также «специалист по защите». Он выделяет и следующие типы: «интуитивный», «интеллектуальный», «беспомощный помощник», «неудачник из-за страха преуспеть» и «неудачник из-за своей растерянности». Все психотерапевты отличаются друг от друга по типу и в зависимости от имеющейся у них классификации пациентов и их проблем.

Лойцингер обнаружил, что у врачей-клиницистов существует понятие о типологии когнитивных процессов и комментариев, которые психотерапевты дают во время проведения диагностики. Так, например, они представляют «специалиста, ориентированного на пациента», следующим образом:

«...Можно очень хорошо представить проведение им диагностики. Он хорошо разбирается в своих внутрличностных конфликтных ситуациях. Особенно типичным для него является то, что он способен принимать во внимание специфическую проблематику пациента: он проявляет большой эмоциональный интерес к пациенту как к индивидууму, способен его эмоционально и когнитивно понимать. Кроме того, психотерапевту с обширными знаниями по специально-

– 677 –

сти необходимо быть лично заинтересованным в пациенте. Если психотерапевт готов действовать и способен дифференцировать свои поступки, это проявляется в увеличении его вербальной активности и его когнитивном видении... психотерапевт способен фиксировать и анализировать собственные когнитивные процессы... Это, конечно, не должно быть рутинной работой; из протоколов видно, что психотерапевты борются за понимание самих себя и за дифференцированное понимание пациента... кроме того, они используют не теоретические термины, в их речи всегда присутствует личностная нота...» (Leuzinger, 1980, с. 236).

И здесь возникает предположение, что существование различных типов психотерапевтов обуславливается также и различиями в их психотерапевтических конструктах и «уравнениях». Так, психотерапевт, относящийся к типу «бриллиантовая рутина», иначе проводит экспертизу, чем терапевт, относящийся к типу «специалист по защите». Если первый из них готов работать с ситуацией комплексно, используя имеющиеся знания, то второй заботится лишь о сохранении личной дистанции и о том, чтобы остаться «невредимым». Психотерапевты, относящиеся к типу «специалист, ориентированный на пациента» или «интуитивный», опираются на другие теоретические концепты, чем терапевты, принадлежащие к «интеллектуальному» типу: если первые способны видеть специфику проблемы и подбирать методы и понятия, необходимые для работы именно с конкретным случаем, то вторые, напротив, используют целую устойчивую систему теорий и понятий. Если рассмотреть типологию до конца, то может получиться так, что возникнет необходимость в пересмотре нашего первоначального взгляда на специфическое поведение психотерапевта. Следовательно, отходит на второй план наше предложение, что подготовка психотерапевта и его принадлежность к тому или иному психотерапевтическому направлению однозначно предопределяют его манеру поведения.

### **3. ТЕРАПЕВТЫ И ДИЛЕТАНТЫ**

Мы - еще раз повторим - сомневаемся, что какие-то определенные способы поведения и образы действий психотерапевтов способны оказывать большее влияние, чем все прочие. Здесь должна учитываться историческая и культурная релятивность различных форм психотерапии. Успешность групп самопомощи наталкивает на мысль, что - как в данном случае, так и вообще - может оказаться полезной психотерапия, проводимая неспециалистами. Штрупп и Хэдли (Strupp and Hadley, 1978) в своем исследовании показали, что профессор, которым предлагалось сыграть роль терапевта, в отличие от представите-

- 678 -

лей группы опытных психотерапевтов, не боятся «хорошего пациента» (которых сыграли студенты с необычными показаниями по шкалам депрессии, страха и интроверсии ММПИ). К группе терапевтов-дилетантов были отнесены те профессора, о которых было известно, что они способны устанавливать доброжелательные отношения со студентами. Несмотря на это, оказалось неожиданным, что важными средствами воздействия психотерапевтов-дилетантов оказались такие, как «неформальная беседа» и «предложение совета», которые психотерапевтами расцениваются неоднозначно (Gomes-Schwartz, 1978). Задача исследования состояла в том, чтобы выяснить величину вклада в результаты психотерапии, с одной стороны, терапевтических средств воздействия и, с другой стороны, просто хорошего отношения психотерапевта к пациенту. Гомес-Шварц (Gomes-Schwartz, 1978) пытался выяснить это эмпирически посредством сравнения следующих переменных: «процесс обследования», «выбор психотерапевтом типа отношений» и «обращение пациентом к себе самому». Теоретическая ориентация психотерапевта, а также его статус «профессионал/непрофессионал» оказывают влияние на процесс психотерапии, но не на ее эффективность. В большей степени сказывается на результатах психотерапии то, что пациент «обращается внутрь себя». С помощью этих переменных было выяснено, что дисперсия влияния может достигать до 38%. Это очень значимо, особенно когда имеющиеся переменные можно сопоставить с традиционно плохо прогнозируемыми нозологическими и диагностическими категориями.

Выводы об эффективности терапевтов-дилетантов не должны делаться на основании отдельных частных исследований. Совместно с коллегами Дурлак (Durlak, 1979) при проведении метаанализа не смог обнаружить превосходства соответствующих квалифицированных психотерапевтов над приглашенными специалистами. Таким образом, подтверждается то, что нас не устраивает. Что касается психотерапевтов-неспециалистов, то они оказываются успешными в случае ситуативной терапии, при проведении которой проявляют энтузиазм и демонстрируют личностную заинтересованность. В понимании Сковхолта и Роннестада (Skovholt and Ronnestad, 1992) этот образ действий терапевтов соответствует «конвенциональной» фазе развития. На этой фазе развития личность, в сущности, считается не поддающейся тренировке и способной вступать в терапевтическое взаимодействие слишком часто, выходя, следовательно, за ранее существующие критические границы. Центральная задача психотерапевта-неспециалиста вытекает из повседневных знаний, причем собственный опыт и выводы, сделанные на его основе, а также его обобщение можно рассматривать в качестве нормативных рекомендаций. Преобладающим аффектом психотерапевта-неспециалиста является сострадание; понимание своей роли и стиль работы представляют собой сильный связующий компонент. Очевидно, что усердный

специалист отвечает этому описанию. Психотерапевты-неспециалисты принимают клиентов только тогда, когда у них есть время, когда

– 679 –

они в форме и в «хорошем настроении». При этом их работа сопровождается большими затратами на внутреннюю активность и слабой экономией психической энергии. И конечно, в этой связи возникает вопрос, сможет ли быть эффективным психотерапевт-неспециалист с учетом графика работы, сможет ли он быть активным 8 часов каждый день. И мы совершенно убеждены в том, что этот вопрос игнорировать нельзя. Опытный эксперт по сравнению с новичками или дилетантами, в сущности, лучше управляется лишь со сложными ситуациями и пациентами. Он способен лучше преодолевать кризисы, возникающие в процессе психотерапии, именно как психотерапевт.

До сих пор перед нами стояла задача показать, что поведение психотерапевтов имеет значительные вариации, и это наблюдается не только когда психотерапевты принадлежат к различным направлениям психотерапии - что было бы вполне объяснимым, - но также и когда они принадлежат к одному направлению. Кроме того, в различные периоды своей жизни психотерапевты могут вести себя по-разному в зависимости от обстоятельств. К этому нужно добавить, что психотерапевты, по видимому, прикладывают неодинаковые усилия для того, чтобы быть эффективными. Где новички проявляют увлеченность, внутреннее участие и осуществляют внешнюю поддержку, там специалисты могут использовать испытанные структуры, их могут волновать недостатки, и они будут стараться сохранить выгодную для себя дистанцию. Тем не менее для того, чтобы оказывать терапевтическое влияние, не требуется долговременной подготовки. Очевидно, на процесс личностного развития можно воздействовать с помощью совершенно различных терапевтических средств. Вероятно, признание возможности целенаправленного влияния является заблуждением, как в психотерапии, так и в педагогике: все представления о точном и специфическом влиянии, оказываемом психотерапевтами, составляют нечеткий механистический образ пациента, что не сочетается с требованием целостности. Пациента нужно рассматривать не в качестве заготовки изделия, а как живой организм, который стремится своими здоровыми частями к дальнейшему развитию и к целостности. Здесь маленький толчок может привести в движение целую систему, точно так же, как могут быть безрезультатными колоссальные усилия психотерапевта. На основании маленьких эпизодов из собственного опыта складывается социальная компетентность. В целом наше понимание терапевтического влияния является слишком инструментальным и атрибутивным. Представление о пациенте, который способен выполнять саморегуляцию, а также мнение о подавляющем или поддерживающем его социальном окружении, о стесняющих его или предоставляющих ему свободу условиях жизни играют в нашей психологической или даже больше медицинской модели психотерапии незначительную роль.

В медицинской модели психотерапии, например, считается, что причины проблем пациента заключены в нем самом и что необходимо прибегать к недолговременной терапии, используя только техническое воздействие. Это означает,

– 680 –

что здесь недооценивается значение отношений, которые складываются между пациентом и психотерапевтом. Психологическая модель психотерапии помимо этого

пытается, в частности, принимать во внимание восприятие и мотивацию психотерапевта и пациента, а также учитывать вклад, который специфические образцы взаимодействия участников терапии вносят в процесс психотерапии. Социально-психологическая модель, которая, кроме того, еще пытается поместить терапевта и пациента в область взаимных влияний и регуляций, помогает получить очень важные сведения о процессе психотерапии. В этой модели, однако, не учитывается тот факт, что психотерапия - это, прежде всего, профессия и что проведение психотерапии дает в первую очередь средства к существованию. Следовательно, психотерапию «выгодно» рассматривать также и с социологической точки зрения. В этом случае, однако, пока еще не учитываются общественные, политические, культурные и антропологические переменные.

На основании этих сведений становятся понятны трудности, с которыми мы столкнулись при эмпирическом выявлении специфических факторов. Разброс в способах поведения сторонников концепций психотерапии А и В должен быть сравнительно большим для того, чтобы можно было говорить о специфических факторах. Этот разброс - хотя уже и не так сильно - пока все же значителен из-за биографической (изменение образа действий и поведения с течением времени), типологической (различия между типами терапевтов в рамках концепции), индикативной вариативности (изменение поведения психотерапевтами в соответствии с данным клиническим случаем) и из-за вариативности ресурсов (различия в технических и личностных средствах).

#### **4. ОБЩАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ**

На основании представленной раньше «вариативной дилеммы» можно сделать некоторые выводы. Так, напрашивается вывод о том, что необходимо попытаться рассмотреть как раз не специфическую, а общую модель психотерапевтического влияния. Это известнейшая общая модель - так называемая «генерирующая модель» - описана в ряде работ (Orlinsky and Howard, 1986; Orlinsky et al., 1994). Базисом для нее было исследование, которое проводилось для получения ответа на вопрос о соотношении процесса и результата терапии. Проведя систематизированный анализ более чем 1000 эмпирических работ на эту тему, опубликованных в период с 1950 по 1990 год, авторы пришли к выводу о том, что степени психотерапевтического влияния исследователи уделяют значительное внимание.

– 681 –

Следует учитывать, что для исследований того времени характерны очень существенные обобщения и, следовательно, определенное сглаживание особенностей. По мнению Орлинского и его коллег (Orlinsky et al., 1994), психотерапия, включенная в общественную систему, складывается не только из взаимодействия таких факторов, как психотерапевтический контракт, психотерапевтические потребности, терапевтические процедуры, участие пациента и его «обращение к себе» в процессе терапии. В заключении авторы подчеркивают, как и следовало ожидать, особое значение отдельных компонентов *отношений терапевт-пациент* для получения необходимого результата психотерапии. В общем, вероятность успеха психотерапии очень велика, если при ее проведении поддерживаются взаимоотношения терапевта и пациента, основанные на их внимании друг к другу, взаимном уважении, симпатии, эмпатии, а также на взаимных обязательствах, откровенности участников терапии и т. д. Наряду с этими общими факторами авторы говорят о влиянии других моментов

*терапевтического вмешательства* таких, как структурирование, обследование, интерпретация, конфронтация и т. п., «когда они осуществляются умело и с подходящими для этого пациентами» (там же, с. 371). Конечно, в этом придаточном предложении заключена подлинная суть проблемы, и, следовательно, высказывания Орлинского и Говарда являются тривиальными.

Эффективность такого терапевтического вмешательства мы определяем как нечто специфическое: *терапевтическое вмешательство конструктивно связано с психотерапевтическим процессом в том случае, когда оно на основании отношении «психотерапевт-пациент» в состоянии расширить опыт и дать возможность для новой оценки.* При таком вмешательстве улучшается так называемая профессиональная стратегия терапевта, которая нарушает существовавшие до сих пор самопрезентацию и самопонимание пациента. При этом речь идет о том, что различные способы вмешательства могут приводить к функционально одинаковым последствиям. Без принятия функциональной тождественности различных форм психотерапевтического вмешательства нельзя разработать модель эффективной психотерапии. По мнению Франка (Frank, 1971; Frank et al., 1978) позитивное терапевтическое влияние возможно только на фоне доверительных отношений. В этом случае наблюдается увеличение числа эмоциональных «обращений к себе» пациентом. Психотерапевт пытается объяснить происхождение и природу проблем, опираясь на знания. Существенной терапевтической задачей здесь является вселение надежды в пациента, сокращение деморализации, а также скрытые и явные рекомендации, согласно которым пациенту необходимо произвести переоценку своих переживаний. Терапевты при этом ощущают, что таким образом они удовлетворяют требования, предъявляемые к ним общественными институтами. Умение оказывать влияние рассматривается теперь как элемент социальной, а не личност-

– 682 –

ной, компетентности и не как составная часть повседневной харизмы. Как терапевты, мы наполняем эту общественную форму, используя, например, скрытые и явные признаки нашего статуса эксперта. Как это происходит - в большинстве случаев незаметно - в течение жизни, можно прочесть у Дженет Малькольм (Janet Malcolm, 1976).

По мнению Бандуры (Bandura, 1977), эффективность психотерапии, прежде всего, зависит от «self-efficacy»\* - и это может оказывать влияние на уже сложившиеся убеждения пациента. Достижение такого положения дел, при котором пациент проявляет самоэффективность - это центральная задача любого типа психотерапии. Этого, по мнению Бандуры, можно достигнуть в том случае, если придерживаться такой стратегии психотерапии, при которой психотерапевт испытывает те же чувства и побуждения, что и пациент. Подобную точку зрения отстаивает Карасу (Karasu, 1986). Он в первую очередь рассматривает три терапевтических компонента влияния, которые учитываются - правда, в различной степени - при разработке метода терапии. Карасу выделяет такие классы событий (обозначенные как «change agents»\*\*), как «аффективные переживания», «когнитивное самообладание» и «регуляция поведения», и считает, что они оказывают специфическое влияние. Каждый компонент становится ведущим в зависимости от манеры поведения психотерапевта. Так, можно вызвать или усилить аффективные переживания при помощи свободных ассоциаций, при помощи вербализации эмоционального содержания переживания, при помощи десенсибилизации, при помощи упражнения, называемого «горячий стул» и других.

Выводы, полученные в результате анализа эмпирических данных, которые были опубликованы в ряде работ (Orlinsky and Howard, 1986); Orlinsky et al., 1994), можно использовать как базис для построения - по выражению Граве (Grawe, 1996) - теории второго поколения. Такая теория должна охватывать эмпирические данные, имеющиеся у различных школ; она должна использоваться в соответствии с основными положениями психологии и находиться в существенной непротиворечивой связи с ней. Граве рассматривает, в свою очередь, четыре принципа, которые демонстрируют связь процесса психотерапии и ее результата: активация ресурсов, активация проблем, активная помощь в разрешении проблем и выяснение мотивации. Принцип «активации ресурсов» он вводит на основании того, что терапия, по-видимому, протекает более успешно там, где особое внимание уделяется способностям личности, потенциалу и возможности развития - в противоположность ранее имевшей место концентрации на недостатках и слабостях. Активация проблем характеризуется совокупностью влияний, которые осуществляются в

---

\* Самоэффективность (*англ.*).

\*\* Агент изменения (*англ.*).

– 683 –

связи со стратегией психотерапии, которая, в свою очередь, имеет целью вывести проблемы из «оболочки куколки». Активную помощь в разрешении проблем можно оказывать в различных формах, в результате чего «закомплексованный» пациент имеет возможность приобрести уверенность в себе при сексуальной терапии по Мастерсу и Джонсону, или, например, в ходе когнитивной терапии при лечении депрессий может быть составлен распорядок дня. И, наконец, четвертый принцип касается проведения работы по выяснению преимущественных мотивов и ценностей пациента. Эти принципы, прежде всего, применяются, по мнению Граве, в психоаналитически ориентированных формах терапии (например, Caspar, 1996, с. 23), в то время как поведенческая терапия считает необходимым в первую очередь оказание активной помощи пациенту в разрешении его проблем.

## **5. О СООТВЕТСТВИИ ЛИЧНОСТИ ТЕРАПЕВТА, ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА И МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ**

Все же в целом эта обобщенная модель не всегда может быть полезной в клинической практике. Она представляет собой лишь грубую систему упорядочивания, с помощью которой вряд ли можно подобрать необходимый способ поведения для каждого конкретного случая. Однако с учетом вопроса о существовании различных показаний к применению того или иного метода эту модель, безусловно, нельзя не принимать в расчет. Именно благодаря ее универсальным требованиям с ее помощью можно получить в зависимости от обстоятельств очень специфичные данные. Дифференциальные показания к применению средств вмешательства определяются, однако, каждым психотерапевтом лично. Кроме того, нужно учитывать и то, что если выбранный способ влияния показан для одного пациента, то он может оказаться быть противопоказан в отношении другого пациента. Применительно к общим факторам влияния, конечно, одно из существенных, если не центральных, мест отводится переменной «терапевт» и ее связи с переменной «пациент». В психотерапевтической практике, например при дидактическом (учебном) анализе, это подтверждается

частными вычислениями: так осуществлялся анализ деятельности терапевтов женщин и мужчин, молодых специалистов и профессионалов. В поликлиниках и амбулаториях психотерапевтических институтов нередко случается так, что определенный психотерапевт предлагает свои услуги и пользуется спросом именно у определенного типа пациентов. Этому факту, несомненно, можно найти социально-психологические и научные объяснения. Они пред-

– 684 –

восхищают, по мнению авторов, даже вид предпосылок к показанию «психотерапии будущего». В концептах, которые можно обнаружить в официальных руководствах к действию, такой способ поведения не описан.

«Соответствие» терапевта и пациента как катализатор эффективности психотерапии можно считать эквивалентом «соответствия личности терапевта и концепции психотерапии». Фрейд (а вслед за ним и другие) обосновал, как известно, необходимость при проведении психотерапии расположения кушетки стандартным образом. Это связано с тем, что он не мог часами пристально смотреть в глаза пациенту. История психоанализа отчетливо демонстрирует подлинные мотивы развития нового, и в особенности причины для отделения данного направления от других. К примеру, различия в структурах личности у таких известных психологов, как Морено, Перле, Фромм, были причиной того, что они смогли стать основателями новых - и весьма различных - течений психотерапии. Тщательно подобранные методы должны гармонично сочетаться с личностью психотерапевта так же, как ключ подходит к замку. Согласно этой точке зрения, важное значение приобретает переменная «терапевт». Здесь следует обратиться к исследованию Роджерса (Rogers, 1957), касающемуся определения общего в поведении психотерапевтов. Соответствие личности психотерапевта и методов воздействия оказывает, несомненно, существенное позитивное влияние. Можно предположить, что методы также должны соответствовать пациенту.

Пока еще мы имеем мало оснований для того, чтобы по описаниям личности и способа взаимодействия спрогнозировать «соответствие». Пока еще наша подготовка не предполагает разработку инструкций к действию. Пока еще отсутствует в социальной психологии достаточно обобщенная модель ситуаций психотерапии, которую можно было бы использовать применительно к клинике. Однако много уже говорилось о том, что в будущем мы будем говорить не столько об отдельной концепции, сколько о психотерапии, которая является комплексом взаимодействующих сил.

## **6. МОДЕЛИ ВЛИЯНИЯ КАК СИСТЕМЫ УПОРЯДОЧИВАНИЯ**

Критически настроенный читатель может возразить здесь следующее: если методы так сильно подчинены второстепенной переменной («терапевту»), как это только что было показано, то психотерапевт может вообще отказаться от методов и свободно проводить психотерапию, исходя из особенностей своей личности. Читатель может обратить внимание в связи с этим на снова и снова повторяющийся успех психотерапевтов-неспециалистов или на успешность

– 685 –



применения терапии в полупрофессиональных областях. Значение теории, концептов и специальных методов покажется нам иным, если мы будем исходить из того, что - и это обычно пытаются научно обосновать - *профессия* «психотерапевт» накладывает соответственные социально-этические обязательства. «Психоанализ есть путь, для которого не имеется образцов в повседневной жизни». Это высказывание Фрейда не следует рассматривать как требование цельности (так как важные факторы влияния являются коммуникативными повседневными вариантами), в связи с чем из-за частичного отстранения от повседневности неизбежно снижается профессионализм. Это касается, например, необходимости экономии при повторном применении в психотерапии профессиональных действий. В соответствии с этим, определенная терапевтическая ситуация не предполагает существования привычных, повседневных инструкций к действию. Однако одновременно у психотерапевта возникает необходимость сокращать количество «обращений внутрь себя» и склонность удерживать установленную дистанцию, необходимую для сохранения своей личной безопасности.

Собственные функции имеют в психотерапии как «концепты», так и «специальные методы». Концепты заранее подготавливаются внутренней системой упорядочивания, имеющейся у получателя информации (например, у психотерапевта). Методы же сами «прокладывают» себе очевидный путь и все больше и больше используются в зависимости от имеющейся информации. Они делают возможным, таким образом, осуществление только «чистой» коммуникации, исключая повседневную коммуникацию (однако они не отказываются от нее). Методы представляют собой практическую сторону познания и поведения, которая позволяет и делает оправданным применение специфических форм коммуникации. Добавим, что каждая ситуация в каждую минуту психотерапии является неповторимой. Нельзя осуществлять контроль над ситуацией с помощью привлечения третьего лица, с помощью обращения к коллегам или учителям. Ситуация *может* стать контролируемой лишь в рамках социальной референтной системы, в которой возможно взаимопонимание благодаря обширной системе взглядов, благодаря понятности и благодаря схожести действий, которые необходимо будет произвести, с теми, что имели место ранее. Способом осуществления контроля над проведением психотерапии является - и это принимается во внимание сторонниками всех направлений психотерапии - беседа с коллегами, которые сами не находятся в ситуации терапии (и, следовательно, у них нет предвзятого отношения). При этом безразлично, назовем ли мы этот контроль семинаром, контролем или надзором.

В то же время осуществление контроля является этической задачей психотерапии (если мы считаем психотерапию разделом общей медицины), которую можно полностью решить. Относительность доказательства психотерапевтами эффективности их приемов является одной из причин того, что психотерапия не

может считаться областью медицины, которая способна представлять такие доказательства. Очевидно, что психотерапия, которую называют коммуникативной медициной, может также достичь достаточного контроля при помощи расширения и укрепления системы коммуникаций. Ее расширение и укрепление, в свою очередь, зависит от реалий взаимопонимания (при помощи теорий, при помощи концептов, при помощи замены методического опыта) даже тогда, когда они в отдельном случае ограничивают свободу действий психотерапевта.

Авторы также признают тот факт, что этими высказываниями они меняют направление рассуждений. Мы обычно склонны думать, что общие факторы

воздействия загоняют психотерапию в определенные рамки, только внутри которых специфические методы могут оказывать влияние. Эти суждения, однако, не подтверждаются при проведении метааналитической проверки психотерапии. Обстоятельства усложняются, и факты говорят о том, что теоретическая убедительность, (коммуникативная) концепция и (коммуникативное) руководство к действию также, в свою очередь, задают неизбежные рамки для терапии как профессиональной и институциональной деятельности.

К счастью, теории и концепты, которые рассматриваются отдельными направлениями психотерапии как основные обычно всеми другими также - произвольно - используются. Все «хорошие» теории опираются, даже если они созданы независимо от других, на глобальную модель изменения личности, которая является общепсихологической. Чем разнообразнее (исторически, клинически и эмпирически-экспериментально) эти модели изменения личности подтверждаются, тем обширнее и в какой-то степени «естественнее», а следовательно, лучше, они становятся. Здесь можно упомянуть следующие модели.

- Изменение личности в процессе (понимающих, особенных) межличностных отношений как отношений между двумя людьми, так и тех, что существуют в группе и обществе. Нормативная, помогающая ориентироваться и придающая уверенности способность к социальной эмпатии при этом является важнейшим динамическим фактором. Легко заметить, что почти все направления психотерапии, пожалуй, за исключением консервативных сегментов в рамках поведенческой психотерапии, используют эту модель.

- Изменение личности при помощи взаимодействия. Согласно этой модели (например, Strong and Glaiborn, 1982), личность формируется и развивается при стечении определенных обстоятельств. Психотерапия, напротив, представляет собой область обучения и опыта, при помощи которого можно проверить эффективность старых образцов взаимодействия и приобрести и апробировать новые виды отношений.

- Изменение личности в результате преодоления кризисов развития и переломов в жизни, которые происходят преимущественно благодаря регрессии (репетиция развития) и пертурбации. Автоматические действия, привычки входят в это время (в период кризиса), прежде всего, в новые образования и по-

– 687 –

зволяют переоценивать имеющееся или оценивать новое. Эта модель была адаптирована психоанализом (систематическая интерпретация повседневного окружения, конфронтация, интерпретация эффекта удивления, возможность регрессии) и приобрела значение в когнитивной поведенческой терапии. В противоположность этому, разговорная психотерапия отходит от использования ее как руководства к действию.

- Модель изменения личности при помощи *научения* является наиболее обобщенной. Она также является, как известно, основой для поведенческой психотерапии. Различные виды процессов обучения все же признаются в той или иной мере почти всеми психотерапевтическими направлениями и - в зависимости от этого - систематически используются (применительно к психоанализу см. Heigl und Triebel, 1977).

- Следующая модель изменения подчеркивает соматопсихическое взаимовлияние, которое, конечно, имеет свое особое значение для так называемых телесно-ориентированных методов. Часто не учитывается, однако, что та модель изменений имеет высокую степень обобщенности: полагают, что изменения в личности

происходят благодаря телесным ограничениям или в результате преодоления тяжелой, опасной для жизни болезни.

## 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, ссылка психотерапевтической теории и концептов на основополагающую модель изменений позволяет отдельным психотерапевтам добиваться поставленных целей. Функцией специфических факторов воздействия, прежде всего, является развитие структур психотерапии, без которых психотерапия становится научно-популярной. При всей специфичности выбора типа взаимодействия в различных психотерапевтических направлениях доминируют обобщенная и интегративная модель воздействия, поскольку ее влияние можно обнаружить эмпирически. Идея об эквивалентности различных типов вмешательства и способов установления отношений представляется нам интересной; она позволяет рассматривать проблему на более высоком уровне: при помощи каких специфичных методов достигает психотерапия каких общих эффектов? Авторы должны взять на заметку, что применение концептов исследования, которые являются обобщенными (например, сопоставление личности терапевта и пациента), приводит к выявлению общего эффекта. Поэтому специфические факторы трудно обнаружить эмпирически. Это происходит также потому, что традиционно сравниваемые направления (например, психоанализ и поведенческая психотерапия) однозначно разграничить невозможно. Бесспорно, ответ на вопрос о различных показаниях к применению того или иного метода

– 688 –

становится важной задачей исследований в области психотерапии ближайшего будущего. Правда, можно усомниться, соответствуют ли традиционные диагностические, психологические и нозологические категории в качестве оценки психотерапевтического влияния своду правил системы «психотерапия», в связи с чем, по мнению авторов, возникает необходимость в расширении личностно-психологических аспектов социально-психологической модели и категорий (Enke, 1978; Czogalik, 1989). Многообещающим нам представляется в этом отношении исследование процесса взаимодействия (например, Smith and Benjamin, 1993). Мы думаем, можно ли будет однажды сказать о результатах, что они говорят о многом. Ведь до сих пор мы имели лишь возможность сопоставить программы различных направлений и не могли сравнить результаты применения их методов воздействия.

– 689 –

## ГЛОССАРИЙ

**Адаптивная терапия** (Adaptive Therapie). Терапевтический процесс, целью которого является содействие хронически или неизлечимо больным в их адаптации к своему болезненному состоянию.

**Алекситимия** (Alexithymie). Неспособность адекватно воспринимать и описывать собственные эмоции. Ее значение как фактора патогенеза психосоматических заболеваний остается спорной.

**Анамнез биографический** (Anamnes, biographische). Диагностический метод, целью которого является тщательный сбор объективной и субъективной информации для получения как можно более полной картины настоящей и прошлой жизни пациента

и прояснения при ее помощи диагноза, дифференциального диагноза, показаний, дифференциальных показаний и прогноза. Наряду с фиксированием жалоб пациента важное значение имеет прежде всего получение сведений о ситуации, порождающей проблемы пациента, и об относящейся к ней картине конфликтов и отношений.

**Арт-терапия, терапия творческим самовыражением (Gestaltungstherapie).** Группа терапевтических методов, которые в ходе процесса и с помощью результатов продуктивного художественного творчества пациента, используя при этом игровые формы, предоставляют возможность доступа к бессознательным и предсознательным элементам конфликта: освобождают эмоции, стимулируют экспрессивные способности и, наконец, способствуют тому, чтобы в ходе диалога с арттерапевтом, происходящего в рамках вербальной работы по достижению понимания и согласия и в контексте всего терапевтического процесса в целом, пациент смог увидеть сущность своих проблем, а в его состоянии произошли позитивные изменения.

**Аутотренинг (Autogenes Training).** Метод аутосуггестивных упражнений, принцип которого состоит в том, чтобы посредством ряда упражнений добиться полного «перевода» пациента в гипноидное состояние. Упражнения начальной ступени направлены на то, чтобы посредством расслабления мускулатуры и переключения вегетативной нервной системы достичь общей психосоматической гармонизации и приглушения аффективного резонанса. Наряду с врачебной беседой является важным методом, используемым при полном психосоматическом уходе за больным.

**Аффект (Affekt).** У Фрейда - одна из двух форм, в которых репрезентируется влечение; первоначально определяется количественно (как аффективный квант влечения), а затем также и качественно - как форма выражения этого

– 690 –

количества. В своем социально-психологическом аспекте аффект наряду с наградой/наказанием, влечением и объектным отношением относится к известным на сегодняшний день системам регуляции человека. Деление аффектов на регулирующие отношения, обрабатывающие информацию и саморефлективные оказалось оправданным и с клинической точки зрения.

**Базисная регуляция отношений (Basisbeziehungsregulation).** Необходимая при любом социальном взаимодействии способность участников этого взаимодействия к управлению эмоциональной дистанцией (регуляция близости), распределением активности (регуляция активности) и сил (регуляция силы/бессилия). Психические формы нарушений характеризуются ослаблением способности к регулированию отношений. Вследствие этого при установлении отношений потенциальные пациенты вынуждают своих социальных партнеров к особенно интенсивным изменениям, тогда как то, в чем они нуждаются, это специфическая терапевтическая поддержка, например, для сохранения определенной дистанции (Краузе).

**Базисный врач (Basisarzt).** Врач, оказывающий первую врачебную помощь.

**Бессознательное (Unbewußtes, unbewußt).** Один из топосов, систем психического аппарата топографической теории. Содержит в себе вытесненное, которому цезурой запрещен доступ к предсознательному и сознанию. С момента появления структурной теории понятие выражается лишь при помощи имени прилагательного, используя для обозначения психического качества, которое свойственно как Ид, так и компонентам Эго и Суперэго.

**Разговорная психотерапия (Gesprächspsychotherapie).** Основывающаяся на базисе психологии научения и социальной психологии систематическая, специально подбираемая форма вербальной и невербальной коммуникации и социального

взаимодействия между двумя и более лицами, целью которой является уменьшение имеющихся у них психических недостатков посредством более дифференцированного восприятия ими самих себя и окружающего мира, дающее пациенту некую новую ориентацию.

**Влечение к агрессии** (Aggressionstrieb). Одно из двух противостоящих друг другу влечений в нашедшей сегодня клиническое применение дуалистической теории влечений. Согласно Фрейду, характеризует вторичное обращение вовне первично направленного внутрь инстинкта разрушения или смерти, который с этого момента становится нацеленным на разрушение объекта. Понималось Хартманном как отдельная категория влечений, регулирующаяся в соответствии с принципом удовольствия/неудовольствия.

**Внутренняя потребность** (Innerer Notstand). Состояние эмоциональной и когнитивной неуверенности участников терапевтической группы, появляющееся в результате структурной минимализации, соблюдения правил свободного взаимодействия и установки терапевта на умеренность и нейтральность; данное состояние должно провоцировать и стимулировать регрессию.

– 691 –

**Воздержание** (Abstinenz). основополагающая установка аналитика, в соответствии с которой он не удовлетворяет обращенные к нему потребности и желания пациента, а способствует их переводу в вербальную форму.

**Врач-лекарство** (Droge Arzt). Введенное М. Балинтом понятие, обозначающее «исцеляющий характер» отношений врач-пациент. Воздействие этого отношения соответствует социогенным эффектам ухудшения и в полной мере сравним с эффектом, достигаемым при проведении терапии, основанной на иных принципах (например, фармакотерапии). См. также «Эффект плацебо».

**Выбор объекта** (Objektwahl). Процесс обращения субъекта к своему объекту, в котором различаются две разновидности: выбор объекта по типу опоры на кого-либо, определяемый внутренним образом предоставляющих заботу и защиту родителей, и выбор по нарциссическому типу, определяемый отношением субъекта к самому себе.

**Гипноз** (Hypnose). Метод поддерживающей психотерапии, при котором пациент посредством определенных внушений вводится в состояние, характеризующееся измененным сознанием (фокальная концентрация восприятия при ослабленном периферийном внимании), чтобы посредством последующих внушений были достигнуты определенные изменения в его состоянии. В соответствии с методом Эриксона таким образом достигается высокомотивированное состояние, в котором на фоне функциональных изменений происходит активное бессознательное обучение.

**Главная задача посещения больного** (Kernvisite). Часть врачебного обхода, для которой необходимо присутствие больного: беседа с пациентом и телесный осмотр. Обязательное выполнение главной задачи посещения больного подразумевает перераспределение функциональной значимости задач традиционного обхода и является предпосылкой его преобразования в посещение с психотерапевтическими функциями.

**Групповые действия** (Gruppenleistungen). Содержащие компромиссы проработки, которые производятся в группе и могут представлять собой как выработку нормативного регулирования, психосоциальных компромиссных образований, так и совместное сновидение наяву (совместную, провоцируемую бессознательными желаниями фантазию).

**Дидактический анализ** (Lehranalyse). Ядро, основная часть специальной психоаналитической подготовки, которая знакомит будущего психоаналитика с его собственной внутренней структурой и в особенности с ее конфликтными компонентами и, следовательно, должна создать предпосылки для возможности рефлексии относительно феноменов переноса и контрпереноса.

**Дифференциация аффектов** (Affektdifferenzierung). Техника интервенции (вмешательства), которая в психоаналитической диагностике и терапии используется для идентификации аффектов (по качеству, интенсивности и взаимодей-

– 692 –

ствием их компонентов) и для прояснения контекста их возникновения, а также для выяснения их функций в интрапсихических и межличностных конфликтах и отношениях.

**Зависть к пенису** (Penisneid). Согласно Фрейду, существенный элемент женской сексуальности, состоящий в том, что маленькая девочка переживает отсутствие у нее пениса как недостаток, как свидетельство того, что ей чего-то не дали или у нее что-то отобрали. Развитие зависти к пенису может происходить в разнообразных формах, как не связанных с нарушениями, так и патологических: желание иметь пенис в своем теле (как желание иметь детей или как желание коитального наслаждения, достигаемого при помощи пениса), развитие фаллически-мужских моделей поведения, мстительное желание кастрировать мужчину, обвинения и затаенная обида, неприязненное чувство по отношению к матери, на которую возлагается ответственность за отсутствие пениса.

**Защита** (Abwehr). Все меры, предпринимаемые Эго с целью избежать сознательного переживания связанных с невыносимым неудовольствием (страхом, депрессивным аффектом) конфликтов (тип: вытеснение), а также те действия Эго, которые при структурных нарушениях смягчают связанные с ними несоответствия посредством интеракционального ввода в этот процесс внешних объектов (тип: расщепление).

**Защита от внешних раздражителей** (Reizschutz). Наряду с восприятием внешних возражений важная функция Эго как той части Ид, которая претерпела определенные изменения ввиду близости и под влиянием внешнего мира. Эта функция защищает организм от раздражений, исходящих от внешнего мира и настолько интенсивных, что они могли бы представлять опасность для организма.

**Защитные механизмы** (Abwehrmechanismen). Защитные операции, протекающие по фиксированному сценарию, соответствующие определенным формам болезней, определенным конфликтам и определенным генетическим стадиям.

**Ид** (Es). Одна из трех инстанций структурной модели (понятой как интеллектуальный конструкт), которую следует понимать как своего рода внутреннее (душевное) пространство, в котором сохраняются бессознательные остаточные образы как родовой (филогенез), так и индивидуальной истории (онтогенез). К содержанию Ид принадлежит ставшее благодаря защитным мероприятиям бессознательным содержание детских, пубертатных и более поздних конфликтов, которые стали невыносимыми для сознательного переживания. Если рассматривать Ид, Эго и Суперэго в аспекте их динамики, то на передний план выходят постоянно возникающие между ними конфликтные напряжения. И Эго, и Суперэго понимаются как своего рода потомки Ид, ведут от него свое происхождение.

– 693 –

**Идентичность** (Identität). Характеристика согласования и постоянства репрезентаций самости, связанных с консолидацией структуры Эго и ее функций, а также соответствующего согласования и постоянства репрезентаций объекта.

**Интроекция** (Introjektion). Введенное Ференчи и понимаемое им как симметричное проекции и близкое идентификации понятие; в ходе этого процесса субъект в своих фантазиях позволяет объекту переместиться снаружи вовнутрь.

**Исследование событий жизни** (Life-event-Forschung - Lebensereignis-Forschung). Рабочее направление, которое исследует связь между биографическими нагрузками (смерть родственника, потеря работы и пр., но также и женитьба, рождение ребенка и т. д.) и проявлением болезни. При этом психосоциальная нагрузка наделяется количественными характеристиками. В многочисленных ретроспективных и проспективных исследованиях приводятся многочисленные доказательства того, что наступление болезней совпадает с периодами жизненных кризисов.

**Кататимное образное переживание** (Katathymes bildcrleben). Метод имажинативной психотерапии, при котором в условиях контролируемой регрессии ведется работа с техникой сна наяву. Во время управляемого сна наяву возникают оптические проекции, спонтанно изображающие в образно-символической форме бессознательное или предсознательное внутреннее душевное состояние и обрабатываемые затем в процессе терапевтического диалога.

**Комплайэнс** (Compliance). Поведение пациента, которое характеризуется следованием предписаниям и советам врача, а также содействием медицинским мероприятиям. Поведение противоположного характера называется нонкомплайэнсом.

**Комплекс кастрации** (Kastrationskomplex). Из-за анатомического различия полов и его интерпретации мальчиком (у лишенной пениса маленькой девочки пенис отняли) и из-за страха перед более сильным соперником-отцом, вызванного направленным на мать сексуальным желанием мальчика, у него развиваются фантазии о грозящем ему наказании (кастрация как возмездие отца-соперника). Маленькая девочка, у которой возникают ощущения, что она уже пережила кастрацию, пытается отрицать свой недостаток, компенсировать его или восстановить, и у нее могут развиваться фантазии о кастрации мужчин и/или о возмездии и воздаянии матери, которая отказалась дать ей пенис или отняла его у нее.

**Компромиссное образование** (Kompromißbildung). Разрешение психического конфликта, при котором с целью удаления невыносимого неудовольствия (страха и/или депрессивного аффекта) элементы бессознательного конфликта интегрируются таким образом, чтобы удовлетворить как защиту, так и бессознательное желание и притязания Суперэго. Следует отличать патологические компромиссные образования, носящие характер симптомов, от таких, которые расположены на границе внутренней и внешней адаптации, не связанной с нарушениями.

– 694 –

**Контрперенос** (Gegenübertragung). Специфическая, часто бессознательная эмоциональная реакция терапевта на специфический способ переноса пациента. В той степени, в какой оно доступно рефлексии терапевта, оно используется при вынесении клинических суждений; если же оно не поддается рефлексии, оно становится препятствующим терапии фактором, который должен быть прояснен с помощью либо самоанализа, либо анализа, проведенного другим терапевтом.

**Конфронтация** (Konfrontieren). Техника аналитического вмешательства; описана Гринсоном как одна из двух предварительных форм интерпретации; посредством ее использования внимание пациента должно быть направлено на определенные

представляющиеся терапевтически значимыми содержания его поведения и тех переживаний, о которых он сообщил терапевту; это позволяет подготовить их к дальнейшей обработке (посредством прояснения и толкования).

**Кризисная интервенция (вмешательство) (Krisenintervention).** Мероприятия, предпринимаемые с целью установления контроля над острой реакцией на психосоциальный кризис. В большинстве случаев речь идет о комбинации психотерапевтических мер по поддержке, обеспечению необходимыми консультациями и уходу.

**Либи́до (Libido).** Согласно Фрейд, сила (требование, потребность), с которой в душевной жизни выступает половое влечение.

**Мотивация к терапии (Therapiemotivation).** Характеристика установки пациента в отношении терапии, в особенности его готовности признать господствующую в определенной школе теории болезни и лечения и связанные с ней нормы как составные части процесса лечения.

**Музыкальная терапия (Musiktherapie).** Терапевтический метод, при котором в качестве коммуникационной среды, способствующей излечению, используется музыка. Наряду с пассивно-рецептивными формами ее терапевтического применения в современной музыкальной терапии особенно интенсивно используются активно-продуцирующие формы свободной импровизации. Терапевтический смысл метода состоит в том, что с его помощью осуществляется непосредственный доступ к эмоциям, в том, что музыкальные инструменты, музыкальный лад и синхронность противостоящих друг другу структур повышают способность к символизации, а также в гармонизирующем воздействии музыки, в возможности катарсиса и не в последнюю очередь в невербальной коммуникации между людьми. Наряду с преследующей конкретные цели обработкой бессознательных конфликтов терапия направлена также на стимулирование функций Эго и их слаженности, а также на улучшение социального взаимодействия и коммуникации.

**Нарциссизм (Narzissmus).** Понимался Фрейдом как либидозная привязанность Эго (любовь к самому себе). Фрейд различал первичный и вторичный нарциссизм; первый он характеризовал как раннее состояние, в котором Эго целиком привязано к либидо, а второй - как возвращение отвлеченного от сво-

их объектных содержаний либидо к Эго. В психоанализе это понятие употребляется в различных значениях: во-первых, как либидозная привязанность самости, далее как стадия развития, расположенная между автоэротизмом и любовью к объекту, кроме того, как система регуляции, необходимая для сохранения безопасности, целостности и постоянства самости, а также для сохранения доверия к самому себе и хорошего психофизического самочувствия.

**Нарциссическая потребность (Narzisstische Bedürftigkeit).** Нацелена на безопасность, защиту от внешних раздражителей, на стабилизацию самости и чувства собственной ценности, короче говоря, на хорошее психофизическое самочувствие.

**Невроз (Neurose).** Группа психогенных нарушений, истоком которых являются душевные конфликты, возникшие в связи с катастрофами и потрясениями раннего детства (утрата объекта, утрата любви, кастрация и вина) и изгнанные в бессознательное. Эти конфликты приводят к патологическим компромиссным образованиям (компромисс между желанием и защитой), которые ведут либо к появлению симптомов (как символическому выражению конфликта), либо к формированию определенных черт характера и стереотипов поведения. В



нозографическом отношении различаются депрессивные неврозы, навязчивые неврозы, истерии и фобии.

**Невротический характер** (Charakterneurose). Форма конфликтного невроза, отличающегося от симптоматического невроза тем, что в этом случае психопатологическое формирование компромиссов проявляется в форме черт характера и поведенческих стереотипов, которые также представляют собой определенную психосоциальную адаптацию.

**Нейтральность** (Neutralität). Основополагающая установка аналитика, в соответствии с которой он прилагает усилия, чтобы сохранять равную дистанцию по отношению к Ид, Эго и Суперэго пациента, то есть избегать каких бы то ни было предпочтений при контакте с внутренним миром пациента.

**Нормативное регулирование поведения** (Normative Verhaltensregulierung). Осуществляемое в ходе работы в группах, подвергаемых психоаналитически-интеракциональной терапии, групповое действие, на которое следует обратить первостепенное внимание; при этом для того, чтобы при помощи структурной минимизации и правил свободной интеракции вызвать потребность в интраиндивидуальных и интерперсональных контактах, на уровне явно выраженного поведения «определяется» некоторая ситуация и «достигается соглашение» о соответствующих этой определенной ситуации нормам. Эти нормы учитывают те или иные доминантные патологические объектные отношения и связанные с ними ослабленные функции Эго пациентов.

**Обращение к психотерапии** (Inanspruchnahme von Psychotherapie). Количество, доля людей, образующих определенную субгруппу населения в целом (клиентура), обратившихся во всеобщую систему здравоохранения с просьбой о предоставлении психотерапевтической помощи.

– 696 –

**Обрыв диалога** (Dialogbruch). Внезапное и, как правило, неожиданное для партнера прекращение диалога, состоящего из более или менее регулярного обмена репликами и настроенного на общую для собеседников тематику. Проявляется в резкой смене тем, в моторной активности (например, хождении по комнате), в телесном изнеможении, в переносе внимания на другие предметы (например, взгляде на окно, хватании одного за другим находящихся в пределах досягаемости предметов). В большинстве случаев реакцией партнера является смущение, иногда - раздражение или чувство, что его покинули. В большинстве случаев обрыв диалога сигнализирует о возникшей в результате взаимодействия внутренней опасности, состоящей в том, что субъективно переживаемая реальность сталкивается с внешней (столкновение идеализированного образа партнера по диалогу с его реальной личностью или идеализированного образа собственной самости с реальной самостью, которая воспринимается как лишенная ценности).

**Общий диагноз** (Gesamtdiagnose). Диагноз, в котором интегрируются все значимые социальные, психические и телесные данные.

**Объект** (Objekt). Средство, при помощи которого влечение пытается достичь своей цели, определенного типа удовлетворения. Объектом может быть как лицо, так и что-либо иное, например животное или вещь (частичный объект); он может быть реальным или продуктом фантазии. Далее, объект может быть предметом любви или ненависти; в таком случае речь идет об отношении к целостному объекту.

**Объектное отношение** (Objektbeziehung). Связанные с аффектами представления и фантазии по поводу отношения субъекта к своему объекту как к объекту

удовлетворения определенного влечения (например, оральное объектное отношение). Кроме того, все внутренние модели отношения, оказывающие мотивационное воздействие на ориентацию субъекта и его управление своими действиями при контакте с реальным «миром объектов».

**Отношение к болезни** (Krankheitsverhalten). С одной стороны, характеристика психической реакции на ощущаемые симптомы болезни, а с другой - все действия индивида, направленные на то, чтобы объяснить установленную болезнь, способствовать необходимому лечению и внести свой вклад в выздоровление.

**Отношение к здоровью** (Gesundheitsverhalten). Характеристика вклада индивида в сохранение и повышение своего потенциала здоровья, Сюда относятся все превентивные меры и такие модели поведения, которые могли бы способствовать раннему обнаружению болезней.

**Отношения врач-пациент** (Arzt-Patient-Beziehung). Абстрактно-нейтральное обозначение для модели взаимодействия, возникающего между врачом и пациентом в каждом конкретном случае; эта модель формально и содержательно определяется структурными особенностями обоих участников взаимодей-

– 697 –

ствия, а следовательно, процессом их социализации. Врач готовится к своей роли в отношениях врач-пациент в ходе специальной подготовки, пациент получает опыт общения с врачом, болезнью более или менее случайно. Кроме того, на отношения врач-пациент оказывает влияние непосредственное окружение обоих партнеров по взаимодействию (практика, клиника, общественная среда и социальное положение). О характере этих отношений см. также «Врач-лекарство».

**Отождествление с агрессором** (Identifizierung mit dem Angreifer). Описанный Анной Фрейд интеракционально функционирующий защитный механизм; характеризуется тем, что подвергшийся агрессии индивид отождествляет себя или с агрессором в его враждебно-агрессивной функции и/или в признаках его личности, или/и с принадлежащими ему символами власти, одновременно экстернализируя собственное негативно оцениваемое чувство вины, которую он перекладывает на агрессора или какому-либо другому объекту. Понималось А. Фрейд как предварительная стадия формирования у ребенка Суперэго.

**Парадигма** (Paradigma). Введенное Куном понятие теории науки, обозначающее «господствующую научную модель».

**Первое интервью аналитическое** (Erstinterview, analytisches). Диагностический метод, применяемый в психоанализе. Для него характерны особая психоаналитическая познавательная установка и особая техника: умеренность и нейтральность, равномерно распределенное внимание, эмпатия, побуждение пациента к самостоятельному изображению, инсценировке бессознательных конфликтов, объектных отношений и способов их переработки в процессах переноса и контрпереноса, аналитическая дешифровка посредством определенных форм логического вывода.

**Перенос** (Übertragung). Возникающая в ситуации лечения иллюзия, которая связана с каким-либо другим лицом и без ведома объекта повторяет в некоторых признаках отношение к какой-то значительной фигуре собственного прошлого.

**Пограничная ситуация** (Grenzsituation). Критический момент в ходе первого аналитического интервью, в котором в одной точке сходятся постоянно продвигающееся вперед преобразование материала, динамика сцены и представленное в форме вопросов терапевта достигнутое им истолкование, что приводит к получению новой чрезвычайно важной информации.

**Полный психосоматический уход за больным** (Psychosomatische Grundversorgung). Оплачиваемая врачами работа врача, осуществляемая в форме сбора биографического анамнеза, указаний пациенту по поводу метода расслабления и вербальных интервенций, целью которой среди прочего является воздействие на невротические и психосоматические нарушения; используется преимущественно при первой врачебной помощи.

– 698 –

**Правило свободного взаимодействия (интеракции)** (Regel der freien Interaktion). Рекомендация, даваемая в начале терапии участникам психоаналитически ориентированной группы, как можно более откровенно и не выбирая выражений высказываться (а в силу ограниченности речевой коммуникации использовать мимически-жестикоуляционные способы выражения) в ходе группового сеанса. В этом случае речь идет об адаптации правила свободной ассоциации (основного правила индивидуального анализа) к работе в группе; соблюдение этого правила должно содействовать включению в коммуникацию участников группы, то есть в групповой процесс, производного отраженных защитными механизмами бессознательных содержаний.

**Презентность** (Präsenz). Основополагающая установка терапевта при психоаналитически-интеракционном лечении. Речь идет о всестороннем и интенсивном наблюдении как за изменениями состояния пациента (проявляющимися в его мимике, жестикоуляции, голосе, речи), так и за регистрируемыми терапевтом изменениями собственного внутреннего состояния (проявляющимися в телесных ощущениях, фантазиях, воспоминаниях, побуждениях к определенным действиям и аффектах).

**Преодоление болезни** (Krankheitsbewältigung-Coping). Усилия пациента, направленные на то, чтобы посредством внутриспсихических или целенаправленных действий освободиться от действительных или ожидаемых тягот, вызываемых болезнью, освоиться с ними, сгладить и одолеть их.

**Признание** (Akzeptanz). Основополагающая установка терапевта при интеракционном психоаналитическом процессе, в соответствии с которой он дает пациенту эмоциональное подтверждение его статуса и опирается при этом на чувство эмпатии, на сочувствие судьбе пациента и на возникающее вследствие этого сострадание.

**Принцип «Интерпретация»** (Prinzip «Deutung»). Включает в себя такие техники, как конфронтация, прояснение, толкование и проработка, которые направлены на раскрытие бессознательных и отраженных защитными механизмами содержаний и на воссоединение разорванных смысловых взаимосвязей; тем самым для сознания больного должен стать достижимым и понятным бессознательный патогенный конфликт, что должно открыть возможность для появления непатологических компромиссных образований.

**Принцип «Ответ»** (Prinzip «Antwort»). Форма вмешательства, применяемая при интеракционном методе психоанализа. При помощи эмоционально убедительной реакции на обусловленное патологической моделью объектного отношения поведение пациента терапевт представляется ему как «другой»; тем самым в (псевдодиадическое) отношение, характеризуемое процессами инструментализации и слияния самости и объекта, он вводит «третий объект». При этом выражение аутентичного аффекта должно избираться таким образом, чтобы оно учитывало границы допустимого с точки зрения пациента.

**Принцип принятия функции помощи Эго** (Prinzip der Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen). Осуществляемое в ходе психоаналитически-интеракционных действий терапевтическое вмешательство, суть которого состоит в том, что терапевт эффективным в терапевтическом смысле способом сообщает пациенту собственные реакции и рассуждения в отношении осознанного дефекта функции Эго. Такое сообщение должно быть аутентичным по своему эмоциональному качеству и выполняться одновременно с указанием как на патологическое отношение к (частичному) объекту, так и на связанный с этим дефицит функции Эго; это означает указание на действительно неадекватный характер отношения к (частичному) объекту, к которому устремлен пациент. При этом терапевт должен принять на себя функцию Эго по оценке реальности. Пациент должен ощущать, что терапевт по крайней мере на время отождествляет себя с ним в его содержащейся в отношении к частичному объекту потребности, как бы инфантильна она ни была, что он ведет себя понимающе-сочувственно, хотя, с другой стороны, убедительно отмежевывается от такого сочувствия. Такое вмешательство, или «ответ» терапевта как принятие им функции помощи Эго, по своему эмоциональному содержанию должно быть сплавом либидозного и агрессивного компонентов (с преобладанием либидозного), а следовательно, смесью признания и критики (с определенным преобладанием первого). Одновременно с этим должно быть сделано предложение нового объектного отношения, стимулирующего дальнейшее развитие ослабленных функций Эго и способного разбудить в пациенте чувство надежды и открыть ему некую новую перспективу.

**Принципы, на которых основывается психотерапевтическая эффективность** (Psychotherapeutische Wirkprinzipien). Факторы, которые обеспечивают действенность приемов и методов различных психотерапевтических школ и которые могли бы служить основными элементами единой, охватывающей различные школы теории психотерапии. Пример: помогающие отношения.

**Проективная идентификация** (Projektive Identifizierung). Определенная, используемая в целях защиты форма взаимодействия между пациентом и терапевтом, а также между членами группы. Понятие введено Мелани Кляйн, понимавшей под ним протекающий во время фантазирования процесс, в ходе которого либо компоненты репрезентации самости передаются репрезентациям объекта, либо, наоборот, компоненты репрезентации объекта - компонентам самости. Более современные концепции, например концепция Огдена, подчеркивают давление, оказываемое взаимодействием на объект, на который должна быть осуществлена проекция.

**Проекция** (Projektion). Психический процесс, при наличии которого субъект отвергает или не может интерпретировать отрицаемые им у себя желания, аффекты, качества, объектные отношения, перенося их на внешний объект, в роли которого может выступать как какое-либо лицо, так и какая-нибудь вещь.

**Проработка** (Durcharbeiten). Аналитическая обработка сопротивления, препятствующая структурному изменению понимания, достигнутого в результате терапии.

**Прояснение** (Klarifizieren). Техника психоаналитического вмешательства; описана Гринсоном как первая ступень интерпретации, во время нахождения на которой речь идет об усилиях, направленных на то, чтобы посредством акцентирования

основных составных частей содержания конфликтных переживаний и обнаружения взаимосвязей, обуславливающих их возникновение, познакомить с ними пациента.

**Психический конфликт** (Psychischer Konflikt). Как бессознательный психогенный конфликт - центральный фактор при возникновении неврозов. Развивается как внутреннее напряжение между желанием и защитой, между инстанциями психического аппарата, а также между ними и реальностью, между потребностями, вызванными влечениями, и нарциссическими потребностями, между потребностью в зависимости и потребностью в автономии. При структурных нарушениях внутренние невыносимые несовместимости не переносятся в конфликтные напряжения, а, напротив, экстернализируются и подвергаются интеракциональной обработке.

**Психоаналитическая интеракциональная групповая терапия** (Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie). Метод групповой терапии, при котором наблюдение и выводы ориентированы на психологию и патологию объектного отношения, на психоаналитическую психологию и патологию Эго и на нарушения в аффективной системе. Стиль вмешательства - интеракциональный и при отказе терапевта от анонимности и нейтральности состоит в аутентичных (селективно-экспрессивных) ответах; эти ответы должны направлять внимание пациентов на обуславливающие их поведение нарушения объектного отношения, дефицит их функции Эго и его воздействие на межличностные отношения.

**Психоаналитическая интеракциональная индивидуальная терапия** (Psychoanalytisch-interaktionelle Einzeltherapie). Модификация психоанализа, которая предназначена для лечения для таких психопатологий, как доэдипальные нарушения, как обусловленные развитием структурные нарушения, как ранние нарушения или как обусловленные преимущественно развитием или травматогенные базовые нарушения. В этой модификации имеют большое значение как установки терапевта (присутствие, признание, уважение), инсценировка и умение обращаться с переносом и контрпереносом, создание рабочего союза, так и реализующие принцип «ответ» техники вмешательства (селективно-аутентичный ответ, принятие помощи функции Эго, идентификация и прояснение аффекта).

**Психогенные нарушения** (Psychogene Störungen). Нарушения, к которым, согласно всеобщему соглашению, относят неврозы, психосоматические нарушения/болезни, мании и суицидальные наклонности.

- 701 -

**Психодрама** (Psychodrama). Терапевтический метод, при котором ситуации, конфликты и фантазии, кроме того, что они вербализуются, еще и разыгрываются как в своего рода театральной постановке; цель метода - концентрация эмоционального переживания, рационального понимания и телесных действий в опыт витальной «очевидности» и достижение изменений в поведении.

**Психопрофилактика** (Psychoprophylaxe). Стремление с помощью преследующего определенную цель, биографически ориентированного анализа, направленной на конфликт врачебной беседы и метода расслабления (аутотренинг) достичь психотерапевтического воздействия во время общеврачебного или соматически специализированного приема.

**Психосоматическая консультативная служба** (Psychosomatischer Konsiliardienst). Предложение специализированными психосоматическими отделениями своих достижений в психотерапевтической/психосоматической области, адресованное терапевтическим командам других специализаций, работающих в этой же клинике. Это предложение может иметь форму как классической консультации, так и consultation

liaison\* (см. «Служба взаимодействия»), предусматривающего долговременную кооперацию, а также работу по специальной подготовке врачей и персонала, целью которой является улучшение отношений в команде и психическая гигиена сотрудников.

**Психосоциальное компромиссное образование** (Psychosoziale Kompromißbildung). Осуществляемое в группах, подвергаемых основанной на психоанализе и глубинной психологии терапии, групповое действие, в процессе которого на среднем уровне глубины регрессии развиваются относительно устойчивые модели интеракции. В этих интеракционных моделях участники группы в результате распределения и принятия на себя функций и ролей, предполагающих соответствующие ролевые диспозиции, репрезентируют, с одной стороны, защиту, а с другой - производное того, что было отражено защитными механизмами. Такие психосоциальные компромиссные образования формируются чаще всего при помощи механизма проективной идентификации.

**Психосоциальное обслуживание** (Psychosoziale Mitbetreuung). Преследующее конкретные цели включение в процесс основного соматически ориентированного (хирургического, фармакотерапевтического, радиотерапевтического) лечения медико-психологических и психотерапевтических как консультативных, так и оказывающих непосредственное воздействие методов.

**Психосоциальный кризис** (Psychosoziale Krise). События, которые (субъективно и/или объективно) обнаруживают высокую негативную валентность, незначительную доступность контролю и невысокую степень прогнозируемости (типичные примеры: утрата самой близкой референтной персоны в результате транспортной катастрофы, одиночество после ухода супруга и т. д.).

---

\* Консультативное взаимодействие (англ.).

**Психотерапия, основанная на глубинной психологии** (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Модификация индивидуальной и групповой аналитической терапии, особенностью которой является признание того факта, что цели терапии ограничены. Регрессия и процессы, стимулированные переносом и контрпереносом, ограничиваются установкой и техниками вмешательства терапевта. В индивидуальной терапии внимание фокусируется на различных элементах фокального конфликта, как он предстает в ситуации, послужившей причиной конфликта, и в ситуации, складывающейся в процессе терапии. В групповой терапии установка и совместные терапевтические усилия направляются на явные и латентные элементы защиты участников группы, приобретая форму психосоциальных компромиссных образований.

**Рабочий союз** (Arbeitsbündnis). Отношения между аналитиком и пациентом, которые как фрагмент отношения к реальности следует отграничивать от отношения переноса (Гринсон). Возникает в результате осознания пациентом своей болезни, готовности к сотрудничеству и принятию терапевтических методов и техник; развивается в процессе солидаризации пациента с терапевтическими приемами терапевта.

**Распространение психогенных нарушений** (Prävalenz psychogener Störungen). Уровнем распространения называется определяемое в процентах по отношению к определенной популяции количество случаев определенного заболевания или носителей значимых для здоровья признаков, выявленных за определенный период времени (моментальное распространение: сколько носителей симптома можно

идентифицировать в определенный момент X. Периодное распространение: уровень распространения в течение определенного периода времени, например одного года. Подушное распространение: количество индивидов, в течение жизни становившихся носителями определенного симптома. Административное распространение: количество официально зарегистрированных носителей симптома. Истинное распространение: действительное наличие носителей симптома). Лечебно-административное распространение психогенных заболеваний составляет лишь небольшой, выборочный фрагмент истинной картины распространения нарушений.

**Регрессия** (Regression). Восстановление душевных функций, которые были характерны для психической деятельности индивида на более ранних фазах его развития. Прimitивные формы душевной деятельности могут продолжать существовать параллельно ее более зрелым формам. Многие формы регрессии проявляются лишь в течение некоторого времени и не носят необратимого характера. То, является ли регрессия, сопровождаемая ослаблением контроля сознания, патологической и если является, то в какой мере, определяется степенью ее необратимости. Как правило, регрессия не представляет собой како-

– 703 –

го-либо единого явления; она может охватывать все субструктуры душевного аппарата и по-разному воздействует на отдельные составные части процессов Ид или функции Эго и Суперэго.

**Реконструкция и конструкция** (Rekonstruktion oder Konstruktion). Разновидность психоаналитической работы, названная так Фрейдом по аналогии с археологией; по его мнению, в ее рамках достигаются более обстоятельные и зрелые результаты, чем при предшествующей пунктуальной интерпретации. Как полагал Фрейд, использование конструкции приносит больший эффект, чем работа с интерпретацией; если при интерпретации обработке подвергаются отдельные элементы добываемого при помощи анализа материала, то конструирование раскрывает анализируемому определенные, забытые им фрагменты его биографии.

**Репрезентация** (Repräsentanz). Введенное Фрейдом понятие, обозначающее психический компонент в возникшем в соматической области влечении. Фрейд полагал, что влечение отображается как посредством представлений (репрезентация представления), так и посредством аффектов (квант аффекта, репрезентация аффекта). Позднее понятие репрезентации было применено Хартманном для самости, которая тем самым была обособлена от аппаративно-функционально понимаемого Эго; это понятие было применено также и к объектам.

**Семейная терапия** (Familientherapie). Исследовательский и терапевтический метод, который, основываясь на различных теоретических концепциях (психоанализ, теория систем, теория коммуникации), используется для диагностики и лечения психических нарушений, при которых важное значение имеют патогенные аспекты семейных структур, моделей и правил игры. В настоящее время в технике лечения можно выделить три главных направления: исцеление при помощи встреч, системных изменений и активной реструктуризации.

**Сигнал тревоги** (Angstsignal). Отличающийся пониженной интенсивностью бессознательный страх, который провоцирует защитные действия Суперэго, препятствующие повторной актуализации связанного с невыносимым страхом бессознательного конфликта.

**Служба взаимодействия** (Liaisondienst). Специальная консультационная служба, появившаяся в результате расширения функций классической консультационной

службы до образования формы прямого непрерывного сотрудничества специалистов в психосоматической области, представляющего службу взаимодействия, и команды соматического отделения (например, за психосоматиком закрепляется определенное рабочее время, в течение которого он находится в отделении).

**Смена парадигм** (Paradigmenwechsel). Согласно Куну, развитие науки не непрерывно, а скачкообразно. Переориентация неизбежна тогда, когда появляется новая научная модель или парадигма, которая лучше объясняет прежде противоречивые данные.

– 704 –

**Совместное групповое сновидение наяву** (Gemeinsames Tagträumen in Gruppen). Под совместным сновидением наяву участников психоаналитической терапевтической группы понимается сопровождаемое углубленной регрессией групповое действие, которое сосредотачивается на каком-нибудь одном пережитом и отраженном защитными механизмами инфантильном желании и в котором сливаются воедино и соединяются друг с другом индивидуальные фантазии, компромиссные образования, создаваемые желанием и защитой. Такие фантазии, как правило, следует понимать как перенос либо на работающего с группой терапевта, либо на группу в целом, реже на какого-нибудь одного, вызывающего особенно сильные переживания участника группы.

**Соглашение о нормах** (Aushandeln von Normen). Возникающая в группе в результате структурной минимализации (отсутствию внутри группы обычных социальных норм) ситуация откровенности приводит к снижению предсказуемости поведения ее участников, которая вновь повышается благодаря достижению эксплицитных и имплицитных соглашений о нормах и правилах игры; такие соглашения заключаются по поводу совместного определения ситуации в группе. Установленные таким образом нормы содействуют социальной адаптации к совместно определенной ситуации и повышению предсказуемости поведения участников группы; кроме того, в этих нормах заключены компромиссные образования между стихийными, связанными со страхом бессознательными элементами поведения и направленными против них мерами защиты.

**Соматогенные эффекты улучшения** (Somatogene Aufwärtseffekte). Введенное фон Иксюлем и применяемое в рамках системно-теоретического рассмотрения понятие, при помощи которого последствия соматических процессов, протекающих на более глубинном уровне системной иерархии, описываются на более высоком психическом и социальном системном уровне.

**Сопrotивление** (Widerstand). Обозначение для всех препятствий, с которыми терапия сталкивается со стороны больного. Форма и содержание сопротивления дают аналитику важные разъяснения относительно внутренней структуры пациента. Описанные Фрейдом формы сопротивления (сопротивление переноса, сопротивление вытеснения, сопротивление Суперэго, сопротивление Ид, вторичное приобретение болезни) впоследствии подверглись значительной дифференциации, а их перечень был существенно расширен: так, например, Гилл поставил в центр психоаналитической работы формы сопротивления началу и завершению действия перенесения.

**Социогенные эффекты ухудшения** (Soziogene Abwärtseffekte). Введенное фон Иксюлем и применяемое в рамках системно-теоретического рассмотрения взаимодействия иерархически упорядоченных системных уровней понятие, при помощи которого описываются последствия социальных и психических процессов.



**Социодинамическое распределение функций** (Soziodynamische Funktionsverteilung). Описанная Раулем Шиндлером концепция групповой иерархической динамики, в соответствии с которой в процессе достижения соглашения о действующих в группе нормах между ее участниками распределяются различные позиции, функции и роли: установитель нормы (альфа), исполнитель нормы (гамма), критик нормы (бета) и нарушитель нормы (омега). Между альфа/гамма-большинством и омегой, между нормой и антинормой разворачиваются групповые динамические процессы.

**Союз для оказания помощи** (Helping alliance). Описанная Люборски методически обусловленная форма терапевтических отношений, формирование которых определяется переживанием пациента. Тип 1 представляет собой форму отношений, при которых пациент ожидает от терапевта помощь и принимает ее. Тип 2 соответствует отношениям, при которых пациент и терапевт разделяют ответственность за достижение поставленной ими самими цели.

**Способность к децентрации** (Dezentrierungskompetenz). Понятие, введенное Пиаже и обозначающее способность наблюдать за самим собой и своими отношениями с определенной дистанции, словно бы в своего рода перспективе, направленной на сцену извне и преобразуемой посредством самостоятельных усилий. Способность терапевта к децентрации делает возможной многократную смену перспективы, а благодаря этому и комплексное представление о качестве терапевтических отношений: впечатления об ответственности другого и его участии в терапии, собственный ответ на акции и реакции другого присоединяются к многогранному представлению о ходе последовательного взаимодействия и основополагающих процессах переноса-контрпереноса.

**Способность к регулированию** (Regulierungskompetenz). Способность к регулированию отношений, в особенности к базовой регуляции (см. «Базисная регуляция отношений»).

**Способность терапевта к регулированию** (Regulierungskompetenz des Therapeuten). Способность терапевта устанавливать терапевтические отношения также и в том случае, если у пациента в его актуальных отношениях наблюдается существенный дефицит способности к управлению близостью/дистанцией, силой/бессилием, активностью/пассивностью; это возможно в том случае, если терапевт берет на себя определенную дополнительную роль и применяет суппортивные стратегии.

**Спрос на психотерапию** (Psychotherapiebedarf). Понятие, часто используемое в эпидемиологической литературе для характеристики уровня распространения (моментального и подушного распространения) психогенных нарушений. В том, что касается психогенных заболеваний, существует значительное несоответствие между теми или иными данными о их распространении (например, между данными о моментальном и истинном распространении), с одной стороны, и между их распространением и использованием психотера-

пии, с другой, в силу чего реальный спрос на психотерапию не может предоставить достаточно точных сведений о том, в каком предложении психотерапии действительно нуждается определенная популяция.

**Стандартный метод** (Standartverfahren). В классическом психоанализе (стандартный метод) терапевтические усилия направлены на то, чтобы, словно бы двигаясь небольшими шажками вниз по вертикальной оси, оси биографии, мысленно проследить имевшие место в раннем детстве и ставшие бессознательными конфликты и их составные части, проявляющиеся в форме репрезентаций влечений, самости, объектов и отношений к объектам, а также в форме аффектов и механизмов защиты; это становится возможным благодаря умению обращаться с переносом и контрпереносом и благодаря работе с сопротивлением. Таким образом пациент с помощью вмешательства терапевта, и прежде всего интерпретации и конструирования, постепенно, то есть в процессе достаточно длительной терапии, сможет познакомиться с историей своей личности в ее скрытых смысловых взаимосвязях. Истоковываются прежде не доступные больному смысловые связи, содержащиеся в его сделанных по принципу ассоциации сообщениях, причем приближение к этим значениям осуществляется при помощи подготовительных ступеней, обозначенных Гринсоном как демонстрация, или конфронтация, и прояснение. Интерпретации дополняются конструированием, которое, согласно Фрейдю, выполняет в терапии ту же самую функцию, что и вновь обретенное воспоминание.

**Структура группы** (Gruppenstruktur). Имеет место при модели отношений, которая в ходе группового процесса оказывается относительно стабильной и прочной; она определяется доверенными индивиду ролями, которые присоединяются к некоему интерперсональному гештальту; ее возникновение продуцируется и стимулируется в ходе вербальной коммуникации, которой сопутствует мимически-жестикационный способ выражения.

**Структурная минимализация** (Minimalstrukturierung). Основывающаяся на динамике группы техника групповой терапии, состоящая в том, что участники группы на время сеанса освобождаются терапевтом от следования обычным социальным соглашениям и нормам. Эта техника является предпосылкой для введения правила свободной интеракции.

**Субъективная теория болезни** (Subjektive Krankheitstheorie). Предположения и представления человека о причинах и условиях возникновения его болезни, а частично также и о следующих из этого терапевтических выводах. Несоответствие между субъективной и господствующей врачебной теории болезни являются причинами нонкомплайэнса и прочих нарушений в отношениях врач-пациент.

**Суперэго** (Über-Ich). Согласно структурной теории - инстанция, которая в качестве «ступени в Эго» возникает в результате идентификации Эго с объектами, к которым оно испытывает или некогда испытывало привязанность, проис-

– 707 –

ходящей преимущественно именно в эдипальной фазе. Таким образом в качестве содержания Суперэго формируются приказы и запреты, а также идеалы, которые постепенно деперсонифицируются и из них возникает автономная, интегрированная структура.

**Суппортивная психотерапия** (Supportive Psychotherapie). Психотерапия, характеризующая поддерживающими интервенциями. Суппортивные меры (прямая консультация, заботливый уход, медикаментозная поддержка, отказ от мероприятий, стимулирующих регрессию и т. д.) призваны улучшить актуальную способность пациента к саморегуляции.

**Теория соматизирования** (Somatisierungstheorie). Субъективная теория болезни, которая интерпретирует психогенные нарушения как соматогенные болезни.

**Терапевтические отношения** (Therapeutische Beziehung). Понятие, в самом общем виде характеризующее отношения сотрудничества, устанавливающиеся между терапевтом и пациентом. В отличие от рабочего союза в психоанализе (Гринсон), здесь не проводятся различия между отношением переноса и рабочими отношениями. Важным является лишь «признание» обоими партнерами по взаимодействию общей терапевтической задачи; при этом признание также может основываться на превратно понимаемом общем вкладе во взаимодействие.

**Травма** (Trauma). Недостаточно ясно выраженное однократное или повторяющееся событие в жизни индивида, которое приводит к мощному потоку раздражения и в связи с этим к временной потере способности оценивать реальность и которое ведет к продолжительным патологическим последствиям (травматическим неврозам, воспроизведению травмы в смысле ее навязчивого возобновления).

**Триангулярность** (Triangularität). Ввод третьего (иного, чужеродного) объекта - как правило отца - в переживание определенной потребности и определенных отношений; в результате этого возникает граница со вторым объектом, который теперь переживается в его инородности, благодаря чему прежние псевдодиадические (монадические) отношения преобразуются в диадическое. Появившаяся в фазе повторного сближения ранняя триангулярность в эдипальной фазе в результате проникновения в отношения потребностей, связанных с половым влечением, превращается в некий специфический вызов, в некую развилку на пути развития личности.

**Уважение** (Respekt). Установка по отношению к больному, которая относится к его жизненному статусу и прежде всего к обстоятельствам его судьбы, ко всей его личности в целом и к его стратегиям преодоления болезни и контакту с миром. Уважение к неприкосновенности как другой, так и собственной личности (иммунитет терапевта) является предпосылкой для развития терапевтических отношений, в особенности при лечении пациентов, страдающих тяжелыми расстройствами.

– 708 –

**Узконаправленная механотерапия** (Konzentrierte Bewegungstherapie). Терапевтический метод, при котором посредством своего рода «вчувствования» в собственное тело и связанной с ним центральной нервной активности может быть достигнуто изменение ощущений и улучшение телесных переживаний. Субъективная телесность и целостность телесно-душевного переживания и поведения становятся фокусом наблюдения и обработки. Наряду с «чувством» тела метод стимулирует также и пространственные ощущения, для чего в него включаются расслабляющие упражнения в четырех главных позициях (лежа, сидя, стоя и в процессе ходьбы).

**Фиксация** (Fixierung). Понятие, исходящее из предположения, что определенные группы представлений (опыт, фантазии, воображение), базирующиеся на прошедших стадиях развития и содержащие соответствующие импульсивные желания или желания, обусловленные определенными отношениями, а также модусы объектного отношения вместе с относящимися к ним аффектами, либо актуально манифестируются, либо могут быть мобилизованы в ходе регрессивных процессов.

**Эдипов комплекс** (Ödipuskomplex). Согласно Фрейду, как филогенетически (наследственно), так и онтогенетически закрепленная фаза развития (в возрасте от 3 до 5 лет), выступающая в двух версиях - позитивной, характеризующей любовью и сексуальным желанием, направленным на родителя противоположного пола, и ненавистью к однополему родителю, и негативной, в которой дело обстоит противоположным образом. Обе формы в своих различных модификациях образуют

так называемый полный эдипов комплекс. С вступлением ребенка в латентный период эдипов комплекс сходит на нет, а с началом половой зрелости вновь возрождается. Формирующееся благодаря эдипальной конstellляции триангулярное поле отношений является главной ареной возникновения неврозов.

**Эго (Ich).** В структурной теории Фрейда - одна из трех инстанций душевного аппарата; выступает в роли посредника между внутренней реальностью (Ид) и внешней реальностью, отвечая прежде всего за функции восприятия и движения, и в этом смысле понимается как организатор внутренней и внешней адаптации (Хартманн). Ранее понималось также и как носитель представлений, спонтанно производимых субъектом, и тем самым как адресат либидозной энергии. Позднее представления, преобразуемые в Эго как самости (саморепрезентации), были отделены от аппаратно-функциональной части Эго.

**Эго-идеал (Ich-Ideal).** Некий наличествующий в Эго сгусток, предположение о существовании которого в рамках своей структурной теории выдвинул Фрейд; его функция состоит в проведении каким-либо образом согласованных друг с другом отождествлений с обоими эдипальными объектами, а сам он противопоставляется другим содержаниям Эго; это понятие использовалось Фрейдом в качестве синонима Суперэго.

– 709 –

**Эмпатия (Empathie).** Способность отождествлять себя с другим человеком (пациентом), представлять при помощи проникновенного воображения, что и как он чувствует, думает, переживает, телесно ощущает, с целью лучшего понимания мира его переживаний и реконструкции процесса его возникновения.

**Эффект плацебо (Plazebo-Effekt).** Плацебо (*лат.* «я буду нравиться называется такое воздействие медикамента, которое имеет место вне зависимости от действия химического вещества как такового. Воздействие плацебо связано с особенностью отношений врач-пациент и соответствует социопсихосоматическому «эффекту ухудшения».

– 710 –

## ЛИТЕРАТУРА

### *Литература к разделу*

### **«Очерк психоанализа и аналитической психотерапии»**

### *Работы Зигмунда Фрейда*

Entwurf einer Psychologie (1895). In: A.RICHARDS und I. GRUBRICH-SIMITIS (Hrsg.): Sigmund Freud. Gesammelte Werke, Nachtragsband: Texte aus den Jahren 1885 bis 1938. Frankfurt a. M.: S. Fischer, 1987.

Studien über Hysterie (1894). GW I, 75-312.

Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen

Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie (1911). GW VIII, 103-115.

Formulierungen über die zwei Prinzipien psychischen Geschehens (1911). GW VIII 238.

Psychoanalytische Bemerkungen über autobiographisch beschriebenen Fall Paranoia (Dementia paranoides) (1911). VIII, 239-320.

Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse (1912). GW VIII, 349-357.

Zur Dynamik der Übertragung (1912). GW VIII 374.

Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung (1912). GW VIII, 375-387.

- bestimmten Symptomenkomplex als «Angst-Neurose» abzutrennen (1895). GW I, 313-342.
- Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychose (1896). GW I, 377-403.
- Die Traumdeutung (1900). GW II/III, 1-642,
- Über den Traum (1901). GW II/III, 643-700.
- Die Freudsche Psychoanalytische Methode (1904). GW V, 1-10.
- Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905). GW V, 27-145.
- Bruchstück einer Hysterie-Analyse (1905), GW V, 161-286.
- Über Psychoanalyse (1910). GW VIII, 1-60.
- Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens (1910). GW VIII, 65-91.
- Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung (1910). GW VIII, 94-102.
- Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci (1910). GW VIII, 127-211.
- Totem und Tabu (1912/13). GW IX, 1-194.
- Die Disposition zur Zwangsneurose (1913). GW 441-452. Zur Einleitung der Behandlung (1913). GW VIII, 453-478.
- Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewusstseinsforschung (1914). GW X, 43-113. Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten (1914). GWX, 125-136.
- Zur Einführung des Narzißmus (1914). GWX, 170. Triebe und Triebchicksale (1915): (1915). GW X, 209-232.
- Die Verdrängung (1915): GW X, 247-261. Unbewußte (1915): GW X, 263-303.
- Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit (1915): GW X, 363-391.
- Metapsychologische Ergänzung zur Traumdeutung (1916): GW X, 412-426.
- Trauer und Melancholie (1916): GW X, 427-446
- Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1916/17): GW XI, 1-482.

– 711 –

- Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (1918): GW XII, 27-157.
- Wege der psychoanalytischen Therapie (1918): GW XII, 181-194.
- Jenseits des Lustprinzips (1920): GW XIII, 1-69.
- Massenpsychologie und Ich-Analyse (1921): GW XIII, 71-161.
- «Psychoanalyse» und «Libidotheorie» (1923): GW XIII, 209-233.
- Das Ich und das Es (1923): GW XIII, 235-289.
- Neurose und Psychose (1924): GW XIII, 385-391.
- Der Untergang des Ödipuskomplexes (1924): GW XIII, 393-402.
- Hemmung, Symptom und Angst (1926): GW XIV, 111-205.
- Die Frage der Laienanalyse (1926); GW XIV, 207-296.
- Das Unbehagen in der Kultur (1930): GW XIV, 419-506.
- Über die weibliche Sexualität (1931): GW XIV, 515-537.
- Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933): GW XV, 1-197.
- Konstruktionen in der Analyse (1937): GW XVI, 41-56.
- Die endliche und die unendliche Analyse (1937): GW XVI, 57-99.
- ABELIN, E. L. (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. Von der Psychologie der Psychoanalyse. In: STORK, J. (Hrsg.): Vaterbild in Kontinuität und Wandel, Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- ADLER, R. (1981): Anamneseerhebung in der psychosomatischen Medizin. In: UEXKÜLLER, VON (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München: Urban & Schwarzenberg.
- ADLER, R. und HEMMELER, W. (1989): Praxis der Psychoanalyse. Theorie der Anamnese. Stuttgart, New York: Fischer.
- AINSWORTH, M. D. (1982): Attachment retrospectively assessed. In: PARKES, C. M. und STEPHENSON-HINDE, J. (Hrsg.): The place of attachment in human behaviour. London: Tavistock.
- AINSWORTH, M. D., BLEHAR, M. C., WATERS, E. und WALL, S. (1978): Patterns of attachment in a cross-cultural psychological study of the strange situation. New York: Earlbaum.
- AINSWORTH, M. D. und EICHBERG, C. G. (1985): Effects on infant-mother attachment of maternal unresolved loss of an attachment figure and other traumatic experience. In: PARKES, C. M., STEPHENSON-HINDE, J. und MARRIS, P. (Hrsg.): Attachment across the life cycle. London, New York: Routledge.
- ALEXANDER, F. (1948): Studies in psychosomatic medicine. New York: Basic Books.

Abriß der Psychoanalyse (1938): GW XVII, 63-138.  
FREUD, S. (1950): Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Briete an Wilhelm Fliess, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887-1902. London: Image.

### *Общие работы*

ABELIN, E. L. (1975); Some further observations and comments on the earliest role of the father. International Journal of Psychoanalysis 56, 293-302.

medicine. New York: Ronald.  
Psychosomatische Medizin. Berlin: de Gruyter (1971.)

ALTMAN, J. (1975): The environment and behavior. Belmont.  
Arbeitskreis OPD (Hrsg. 1996): Operational- psychodynamische Diagnostik. Grundlage Manual. Bern: Huber.

ARENDDT, H. (1978): Vita activa oder vom tätigen Leben. München: Piper.

ARGELÄNDER, H. (1963/64): Die Analyse psychischer Prozesse in der Gruppe. Psyche 17, 450-474, 481-515.

ARGELÄNDER, H. (1966): Zur Psychodynamik der Erstinterviews. Psyche 20, 40-53.

– 712 –

ARGELÄNDER, H. (1967): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Psyche 21. 341-368, 429-467, 473-512.

ARGELÄNDER, H. (1968): Gruppenanalyse unter Anwendung des Strukturmodells. Psyche 22, 913-933.

ARGELÄNDER, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Dannstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

ARGELÄNDER, H. (1972 a): Der Flieger: Eine charakteristische Fallstudie. Frankfurt: Suhrkamp.

ARGELÄNDER, H. (1972 b): Gruppenprozesse: Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung. Reinbek: Rowohlt.

ARGELÄNDER, H. (1974): Die psychoanalytische Situation einer Gruppe im Vergleich zur Einzeltherapie. Psyche 28, 310-327.

ARGELÄNDER, H. (1976): Im Sprechstunden-Interview bei Freud. Psyche 30, 665-702.

ARGELÄNDER, H. (1978): Das psychoanalytische Erstinterview und seine Methode. Ein Nachtrag zu Freuds Fall «Katharina». Psyche 32, 1089-1098.

ARISTOTELES. Poetik, Kapitel 13, S. 1453 a 2-12. Interpretiert bei: G. F., LESSING, Hamburgische Dramaturgie, 74.-79. Stück. Gesammelte Werke II. München: Hanser, 1959.

ARLOW, J. A. (1963): Konflikt, Regression und Symptombildung. Psyche 17, 23-43.

ARLOW, J. A. (1977): Die Affekte und die psychoanalytische Situation. Psyche 31, 637-

Prägenitalen Libidoorganisationen. In: BALINT, M. (1966): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett

BALINT, M. (1937): Frühe Entwicklungsstadien des Ichs. Primäre Objektliebe. In: BALINT, M. (1966): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett

BALINT, M. (1957): The doctor, his patient and his illness. London: Pitman. (Dt.: Der Arzt und die Krankheit. Stuttgart: Klett, 1965.)

BALINT, M. (1960): Primärer Narzißmus und die Liebe. Jahrbuch der Psychoanalyse 1, 3-34.

BALINT, M. (1965): Primary love and psychoanalytic technique. Neue, erw. Auflage. London: Hogarth, 1966. (Dt.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart/Bern: Klett/ Fischer, 1966.)

BALINT, M. (1968): The basic fault. Therapeutic aspects of regression. London: Tavistock. (Dt.: Therapeutische Aspekte der Regression. Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett, 1970.)

BALINT, M. (1970): Trauma und Objektbeziehung. Psyche 24, 346-358.

BALINT, M. und BALINT, E. (1961): Psychoanalytic techniques in medicine. London: Tavistock. (Dt.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern/Stuttgart: Huber/Klett, 1963)

BATTEGAY, R. (1975): Detective development in therapeutic groups. In: UCHTENHAGEN

- 659.
- ARLOW, J. A. und BRENNER, C. (1976): Grundbegriffe der Psychoanalyse. Die Entwicklung von der topographischen zur strukturellen Theorie des psychischen Systems. Hamburg: Rowohlt.
- BACAL, H. UND NEWMAN, K. M. [1994]: Objektbeziehungstheorien - Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart-Bad-Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- BALINT, M. (1935): Zur Kritik der Lehre von den Rapprochements in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppcnpsychotherapie und Gruppendynamik* 28, 2-16.
- BAUMGART, M. (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung: Versuch einer Integration unter Berücksichtigung methodischer Unterschiede. *Psyche* 45, 780-806.
- BEAUCHAMP, T. L. und CHILDRESS, J. F. (1983): Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford: Univ. Press.
- BECK, T. A. und FREEMAN A. (1993): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags-Union.
- BECKER, H. und SENF, W. (1988): Praxis der stationären Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- BECKER-FISCHER, M. (1995): Psvchodvnamische Aspekte bei sexuellem Mißbrauch in der Psychotherapie. In: SCHMIDT-LELLEK, C. J. und HEIMANNSBERG, B. (Hrsg.): Macht und Machtmißbrauch in der Psychotherapie. Köln: Humanistische Psychologie.
- BECKER-FISCHER, M. und FISCHER, G. (1995): Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Forschungsbericht für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn. Stuttgart: Kohlhammer.
- BELLAK, L., HURVICH, M. und GEDIMAN, H. K. (1973): Ego functions in schizophrenics, neurotics, and normals. New York: Wiley.
- BENEDETTI, G. (1978): Psychodynamik der Zwangsneurose. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- BENEDETTI, G. (1984): Der psychisch Leidende und seine Welt. Frankfurt: Fischer.
- BENEDETTI, G. (1987): Todeslandschaften der Seele. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- BENJAMIN, L. S. (1993): Interpersonal diagnosis and BATTEGAY, R. und FRIEDMANN, A. (F) Gruppentherapie und soziale Umwelt. Stu Huber.
- BATTEGAY, R. (1979): Der Mensch in der Gr Bände 1-3. Bern: Huber, 3. Auflage.
- BATTEGAY, R. (1988): Psychoanalytische N senlehre. Bern: Huber.
- BATTEGAY, R. (1992): Kollusion: Die verschie Formen des unbewußten
- BILITZA, K. W. (Hrsg.): Suchttherapie Sozialtherapie. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- BION, W. R. (1961): Experiences in groups and papers. London: Tavistock/ (Dt.: Erfahrung; Gruppen und andere Schriften. Stuttgart: 1974.)
- BIRNBACHER, D. und KOTTJE-BIRNBACHE (1996): Ethik in der Psychotherapie un Psychotherapeutenausbildung. In: SENF, W BRODA, M. (Hrsg.): Praxis der Psychothe Ein integratives Lehrbuch für Psychoar und Verhaltenstherapie. Stuttgart, New Thieme.
- BLANCK, G. und BLANCK, R. (1981): Angewandt Psychologie. Stuttgart: Klett.
- BLANCK, G. und BLANCK, R. (1989): Jenseits de Psychologie. Stuttgart: Klett.
- BOCHENSKI, L. M. (1965): Die zeitgenössis Denkmethode. Bern: Francke.
- BOHLE, A. und VATTES, H. (1993): Stati Gruppenpsychotherapie mit Alkoholkrä In: BILITZA, K. W. (Hrsg.): Suchttherapi Sozialtherapie. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- BOHLEBER, W. (1989): Neuere Ergebnisse empirischen Säuglingsforschung und Bedeutung für die Psychoanalyse. *Psych* 564-571.
- BOHLEBER, W. (1992): Identität und Selbst/ P 46, 336-365.
- BOOTHE-WEIDENHAMMER, B. (1989): psychoanalytischen Konfliktdiagr Entwicklung eines hermeneutischen Verfa zur diagnostischen Auswertung Ersrinterview-und Therapie-Kontrollen. Europäische Hochschulschriften, Reih

- treatment of personality disorder. New York: Guilford.
- BILITZA, K. W. und HEIGL-EVERS, A. (1993): Suchtmittel als Objekt-Substitut. Zur Objektbeziehungs-Theorie der Sucht. In: Psychologie. Band 282..
- BOWLBY, J. (1970): Attachment. London: Hogarth. (Dt.: Bindung. München: Kindler, 1975.)
- BOWLBY, J. (1973): Separation. Anxiety and: London: Hogarth. (Dt.: Trennung. München: Kindler, 1976.)
- BOWLBY, J. (1988): A secure base. Clinical applications of attachment theory. London: Routledge.
- 714 -
- BRAZELTON, T. B. und GRAMER, B. G. (1991): Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett.
- BRAUTIGAN, W. und CHRISTIAN, P. (1986): Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme.
- BRENNER, C. (1974): On the nature and development of affects: A unified theory. *Psychoanalytic Quarterly* 43, 532-556.
- BRENNER, C. (1975): Affects and psychic conflict. *Psychoanalytic Quarterly* 44, 5-28.
- BRENNER, C. (1986): Elemente des seelischen Konflikts. Theorie und Praxis der modernen Psychoanalyse. Frankfurt: S. Fischer.
- BRENNER, C. (1987): Working through: 1914-1984. *Psychoanalytic Quarterly* 56, 88-108.
- BROCHER, T. (1967): Gruppendynamik und Erwachsenenbildung. Braunschweig: Westermann.
- BUCHHEIM, P., CIERPKA, M. und SCHEIBE, G. (1988): Das Verhältnis von Psychoanalyse und Psychiatrie - dargestellt am Beispiel von Konzepten für das psychiatrisch-psychodynamische Erstinterview. In: KLUSSMANN, R., MERTENS, W. und SCHWARZ, F. (Hrsg.): Aktuelle Themen der Psychoanalyse. Berlin: Springer.
- BUCHHEIM, P., CIERPKA, M. und SEIFERT, TH. (1991). Psychotherapie im Wandel. Abhängigkeit. Berlin: Springer.
- BUCHHOLZ, M. B. (1990): Die Rotation der Triade. *Forum der Psychoanalyse* 6, 116-134.
- BUIE, D.H. (1981): Empathy: Its nature and limitations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 29, 381-307.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1987): Das Ichideal. Frankfurt: Suhrkamp.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1988): Die Haltung des Psychoanalytikers zur Ethik. In: KUTTER, P., PARAMO-ORTEGA, R. und ZAGERMANN, P. Psychoanalyse. München, Wien: International Psychoanalysis.
- COLBY, K. M. (1960): An introduction to psychoanalytic research. New York: Basic Books.
- CREMERIUS, J. (1978): Einige Überlegungen über die kritische Funktion des Durcharbeitens in der Geschichte der Psychoanalyse. In: DREYER und KLÜWER, R. (Hrsg.): Alex Mitscherlich zu Ehren. Frankfurt: Suhrkamp.
- CREMERIUS, J. (1979): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 33, 577-599.
- DEUTSCH, F. (1939): The associative mechanism. *Psychoanalytic Quarterly* 8, 354-381.
- DEUTSCH, F. und MURPHY, W. F. (1955): The clinical interview. New York: International University Press.
- DORNES, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt am Main: Fischer.
- DREWS, S. und BRECHT, K. (1982): Psychoanalytische Ich-Psychologie. Grundlagen und Entwicklung. Frankfurt: Suhrkamp.
- DÜHRSSSEN, A. (1972): Analytische Psychotherapie. Theorie, Praxis und Ergebnisse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DÜHRSSSEN, A. (1986): Die biographische Analyse unter tiefenpsychologischem Aspekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DÜHRSSSEN, A. (1988): Dynamische Psychotherapie. Berlin: Springer.
- DULZ, B. und SCHNEIDER, A. (1995): Borderline Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- EAGLE, M. N. (1988): Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. Wien: Verlag International Psychoanalysis.
- EGLE, U. T., HOFFMANN, S. O. und JORASCHKE, G. (1997): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung und Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer.



- (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der
- EMDE, R. N. (1981): Changing models of infancy: the nature of early development. *Remaking the foundation. Journal of the American Psychoanalytic Association* 29, 179-219.

– 715 –

- EMDE, R. N. (1991): Die endliche und die unendliche Entwicklung. *Psyche* 9, 745-779 und 10, 890-913.
- ENKE, H. (1989): Das Dilemma mit den Affekten. *Psychotherapie und Psychosomatik* 34, 1-6.
- ERIKSON, E. H. (1950 a): *Childhood and society*. New York: Norton. (Dt.: *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett, 1957.)
- ERIKSON, E. H. (1950 b): Growth and crises of the healthy personality. In: SENN, M. J. E. (ed.): *Symposium on the healthy personality*. New York: Josiah Macy Jr. Foundation, 91-146. (Dt.: *Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett, 1953.)
- ERIKSON, E. H. (1959): *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press. (Dt.: *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1973.)
- ERMANN, M. (1980): Das psychoanalytisch-diagnostische Interview. *Grundlagen, Technik und Gefahren. Internistische Praxis* 20, 501-510.
- ERMANN, M. (1985): Die Fixierung in der frühen Triangulierung. *Forum der Psychoanalyse* 1, 93-110.
- ERMANN, M. (1989): Das Dreieck als Beziehungsform. Zur Entwicklungsdynamik der Triangulierungsprozesse. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 34, 261-269.
- ERMANN, M. (1991): Psychoanalytische Diagnostik und das psychoanalytische Erstinterview. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36, 97-103.
- EZRIEL, H. (1950): A psychoanalytic approach to group treatment. *British Journal of Medical Psychology* 23, 59-74.
- EZRIEL, H. (1956): Experimentation within the psychoanalytic session. *British Journal of Philosophy of Science* 7, 29-48.
- EZRIEL, H. (1960/61): Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Psyche* 14, 496-523.
- FABER, F. R. und HAARSTRICK, R. (1994): *Komplexe Psychotherapie-Richtlinien*. Neckar München: Jungjohann. 3. Aufl.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1944): *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1946): Objektbeziehungen und dynamische Struktur. In: KUTTER, P. (Hrsg.) (1982): *Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- FENICHEL, O. (1930): *Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930*. Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (Hrsg.): *10 Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Wien: Verlag Internationaler Psychoanalyse.
- FENICHEL, O. (1937): Der Begriff Trauma in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 339-359.
- FENICHEL, O. (1974): *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Freiburg: Walter.
- FERENCZI, S. (1909): *Introjektion und Übertragung*. Ferenczi, S. (1984): *Bausteine der Psychoanalyse*. Bd. 1. Bern: Huber.
- FERENCZI, S. (1929): Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb. In: FERENCZI, S. (Hrsg.) *Schriften zur Psychoanalyse*. Bd. 2. Frankfurt: Fischer.
- FERENCZI, S. (1932): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In: FERENCZI, S. (Hrsg.) *Schriften zur Psychoanalyse*, I. Bd. Frankfurt: Fischer.
- FETSCHER, R. (1981): Das Selbst und das Ich. *Psyche* 36, 616-641.
- FETSCHER, R. (1983): Selbst und Identität. *Psyche* 385-411.
- FEUERLEIN, W. (1981): *Sozialstörungen und Sucht*. Psychoanalytische Aspekte in Sozialstörungen und Sucht. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- FIEDLER, P. (1994): *Persönlichkeitsstörungen*. 2.

- FINGER-TRESCHER, U. (1985): Die primärnarzißtische Repräsentanzwelt in der Gruppe. In: KUTTER, P. (Hrsg.): Methoden und Theorien der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- FINGER-TRESCHER, U. (1991): Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- FISCHER, G. und FISCHER-BECKER, M. (1997): Folgetherapie nach sexuellem Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. In: EGLE, U. T., HOFFMANN, S. O. und JORASCHKY, P. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- FLIESS, R. (1942): The metapsychology of the analyst. *Psychoanalytic Quarterly* 11, 211-227.
- FOULKES, S. H. (1957) Group analytic dynamics with specific reference to psychoanalytic process. *International Journal of Group Psychotherapy* 7, 40-52.
- FOULKES, S. H. (1964): Therapeutic group analysis. London: Allen & Unwin. (Dt.: Gruppenanalytische Psychotherapie. München: Kindler, 1974.)
- FOULKES, S. H. (1990): Selected papers. Psychoanalysis and group analysis. London: Karnac Books.
- FOULKES, S. H. und ANTHONY, E. J. (1965): Group Psychotherapy. London: Penguin Books, 2. Auflage.
- FRENCH, T. M. (1952): The integration of behavior. Chicago: Chicago University Press.
- FREUD, A. (1926): Zur Theorie der Kinderanalyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 14.
- FREUD, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. In: Die Schriften der Anna Freud, Bd. 1, 191-355. München: Kindler, 1980.
- FREUD, A. (1965): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett.
- FREUD, A. (1978): Die Hauptfrage der Kinderanalyse. In: Die Schriften der Anna Freud. Band 1. München: Kindler, 1989.
- FREUD, A., NAGER, A. H. und FREUD, W. E. (1978): Metapsychological assessment of the personality. The adult profile. *Psychoanalytic Study of the Child* 20, 9-14.
- FROMM-REICHMANN, F. (1950): Intensive Psychotherapie. Stuttgart: Hippokrates.
- FÜRSTENAU, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell Ich-gestörten Patienten. *Psyche* 31, 197-207.
- FÜRSTENAU, P. (1992): Progressionsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie. Revision des Therapiekonzepts der systemischen Psychoanalyse. In: FÜRSTENAU, P. (Hrsg.): Entwicklungsförderung durch die systemische Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- FÜRSTENAU, P. (1992): Entwicklungsförderung durch die systemische Psychotherapie. Grundlagen systemischer Therapie. München: Pfeiffer.
- GAST, L. (1992): Libido und Narzißmus. Vom Verbot des Sexuellen im psychoanalytischen Diskurs zu einer Spurensicherung. Tübingen: Edition Diskord.
- GAST, L. (1997): Zur psychoanalytischen Idee des Narzißmus. *Psychische Entwicklung* 46-75.
- GAST, U. (1997): Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: EGLE, U. T., HOFFMANN, S. O. und JORASCHKY, P. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- GEDO, J. E. (1979): Beyond interpretation. New York: International Universities Press.
- GILL, M. M. (1982): Analysis of transference. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 21, 1-11.
- GILL, M. M., NEWMAN, R. und REDLICH, F. C. (1978): The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press.

- GLOVER, E. (1955): The technique of psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 14, 74-96. (Dt.: Bemerkungen zur Technik der Psychoanalyse. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie und Psychotherapie* 1, 74-96.)

- New York: International Universities Press,
- GOODALL, J. (1986): *The Chimpanzees of Gombe. Patterns of Behavior.* Cambridge (Mass).
- GREEN, A. (1979): Psychoanalytische Theorie über den Affekt. *Psyche* 33, 681-732.
- GREENSON, R. R. (1960): Empathy and its vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis* 41, 418-424.
- GREENSON, R. R. (1975): *Die Technik und Praxis der Psychoanalyse.* Stuttgart: Klett.
- GREENSON, R. R. (1982): Das Problem des Durcharbeitens. In: GREENSON, R. R. (Hrsg.): *Psychoanalytische Erkundungen.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- GRINBERG, L. (1973): Projective identification and projective counter-identification in the dynamics of groups. In: WOLBERG, L. R. und SCHWARTZ, E. K. (Hrsg.): *Group Therapy, An Overview.* New York: International Medical Book Corporation.
- GRINBERG, L. M., LANGER, M. und RODRIGUE, E. (1960). *Psychoanalytische Gruppentherapie. Praxis und theoretische Grundlagen.* Stuttgart: Klett.
- GRUNBERGER, B. (1976); *Vom Narzißmus zum Objekt.* Frankfurt: Suhrkamp.
- HAESLER, L. (1979): Zur Technik des Interviews bei «unergiebigem Patienten». *Psyche* 33, 157-182.
- HAHN, P. (1983): *Psychosomatik.* Weinheim: Beltz.
- HARTKAMP, N. und HEIGL-EVERS, A. (1995): Feinstrukturen einer analytischen Supervision. *Zeitschr. Psychosom. Med. Psychoanal.* 41, 253-267.
- HARTMANN, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 24, 62-135, und Stuttgart: Klett, 1960, 3. Auflage 1975.
- HARTMANN, H. (1950): Commentson the psychoanalytic theory of the ego. *psychoanalytic* zur psychoanalytischen Theorie des Psyche 18, 1964, 330-353; und in: HARTMANN, H. (1972): *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie.* Stuttgart: Klett.)
- HARTMANN, H. (1951): Technical implications of psychoanalytic theory. *Psychoanalytic Quarterly* 20, 3-13.
- HARTMANN, H. (1952): The mutual influences in the development of the ego and id. *Psychoanalytic Study of the Child* 7, 9-30. (Dt.: gegenseitige Beeinflussung von Ich und der psychoanalytischen Theoriebildung. *Psychoanalytische Zeitschrift* 9, 1955, 1-22.)
- HARTMANN, H. (1972): *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie.* Stuttgart: Klett.
- HARTMANN, H., KRIS, E. und LOEWENSTEIN, I. (1946). Comments on the formation of ego structure. *Psychoanalytic Study of the Child* 1, 1-38. (Dt. in: KUTTER, P. und ROSKAM, H. (Hrsg.): *Psychologie des Ich.* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1974.)
- HARTMANN, H., KRIS, E. und LOEWENSTEIN, I. (1949). Notes on the theory of aggression. *Psychoanalytic Study of the Child* 3/4, 9-36.
- HARTMANN, H., KRIS, E. und LOEWENSTEIN, I. (1953): The function of theory in psychoanalysis. In: LOEWENSTEIN, R. (Hrsg.): *Drives, affects, behavior.* New York: International Universities Press 1, 13-37.
- HARTMANN, H. und LOEWENSTEIN, R. M. (1951). Notes on the superego. *Psychoanalytic Study of the Child* 17, 42-81.
- HEIGL, F. (1959): Die Handhabung der Gegenübertragung in der analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 5, 189-191.
- HEIGL, F. (1960 a): Die Gegenübertragungsangst und ihre Bedeutung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 6, 29-35.
- HEIGL, F. (1960 b): Über die Bedeutung der Handhabung der Gegenübertragung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 6, 110-123.
- HEIGL, F. (1966); Zur Handhabung der Gegenübertragung. *Fortschritte der Psychoanalyse* 2, 124-140.
- HEIGL, F. (1969): Zum strukturellen Denken in der Psychoanalyse. In: SCHELKOPF, A. und ELHARDT, S. (Hrsg.): *Aspekte der Psychoanalyse.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- HEIGL-EVERS, A. (1967 a): Gruppendynamik und Position des Therapeuten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 13, 31-38.
- HEIGL-EVERS, A. (1967 b): Zur Behandlungstechnik der analytischen Gruppentherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 13, 266-276.
- HEIGL-EVERS, A. (1968 a): Prägruppale Bezogen-

- Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL, F. (1972): Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 3. Auflage 1987.
- HEIGL, F. (1981): Psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan. In: BAUMANN, U. (Hrsg.): Indikation zur Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg.
- HEIGL, F. und HEIGL-EVERS, A. (1984): Die Wertprüfung in der Psychoanalyse - Überlegungen zu einem von Heinz Hartmann geprägten psychologischen Begriff. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 30, 72-82.
- HEIGL, F. und HEIGL-EVERS, A. (1991): Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht und ihre Therapie. In: HEIGL-EVERS, A., HELAS, I. und VOLLMER, H. C. (Hrsg.): Suchttherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL, F. S. und IBENTHAL, M. (1984): Der Umgang des Psychotherapeuten mit sich selbst. Prax. Psychother. Psychosom. 29, 87-97.
- HEIGL, F. und NEUN, H. (1981): Psychotherapie im Krankenhaus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL, F. S. und REISTER, G. (1994): Die Indikation zur psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie. In: HEIGL-EVERS, A. und Orr, J. (Hrsg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. (1965): Aggressivität als Abwehrmechanismus. Die Identifizierung mit dem Angreifer. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 11. 81-104.
- in der analytischen Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 3, 179-198.
- HEIGL-EVERS, A. (1968 b): Rache als Geheitsaggression. In: SALZMANN, L. (Hrsg.): Fortschritte der Psychoanalyse. Internationales Jahrbuch zur Weiterentwicklung der Psychoanalyse. Bd. 3. Göttingen: Hogrefe.
- HEIGL-EVERS, A. (1970): Analytische Gruppenpsychotherapie. In: SCHRAML, W. (Hrsg.): Klinische Psychotherapie. Bern: Huber.
- HEIGL-EVERS, A. (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. (1993): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode zur Behandlung strukturell gestörter Patienten, explizit: Vergleich der psychoanalytisch-deutenden und der psychoanalytisch-anwortenden Vorgehensweise. In: HEIGL-EVERS, A. GÜNTHER, P. (Hrsg.): Blick und Widerblick. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und GFÄLLER, G. R. (1994): Gruppenpsychotherapie - eine Psychotherapie sui generis? Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 29, 333-358.
- HEIGL-EVERS, A. und GÜNTHER, P. (Hrsg.) (1994): Blick und Widerblick. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1968): Analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie: Differenzspezifika. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 2, 21-52.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1970 a): Gesichtspunkte zur Indikationsstellung für die analytische Gruppenpsychotherapie.

- 719 -

- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1970 b): Gesichtspunkte zur Indikationsstellung für die kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 4, 82-99.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1971): Für wen ist die Gruppenpsychotherapie geeignet? In: HEIGL-EVERS, A. (Hrsg.): Psychoanalyse und Gruppe. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979 b): Prinzipien und Methoden der Gruppenpsychotherapie. In: HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (Hrsg.): Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. 8: I und die Folgen. Zürich: Kindler.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979 c): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (Hrsg.): Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. 8: I und die Folgen. Zürich: Kindler.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979 d): Struktur

- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1972): Rolle und Interventionsstil des Gruppentherapeuten. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 5, 152-171.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1973): Gruppentherapie: interaktionell - tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) - psychoanalytisch. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 7, 132-157.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1975 a): Zur tiefenpsychologisch fundierten oder analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Göttinger Modells. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 9, 237-266.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1975 b): Ausbildung in individueller und Gruppenpsychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage. In: KISKER, H. P., MEYER, F.-E., MÜLLER, C. und STRÖMGREN, E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Band 3. Berlin: Springer.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1976): Zum Konzept der unbewußten Phantasie in der psychoanalytischen Gruppentherapie des Göttinger Modells. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 11, 6-22.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979 a): Die psychosozialen Kompromißbildungen als Umschaltstellen innerseelischer und zwischenmenschlicher Beziehungen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 14, 310-325.
- Prozeß in der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: HEIGL-EVERS und STREECK, U. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. 8: Lewin und die Folgen. Zürich: Kindler.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979 e): Tiefenpsychologisch fundierte (analytisch orientierte) Gruppenpsychotherapie. In: HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. 8: Lewin und die Folgen. Zürich: Kindler.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979t): Interaktionelles Gruppenpsychotherapie. In: HEIGL-EVERS und STREECK, U. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. 8: Lewin und die Folgen. Zürich: Kindler.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979g): Initialphase in der Arbeit mit Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 14, 105-116.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1980 a): Interaktionelles Prinzip in der Psychoanalyse. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 33, 238.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1980 b): Bedeutung des therapeutischen Prinzip: Interaktion. In: HAASE, H.-J. (Hrsg.): *Psychotherapie im Wirkungsbereich psychiatrischen Krankenhauses*. Erlangen: Penmed.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1982 a): Arbeit mit Trauma und Signal. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 27, 83-96.

– 720 –

- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1982 b): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Eigenart und Interventionsstil. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 28, 160-175.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1983 a): Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 33, 63-112.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1983 b): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 29, 1-14.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1983 c): Die projektive Identifizierung - einer der
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. S. (1988 b): Behandlungstechnik Schultz-Henckes bei genitalen Störungen. In: RUDOLF, G. und RUDOLF, U. (Hrsg.): *Die Psychoanalyse Schultz-Henckes*. Stuttgart: Thieme.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. S. (1988): Therapie Suchtkranker im Lichte methodischer Grundsätze. In: HEIGL-EVERS, A., VOLLMER, H., HELAS, I. und KNISCHIEWSKI, W. (Hrsg.): *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie in der Behandlung von Abhängigkeitskrankheiten*. Wege zur Kooperation? Kassel: Nicol.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. S. (1989): Ethik in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychotherapie*

- Entstehungsmechanismen psychosozialer Kompromißbildungen in Gruppen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 18, 316-327.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1983 d): Zum Interventionsstil in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 19, 2-18.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1984): Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 29, 234-244.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1985): Das Göttinger Modell der Gruppenpsychotherapie. In: KUTTER, P. (Hrsg.): Methoden und Theorien der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1987): Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. -Eine Methode zur Behandlung präödipler Störungen. In: RUDOLF, G., RÜGER, U. und STUDT, H. (Hrsg.): Psychoanalyse der Gegenwart. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1988 a): Zum Prinzip 'Antwort' in der psychoanalytischen Therapie. In: KLUSMANN, R., MERTENS, V. und SCHWARZ, F. (Hrsg.): Aktuelle Themen der Psychoanalyse. Berlin: Springer.
- Psychosomatik und medizinische Psychologie 39, 68-74.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1990): Psychotherapie in Klinik und Praxis: Methoden-Monismus vs. Methoden-Pluralismus? Methoden-Purismus vs. Methoden-Pragmatismus? Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 26, 145-154.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1991): Interaktionelle Psychotherapie bei Abhängigkeit und Suchtstörungen. In: HEIGL-EVERS, A., HELAS, I. und VOLLMER, H. C. (Hrsg.): Süchttherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. S. (1994): Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 30, 1-29.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. S. (1995): Gruppenpsychotherapie und ihr Verhältnis zur Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 31, 91-109.
- HEIGL-EVERS, A., HEIGL, F. und BECK, W. (1996): Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipler Störung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34, 288-296.
- HEIGL-EVERS, A., HEIGL, F. und IBENTHAL, M. (1997): Zur Strukturdiagnose in der teilstationären Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und NEUZNER, B. (1983): Der Umgang des Psychotherapeuten mit der konkreten Phantasie des Patienten. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 28, 267-274.
- HEIGL-EVERS, A. und NITZSCHKE, B. (1991): Das Prinzip 'Deutung' und das Prinzip 'Antwort' in der psychoanalytischen Therapie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 37, 115-127.
- HEIGL-EVERS, A. und NITZSCHKE, B. (1994): Das analytische Prinzip 'Deutung' und das interaktionelle Prinzip 'Antwort'. In: HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A., HELAS, I. und VOLLMER, H. C. (1997): Zur Strukturdiagnose in der teilstationären Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- (1991): Suchttherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und HENNEBERG-MÖNCH, U. (1985). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie bei präödipl gestörten Patienten mit Borderline-Strukturen. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 30, 227-235.
- HEIGL-EVERS, A. und HENNEBERG-MÖNCH, U. (1986). Objektbeziehungsstörungen in einer sich wandelnden Umwelt und ihre Behandlung in der psychoanalytischen Gruppe. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 22, 313-323.
- HEIGL-EVERS, A. und HENNEBERG-MÖNCH, U. (1990 a): Die Bedeutung der Affekte für Diagnose, Prognose und Therapie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 40, 39-47.
- HEIGL-EVERS, A. und HENNEBERG-MÖNCH, U. (1990b). Arbeitsbeziehung in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 25, 217-229.
- HEIGL-EVERS, A., HENNEBERG-MÖNCH, U., ODAG, C. und STANDKE, G. (1986): Die Vierzigstundenwoche für Patienten. Überlegungen zu Konzept und Praxis
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J., (1990): Begegnung Entfremdung in Therapiegruppen mit schwer gestörten Patienten. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 25, 61-67.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1990.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (1994a): Zur Einführung in die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. In: HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.) psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (1994b): Prinzipien der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie strukturell schwer gestörter Patienten. In: STREECK, U. und BELL, K. (Hrsg.) Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen. München: Pfeiffer.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (1996): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Psychotherapeut 41, 77-89.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (1997a): Gruppenpsychotherapie. In: EGGLE, U. T., HOFFMAN, J. und JORASCHKY, Y. P.

– 722 –

- (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (1997b): Die Bedeutung der psychoanalytisch-interaktionellen Grundeinstellungen für die Gruppentherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (im Druck).
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (1997c): Zum Menschenbild der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. In: HEIGL-EVERS, A., HELAS, I. und VOLLMER, H. C.: Die Person des Therapeuten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und ROSIN, U. (1984): Steuerung regressiver Prozesse in Therapiegruppen. In: HEINRICH, K. (Hrsg.): Psychopathologie der Regression. Stuttgart: Schattauer.
- HEIGL-EVERS, A. und ROSIN, U. (1988): Früh- und Vorformen der Angst - Phänomene, Funktionen, Strukturen. In: HEINRICH, K. und
- HEIGL-EVERS, A. und SCHULTE-HERBRÜGGEN, C. (1977): Zur normativen Verhaltensregulierung in Gruppen. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 12, 226-241.
- HEIGL-EVERS und SEIDLER, G. H. (1993): Die Arbeit des Suchtkranken. In: HEIGL-EVERS, A., HELAS, I. und VOLLMER, H. C. (Hrsg.): Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und STANDKE, G. (1991): Beziehungsdynamik Patient-Therapeut in der psychoanalytisch-orientierten Diagnostik. In: HEIGL-EVERS, A., HELAS, I. und VOLLMER, H. C. (Hrsg.): Suchttherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A., STANDKE, G. und WIENEKE, G. (1981). Sozialisationsstörungen und Sozialisationspsychologie. In: FEUERLEIN, G. (Hrsg.): Sozialisationsstörungen und Sozialisationspsychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- BOGERTS, B. (Hrsg.): *Angstsyndrome, Ursachen, Erscheinungsformen, Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- HEIGL-EVERS, A. und ROSIN, U. (1989): *Durcharbeiten in der analytischen Gruppentherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 25, 40-58.
- HEIGL-EVERS, A., ROSIN, U. und HEIGL, F. S. (1994). *Psychoanalytisch-interaktionelle Annäherung an Patienten mit strukturellen Störungen*. In: HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und SCHEPANK, H. (1980): *Ursprünge seelisch bedingter Krankheiten*. Bd. 1 und 2. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- HEIGL-EVERS, A., SCHULTZE-DIERBACH, E. und STANDKE, G. (1991): *Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus tiefenpsychologischer Sicht*. In: WANKE, K. und BÜHRINGER, G. (Hrsg.): *Grundstörungen der Sucht*. Berlin: Springer.
- Entstehungsbedingungen, Folgen, therapeutische Konsequenzen. Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (1978): *Analytische Gruppenpsychotherapie. psychoanalytischen Prozeß in therapeutischen Gruppen*. In: PONGRATZ, L. J. (Hrsg.): *Handbuch der Psychologie*, Bd. 8/2. Göttingen: Hogrefe
- HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (1983): *Theorie der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie*. Kassel: Nicolai.
- HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (1985): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 35, 176-182.
- HEIGL-EVERS, A., VOLLMER, H., HELAS, I. und KNISCHEWSKI, E. (1988): *Psychoanalytische Verhaltenstherapie in der Behandlung Abhängigkeitskranker- Wege zur Kooperation*. Kassel: Nicolai.
- HEIGL-EVERS, A. und WEIDENHAMMER, B. (1991): *Der Körper als Bedeutungslandschaft*. Göttingen: Huber.
- HEIM, E. und WILLI, J. (1986): *Psychosoziale Medizin*. Band 2; Klinik und Praxis, Berlin: Springer.
- HEIMANN, P. (1950): *On countertransference*. International Journal of Psychoanalysis 31, 81-84.
- HEIMANN, P. (1959/60); *Bemerkungen zur Gegenübertragung*. Psyche 18, 483-493.
- HIGITT, A. und FONAGY, P. (1992): *Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder*. British Journal of Psychiatry 161, 23-43.
- HILGERS, M. (1995): *Zur Bedeutung von Schamaffekten bei der Behandlung schwerer Störungen*. Psychotherapeut 40, 33-38.
- HILGERS, M. (1996): *Scham. Gesichter eines Affektes*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HIRSCH, M. (1997): *Vernachlässigung, Mißhandlung, Mißbrauch im Rahmen einer psychoanalytischen Traumatoologie*. In: EGGLE, U. T., HOFFMANN, S. O. und JORASCHKY, P. (Hrsg.): *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- HIRSCH, M. (1993): *Inzest und Psychoanalyse*. In: RAMIN, G. (Hrsg.): *Inzest und seelischer*
- und bei Gesunden. Zeitschrift für klinische Psychologie 20. 356-370.
- HUTTERER-KRISCH, R. (1996): *Fragen der Ethik in der Psychotherapie*. Wien. New York: Springer
- JACOBS, T. J. (1973): *Posture, gesture, and movement in the analyst: cues to interpretation of counter-transference*. Journal of the American Psychoanalytic Association 21, 77-92.
- JACOBSON, E. (1937): *Wege der weiblichen Psychoanalyse*. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 23, 402-412.
- JACOBSON, E. (1953): *The affects and their pleasurable and unpleasurable qualities in relation to the discharge processes*. In: LOEWENSTEIN, I. (Hrsg.): *Drives, affects, behavior*. New York: International Universities Press.
- JACOBSON, E. (1954): *The self and the object vicissitudes of their infantile cathexes and their influence on ideational and affective development*. Psychoanalytic Study of the Child 9, 75-127.
- JACOBSON, E. (1964): *The self and the object vicissitudes of their infantile cathexes and their influence on ideational and affective development*. New York: International Universities Press.



- Mißbrauch. Beratung und Therapie. Paderborn: Junfermann.
- HOFFMANN, S. O. (1979): Charakter und Neurose. Frankfurt: Suhrkamp.
- HOFFMANN, S. O. (1980): Die Zwangsneurose. In: Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band 10. München: Kindler.
- HOFFMANN, S. O. (1986): Psychoneurosen und Charakterneurosen. In: KISKER, K. P. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 1. Berlin: Springer.
- HOFFMANN, S. O. und HOCHAPFEL, G. (1991): Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. 4. Auflage.
- HUFNAGEL, H., KRAUSE, R. und STEIMER-KRAUSE, E. (1991). Mimisches Verhalten und Erleben bei schizophrenen Patienten (Dt.: Das Selbst und die Welt der Ot Frankfurt a. M.: Suhrkamp. 1973.)
- JACOBSON, E. (1971): Depression. New York: International Universities Press. (Dt.: Depress Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1977.)
- JANSSEN, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie der Klinik. Stuttgart: Klett.
- JANSSEN, P. (1990): Psychoanalytische Therapie Borderlinestörungen. Berlin: Springer.
- JOFFE, W. G. und SANDLER, J. (1967 a): Über begriffliche Probleme im Zusammenhang dem Studium narzißtischer Störungen. P 21, 152-165.
- JOFFE, W. G. und SANDLER, J. (1967 b): Kommentar zur psychoanalytischen Anpassungspsychologie mit besonderem Bezug zur Rolle der A und der Repräsentanzwelt. Psyche 21, 744.
- KAPFHAMMER, H. P. (1995): Entwicklung Emotionalität. Stuttgart: Kohlhammer.

– 724 –

- KERNBERG, O. F. (1969): Critique of the Kleinian school. In: GIOVACCHINI, P. L. (ed.): Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. London: Hogarth.
- KERNBERG, O. F. (1975): Narzißtische Persönlichkeitsstörung. Psyche 29, 890-905.
- KERNBERG, O. F. (1978): Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp.
- KERNBERG, O. F. (1981): Zur Theorie der psychoanalytischen Psychotherapie. Psyche 35, 673-704.
- KERNBERG, O. F. (1985): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett.
- KERNBERG, O. F. (1988 a): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett.
- KERNBERG, O. F. (1988 b): Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie. München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- KERNBERG, O. F. (1997): Wut und Haß. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und Sexuellen Perversionen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KERNBERG, O. F., SELZER, M. A., KÖNIGSBERG, H.W., CARR, A. C., APPELBAUM, A. H. (1993): KLEIN, M. (1940): Die Trauer und ihre Beziehungsmanisch-depressiven Zuständen. In: KLEIN (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Har Rowohl.
- KLEIN, M. (1946); Notes on some schizoid mechanisms. In: Envy and gratitude and works 1946-1963 (The writings of M Klein. Vol. 3): London: Hogarth.
- KLEIN, M. (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Hamburg: Rowohl.
- KLEIN, M., HEIMANN, P. und MONEY-KYRLE, (1955): New directions in psychoanalysis. London: Tavistock.
- KLÜWER, R. (1983): Agieren und Mitagieren. In: HOFFMANN, S. O. (Hrsg.): Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur psychoanalytischen Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer.
- KLUSSMANN, R. (1992): Psychosomatische Medizin. Berlin: Springer.
- KOHLBERG, L. (1995): Die Psychologie der Identitätsentwicklung. Frankfurt: Suhrkamp.
- KÖHLER, L. (1978): Theorie und Therapie narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Psyche 32, 1001-1058.

- Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber.
- KHAN, M. (1963): Das kumulative Trauma. In: KHAN, M. (1977): Selbsterfahrung in der Therapie. München: Kindler.
- KLEIN, M. (1930): Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In: KLEIN, M. (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Hamburg: Rowohlt.
- KLEIN, M. (1933): The early development of conscience in the child. In: LORAND, S. (Hrsg.): Psychoanalysis today. New York: Covici.
- KLEIN, M. (1935): A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: KLEIN, M. (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Hamburg: Rowohlt.
- KÖHLER, L. (1990): Neuere Ergebnisse der I kindforschung. Ihre Bedeutung für Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse 51.
- KÖHLER, L. (1992): Formen und Folgen i Bindungserfahrungen. Forum der Psychoa 8, 263-280.
- KÖHLER, L. (1995): Bindungsforschung und dungstheorie aus der Sicht der Psychoan In: Spangler, G. und Zimmermann, P. (H Die Bindungstheorie. Grundlagen, Fors und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KÖNIG, K. (1973): Theoretisches Konzept Interventionstechnik des Gruppentherap unter Berücksichtigung gruppenspezifischer Position. Gru psychotherapie und Gruppendynamik 158-179.
- 725 -
- KONIG, K. (1974): Arbeitsbeziehungen in der Gruppenpsychotherapie - Konzept und Technik. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 8, 152-166.
- KÖNIG, K. (1975): Der Gebrauch von Rekonstruktionen in der analytischen Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 9. 26-31.
- KÖNIG, K. (1976): Übertragungsauslöser- Übertragung - Regression in der analytischen Gruppe. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 10, 220-232.
- KÖNIG, K. (1981): Angst und Persönlichkeit. Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 3. Aufl. 1991.
- KÖNIG, K. (1982): Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 18, 76-83.
- KÖNIG, K. (1991): Praxis der psychoanalytischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÖNIG, K. (1992): Projektive Identifizierung. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 28, 17-28.
- KÖNIG, K. (1993a): Einzeltherapie außerhalb des klassischen Settings. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÖNIG, K. (1993b): Gegenübertragungsanalyse.
- KOHUT, H. (1973): Narzißmus, Frankfurt: Suhrka
- KOHUT, H. (1979): Die Heilung des Selbst. Fran Suhrkamp.
- KORTLANDT, A. (1972): New perspectives on ap human evolution. Amsterdam.
- KOTTJE-BIRNBACHER, L. Und BIRNBACHE (1995): Ethische Aspekte der Psychoth und Konsequenzen für Therapeutenausbildung. Psychotherapeut 4 68.
- KRAUSE, R. (1983): Zur Onto- und Phylogenes Affektsystems und ihrer Beziehungen psychischen Störungen. Psyche 37, 1016-11
- KRAUSE, R. (1988): Eine Taxonomie der Affekt ihre Anwendung auf das Verständnis «frühen» Störungen. Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 38, 77-86.
- KRAUSE, R. (1990): Zur Psychodynamik Emotionsstörungen. In: KRAUSE, R. (1996): Emotion als Mittler zwischen Individuum Umwelt. In: SCIERER, K. (H Psychologie der Emotionen. Enzyklopädi Psychologie, Bd. C/IV/3. Göttingen: Hogre
- KRAUSE, R. (1991): Mimisches Verhalten und Er In: NEUSER, .J. und KRIEBEL, R. (H Projektion - Grenzprobleme zwischen in und äußerer Realität. Göttingen: Hogrefe. 186.

- Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÖNIG, K. und LINDNER, W.-V. (1991): Psychoanalytische Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÖRNER, J. (1989): Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! Forum der Psychoanalyse 5, 209-223.
- KÖRNER, J. (1990): Übertragung und Gegenübertragung, eine Einheit im Widerspruch. Forum der Psychoanalyse 6. 87-104.
- KÖRNER, J. und ROSIN, U. (1985): Das Problem der Abstinenz in der Psychoanalyse. Forum der Psychoanalyse 1, 25-47.
- KÖRNER, J. und ROSIN, U. (1992): Über Regression. Forum der Psychoanalyse 8, 1-16.
- KRAUSE, R., STEIMER-KRAUSE, E. und ULLRIC (1992): Use of affect research in dy: psychotherapy. In: LEUTZINGER-BOHLEBEF SCHNEIDER, H. und PFEIPER, R. (eds.): butterflyes on my head. Berlin: Springer.
- KRETZSCHMER, E. (1958). Hysterie, Reflex Instinkt. Stuttgart: Thieme.
- KRETZSCHMER, E. (1971): Medizinische Psycho 13. Aufl., Stuttgart: Thieme.
- KRIS, E. (1935): Psychoanalytic explorations i New York: International Universities Press
- KRIS, E. (1950): On preconscious mental proc (Dt.: Vorbewußte Geistes-
- vorgänge. In: KRIS, E. (1977): Die ästhetische Illusion. Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.)
- KRIS, E. (1951): Ego psychology and Interpretation in psychoanalytic therapy. Psychoanalytic Quarterly 20, 15-30.
- KRUTZENBICHLER, S. (1993): Begehrliche Berührungen und Abstinenz. Zur Notwendigkeit von Grenzüberschreitungen, um schützende Grenzen wahren zu können. In: Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse. Göttingen: Kongreßband der DPG. 97-107.
- KRUTZENBICHLER, S. (1997): Sexueller Mißbrauch als Thema der Psychoanalyse von Freud bis zur Gegenwart. In: EGGLE, U. T., HOFFMANN, S. O. und JORASCHKY, P. (1996): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York: Schattauer. 93-102.
- KRUTZENBICHLER, S. und ESSERS, H. (1991): Muß denn Liebe Sünde sein? Über das Begehren des Analytikers. Freiburg: Köre.
- KRYSTAL, H. und RASKIN, H. A. (1983): Drogensucht, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÜHN, T. S. (1962): The structure of scientific revolutions. Chicago: Chicago University Press. (2. erw. Auflage 1970): (Dt.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2. Auflage 1976.)
- KUIPER, P.C. (1973): Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre. Stuttgart: Klett.
- KUTTER, P. (1971): Übertragung und Prozeß in der analytische Beiträge zu einer Objektbezieh Psychologie. Darmstadt: Wissenschaft Buchgesellschaft.
- KUTTER, P. (1985): Methoden und Theorien Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: From Holzboog.
- KUTTER, P. und ROSKAMP, H. (1974): Psychoanalytische Ich-Psychologie und Anwendungen. Darmstadt: Wissenschaft Buchgesellschaft.
- KUTTER, P., PAROMA-ORTEGA, R. und ZAGERMAI (1988): Die psychoanalytische Haltung. Verlag Internationale Psychoanalyse.
- LAMPL-DE GROOT, J. (1947): On the development of the ego and superego. International Journal of Psychoanalysis 28. 7-11.
- LAMPL-DE GROOT, J. (1963): Ich-Ideal und Über-Ich. Psyche 17, 321-332.
- LAPLANCHE, J. und PONTALIS, J.B. (1972): Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- LEBOVICI, S. (1990): Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker. Die frühen Formen der Kommunikation. Stuttgart: Klett.
- LICHTENBERG, J. D. (1987): Die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die klinische Arbeit mit Erwachsenen. Zeitschrift für Psychoanalyse und therapeutische Praxis 2, 123-147.
- LICHTENBERG, J. D. (1990) Klinische Relevanz der Säuglingsbeobachtung für die Behandlung von narzißtischen und Borderline-Störungen. P 44, 871-901.

- psychoanalytischen Gruppentherapie. *Psyche* 25, 856-873.
- KUTTER, P. (1973): Arbeitsbeziehungen in der Gruppenpsychotherapie. Konzept und Technik. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 8, 152-166.
- KUTTER, P. (1976): *Elemente der Gruppentherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KUTTER, P. (1982): *Psychologie der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Psycho-
- LICHTENBERG, J. D. (1991): *Psychoanalyse Säuglingsforschung*. Berlin: Springer.
- LICHTENBERG, J. D. und GALLER, F. B. (1987): fundamental ruie. A study of current t *Journal of the American Psychoan Association* 35. 47-76.
- LICHTENSTEIN, H. (1961): Identity and sexual study of their interrelationship in man. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 179-260.
- 727 -
- LIEBERMAN, M. A., LAKIN, M. und STOCK-WHITAKER, D. (1969): Probleme und Perspektiven psychoanalytischer und gruppendynamischer Theorien für die Gruppenpsychotherapie. In: HÖRN, K. (Hrsg.): *Gruppendynamik und der «subjektive Faktor»*. Repressive Entsublimierung oder politisierende Praxis. Frankfurt: Suhrkamp, 1972.
- LINDNER, W. V. (1988): Von der Inszenierung innerseelischer Konflikte in der Gruppe. In: RITTER-ROHR, D. VON (Hrsg.): *Gruppenanalytische Exkurse*. Berlin: Springer.
- LOCH, W. (1966): Studien zur Dynamik, Genese und Therapie der frühen Objektbeziehungen. Michael Balints Beitrag zur Theorie und Praxis der Psychoanalyse. *Psyche* 20, 881-903.
- LOCH, W. (1979): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. - Analytische Psychotherapie. Ziele. Methoden, Grenzen. Wege zum Menschen 31. 177-193.
- LOCH, W. (1989): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart: Hirzel, 5. Auflage.
- LOCKE, N. (1961): *Group psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- LORENZER, A. (1970): *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt: Suhrkamp.
- LORENZER, A. (1974): *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*. Frankfurt: Suhrkamp.
- LORENZER, A. (1983): *Sprache. Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie*. *Psyche* 37, 97-115.
- LUBORSKY, L. (1984): *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Basic Books. (Dt.: *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin: Springer, 1988.)
- LÜHRSSSEN, E. (1976) *Das Suchtproblem in neuerer*
- MAHLER, M. S. (1968): *On human symbiosis and vicissitudes of individuation*. Volume I: *Infancy and psychosis*. New York: International University Press. (Dt.: *Symbiose und Individuation, Die Psychosen im frühen Kindesalter*. Stuttgart: Klett, 1972.)
- MAHLER, M. S. (1975): *Symbiose und Individuation. Die psychische Geburt des Menschen*. *Psyche* 29, 609-625
- MAHLER, M. S. (1985): *Studien über die ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett.
- MAHLER, M. S., PINE, F. und BERGMAN, A. (1963): *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books. (Dt.: *Die psychische Geburt des Menschen - Symbiose und Individuation*. Frankfurt a. M.: Fischer, 1972.)
- MALAN, D. H. (1965): *Psychoanalytische Therapie*. Stuttgart: Klett.
- MASTERSON, J. F. (1980): *Psychotherapie bei derline-Patienten*. Stuttgart: Klett.
- MCDUGALL, J. (1993): *Über psychoanalytische Wertvorstellungen*. In: KUTTER, P., PARSONS, R. und ZAGERMANN, P. (Hrsg.): *Psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse*. München: Internationale Psychoanalyse.
- MEERWEIN, F. (1986): *Die Grundlagen des ärztlichen Gesprächs*. Bern: Huber.
- MENNINGER, K. A. und HOLZMANN, P. S. (1963): *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books. (Dt.: *Theorie der psychoanalytischen Technik*. Stuttgart: Frommann-Holzboog, 1977.)
- MENTZOS, S. (1980): *Hysterie*. München: Kindler.
- MENTZOS, S. (1982): *Neurotische Konfliktbewältigung*. München: Kindler.
- MENTZOS, S. (1984): *Angstneurose*. Frankfurt: Fischer.

psychoanalytischer Sicht. In: EICKE, D. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. 2, Freud und die Folgen (1): München: Kindler.

– 728 –

- MERTENS, W. (1981): Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer.
- MERTENS, W. (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1 und 2. Stuttgart; Kohlhammer.
- MERTENS, W. (1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 3. Stuttgart: Kohlhammer.
- MILCH, W. E. und HARTMANN, H.-P. (1996): Zum gegenwärtigen Stand der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Psychotherapeut 41. 1-12.
- MODELL, A. H. (1958): The theoretical implications of hallucinatory experiences in schizophrenia. Journal of the American Psychoanalytic Association 6. 442-480.
- MODELL, A. H. (1975): The ego and the id: 50 years later. International Journal of Psychoanalysis 56, 459-543.
- MORGAN, W. L. und ENGEL, G. L. (1977): Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Bern: Huber.
- MOSER, U. (1978): Affektssignale und aggressives Verhalten. Psyche 32, 229-258.
- MOSER, U. (1983): Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Teil 1.
- MOSER, U. (1985): Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Teil II. Berichte aus der interdisziplinären Konfliktforschungsstelle. Zürich.
- NAGERA, H. (1989): Psychoanalytische Grundbegriffe. Frankfurt: Fischer.
- NEDELMANN, C. und FERSTL, H. (1989): Die Methode der Balint-Gruppe. Stuttgart: Klett.
- NERENZ, K. (1985): Zur Theorie der Gegenübertragung bei Freud. Psyche 39, 501-518.
- NITZSCHKE, B. (1994): Die entwicklungsbedingt strukturelle Ich-Störung. Anmerkungen zum Begriff und zum Konzept. In: HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- NUNBERG, H. (1959): Allgemeine Neurosenlehre. Bern: Huber.
- MENTZOS, S. (1988): Interpersonale und internalisierte Abwehr. Frankfurt: Suhrkamp.
- OGDEN, T. H. (1979): On Protective Identification. International Journal of Psychoanalysis 60 373. (Dt.: Die projektive Identifikation. In: Die Psychoanalyse 4, 1-21, 1988.)
- OGDEN, T. H. (1982): Projective identification: a psychotherapeutic technique. London: Aroun.
- OHLMEIER, D. (1975): Gruppenpsychotherapie psychoanalytische Theorie. In: UCHTEN-H. A., BATTEGAY, R. und FRIEDEMANN (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie und soziale Umwelt. Bern: Huber.
- OHLMEIER, D. (1976): Gruppeneigenschaften psychischen Apparates. In: EICKE, D. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band 2, Freud und die Folgen (1): Zürich: Kindler.
- OHLMEIER, D. (1987): Indikation und Kontraindikation der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppenbehandlung. In: KOECH und OHLMEIER, D. (Hrsg.): Psychiatrie Praxis 1. Berlin: Springer.
- OLINICK, S. L. (1969): On empathy and regression: Service of the other. British Journal of Medical Psychology 42, 41-49.
- OTT, J. (1997): Die Möglichkeiten der Gruppentherapie in der Behandlung depressiver Krankheiten. In: KRUSE, G. und GUNKEL, S. (Hrsg.): Diagnostik und Psychotherapie depressiver Erkrankungen. Hannover: Ärzte-Verlags-Union.
- PALMOWSKI, B. (1992): Zur Bedeutung von Selbst und Selbsterleben für Indikation und Kontraindikation der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: Die Psychoanalyse 8, 134-146.
- PANOFSKI, E. (1932): Zum Problem der Beschreibung und Inhaltsdeutung von Werken der bildnerischen Kunst. Logos 21, 103-119.
- PARENS, H. (1993): Neuformulierungen der psychoanalytischen Aggressionstheorie. Konsequenzen für die klinische Situation. In: Die Psychoanalyse 9, 107-121.

- PATZIG, G. (1971): Ethik ohne Metaphysik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- PATZIG, G. (1987): Wertvorstellungen als Leitbilder ärztlichen Handelns: Philosophische Aspekte. Allgemeine Medizin 16, 9-16.
- PATZIG, G. (1993): Gesammelte Schriften I: Angewandte Ethik. Göttingen: Wallstein, 54-72.
- PATZIG, G. (1994): Gesammelte Schriften II: Grundlagen der Ethik. Göttingen: Wallstein.
- PETRI, H. (1996): Lieblose Zeiten. Psychoanalytische Essays über Tötungstrieb und Hoffnung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- PIAGET, J. (1936): La construction du reel chez l' enfant. Neuchâtel: Delachaux & Niestle. (Dt.: Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. Stuttgart: Klett, 1974.)
- PLOOG, D. (1995): Aggression - ein Trieb? In: Nissen, G. (Hrsg.): Aggressivität und Gewalt. Prävention und Therapie. Bern: Huber.
- PULVER, S. E. (1972): Narzißmus: Begriff und metapsychologische Konzeption. Psyche 26, 36-57.
- QUINT, H. (1971): Über die Zwangsneurose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- RACKER, H. (1957): Meanings and uses of countertransference. Psychoanalytic Quarterly 26, 303-357.
- RACKER, H. (1968): Transference and countertransference. In: SUTHERLAND, J. D. (ed.): The International Psycho-Analytical Library, No. 73. London: Hogarth. (Dt.: Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. München: Reinhard, 1978.)
- RAPAPORT, D. (1959): The structure of psychoanalytic theory: A systematizing attempt. In: KOCH, S. (ed.): Psychology: A study of a science. New York: McGraw-Hill. (Dt.: Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett, 1970.)
- RAUCHFLEISCH, U. (1981): Dissozial. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- REDLICH, F. C. und FREEDMAN, D. X. (1970): Theorie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt: Suhrkamp
- REICH, A. (1954): Early identificarions äs an elements in the superego. Journal of American Psychoanalytic Association 2.
- REISTER, G. und HEIGL, F. S. (1994): Vorbereitung und Einleitung des therapeutischen Prozesses in interaktionellen Therapie. In: HEIGL-EVEF und OTT, J. (Hrsg.): Die psychoanalytische interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- REISTER, G., TRESS, W., SCHEPANK, H., MANDELKOW, S., SOLLORS-MOSSLER, B. (1989): The epidemiology of psychogenic disorders and its consequences for prevention. Zeitschrift für Psychotherapie und Psychosomatik 52, 10-19.
- RICHTER, H. E. (1963): Eltern, Kind und Neurose. Stuttgart: Klett.
- RICHTER, H. E. (1970): Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in der Familie. Hamburg: Rowohlt.
- RICHTER, H. E. und BECKMANN, D. (1967): Die Herzneurose. Stuttgart: Thieme.
- ROHDE-DACHSER, G. (1983): Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber.
- ROHDE-DACHSER, G. (1987): Die ödipale Konstellation bei narzißtischen und Borderline-Störungen. Psyche 41, 773-799.
- ROHDE-DACHSER, G. (1991): Expedition in den dunklen Kontinent. Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse. Berlin: Springer.
- ROHDE-DACHSER, GH. (1994): Im Schatten des Kirschbaums. Psychoanalytische Dialoge. München: Huber.
- ROSIN, U. (1989): Balmt-Gruppen: Konzeption, Forschung, Ergebnisse. Berlin: Springer.
- ROSS, N. (1975): Affect äs cognition: With observations on the meanings of mystical experiences. International Review of Psychoanalysis 2, 93.

- ROST, W. D. (1990): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett.
- SANDLER, J. (1960): The background of the ego. International Journal of Psychoanalysis 41

- Klett.
- ROTMANN, M. (1978): Die «Triangulierung» der frühkindlichen Sozialbeziehung. *Psyche* 32, 1105-1147.
- RUDOLF, G. (1977): Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- RUDOLF, G. (1993): Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Stuttgart: Kohlhammer.
- RÜGER, U. (1987): Fehldiagnose «Psychosomatische Erkrankung». *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 32, 12-20.
- SACHSSE, U. (1994a): Selbstverletzendes Verhalten. *Psychodynamik-Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SACHSSE, U. (1994b): Klinische Erfahrungen mit verschiedenen Interventionsmodi bei der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. In: HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SACHSSE, U. (1995): Die Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumafolge. *Forum der Psychoanalyse* 11, 50-61.
- SACHSSE, U. (1996a): Die traumatisierte therapeutische Beziehung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 32, 350-365.
- SACHSSE, U. (1996b): Selbstverletzendes Verhalten. 3. Aufl. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SANDER, E.W. (1988): The event-structure of regulation in the neonate-caregiver System as a biological background for early organization of psychic structure. In: GOLDBERG, A. (Hrsg.): *Frontiers in self psychology*. New York: Hillsdale.
- SANDLER, J. (1961): Sicherheitsgefühl und Vernehmungsvorgang. *Psyche* 15, 124-131.
- SANDLER, J. (1964/65): Zum Begriff des Überwältigungsvorgang. *Psyche* 18, 721-743 und 812-828.
- SANDLER, J. (1972): The role of affect in psychoanalytic theory. In: *Physiology, Emotions & Psychosomatic Illness*. New York: Eisevier.
- SANDLER, J. (1976): Gegenübertragung und Identifizierung zur Rollenübernahme. *Psyche* 30, 305.
- SANDLER, J. (1982): Unbewusste Wünsche in menschlichen Beziehungen. *Psyche* 36, 59-77.
- SANDLER, J. (1983): Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Psychoanalyse. *Psyche* 37, 595.
- SANDLER, J., DARE, G. und HOLDER, A. (1979): *Grundbegriffe der psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett. (Engl.: *The patient and the analyst. The basis of the psychoanalytic process*. London: Allen & Unwin, 1973, 4. Aufl. 1988.)
- SANDLER, J. mit FREUD, A. (1989): *Die Analyse der Übertragung*. Stuttgart: Klett.
- SANDLER, J. und NAGERA, H. (1966): Einige Aspekte der Metapsychologie der Phantasie. *Psychische Medizin* 1, 188-221.
- SANDLER, J. und ROSENBLATT, B. (1984): Der Blick in die Vorstellungswelt. *Psyche* 38, 235-253.
- SANDLER, J. und SANDLER, A. M. (1985): Verdrängung des Gegenwärtigen, Gegenwarts-Unbewusstes, Gegenwarts-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. *Psychische Medizin* 1, 800-829.
- SANDLER, J. und SANDLER, A. M. (1988): Das frühe Unbewusste, das gegenwärtige Unbewusste und die Schicksale der Schuld: eine technische Perspektive. In: KUTTER, P., PARAMOZZI, R., und ZAGERMANN, P. (Hrsg.): *Die psychoanalytische Haltung*, 143-163. Verlag Internationale Psychoanalyse.
- SANDNER, D. (1978): *Psychodynamik in Kleingruppen*. München: Reinhardt.
- SANDNER, D. (1990): Modelle der analytischen Gruppenpsychotherapie. Indikation und Kontraindikation. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 26, 87-100.
- SCHINDLER, W. (1980): Die analytische Gruppenpsychotherapie nach dem Familienmodell. *München: Reinhardt*.
- SCHMIDT, S. und STRAUSS, B. (1996): Die

- SCHEPANK, H. (1987): Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Heidelberg: Springer.
- SCHEPANK, H. (1990): Verlaufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Heidelberg: Springer.
- SCHEPANK, H. (1992): Beiträge der Zwillingsforschung und der Epidemiologie zur Neurosenlehre. In: TRESS, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHEPANK, H. und TRESS, W. (1988): Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Berlin: Springer.
- SCHILLER, F.: Sämtliche Werke, Band I (Gedichte/Dramen I, 221 ff.): München: Hanser, 7. Auflage 1984.
- SCHILLER, F.: Sämtliche Werke, Band II (Dramen II, Don Carlos, 4. Akt 21. Auftritt): München: Hanser, 7. Auflage 1984.
- SCHINDLER, R. (1957/58): Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. *Psyche* 11, 308-314.
- SCHINDLER, R. (1960/61): Über den wechselseitigen Einfluß von Gesprächsinhalt, Gruppenposition und Ich-Gestalt in der analytischen Gruppenpsychotherapie. *Psyche* 14, 382-392.
- SCHINDLER, R. (1968): Dynamische Prozesse in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2, 9-20.
- SCHINDLER, W. (1951): Family pattern in group-formation and therapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1, 100-105.
- SCHINDLER, W. (1955): Übertragung und Gegenübertragung in der «Familien»-Gruppen-  
 therapie und ihre Relevanz für Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen Methoden der Bindungsforschung. *Psychotherapeut* 41, 139-150.
- SCHMIDT-HELLERAU, C. (1995), Lebenstrieb Todestrieb-Libido und Lethe. Ein formatives konsistentes Modell der psychoanalytischen Trieb- und Strukturtheorie. München: \ Internationale Psychoanalyse.
- SCHUBART, W. (1985): Die psychoanalytische Konsultation am Beispiel des unmotiviert (B. psychosomatischen) Patienten. *Psychosomatische Medizin* 5, 519-537.
- SCHÜSSLER, G. und BERTEL-SCHÜSSLER, A. (1972): Psychoanalytische Entwicklungstheorie. II, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 17, 101-114. SCHULTZ, J. H. (1918): Diese Krankheit. Jena: Gustav Fischer.
- SCHULTZ-HENCKE, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- SCHUR, M. (1955): Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanalytic Study of the Child* 10, 119-164
- SCHWIDDER, W. (1972): Klinik der Neurosen. Berlin: Springer.
- KISKER, K. P. (Hrsg.): *Psychiatrie Gegenwart*. Bd. II. Berlin: Springer.
- SEGAL, H. (1974): Melanie Klein. Eine Einführung in ihr Werk. München: Kindler.
- SEIDLER, G. H. (1990): Rumpelstilzchen auf der Couch - ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39, 261-266.
- SEIDLER, G. H. (1993a): Scham und Geschlecht. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SEIDLER, G. H. (1993b): Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie. In: Rudolf, G. (Hrsg.):

- 732 -

- Psychotherapeutische Medizin. Stuttgart: Enke.
- SEIDLER, G. H. (1995a): Die diagnostische und therapeutische Nutzung der Verfügbarkeit des Schamaffektes in der Beziehungsregulierung gruppentherapeutischer Prozesse. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 31.
- SEIDLER, G. H. (1995b): Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- SHARPE, E. F. (1930): *Collected Papers*. London: Hogarth Press.
- SPITZ, R. (1972): Bridges: on anticipation, duration and meaning. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 20, 721-735.
- SPITZ, R. (1976): Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihre Rolle in der Persönlichkeitsbildung. Stuttgart: Klett.
- STAATS, H. (1992a): Rituale in der psychoanalytischen interaktionellen Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 28, 40-57.



- Hogarth, 1950.
- SHAZER, S. DE (1985): Wege erfolgreicher Kurztherapie. Stuttgart: Klett, 1989.
- SILVER, D. und ROSENBLUTH, M. (1992): Handbook of borderline disorders. Madison: International Univ. Press.
- SPANGLER, G. und ZIMMERMANN, P. (1995): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- SPITZ, R. (1950): Anxiety in infancy. A study of its manifestations in the first year of life. International Journal of Psychoanalysis 3 1, 138-143.
- SPITZ, R. (1955): The primal cavity. A contribution to the genesis of perception and its role for psychoanalytic theory. Psychoanalytic Study of the Child 10, 215-240.
- SPITZ, R. (1957 a): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett.
- SPITZ, R. A. (1957 b): No and Yes. On the genesis of human communication. New York: International Universities Press. (Dt.: Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Stuttgart: Klett. 1970.)
- SPITZ, R. A. (1960): Zur Entstehung der Überich-Komponenten. Psyche 14, 400-426.
- SPITZ, R. A. (1965): The first year of life. A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York: International Universities Press. (Dt.: Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett, 1988.)
- STAATS, H. (1992b): Psychoanalytisch-interaktive Gruppentherapie mit manisch-depressiven Kranken. Gruppenpsychotherapie Gruppensystemik 28, 370.
- STEIMER-KRAUSE, E., KRAUSE, R., SÄNGER-ALBRECHT und WAGNER, G. (1988): Mimisches Verhalten schizophrener Patienten und Gesprächspartner. Zeitschrift für klinische Psychologie 17, 132-147.
- STEIMER-KRAUSE, E., KRAUSE, R. und WAGNER, G. (1990): Prozesse der Interaktionsregulierung bei Schizophrenen und psychosomatisch erkrankten Patienten - Studien zum mimischen Verhalten in dyadischen Interaktionen. Zeitschrift für klinische Psychologie 19, 32-49.
- STEIN, H. (1974): Zur Entwicklung der psychoanalytischen Selbst-Psychologie. Psyche 28, 1002.
- STEKEL, W. (1938): Technique of analytic psychotherapy. London: Liveright.
- STERBA, R. (1929): Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 15, 456-470.
- STERBA, R. (1934): Das Schicksal des Ich in der analytischen therapeutischen Verfahren. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 20, 6-73. Pflüger Archiv 1975, 29, 941-949.
- STERN, D. N. (1979): Mutter und Kind, die Beziehung. Stuttgart: Klett.
- STERN, D. N. (1985): The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalytic developmental psychology. New York: Basic Books.
- STOCK-WHITAKER, D. und LIEBERMAN, A. (1965): Psychotherapy through the group process. London: Tavistock.
- STORK, J. (1976): Die seelische Entwicklung des Kleinkindes aus psychoanalytischer Sicht. In: EICKE, D. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. 2, Freud und die Folgen. München: Kindler.
- STORK, J. (1986 a): Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- STORK, J. (1986 b): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings: Neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- STREECK, U. (1997): Persönlichkeitsstörungen in der Interaktion. Zur stationären Psychotherapie von Patienten mit schizoaffektiven Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeutische Umschau (Hrsg. von Dr. med. U. Streeck, Druck).
- STROTZKA, H. (1975): Psychotherapie: Grundriss, Verfahren, Indikation. Mündener Beiträge zur Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg.
- STRUPP, H. H. und BINDER, J. L. (1991): Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Klett.
- STUCKE, W. (1982): Die Balint-Gruppe. Berlin: Deutscher Ärzte-Verlag.
- STUDT, H. H. (1970): Zur Interpretation in der stationären analytischen Gruppentherapie.

- STRAUSS, B. und SCHMIDT, S. (1997): Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2: Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychotherapeut* 42, 1-16.
- STREECK, U. (1980): «Definition der Situation», soziale Normen und interaktionelle Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 16, 209-221.
- STREECK, U. (1983): Abweichungen vom «fiktiven Normal-Ich»: Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 29, 334-349.
- STREECK, U. (1984): Das diagnostische Urteil in der Psychoanalyse. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 30, 303-313.
- STREECK, U. (1994): Über eine Art, in therapeutischer Interaktion zu reden. Zum antwortenden Modus in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. In: HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hrsg.): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- STREECK, U. (1995): Strukturelle Störungen, Interaktion und Gruppenpsychotherapie. In: ARDJOMANDI, M. E., BERGHAUS, A. und KNAUSS, W. (Hrsg.): *Jahrbuch der Gruppenanalyse*, Bd. 1. Heidelberg: Mattes
- therapie. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik* 3, 207-214.
- STUDT, H. H. (1984): Zur Ätiopathogenese Angstneurose und Phobie. In: RÜGEF (Hrsg.): *Neurotische und reale Angst*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SÜLLIVAN, H. (1954): *The psychiatric interview*. York: Norton.
- SUTHERLAND, J. D. (1980): The British object relation theorists. Balint, Winnicott, Fairbairn, Gu. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 28, 829-860.
- THOMÄ, H. (1981): *Schriften zur Praxis der Psychoanalyse. Vom spiegelnden zum analen Psychoanalytiker*. Frankfurt: Suhrkamp.
- THOMÄ, H. (1984): Was heißt «Neubeginn» (Balint)? *Psyche* 38, 516-543.
- THOMÄ, H. und KACHELE, H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen*. Berlin: Springer.
- THOMÄ, H. und KACHELE, H. (1988): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen*. Berlin: Springer.
- TRESS, W. (1985): Zur Psychoanalyse der Sucht. *Studie am objektpsychologischen Modell*. *Forum der Psychoanalyse* 1, 81-92.
- TRESS, W. (1992): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

– 734 –

- UEXKÜLL, T. VON (1981): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- VOGEL, CH. (1989): *Vom Töten zum Mord. Das wirkliche Böse in der Evolutionsgeschichte*. München: Hanser.
- VOLKAN, V. (1978): *Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett.
- VOLKAN, V. und AST, G. (1992): *Eine Borderline-Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- VOLKAN, V. und AST, G. (1994): *Spektrum des Narzißmus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- WAELDER, R. (1960): *Die Grundlagen der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett, 1963.
- WALLERSTEIN, R. S. (1986): *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- psychoanalytic set-up. *International Journal of Psychoanalysis* 36, 16-26.
- WINNICOTT, D.W. (1956): *Primary maternal preoccupation*. In: WINNICOTT, D.W. (1956) *Collected papers: Through pediatric psychoanalysis*. London: Tavistock; New York: Basic Books. 1958.
- WINNICOTT, D.W. (1958): *Collected Papers: From pediatrics to psychoanalysis*. London: Tavistock; New York: Basic Books. (Gekürzte dt. Ausgabe: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler, 1976.)
- WINNICOTT, D. W. (1960): *The theory of the infant-parent relationship*. *International Journal of Psychoanalysis* 41, 585-595.
- WINNICOTT, D. W. (1965 a): *The family and individual development*. London: Tavistock. (Dt.: *Familie und individuelle Entwicklung*. München: Kindler, 1976.)

- WALLERSTEIN, R. S. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. *Psyche* 11, 967-994.
- WANKE, K. und BÜHRINGER, G. (1991): *Grundstörungen der Sucht*. Berlin: Springer.
- WEIDENHAMMER, B. (1987): Störungen des diagnostischen Urteilsprozesses bei präödpalen Pathologien. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 3 3, 335-362.
- WEIDENHAMMER, B. (1988): Zur Attraktivität der weiblichen Opferrolle. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 23, 244-263.
- WEISS, J. und SAMPSON, H., The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986): *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- WESIAK, W. (1984): *Grundzüge der psychosomatischen Medizin*. Berlin: Springer.
- WINNICOTT, D.W. (1953): Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis* 34, 89-97.
- WINNICOTT, D.W. (1954): Metapsychological and clinical aspects of regression within the Kindler, 1978.)
- WINNICOTT, D. W. (1965 b): *The matura processes and the facilitating environ* London: Hogarth Press. (Dt.: *Reifungspro und fördernde Umwelt*. München: Ki 1974.)
- WINNICOTT, D.W. (1969): The use of an object relating through identifications. In: WINNICOTT, D.W.: *Playing and reality*, London: Tavistock; New York: Basic Books, 1971. (Dt.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett, 1973.)
- WINNICOTT, D. W. (1971): *Playing and reality* London: Tavistock; New York: Basic Books, 1971. (Dt.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett, 1973.)
- WINNICOTT, D. W. (1986): *Der Anfang ist die Heimat*. Stuttgart: Klett, 1990.
- WOLF, A. (1971): *Psychoanalyse in Gruppen*. Stuttgart: Klett.
- WOLF, A. und SCHWARTZ, E. K. (1962): *Psychoanalysis in groups*. New York: Grune & Stratton.
- WOLF, E. S. (1996): *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

– 735 –

- WURMSER, L. (1981): *The mask of shame*. Baltimore: Johns Hopkins University. (Dt.: *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schamaffekten und Schamkonflikten*. Berlin: Springer, 1990.)
- ZANDER, W. (1989): *Neurotische Körpersymptomatik*. Berlin: Springer.
- ZELNICK, L. M. und BUCHHOLZ, E. S. (1991): Der Begriff der inneren Repräsentanz im Lichte der neueren Säuglingsforschung. *Psyche* 45, 810-846.
- ZEPF, S. (1967): *Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken*. Frankfurt: Campus.
- ZEPF, S. (1985): *Narzißmus, Trieb und die Produktion von Subjektivität*. Berlin: Springer.
- ZEPF, S. (1986 a): *Tatort Körper - Spurensicherung*. Berlin: Springer.
- ZEPF, S. (1986 b): *Klinik der psychosomatischen Erkrankungen*. In: KISKER, K. P. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd. 1. Berlin: Springer.
- ZEPF, S., WEIDENHAMMER, B. und BAUR-MORLOCK, J. (1979): *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose*. München: Pfeiffer.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B., EMERY, G. (1979): *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: PVU.
- BECK, A. T. und FREEMANN, A. (1993): *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: PVU.
- BEUTEL, M. (1988): *Bewältigungsprozesse chronischen Erkrankungen*. Weinheim: VC
- BRENNER, G. (1968): *Grundzüge der Psychoanalyse*. Frankfurt: S. Fischer. (Originalausgabe: 1959) *An elementary textbook of psychoanalysis*. International University Press.
- BROCHER, T. H. und SIES, C. (1986): *Psychoanalyse und Neurobiologie. Zum Modell der Autopoiesis als Regulationsprinzip*. Stuttgart: fromm holzboog.
- BUNGE, M. (1967): *Scientific research I/II*. New York: Springer.
- CASPAR, F. (Hrsg.) (1996): *Psychotherapeutische Grundlagen*. Berlin: Springer.

- (1986). Realität und Phantasie. Anmerkungen zum Traumabegriff Sigmund Freuds. *Psyche* 40, 124-144.
- ZIELKE, M. (1979): Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Литература к разделу  
«Поведенческая терапия»*
- BANDURA, A. (1969): Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart und Winston.
- BARTLING, G. (1992): Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Stuttgart: Kohlhammer.
- BASLER, H.-D., FRANZ, Q., KRONER-HERWIG, B.; REHFISCH, H. P. und SEEMANN, H. (1990): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer.
- Problemanalyse. Tübingen: DGVT.
- CASPAR, F. M. und GRAWE, K. (1980): Der derspenstigen Zähmung? Eine interaktive Betrachtung des Widerstandphänomens in der Verhaltenstherapie. In: W. SCHULZ und HAUTZINGER (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie, Kongreßbericht Berlin, Tübingen/Köln: DGVT/GwG, Band 1, 195-208.
- CASPAR, F. M. und GRAWE, K. (1981): Widerstand in der Verhaltenstherapie. In: H. PERZOLD (Hrsg.): Widerstand - Ein strittiges Konzept in der Verhaltenstherapie. Paderborn: Junfermann, 349-384.
- CAUTELA, J. R. (1966): Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, 16, 33-41.
- DEVOGUE, J. T. und BECK, S. (1978): The Therapist-Client Relationship in Behavior Therapy. In: M. HERSHEN, M. EISLER and P. MILLER (Hrsg.): Progress in Behavior Therapy. New York: Academic Press. 204-248.

- 736 -

- DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Hrsg.) (1986): Verhaltenstherapie - Theorien und Methoden. Tübingen: DGVT.
- DÜHRSSSEN, A. (1985): Die «kognitive Wende» in der Verhaltenstherapie - Eine Brücke zur Psychoanalyse? *Nervenarzt*, 56, 479-484.
- DÜHRSSSEN, A. (1988): Dynamische Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- ELLIS, A. (1977): Die Rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Störungen und seine Veränderung. München: Pfeiffer.
- ENGEL, G. (1977): The need for a new medical model: A challenge for bioscience. *Science* 196, 129-136.
- ERIKSON, E. (1966): Identität und Lebenszyklus: 3 Aufsätze. Frankfurt: Suhrkamp.
- FIGENBAUM, W. (1988): Long-term efficacy of ungraded versus graded exposure in agoraphobia (2). In: I. HAND und H.-U. WITTCHEN (Eds.): Panic and Phobias Berlin: Springer, 83-88.
- FLIEGEL, S., GROEGER, W. M., KÜNZEL, R., SCHULTE, D. und SORGATZ, H. (1994): Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. München: Urban und Schwarzenberg.
- FLORIN, I. und FIGENBAUM, W. (1991): Gestern, heute und morgen. *Verhaltenstherapie* 1, 149-155.
- Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. I, 39-49.
- GRAWE, K. (1992): Psychotherapieforschung, Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 43, 132-162.
- GRAWE, K. (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 40 (3), 145.
- GRAWE, K. und DZIEWAS, H. (1978): Interaktive Verhaltenstherapie. In: DGVT (Hrsg.): Fortschritte in der Verhaltenstherapie, Kongreßbericht Berlin 1977. Sonderheft «Mitteilungen der DGVT». Tübingen: DGVT, 27-49.
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (Hrsg.): Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- HAND, I. (1988): Verhaltenstherapie als Kur in der Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 33, 268-277.
- HAND, I. und WITTCHEN, H.-U. (1989): Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin: Springer.
- HEIGEL-EVERS, A. und STREECK, U. (1985): Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie und medizinische Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 35, 176-182.
- HOFFMANN, N. (Hrsg.) (1979a): Grundlagen kognitiver Psychotherapie.

- GOLDFRIED, M. R. (1980): Psychotherapy as coping skills training. In: M.J. MAHONEY (Ed.): Psychotherapy process: Current issues and future directions, 89-119. New York: Plenum.
- GOLDFRIED, M. R. und DAVISON, G. (1976): Clinical behavior therapy. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- GORDON, S. B. (1984): Die Entwicklung der Verhaltenstherapie. In: H. ZEIER (Hrsg.): Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts». Lernen und Verhalten. Band 2: Verhaltensmodifikation. Weinheim: Beitz, 3-34.
- GRAWE, K. (1988): Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Therapie. Bern: Huber.
- HOMRIGHAUSEN, W. (1986): Die «kognitive W in der Verhaltenstherapie - Eine Brück Psychoanalyse? Bemerkungen zur Arbeit v Dührssen. Nervenarzt, 57, 378.
- KANFER, F. H. (1977): The many faces of selfc or behavior modification changes its focu R.G. Stuart (Ed.): Behavioral Selfmanage New York: Brunner/ Mazel.
- KANFER, F. H. und PHILLIPS, J. S. (1 Lerntheoretische Grundlagen der V tenstherapie. München: Kindler.
- KANFER, F. H., REINECKER, H., SCHMELZE (1991): Selbstmanagement-Therapie. E Springer.

- 737 -

- KANFER, F. H. und SCHEFFT. B. K. (1987): Selfmanagement therapy in clinical practice, In: N. S. JACOBSEN (Ed.). Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives (10-77). New York: Guilford.
- KEUPP, H. und KRAIKER, C. (1984): Die Kontroverse zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. In: H. ZEIER (Hrsg.): Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts». Lernen und Verhalten. Band 2: Verhaltensmodifikation. Weinheim: Beitz. 44-90.
- KÖNIG, K. (1988): Wie können Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten kooperieren? In: H.-G. RECHENBERGER und H.-V. WERTH-MANN (Hrsg.): Psychotherapie und innere Medizin. München: Pfeiffer, 251-259.
- KRAIKER, C. (1984): Die Entwicklung und Rezeption der Verhaltenstherapie in Deutschland. In: H. ZEIER (Hrsg.): Kindlers «Psychologie des 20. Jahrhunderts». Lernen und Verhalten. Band 2: Verhaltensmodifikation. Weinheim: Beitz, 35-43.
- LAZARUS, A. A. (1978): Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- LAZARUS, A. A. (1995): Praxis der multimodalen Therapie. Tübingen: dgvt-Verlag.
- LEIBING, E. (1992): Krankheitsbewältigung bei Patienten mit rheumatoider Arthritis -Faktoren der Bewältigung, des Verlaufs und der therapeutischen Beeinflussung durch ein psychologisches Schmerz-
- MEERMANN, R. und VANDEREYCKEN, W. (1 Verhaltenstherapeutische Psychosomatik Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- MEICHENBAUM, D. H. (1985): Stress inocu training. New-York: Pergamon Press.
- MEICHENBAUM, D. H. (1979): Kognitive V tensmodifikation. München: Urban Schwarzenberg.
- MEYER, A. E., RICHTER, R., GRAWE, SCHULENBURG, J. M. GRAF, V.D. und SCH B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen Psychotherapeutengesetzes. Har Eppendorf: Eigenverlag.
- MINSEL, W.-R. (1981): Modelle zur Integration Psychotherapie: Faktum und Fiktion. I BAUMANN, H. BERBALK und G. SEIDEN-STÜ (Hrsg.): Klinische Psychologie: Trenc Forschung und Praxis 4. Bern, Stuttgart, V Huber. 160-179.
- ORLINSKY, D. F. (1994): Learning from Masters. Ansätze zu einer wissenschaft Integration psychotherapeut Behandlungsmodelle. Psychotherapeut. 39 9.
- PERREZ, M. (1980): Methodenintegratio differentielle Indikation? In: W. SCHULZ u HAUZINGER (Hrsg.): Klinische Psychologi Psychotherapie. Kongreßbericht E Tübingen/Köln: DGVT/GwG; Band 1, 51-5
- PLÄNKERS, T. (1986): Anmerkungen zu In tionsversuchen von Psychoanalyse Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie

- bewältigungsprogramm. Regensburg: Roderer.
- LINDEN, M., HAUZINGER, M. (Hrsg.) (1994): Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.
- LURIA, A. R. (1959): The directive function of Speech in development. *Word*, 15, 341-352.
- MAHONEY, M. J. (1979): Kognitive Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer.
- MARGRAF, J. und SCHNEIDER, S. (1989): Panik: Ängstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.
- Psychosoziale Praxis. 2, S. 199-208.
- PONGRATZ, L.J. (1983): Das Verhältnis von Klinische Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychopathologie Psychotherapie*, 31 (3), 229-239.
- Psychotherapie-Richtlinien (1987): Richtlinien Bundesausschusses der Ärzte Krankenkassen über die Durchführung Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- QUEKELBERGHE, R. VAN (1979): Modelle kognitiver Therapien. München: Urban Schwarzenberg.

– 738 –

- REINECKER, H. (1994): Grundlagen der Verhaltenstherapie. München: Urban und Schwarzenberg.
- ROGERS, C. R. und SKINNER, B. F. (1956): Some issues concerning the control of human behavior: A Symposium. *Science*. 124, 1057-1066.
- RÜGER, U., BLOMERT, A. F. und FÖRSTER, W. (1990): Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Meßinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- SANDLER, J., DARE, C. und HOLDER, A. (1986): Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Theorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- SCHIEPECK, G. (1988): Einführung. Ist Psychotherapie als Technologie rekonstruierbar? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 1, 5-7.
- SCHNEIDER, H. (1988): Veränderung in der Psychotherapie als selbstorganisierender Prozeß: Ein Modell der Entstehung einer neuen Struktur. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 1, 24-38.
- SCHORR, A. (1984): Die Verhaltenstherapie. Ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Weinheim: Beltz.
- SCHÜSSLER, G. und LEIBING, E. (1993): Verlauf- und Therapiestudien zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Hogrefe.
- SCHÜSSLER, G. (1995): Psychosomatik/Psychotherapie systematisch. Lorch: UNT-MED.
- SCHULTE, D. (1986): Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie) (Hrsg.): *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 2, S. 199-208.
- THOMÄ, H. und KACHELE, T. (1985): Lehrbuch psychoanalytischer Therapie. Band 1. E. Springer.
- WACHTEL, P. (1981): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie: Ein Plädoyer für ihre Integration. Stuttgart: Klett-Cotta.
- WAHL, R. und HAUZINGER, M. (1989): Verhaltenstherapie in der Psychosomatik. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzte Verlag
- WESTMEYER, H. (1977): Verhaltenstherapie: Die kontrollierte Praxis? Möglichkeiten und Probleme einer theoretischen Fundierung. In: H. WESTMEYER und H. HOFFMANN (Hrsg.): *Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte*. Hamburg: Hoffmann und Campe, 187-203.
- WESTMEYER, H. (1978): Wissenschaftstheoretische Grundlagen Klinischer Psychologie. In: H. BAUMANN, H. BERBALK und G. SEIDENSTADT (Hrsg.): *Klinische Psychologie: Trends in der Forschung und Praxis* 4. Bern, Stuttgart, Wien: Huber. S. 160-179.
- WITTMANN, L. (1981): Verhaltenstherapie und Psychodynamik. Weinheim: Beltz.

*Литература к разделу  
«Клиент-центрированная  
разговорная психотерапия»*

- AMBÜHL, H., und GRAWE, K. (1988): Die Wirkim-  
Psychotherapien als Ergebnis

- für Verhaltenstherapie, Hrsg.) (1986): Verhaltenstherapie-Theorien und Methoden. Tübingen: DGVT, 16-42.
- SCHULTZ-HENCKE (1927): Einführung in die Psychoanalyse. Jena: Fischer. (Unveränderter Nachdruck (1972): Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- SCHULTZ-HENCKE (1951): Eehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 4. Aufl. 1985.
- SKINNER. B. F. (1969): Contingencies of reinforcement, Kongreßbericht E Tübingen/Köln: DGVT/ GwG. Band 2, 177
- BECHMANN, R. (1988): Die Verbalisierung der therapeutischen Beziehung in der fokalphysioanalytischen und in der klientenzentrierten Psychotherapie. GwG-Zeitschrift, 72, 86-87.
- BENJAMIN, L. S. (1982): Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In J. C. ANCHIN und D. J. KIESLER (Eds.): Handbook of Interpersonal Psychotherapy. New York: Pergamon Press, 190-214.
- BENSE. A. (1981): Klinische Handlungstheorie. Weinheim: Beltz.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M. (1993 a): Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: J. ECKERT, D. HÖGER und H. LINSTER (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln: GwG, 77-88.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M. (1993b): Die Psycho-genese der Neurosen. In: J. ECKERT, D. HÖGER und H. LINSTER (Hrsg.): Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1. Köln: GwG. 99-108.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M., ECKERT, J. und SCHWARTZ, H. J. (1993): Gesprächspsychotherapie - Verändern durch Verstehen. 3. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- BIERMANN-RATJEN, E.-M., ECKERT, J. und SCHWARTZ, H. J. (1995): Gesprächspsychotherapie - Verändern durch Verstehen. 7., erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- BINDER. J. und BINDER, U. (1991): Schützend Verantwortung übernehmen. Weinheim: Beltz.
- BINDER, U. und BINDER, H. J. (1982): Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Frankfurt: Klotz.
- Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft Klient/inn/en. Zeitschrift Klinische Psychopathologie und Psychotherapie. 36. 327.
- BOMMERT, H. (1987): Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie - Praxis Forschung. 4., veränderte und ergänzte. Stuttgart: Kohlhammer.
- DÜHRSSSEN, A. (1972): Analytische Psychotherapie, Theorie, Praxis und Ergebnisse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- DÜHRSSSEN, A. (1988): Dynamische Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- DÜHRSSSEN, A. (1995): Die Bedeutung einer la Anthropologie für psychotherapeutische Behandlungen. Z. Psychosomat. Psychoanal. 41 (3), S. 279-283.
- ECKERT, J. und BIERMANN-RATJEN, E.-M. (1990): Heimlicher Wirkfaktor: «Theorie» Psychotherapeuten. In: V. TSCHUSCHKE und CZOGALIK (Hrsg.): Was wirkt in Psychotherapie? Berlin: Springer.
- ECKERT, J. und WUCHNER, M. (1994): Frequenz und Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie Erwachsenen, GwG Zeitschrift, 95, 17-20
- ECKERT, J. (1991): Gesprächspsychotherapie; erfolgreiche Fokalthherapie? GwG-Zeitschrift, 81, 41-42.
- ECKERT, J. (1994): Diagnostik und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. In: P. JANSSEN und W. SCHNEIDER (Hrsg.): Diagnostik Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Gustav Fischer. 147-164.
- ECKERT, J. und BIERMANN-RATJEN, E.-M. (1994): Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse und Effekte - Vergleiche. Berlin: Springer.
- ELLIOT, R. (1996): Are client-centered/ experiential therapies effective? A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 100-110.

- BOMMERT, H. (1979): Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- BOMMERT, H. (1980): Therapieorientierte Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie. In: W. SCHULZ und M. HAUTZINGER (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapies effektive? A Meta-Analyse zur outcome-research. In: ESSER, U., PAPST SPEIERER, G.-W. (Hrsg.): The Power of the Person-Centered Approach. GwG-Verlag, Deutsche Übersetzung: Sind klienten Erfahrungen etwas Scham und verbliebene Zu Anmerkungen zu KLAUS GILBERT «Psychotherapieforschung zu Beginn neunziger Jahre». Psychologische Rundschau, 43. 163-167.
- FINKE, J. und TEUSCH, E. (1992): Krankheitslehre der Gesprächspsychötherapie, Heidelberg: Asanger.
- FINKE, J. (1994 a): Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme.
- FINKE, J. (1994 b): Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In: M. BEHR, U. ESSER, F. PETERMANN, R. SACHSE und R. TAUSCH (Hrsg.): Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Jahrbuch 1994. Köln: GwG-Verlag. 9-29.
- GENDLIN, E. T. (1970): A Theory of Personality Change. In: J. T. HART und T. M. TOMLINSON (Eds.): New Directions in Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin, 129-173.
- GENDLIN, E. T. (1974): Client-centered and experiential Psychotherapy. In: D. A. WEXLER und L. N. RICE (Eds.): Innovations in Client-centered Therapy. New York, 211-246.
- GRAESSNER, D. (1984): «Übertragung» und klientenzentrierte Psychotherapie. GwG-Info, 57, 87-89.
- GRAWE, K. (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40 (3), 130-145.
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe.
- GREENBERG, E., ELLIOT, R. und EITNER, G. (1994): Research on Experiential Psychotherapies. In: A. E. BERGIN und S. E. GARFIELD (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4-th Edition. New York: Wiley, 509-539.
- GREENSON, R. R. (1981): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Band 1. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HART, J. und TOMLINSON, T. M. (1970): New Directions in Client-Centered Therapy. Boston.
- HOFFMANN, S. O. (1992): Bewund- derung, etwas Scham und verbliebene Zu Anmerkungen zu KLAUS GILBERT «Psychotherapieforschung zu Beginn neunziger Jahre». Psychologische Rundschau, 43. 163-167.
- HOFFMANN, S. O. und HOCHAPFEL, G. (1995): Einführung in die Neurosenlehre Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer. 1995
- HOFSTÄTTER, P. R. (1957): Gruppendynamik. Hamburg: Rowohlt.
- HOVTARD, K. I., KOPTA, S. M., KRAUSE, M. S. und ORLINSKY, D. E. (1986): The Dose-Response Relationship in Psychotherapy. American Psychologist, 41, 159-164.
- HOWE, J. und MINSEL, W.-R. (1984): Gesprächspsychotherapie. In: H. PETZOLD (Hrsg.): Die Kunst zum Menschen. Paderborn: Junfermann, 386.
- HOYER, J. (1996): Incongruence and social cognition. In: ESSER, U; PAPST, H., SPEIERER, G.-W. (Hrsg.): The Power of the Person-Centered Approach. GwG-Verlag, Köln.
- JACOBS, S. (1983): Beziehungsmuster in klientenzentrierter Psychotherapie mit Delinquenten. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 4, 173-181.
- JANSSEN, P. E. und SCHNEIDER, W. (1994): Diagnostik in der Psychotherapie und Psychosomatik. Stuttgart: Gustav Fischer.
- KÖHLER-WEISKER, A. (1978): Freuds Beziehungstechnik und die Technik der klientenzentrierten Gesprächs-Psychotherapie nach Rogers. Psyche, 9, 825-847.
- KRUEGER, R. F. und SHILLEN, J. M. (1984): Client-Centered Therapy and the Person-Centered Approach. New York: Praeger.
- MARTIN, D. G. (1976): Gesprächs-Psychotherapie. Ein Erfahrungsprozeß. Salzburg: Otto Müller.
- MEADOR, B.D. und ROGERS, C. R. (1973): «Client-Centered Therapy: Contraindications, Contraindications, and Contraindications».



Centered Therapy». In: R. J. CORSINI  
«Current Psychotherapies». Peacock.  
MEYER, A.-E. (1991): Eaudario für Carl R.  
Rogers. GwG-Zeitschrift 81, 53-55.

– 741 –

- MEYER, A.-E., RICHTER, R., GRAWE, K., SCHULLENBURG, J.-M. GRAF, V. D. und SCHULTE, B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg-Eppendorf: Eigenverlag.
- MEYER, A.-E., STUHR, U., WITH, U. und RÜSTER, P. (1988): 12-year follow-up study of the Hamburg short psychotherapy experiment. *Psychosomatics and Psychotherapy*, 192-200.
- NEIDENBACH, N. (1982): Eine vergleichende Betrachtung von Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse. In: J. HOWE (Hrsg.): *Integratives Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Weinheim: Beitz, 55-90.
- ORLINSKY D. E. und HOWARD K. E. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: S. E. GARFIELD und A. E. BERGIN (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (3. Aufl.). New York: Wiley.
- ORLINSKY, D. E. (1994): Earning from Many Masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut*, 39 (1), 2-9.
- PETZOLD, H. (Hrsg., 1984): *Wege zum Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- PFEIFFER, W. M. (1980): Otto Rank - Wegbereiter personenzentrierter Psychotherapie. In: W. SCHULZ und M. HAUTZINGER (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Kongreßbericht Berlin. Tübingen/Köln: DGV77 GwG, Band 5, 93-101.
- PFEIFFER, W. M. (1987a): Der Widerstand in der Sicht der klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift*. 66, 55-62.
- PFEIFFER, W. M. (1987b): Übertragung und Realbeziehung in der Sicht klientenzentrierter Psychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6 (3), 347-352.
- RICE, L. N. und GREENBERG, L. (Eds.) (1984): *Patterns of Change*. New York: Guilford.
- ROGERS, G. R. und DYMOND, R. F. (1954): *Coordinated Research Studies in The Centered Approach*. Chicago: The University of Chicago Press.
- ROGERS, C. R. (1942): *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. Dt. Ausg. (1957): *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- ROGERS, C. R. (1951): *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin. Dt. Ausg. (1973): *Die klientenbezogene Gesprächs-therapie*. München: Kindler.
- ROGERS, C. R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-100.
- ROGERS, C. R. (1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: S. KOCH (Ed.): *Psychology: A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw-Hill, 184-256. Dt. Ausg. (1975): *Eine Theorie der Psychotherapie, Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (Hrsg.: G. HÖHNER und BRÜSEKE), Köln: GwG.
- ROGERS, C. R. (1961): On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin. Dt. Ausg. (1975): *Die Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Fischer.
- ROGERS, C. R. (1962): The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 42, 416-429.
- ROGERS, C. R. (1965): The therapeutic relationship: Recent theory and research. *Australian Journal of Psychology*, 17, 95-108.
- ROGERS, C. R. (1978): *Die Kraft des Guten*. München: Kindler.
- ROGERS, C. R. (1983): *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: S. Fischer.
- ROGERS, C. R., TRUAX, C. und CHARKHOFF, R. (Eds.) (1976): *Variablen des Therapeutenverhaltens*. (Deutsche Bearbeitung von

- W. M. PFEIFFER), Arbeitsmaterial des Psychologischen Instituts der Universität Göttingen.
- ROHDE-DACHSER, CHR. (1994): Warum sind Borderline-Patienten meist weiblich? In CHR. ROHDE-DACHSER: Im Schatten der Kirschen. Psychoanalytische Dialoge Bern: Huber, 79-82.
- RUDOLF, G., GRANDE, T. und FORSCH, U. (1988): Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs. -Eine empirische Untersuchung prognostischer Faktoren in der Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 34, 32-49.
- SACHSE, R. und MAUS, C. (1991): Zielorientierte Handeln in der Gesprächspsychotherapie Stuttgart: Kohlhammer.
- SACHSE, R. (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R. (1995): Der psychosomatische Patient in der Praxis. Grundlagen einer effektiven Therapie mit «schwierigen» Klienten. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHÖLL-SCHWINGHAMMER, I., JACOBS, S. (1987) Empathie, Kongruenz und Akzeptanz in psychoanalyse und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 6 (4) 507-517.
- SPEIERER, G.-W. (1994). Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung. Heidelberg: Asanger.
- SPEIERER, G.-W. (1996): The Differential Incongruence Model as a Basis of Specific and Integrative Options in Counseling and Psychotherapy. In: ESSER, U., PAPST, H., SPEIERER, G.-W. (Hrsg.): The Power of the Person-Centered Approach. Köln: GwG-Verlag.
- SPEIERER, G.-W. (1987): Kritische Bemerkungen zur Arbeit von Ilona Scholl-Schwinghammer und Stefan Jacobs über «Empathie, Kongruenz und Akzeptanz in Psychoanalyse und klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie». Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 6 (4). 517-519.
- SWILDENS, H. (1991): Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG-Verlag.
- TAUSCH, R., und TAUSCH, A. (1956): Kind psychotherapie im nicht-direkten Verfahren. Göttingen: Hogrefe.
- TAUSCH, R. (1975): Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- TAUSCH, R. (1980): Von der Gesprächspsychotherapie zu personenzentrierten Lebensformen. In SCHULZ und M. HAUTZINGER (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Kongreßbericht Berlin. Tübingen/DGVT/GwG, Band I, 207-230.
- TAUSCH, R. und TAUSCH, A. (1979): Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- TRUAX, G. B. und CHARKHOFF, R. R. (1967): Textbook of effective Counseling and Psychotherapy. Training and Practice. Chicago.
- TSCHEULIN, D. und GLOSSNER, A. (1993): Die deutsche Übertragung der INTREX «Loneliness» Questionnaires: Validität und Auswertungsgrundlagen der Selbstbeurteilungsmethode. In: W. TRESS (Hrsg.): SASB - Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Heidelberg: Asanger, 123-155.
- TSCHEULIN, D. (1980): Für und wider die Modellintegration in der Psychotherapie. In SCHULZ und M. HAUTZINGER (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Kongreßbericht Berlin. Tübingen/Köln: DGVT/GwG, Band I, 57-66.
- TSCHEULIN, D. (1992). Wirkfaktoren personenzentrierter therapeutischer Intervention. Göttingen: Hogrefe.
- TSCHEULIN, D. (1995): Grundlagen und Modellvorstellungen für eine personenzentrierte Störungslehre. In: SCHMIDTCHEN, S., SPEIERER, G. W., LINSTER, H. (Hrsg.): Die

- Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre. Köln: GwG-Verlag, 139-179.
- VAN KESSEL, W. und VAN DER LINDEN, P. (1993): Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. GwG Zeitschrift, 90, 19-32.
- WATZLAWIK, P., BEAVIN, J. H. und JACKSON, D. D. (1982): Menschliche Kommunikation. Bern: Huber.
- WEXLER, D. A. (1984): A cognitive theory of experiencing, self-actualisation, and therapeutic process. In: D. A. WEXLER and L. N. RICE (Eds.): Innovations in Client-Centered Therapy. New York: Wiley.
- WILD-MISSONG, A. (1983): Neuer Weg zum Unbewußten. Salzburg: Otto Müller.
- ZIELKE, M. (1979): Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- BREUER, J. und FREUD, S. (1895): Studien über Hysterie. GW I, Frankfurt: S. Fischer.
- BÜHLER, K. F. und BIESKNECKER-FJORKES (1986): Behandlungsergebnisse mit Autogenen Training. Dt. Ärzteblatt 83, 2684.
- CRASNILECK, H. B. (1982): A follow-up study: use of hypnotherapy in the treatment of psychogenic impotency. Am. J. Clin. Hypn. 52-61.
- EDMONTON, W. F. (1981): Hypnosis and relaxation. New York: Wiley.
- ELLENBERGER, H. F. (1973): Die Entdeckung des Unbewußten. Band I und II. Bern: Huber.
- ERICKSON, M. H. (1967): Advanced techniques of hypnosis and therapy. New York: Grune & Stratton.
- ERICKSON, M. H., ROSSI, F. F. und ROSSI, S. L. (1969): Hypnose. München: Pfeifer.
- FERENCZI, S. (1952): Introjection and transference. First contribution to psychoanalysis (pp. 3-10). London: Hogarth Press.
- FREUD, S. (1919): Die psychoanalytische Therapie. SIGMUND FREUD G. W. Band XII, 3. Auflage (1919). Frankfurt: S. Fischer.
- GILU, M. M. und BRENNAN, M. (1959): Hypnosis and related states: Psychoanalytic Studies in regression. New York: IUP.
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F., (1984): Psychotherapie im Wandel. Hogrefe. Göttingen.
- GREENSON, R. R. (1981): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Gotta.
- GRUENEWALD, D. (1982): The psychoanalytic view of hypnosis. Am. J. Clin. Hypn. 24, 185-190.
- HAAG, G. und BIRBAUMER, N. (1984): Differenzialpsychologische Psychotherapieindikation bei psychischen Störungen. In: U. BAUMANN, H. BERBAUM und G. SEIDENSTÜCK E. R. Klinische Psychologie, Trends in Forschung und Praxis. Bern: Huber, 248-281.
- HAMMONU, D. G. (1984): Myths about ERICKSONIAN Hypnosis. Am. J. Clin. Hypn. 26, 236-245.

*Литература к разделу  
«Гипноз и аутотренинг»*

- APPEEBAUM, P. S. (1984): Hypnosis in the courtroom. Hosp. Commun. Psychiat. 35, 657-658.
- BARBER, T. X. und WILSON, S. G. (1978/79): The Barber-Suggestibility Scale and the Greaves-Imaginarion-Scale X: Experimental and clinical applications. Am. J. Clin. Hypn. 21, 84-96.
- BERNHEIM, H. (1910): Meine Auffassung der Suggestion. Klinisch-Therapeutische Wochenschrift, 52, Berlin.
- BONGARTZ, W. (1985): German norms for the Harvard-Group-Scale of hypnotic susceptibility. Form A. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 33, 131-139.
- ORNE, M. T., HILGARD, E. R., SPIEGEL, H., SPIEGEL, D., CRAWFORD, H. J., EVANS, P. J., ORNE, M. T. und FRISCHHOLZ, E. J. (1979): The relationship between the hypnotic induction profile and the hypnotic susceptibility scale. J. Clin. Hypn. 21, 1-10.
- HILGARD, E. R. (1965): Hypnotic and susceptibility. New York: Harcourt Brace and World.
- HILGARD, E. R. (1977): Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley.

- York: Wiley & Sons.
- HILGARD, E. R. und HILGARD, .1. R. (1983): Hypnosis in the relief of pain. Los Altos: William Kaufmann.
- HOFFMANN, B. (1997): Handbuch des Autogenen Trainings. Frankfurt: dtv.
- JACOBSON, E. (1965): Progressive relaxation. 2. Auflage. Chicago: University Press.
- JOHNEN, R. und MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, H. (1988): Psychoanalyse und funktionelle Entspannung. Prax. Psychother. Psychosom. 33, 134-146.
- KALUZA, K. K., LEHNERT, H., LOSSE, H. und DORST, K. (1986): Langzeitwirkungen und prognostische Kriterien eines verhaltenstherapeutischen Programmes bei essentieller Hypertonie. Psychother. Med. Psychol. 36, 179-186.
- KOSSACK, H. CH. (1989): Hypnose. München: PVU.
- KRAFT, H. (1989): Autogenes Training. Stuttgart: Hippokrates.
- KUBIE, L. S. und MARGULIN, S. (1944): The process of hypnotism and the nature of hypnotic state. Am. J. Psychiat., 100, 611-622.
- LANGEN, D. (1969): Gestufte Aktivhypnose. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- LANGEN, D. (1983): Hypnose und Autogenes Training in ihrer Wechselbeziehung. In: U. H. PETERS (Hg.): Kindler's «Psychologie des 20. Jahrhunderts». Psychiatrie. Band II. Weinheim: Beltz.
- MEYER, A. E., R. RICHTER, K., GRAWE, N., GRAF V., SCHULENBURG, B., SCHULTE (1991): Forschungsgutachten zur Frage eines Psychotherapeutengesetzes. Hamburg.
- ORNE, M. T. (1959): The nature of hypnosis: Artefact and essence. J. Abnorm. Soc. Psychol. 58, 277-299.
- Stanford hypnotic susceptibility scales, F. A and G. Int. J. Clin. Exp. Hypnos. 15, 730
- ORNE, M. T. (1983): Kann man mit Hypnose jem dazu zwingen etwas zu tun, was er sonst tun würde? Experimentelle und Klin Hypnose 1, 19-33.
- PETER, B. (1986): Hypnotherapie. In: U. CORSIN J. RAYMOND (Hg.): Handbuch der chotherapie, Band t. Weinheim: Beltz, 336-
- READ, G. D. (1968): Childbirth without fe: Auflage. New York: Heinemann. ROHRMEI (1982): Langzeiterfolge psychosomal Therapien. Berlin: Springer.
- SCHILDER, P. (1921): Über das Wesen der Hy Berlin: Springer.
- SCHULTZ, J. H. (1979): Hypnosetechnik. 7. Au Stuttgart: G. Fischer.
- SCHULTZ, J. H. (1979): Das Autogene Trainin; Auflage. Stuttgart: Thieme.
- SCHÜSSLER G, (1995): Psychosomatik/Psychotho Systematisch. Lorch: Uni Med.
- SHORE, R. E. und ORNE. E. G. (1962): Harvard-C Scale of hypnonotic susceptibility, For Paolo Alto: Consulting Psychology Press.
- SPIEGEL D. (1994): Hypnosis. In: HALES R., YUDC S., TALBOTT J., Textbook of Psychiatry 2 Am. Psychiat Press Washington.
- STETTER, F., K. MANN (1992): Autogenes Trainin Ärzteblatt 89, 1427-1428.
- STOCKSMEIER. U. (1 984): Eehrbuch der Hy Basel: Karger.
- STOKVIS, B. (1965): Eehrbuch der Hypnos Auflage. Basel: Karger.
- STOKVIS, B. und PFLANZ, M. (1961): Suggesti ihrer relativen Begrifflichkeit

– 745 –

- medizinisch und sozial-psychologisch betrachtet. Stuttgart: Hippokrates.
- THOMAS, K. (1983): Praxis der Selbsthypnose und des Autogenen Trainings. Stuttgart: Thieme.
- WATZLAWICK, P. (1982): Ericksons contribution to the interactional view of Psychotherapy. In: J. K. ZEIG: Ericksonian Approaches to Hypnosis. New York: Brunner/Mazel.
- WENGELE. H. (1988): Hypnose in der interdisziplinären Therapie des chronischen Schmerzpatienten. Prax. Psychother.
- BERGIN, A. F., FAMBERT, M. J. (1978): The eval of therapeutic outcomes. In: GARFIELD, BERGIN, A. F. (Hrsg.): Handbook psychotherapy and behavior change: emprical analysis. 2nd end. New Chichester. Brisbane: Wiley Sons. 139-189
- BERTRAM, H., BAYER, H., BAUERELß, R.(1 Familien-Atlas. Febenslagen und Regi Opiaden: Feske Budrich.
- BOSZORMENYI-NAGY, I., SPARK, G. M. (1 Unsichtbare Bindungen. Stuttgart: Klett-Cc

- Psychosom. 33, 193-199.
- WOLLBERG, L. R. (1983): Kurzzeittherapie. Stuttgart: Thieme. Psychosom.
- ZEIG, J. K. (1991): Therapeutische Muster in der Ericksonschen Kommunikation der Beeinflussung. In: J. K. ZEIG: Psychotherapie. Tübingen: dgvt. ZEIG, J. K. (1995): Die Weisheit des Unbewußten. Heidelberg: Auer.
- ZINDEL, J. P. (1988): Hypnose und tiefenpsychologische Arbeit. Prax. Psychother. 33, 183-192.
- BUCHHOLS, M. (1982): Psychoanalytische Melind Familientherapie. Frankfurt/M.: Verla Fachbuchhandlung für Psychologie.
- CARTER, B., MCGOLDRICK, M. (1988): The chaotic family life cycle. New York: Gardner Press
- CIERPKA, M. (Hrsg.)(1987): Familiendiagn Heidelberg. Berlin, New York. Tokyo: Springer
- CIERPKA, M. (1989): «Persönliche Lebensentw lind familiärer Kontext. Prax. Psych Psychosom 34, 165-173.
- CIERPKA, M. (1991): Entwicklungen in der Familientherapie. Prax Psychother Psychosom 32-44.
- CIERPKA, M. (1992): Zur Entwicklung Familiengefühls. Forum der Psychoanaly 32-46.
- CIERPKA, M. (1996 a): Familiendiagnostik. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagn Heidelberg, Berlin: Springer. 1-24.
- CIERPKA, M. (1996 b): Synopsis für die klinische Diagnostik. In: CIERPKA, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg, Berlin: Springer, 25-32.
- CIERPKA, M. (1996 c): Die Ziele und Indikationen überlegungen der Therapeuten. In: CIERPKA, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagn Heidelberg, Berlin: Springer, 59-86.

*Литература к разделу  
«Семейная терапия»*

- ALDOUS, J. (1978): Family careers: developmental change in families. New York: Wiley.
- ALEXANDER, J. F., HOLTZWORTH-MUNROE, A., JAMESON, P. (1994): The Process and Outcome of Marital and Family Therapy: Research Review and Evaluation. In: BERGIN, A. F., GARFIELD, S. L. (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fourth edition. New York: Wiley. 595-630.
- BENNINGHÜVEN, F., KRANNICH, S., BOHLEN, U. (1996): Familiendiagnostik im Kontext. In: CIERPKA, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg Berlin: Springer, 143-62.

– 746 –

- CIERPKA, M. (1996 d): Das Narrativ in der Psychotherapie. In: BUCHHEIM, P., CIERPKA, M., SEIERT, T. (Hrsg.): Findauer Texte V - Spielregeln in der Psychotherapie/Erinnern und Entwerfen im psychotherapeutischen Handeln. Heidelberg. Berlin: Springer.
- CIERPKA, M., FREVERT, G. (1995 b): Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 44, 250-259.
- CIERPKA, M., MARTIN, C. (1996): Die Durchführung des Erstgesprächs. In: CIERPKA, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg. Berlin: Springer. 43-58.
- COMBRINCK-GRAHAM, F. (1985): A developmental model of family systems. Family Process 24, 139-150.
- DUVALL, F. M. (Hrsg.) (1971): Family development and Paare. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P. (1990): Understanding transference. New York: Basic Books.
- MASSING, A., REICH, G., SPERLING, E. (1994): Mehrgenerationenfamilientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- REICH, G. (1990): Psychoanalytische und systemische Familientherapie - Integrative Aspekte Differenzen in Theorie und Praxis. In: MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Berlin. Heidelberg, New York: Springer, 97-144.
- REICH, G., MASSING, A., CIERPKA, M. (1996): Mehrgenerationenperspektive und Genogramm. In: CIERPKA, M. (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg, Berlin: Springer, 87-104.

- 4th. New York: Lippicott.
- FREVERT, G., GIERPKA, M., JORASCHKY, P. (1996): Familiäre Lebenszyklen. In: CIERPKA, M. (Hrsg.); Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg. Berlin: Springer, 163-194.
- GURMAN, A. S., KNISKERN, D. P., PINSOFF, W. M. (1986): Research on the process and outcome of marital and family therapy. In: OARFIELD, S., BERGIN, A. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change (3rd ed). New York: Wiley, 565-624.
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- HEEKRENS, H.-P. (1990): Familientherapie bei Problemen von Kindern und Jugendlichen: Eine Sekundärevaluation der Effektivitätsstudien. System Familie 3: 1-10.
- KAUFMANN, F.-X. (1994): Die ökonomische und soziale Bedeutung der Familie. Referat auf dem Symposium des BmFSFJ «Zukunft der Familie», Bonn.
- KERNBERG, O. (1976): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer, 223-258.
- REICH, G., ROGER, U. (1994): Die Einbeziehung der Familie in die stationäre Psychotherapie. Nervenarzt 65, 313-322.
- SANDLER, F. (1985): Family or individual therapy: determinants of modality choice. Hospital Journal of Clinical Psychiatry 7, 6
- SANDLER, J. (1976): Gegenübertragung und Identifizierung zur Rollenübernahme. Psyche 30: 305.
- SPERLING, E., MASSING, A., REICH, G., GEORG WÖBBE-MÖNKS, E. (1982): Die Mehrfamilienfamilientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- STIERLIN, H. (1978) Delegation und Familie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- STRUPP, H. H., BINDER, J., (1984): Psychotherapy: a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books.
- THOMÄ, H., KACHELE, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1: Grundriss. Berlin. Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer.

– 747 –

- WEISS, T., HAERTEL-WEISS, G. (1991): Familientherapie ohne Familie. München: Piper.
- WHITAKER, C., FELDER, R., WARKENTIN, J. (1975): Gegenübertragung bei der Familienbehandlung von Schizophrenen. Reinbeck: Rowohlt Tb.
- WYNNE, L. (1988): Zum Stand der Forschung in der Familientherapie: Probleme und Trends. System Familie 1, 4-22.
- BATESON, G. (1969): Double bind. In: Ders. (1969) Ökologie des Geistes. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. 353-361.
- BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J., WEAVER, J. H. (1956): Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1. 251-264.
- BAÜRIEDL, T. (1980): Beziehungsanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp. - (1985): Das systemische Verständnis der Familiendynamik in der Psychoanalyse. In: ERMANN, M., SEIFERT, M. (Hrsg.): Die Familie in der Psychotherapie. Berlin. Heidelberg, New York. Tokyo: Springer.
- BENTOVIM, A., BARNES, G., COOKLIN, A. (1982): Family therapy: Completing the frameworks of theory and practice. 2 Bd. New York. London: Academic Press.
- BERGER, M. (Hrsg.) (1978): Beyond the double bind. New York; Brunner/Mazel.
- BERTALANFFY, L. von (1968): General System of Family Therapy. New York: Braziller.
- BORNSTEIN, P. H., BORNSTEIN, M. T. (1977): Psychotherapie mit Ehepaaren. Bern: Huber.
- BOSZORMENYI-NAGY, I., SPARK, G. M. (1975):

### *Дополнительная литература*

- CIERPKA, M. (Hrsg. 1996): Handbuch der Familiendiagnostik. Heidelberg. Berlin: Springer.
- GURMAN, A. S., KNISKERN, D. P. (Hrsg. 1991): Handbook of Family Therapy. New York: Brunner/Mazel.
- MASSING, A., REICH, G., SPERLING, E. (1994): Die Mehrfamilienfamilientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- MINUCHIN, S. (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- RICHTER, H. E. (1969): Eltern, Kind und Neurose.

Reinbek: Rowohlt.

*Литература к разделу  
«Супружеская терапия»*

- ACKERMAN, N. (1958): The psychodynamics of family life. New York: Basic Books. -(1959): The psychoanalytic approach to the family. In: D. BLOCH, R. SIMON (Hrsg.) (1959): The strength of family therapy. Selected papers of Nathan Ackerman. New York: Brunner/Mazel.
- ANZIETI, D. (1975): Le groupe et l'inconscient. Paris: Dunod.
- ASHBY, W. R. (1952): Design for a brain. London: Chapman & Hall.- (1956): Einführung in die Kybernetik. Frankfurt: Suhrkamp, 1974.
- BUCHHOLZ, M. (1982): Psychoanalytische Methode und Familientherapie. Frankfurt a. M.: Verlag der psychologischen Fachbuchhandlung.
- CIERPKA, M. (1994): Familientherapie. In: Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. Stuttgart, Nechompiw York: Schattauer.
- CIOMPI, L. (1981): Psychoanalyse und Systemtheorie - ein Widerspruch? Ein Ansatz zu einer «Psychoanalytischen Systemtheorie». Psyche, 35. 66-86. - (1982): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DICKS, H. V. (1967): Marital tensions. London: Routledge & Kegan Paul.
- ERICKSON, M., ROSSI, E., ROSSI, S. (1976): Hypnose. Induktion - Psychotherapeutische Anwendungs-Beispiele. München: Pfeiffer 1978.
- ERICKSON, M., ROSSI, E. (1979): Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer, 3. Aufl. 1993.
- FALLOON, I. R. H. (1989): Verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapie bei Schizophrenie. In: HAND, I., WITTCHEN, H. U. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Medizin. Berlin: Springer, 97-105.
- FALLOON, I. R. H. (1993): Behavioral family therapy for Schizophrenie and affective disorders. In: Invisible loyalties. New York: Harper & Row
- BOSZORMENYI-NAGY, I., ULRICH, D. (1981): Contextual family therapy. In: A. S. GURMAN, D. P., KNISKERN (Eds.) (1981): Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel 186.
- BOWEN, M. (1976): Family therapy and family relationships. In: D. H. OLSON (Ed.) (1976): Triadic relationships. Lake Mills, Iowa: Graphical Co.
- BROCHER, T. (1967): Gruppendynamik und Erwachsenenbildung. Braunschweig: Westermann
- BRODERICK, G. B., SCHRADER, S. S. (1981): History of professional marriage and family therapy. In: A. S. GURMAN, D. P. KNISKERN (Eds.) (1981): Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel.
- FÜRSTENAU, P. (1979): Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Stuttgart: Klett.
- (1983): Paradigmawechsel in der Psychoanalyse (angesichts der strukturellen Ich-Störungen). In: H. STUDDT (Hrsg.) (1983): Psychosoziale Forschung und Praxis. München: Urban & Schwarzenberg.
- (1984): Der Psychoanalytiker als systemarbeitender Therapeut. Familiendynamik, 166-176.
- (1985): Konsequenzen der systemtheoretischen Orientierung für die psychoanalytische Gruppentherapie. In: P. KUTTER (Hrsg.): Methoden und Theorien der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 237-244.
- (1994): Chancen der Professionalisierung durch den «Facharzt für psychotherapeutische Medizin». In: GRÖNINGER, S., FÜRSTENAU, P. (Hrsg.): Weiterbildungsführer Psychotherapeutische Medizin. München: Pfeiffer 39-53.
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1981): Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe
- GURMAN, A. S., KNISKERN, D. P. (1981): Family therapy outcome research: knowns and unknowns. In: A. S. GURMAN, D. P. KNISKERN (Eds.) (1981): Handbook of family therapy. New York: Brunner & Mazel.
- HEIGL-EVERS, A. (1967): Zur Behandlungstechnik der analytischen Gruppenpsychotherapie. 2

- BELLACK, A. S., HERSEN, M. (Hrsg.): Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting. New York: Plenum Press, 595-611.
- FRAMO, J. L. (1965): Beweggründe und Techniken der intensiven Familientherapie. In: I,
- BOSZORMENYI-NAGY, J. L. FRAMO (Hrsg.) (1965): Familientherapie, 1. Reinbek: Rowohk 1975, 169-243.
- FREUD, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. Gesammelte Werke. Bd. VIII. Frankfurt: Fischer, 1973.
- KAUFMANN, L. (1975): Familientherapie. In: KISKER, J.-E. MEYER, C. MÜLLER, STRÖMGREN (Hrsg.) (1975): Psychiatrie Gegenwart. Bd. III. Berlin: Springer, 669-7
- (1986): Familientherapie. In: C. MÜLLER (1986): Lexikon der Psychiatrie. Im: Spr 288-291.
- Psychosom. Med. 13, 266-276.
- 749 –
- KLEIN, M. (1946): Notes on some schizoid mechanisms. Int. J. Psycho-Anal., 27, 99-110.
- KÖNIG, K. (1982a): Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppendyn., 18, 76-83.
- (1982b): Interaktioneller Anteil der Übertragung und phobische Persönlichkeitsstruktur. Prax. Psychother. Psychosom., 27, 25-32.
- (1984): Unbewußte Manipulation in der Psychotherapie und im Alltag. Georgia August! 40, 10-16.
- (1991): Praxis der psychoanalytischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÖNIG, K., KREISCHE, R. (1985a): Partnerwahl und Übertragung. Familiendynamik, 10, 341-352.
- (1985b): Zum Verständnis von Paarbeziehungen aus psychoanalytischer Sicht. Forum Psychoanal., 1, 239-249.
- (1994): Psychotherapeuten und Paare. Was Psychotherapeuten über Paarbeziehungen wissen sollten, 1. Auflage 1991, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1,
- KÖNIG, W. H. (1983): Psychoanalyse und Systemtheorie. In: W. MERTENS (Hrsg.): Psychoanalyse. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München: Urban & Schwarzenberg, 26-33.
- KREISCHE, R. (1985): Familie als Mittlerin zwischen Individuum und Gesellschaft. In: A. LEBER, H.-G., TRESCHER, C., BÜTTNER (Hrsg.): Die Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation. Teil I: Kindheit und Familie. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 39-51.
- (1986 a): Die Behandlung von neurotischen
- (1986 b): Zu den Auswirkungen der Charakterstruktur. Übertragung Gegenübertragung bei der Behandlung neurotischer Paarkonflikte. Gruppenpsych. Gruppendyn., 22, 22-35.
- (1990): Die besseren Hälften. Paartherapie in Systemen: die Kombination von Paar- und Gruppentherapie. In: MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- (1992): Gestörte Paarbeziehungen bei neurotischen Erkrankungen und ihre psychotherapeutische Behandlung mit Paar- und Gruppentherapie. Vergleich zwischen Frauen und Männern. Habilitationsschrift. Göttingen.
- (1994): Paare in Krisen. Reinbek: Rowohlt.
- LEMAIRE, J. G. (1979): La couple: sa vie, sa structuration du couple humain. Paris: L'Éditions du Cerf (Dt.: Leben als Paar, 1980. (Freiburg/Breisgau: Walter.)
- LIDZ, T., CORNELISON, A., FLECK, S., TERRILL (1957): The intrafamilial environment of Schizophrenic patients: II marital schism and marital skew. Am. J. Psychiatry, 114, 241-250.
- LÜDERS, W. (1983): Psychoanalyse versus Familientherapie. Psyche, 37, 462-469.
- MASSING, A. (Hrsg.) (1990): Psychoanalytische Wege der Familientherapie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- MENTZOS, S. (1976): Interpersonale und individualisierte Abwehr. Frankfurt.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., BAKER, L. (1975): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett, 1981.
- OBERNDORF, C. P. (1938): Psychoanalysis of married couples. Psych. anal. Review, 25, 453-475.



Paarkonflikten mit paralleler analytischer Gruppentherapie für beide Partner. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.*, 21, 337-349.

OGDEN, T. H. (1979): On projective identification. *J. Psycho-Anal.*, 60, 357-373.

PAUL, N. (1967): The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy. In: H.

- 750 -

ZUK, I. BOSZORMENYI-NAGY (Hrsg.) (1967): Family therapy and disturbed families. Palo Alto: Science and Behavior Books, 186-205.

RACAMIER, P. C. (1980): Die Schizophrenen. Eine psychoanalytische Interpretation. Berlin: Springer.

RICHTER, H.-E. (1970): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt. 1972.

SANDER, F. (1979): Individual and family therapy. Toward an Integration. New York: Aronson.

SANDLER, J. (1976): Countertransference and role responsiveness. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 3. 43-47.

SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. (1975): Paradossoecontroparadosso. Mailand: Feltrinelli.

- (1980): Hypothesieren-Zirkularität-Neutralität; drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik*, 6, 1981. 123-139.

SENF, W. (1987): Behandlungsergebnisse bei stationärer Psychotherapie. Eine empirische Nachuntersuchung von 116 Patienten zur differentiellen Wirksamkeit stationärambulanter Psychotherapie. Habilitationsschrift. Heidelberg.

SHAPIRO, R. (1968): Action and family interaction in adolescence. In: Marmor, J. (ed.) (1968): *Modern Psychoanalysis*. New York: Basic Books.

SIMON, F. B. (1984): Der Prozeß der Individuation. Über den Zusammenhang von Vernunft und Gefühlen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

SIMON, F. B., STIERLIN, H. (1984): Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett.

SKYNNER, R. (1976): Die Familie - Schicksal und Chance. *Handbuch der Familientherapie*. Ötten: Walter, 1978.

SPERLING, E., MASSFNG, A., REICH, G., GEORGI, H., WÖBBE-MÖNKS, E. (1982): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

STIERLIN, H. (1972a): Family dynamics and Separation patterns of potential schizophrenics. *Proceedings of the 4th Int. Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia*. Amstelveen: Excerpta Medica, 156-166.

- (1972b): A family perspective on adolescent runaways. *Arch. Gen. Psychiatry*, 29. 56-62.

STIERLIN, H. (1988): Systemischer Optimismus und systemischer Pessimismus. *Familiendynamik*, 13, 69-75.

STIERLIN, H., RUCKER-EMBDEN, I., WETZEL, W., WIRSCHING, M. (1977): Das Familiengespräch. Stuttgart: Klett.

STROTZKA, H. (1979): 1st Familientherapie auf psychoanalytischer Basis möglich? In: *Theorie und Praxis der Psychoanalyse*. Fellbach: Beltz.

- (1982): *Tiefenpsychologie und Psychotherapie*. Wien: Springer 1984.

WATZLAWICK, P. (1968): A review of the double bind. In: D. D. JACKSON (Hrsg.) (1968): *Communication, family, and marriage*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 63-86.

WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., FISCH, R. (1969): *Lösungen - Zur Theorie und Praxis des menschlichen Wandels*. Bern: Huber, 1974.

WATZLAWICK, P., COYNE, J. (1979): Problemzentrierte Kurzbehandlung einer depressiven Familiendynamik, 4, 148-157.

WILLI, J. Die Zweierbeziehung. Reinbek: Rowohlt. 1978. - (1978): *Therapie der Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.

WYENNE, L. C. (1980): Paradoxe Interventionen als Technik zur therapeutischen Veränderung individueller und familiärer Systeme. *Familiendynamik*, 5, 42-56.

ZEIG, J. K. (Hrsg.) (1980): *Meine Stimme begleitet mich überallhin*. Stuttgart: Klett, 1986.

*Литература к разделу  
«Психодрама»*

- ANZIEN, D. (1956): Le psychodrama analytique chez l'enfant. Paris: Presses Universitaires de France.
- ANZIEN, D. (1969/70): Le psychodrama analytique collectif et la formation clinique des étudiants en psychologie. Bull. Psychol. 23, 13-16 No. 285, 908-914.
- ARGELANDER, H. (1970): Die szenische Funktion des Ich und der Anteile an der Symptom- und Charakterbildung. Psyche 24, 325-345.
- BENDER, W., DETTER, O., ELBL-ELBLSFELD, B., ENGEL-SITTEXFELD, P., GMELIN, B. und WOLF, R. (1979): Psychodrama vs. Freizeitgruppe: Effekte einer 25 stündigen Gruppenpsychotherapie bei psychiatrischen Patienten. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 47, 641-658.
- BENDER, W., ELBL-ELBLSFELD, B., LERCHL-WANIE, G. und ZANDER, K. J. (1981): Psychodramatherapie mit Neurose- und Psychosepatienten unter Einsatz von Videofeedback Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 31, 125-131.
- BRANDES, H. (1993): Szene und Matrix. Die gruppentherapeutischen Konzeptionen von J. L. Moreno und S. H. Foulkes. In: F. BUER (Hrsg.): Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis und Gesellschaftspolitik. Opiaden: Leske & Budrich. 19-42.
- BINSWANGER, R. (1980): Widerstand und Übertragung im Psychodrama. In: Psychodrama. Gruppenpsychother. Gruppendyn. 15, Heft 3/4, 222-242.
- BOSZORMENYL-NAGY, I. und SPARK, G. (1973): Unsichtbare Bindungen. Deutsch: 1983; Stuttgart: Klett-Cotta.
- BUBER, M. (1973): Das dialogische Prinzip. Ich und Du. Heidelberg: Schneider.
- BUER, F. (Hrsg.) (1989a): Morenos therapeutische Philosophie. Zu den Grundideen von Psychodrama und Soziometrie. Opiaden.
- BUER, F. (1989): Die Philosophie des J. L. Morenos als die Grundlage des Psychodrama. Int. Theat. 2, 121-140.
- BUER, F. (1990): Begegnung bei Moreno - Fremdung bei Marx. Zwei unversöhnliche Konzepte zwischenmenschlicher Beziehungen? Psychodrama 3, 1, 85 - 103.
- BUER, F. (1991): Morenos therapeutische Philosophie. Eine Einführung in ihre kulturell-ideengeschichtlichen Kontexte. In: BUER, F. (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. Opiaden. 9-42.
- BUER, F. (1991): Morenos Philosophie und Marxismus. In: BUER, F. (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. Opiaden, 159-174.
- BUER, F. (1991): Morenos Philosophie und Anarchismus. In: BUER, F. (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. Opiaden, 181-196.
- BUER, F. (1992): Der Prozeß menschlichen Lebens zwischen Kreation und Konserve. Gesundheit und Krankheit aus psychodramatischer Sicht. In: H. PRIZ und J. PETZOLD (Hrsg.): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann Druck).
- BUER, F. (1992): Morenos Projekt der Gesamtheit. Therapeutik zwischen Diätetik und Politik. In: BUER, F. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis und Gesellschaftspolitik 1992. Opiaden.
- BUER, F. und SCHMITZ, U. (1991): Psychodrama und Psychoanalyse. In: F. BUER (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. Opiaden, 111-126.
- BUER, F. (1992): Über die Wahrheit des psychodramatischen Erkenntnis. Der wissenschaftliche Status des Morenos-Ansatzes. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 28, 181-203.
- CARLSON-SABELLI, L., SABELLI, H. und HALE, J. (1994): The measurement of human interaction. In: P. HOLMES, M. KARP und M. WESTON (Hrsg.): Psychodrama since Moreno. London: Routledge. 147-187.

- EIBACH, H. (1980): Der Einsatz des Psychodramas bei der Behandlung von Kindern. In: F. BUER (Hrsg.): Psychodrama und Soziometrie. Opiaden. 147-187.
- KELLERMANN, P. F. (1994): Role reversal in psychodrama. In: F. BUER (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. Opiaden, 111-126.

- Psychosomatikern in bezug auf Kriterien der analytischen Kurzpsychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppendyn. 15, Heft 3/ 4, 315-329.
- GELLERT, M. und HEINZ, W. (1993): Psychodrama und Soziometrie in der Supervision und Fortbildung von AIDS- und Drogenberatern. In: R. BOSSELMANN, E. LÜFFE-LEONHART und M. GELLERT (Hrsg.): Variationen des Psychodramas. Meezen: Limmer, 273-285.
- GERSTENBERG, W. (1986): Die Übertragungs-, Arbeits- und Realbeziehung aus psychodramatischer Sicht. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 22, 234-329.
- GNEIST, J. und STIMMER, F. (1987): Psychodrama in Beratung und Therapie Alkoholabhängiger. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 23, Heft 2, 154-182. GOMBERT, K. (1979): Anwendung und Indikation des Psychodramas. Integrative Therapie 1/2, 38-50.
- GRAWE, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau 43, 132-162.
- HARROW, G. (1951): The effect of psychodrama group therapy on role behavior of Schizophrenie patients. Group Psychother. 4, 316-320.
- HEIGL-EVERS, A. und STREECK, U. (1985): Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Psychother. med. Psychol. 35, 176-182.
- HOLMES, P. (1992): The inner world outside. Object relations theory and psychodrama. London: Routledge.
- JENSEN, K. (1990): «as sollen wir denn noch tun?» Zur Supervision in einem Lehrerkollegium. Psychodrama, 3, 225-234.
- KASPER, G. (1993): Erst Feuer und Flamme - dann ausgebrannt. Beispiele aus der Lehrersupervision. In: R. BOSSELMANN, E. LÜFFE-LEONHART und M. GELLERT (Hrsg.): Variationen des Psychodramas. Meezen: Limmer, 263-272.
- chodrama. In: P. HOLMES, M. KARP und WESTON (Eds.): Psychodrama since M London: Routledge, 263-280.
- KLINGELHÖFER, J. (1993): Strukturierte Verankerung. Psychodrama, 6, 39-52.
- KONIG, R. (1956): Einige Bemerkungen Übersetzung von JACOB L. MORENO Grundlagen der Soziometrie. Psyche 9, 905
- KÖRNER, J. (1989): Arbeit an der Übertragung? in der Übertragung! Forum der Psychoanalyse Bd. 5, Heft 3, 209-223.
- KÖRNER, J. (1990): Übertragung und Gegenübertragung, eine Einheit im Widerspruch. Forum der Psychoanalyse Bd. 6, Heft 2, 87-104.
- KREITLER, H. und ELBINGER, S. (1961): Psychiatrische und kulturelle Aspekte des Widerstandes beim Psychodrama. Psyche 15, 155-161.
- KRÜGER, R. T. (1980): Gruppendynamik Widerstandsarbeiten im Psychodrama. Gruppenpsychother. Gruppendyn. 15, Heft 3, 243-270.
- KRÜGER, R. T. (1989): Die tiefenpsychologischen Funktionen des Rollentauschs, Psychodrama 6, 45-67.
- KRÜGER, R. T. (1997): Kreative Interaktionen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- LEBOVICI, S. (1956): Psychoanalytical applications of Psychodrama. J. Soc. Ther. 2, 280-291.
- LEBOVICI, S. (1969): Das Psychodrama mit Kindern und Jugendlichen. In: G. BIERMANN (Hg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Berlin: Springer, 771-777.
- LEBOVICI, S. (1971): Eine Verbindung von Psychodrama und Gruppenpsychotherapie. In: G. SCHILL (Hg.): Psychoanalytische Therapie in Gruppen. Stuttgart: Thieme, 312-339.
- LEBOVICI, S., DIATKINE, R. und KERSTEMBERG (1958): Bilan de dix ans de therapeutique psychodrama chez l'enfant et l'adolescent. Psychiatrie de l'enfant 1, 63.
- LEUTZ, G. A. (1973): Die Bedeutung des Psychodramas in der Arbeit mit Süchtigen. In: Hoffmann, J. (Hrsg.): Zur Therapie Süchtiger. Freiburg: Lambertus.
- LEUTZ, G. (1974): Psychodrama. Theorie und Praxis. Berlin: Springer.
- Verbinden? Gruppenpsychother. Gruppendyn. Heft 3, 223-237.
- PEICHL, J. (1989): Die Gruppe als ein zusammenfassendes Ganzes betrachtet - Die Bedeutung des Protagonistenspiels für den Gruppenprozess im Psychodrama. Gruppenpsych.

- LOCH, W. (1972): Übertragung - Gegenübertragung. Zur Theorie. Technik und Therapie der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer.
- LORENZER, A. (1970): Sprachlizerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt: Sulirkaamp.
- MEYERS Großes Konversationslexikon (1907): 6. Auflage, Bd. 16, 423.
- MEYER, A.-E. ET AL. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeuten-Gesetzes. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- MORENO, J. L. (1918): Einladung zu einer Begegnung. Wien: Anzengruber.
- MORENO, J. L. (1918+1922): Der Daimon (1918); Der Neue Daimon. Die Gefährten 1920/21. Faksimile Druck, Lichtenstein 1968: Thompson Limited.
- MORENO, J. L. (1918): Die Gottheit als Autor. Wien: Anzengruber.
- MORENO, J. L. (1923): Das Stegreiftheater. Potsdam: Kiepenheuer, New York: Beacon 1970.
- MORENO, J. L. (1949): Psychodrama Vol. I, 5. Auflage 1977, Vol. II (1959), Vol. III (1969). New York: Beacon.
- MORENO, J. L. (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. (2. Auflage 1973). Stuttgart: Thieme.
- MORENO, J. L. (1981): Die Organisation des sozialen Atoms. In: J. L. MORENO: Soziometrie als experimentelle Methode. Paderborn: Junfermann, 85-92.
- O' CONNELL, W. (1963): Adlerian psychodrama with chronic Schizophrenie patients. J. Individ. Psychol. 19, 69-76.
- PEICHL, J. (1988): Wie lassen sich das Psychodrama und Konzepte der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie sinnvoll
- Gruppendyn. 24, 311-321.
- PETERS, H. N. und JONES, F. D. (1951): Evaluative group psychotherapy by means of performance tests. Journal of Consulting Psychology 363-367.
- PETZOLD, H. (1975): Das «therapeutische Theater». Gruppendyn. 2, 117-126.
- PETZOLD, H. (1977): Die neuen Körperparaden. Paderborn: Junfermann.
- PETZOLD, H. (1978): Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychotherapie. In: GOTTSCHALDT (Hg.): Handbuch Psychologie, Bd. 8/11. Göttingen: Hogrefe, 2751-2795.
- PINES, M. (1986): Psychoanalysis, Psychodrama and Group-Psychotherapy: Stepchildren of the Group. Anal., Vol 19/2, June.
- PLOEGER, A. (1983): Tiefenpsychologisch fundierte Psychodramatherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- PONTALIS, J. B. (1968): Nach Freud. Frankfurt: Suhrkamp.
- POWELL, A. (1986): Object relations in psychodramatic group. Group Anal. 19, 138.
- RIED, H. (1979): Das Menschenbild im Psychodrama (Dissertation). Würzburg.
- RIEGELS, V. und SCHMITZ-HAMBRECHT, A. (1981): Soziometrie - Eine Einführung. In: E. ENGEL (Hg.): Psychodrama in der Praxis. München: Pfeiffer.
- RÜGER, U. (1986): Rollenspiel. In: C. MÜLLER (Hg.): Lexikon der Psychiatrie, 585-586. Heidelberg: Springer.
- ROHDE-DACHSER, CH. (1980): Loslösungs- und Individuationsprozesse in der psychoanalytisch orientierten Psychodrama-Therapie. Gruppentherapie und Gruppentherapie. Gruppendyn. 15, Heft 2, 271-306.

- 754 -

- SANDLER, J. (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. Psyche 30, 297-305.
- SCHACHT, M. (1991): Morenos Philosophie und Mystik. In F. BUER (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie (S. 199-217). Opiaden.
- SCHMIDT, B. (1978): Selbsterfahrung im Psychodrama als Methode der Sozialtherapie für Studenten. (Inaugural-Dissertation) Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Opiaden: Leske Budrich (im Druck).
- SHEARON, H. (1975): The effects of psychodrama treatment on professed and unprofessed concepts of selected fourth grader elementary school. Thesis paper. MORENO Institute. New York: Beacon.
- SEEGER, U. (1991): Der Drachentöter in der Sozialtherapie. Psychodrama. 4, 229-254.

- Universität Würzburg.
- SCHMITZ, U. (1991): Moreno und Bergson. Therapeutische Philosophie und induktive Metaphysik. In: F. BUER (Hrsg.): Morenos therapeutische Philosophie. Opiaden, 69-88.
- SCHÖNKE, M. (1975): Psychodrama in Schule und Hochschule - Eine empirische Untersuchung. Gruppendynamik 2. 109-116.
- SCHREYÖGG, A. (1992): Supervision. Ein integratives Modell. Paderborn: Junfermann.
- SCHÜTZENBERGER, A. (1966): *Precis de Psychodrama*. Paris. Deutsch: Psychodrama, Stuttgart 1979.
- SCHWINGER, TH. (1984): Zur Funktion von Supervision für Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen - am Beispiel therapeutischer Wohngemeinschaften. Gruppenpsychother. Gruppendyn, 19, 334-344.
- SCHWINGER, TH. (1986): Psychodrama als Supervisionsmethode. Ztschr. für personen-zentrierte Psychol. und Psychother. 5 (3), 297-316.
- SCHWINGER, T. (1992): Psychodrama als Methode der Gruppendiagnose. In: L. M. ALISCH (Hrsg.): Empirische Pädagogik III. Gruppendiagnostik - Experiment - Qualitative Verfahren. Braunschweig: Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, 175-194.
- SCHWINGER, T. und BURMEISTER, J. (1996): Psychodrama und konstruktivistische Erkenntnistheorie. In: F. BUER (Hrsg.): Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis
- SEEGER, U. (1993): Dersoziogenetische P klinischer Psychodrama-Therapie, Psychod 6, 5-38.
- THOMÄ, H. (1984): Der Beitrag des Psychoanaly zur Übertragung. Psyche 38, 29-62.
- THOMÄ, H. und KACHELE, H. (1986): *Ehrbuch psychoanalytischen Therapie*, Bd. I. E Springer.
- WALTER, H. J. (1977): *Gestalttherapie und ppenpsychotherapie*. Dannstadt: Steinkopff.
- WEISS, K. (1991): Psychodrama - Soziometri Supervisionskonzept. Supervision 19, 38-51.
- WEISS, P. (1968): Die Verfolgung und Ermordur Jean Paul Marals, dargestellt durch Schauspielgruppe des Hospizes zu Char unter der Anleitung des Herrn de Frankfurt: Suhrkamp.
- WIDLÖCHER, D. (1974): *Psychodrama mit gendlichen*. Ölten: Walter.
- WOOD, D., DEL NUOVO, A., BUCKY, S. F., SCHE und MICHALIK, M. (1979): Psychodrama w alcohol abuser population. ( Psychotherapy, Psychodrama and Socior 32, 75-88.
- ZEINTLINGER, K. (1981): *Analyse, Präzisierung Reformulierung der Aussagen zur chodramatischen Therapie nach J. L. MO (Dissertation)*, Universität Salzburg.

- 755 -

*Литература к разделу*  
**«Кататимно-имажинативная психотерапия»**

- ALEXANDER, F. (1956): Zwei Formen der Regression und ihre Bedeutung für die Therapie. Psyche 9, 668-683.
- AMMANN, A. N. (1978): *Aktive Imagination*. Freiburg: Walter.
- BAGDY, E. (1992): Zum Standpunkt der Imaginationstherapie in der Krisenbearbeitung. In: H. HENNIG, E. FIKENTSCHER und W. ROSENDAHL (Mg.): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben* Martin Luther Universität Halle-
- EIBACH, M. (1982): Die Psychodynamik chronischen Herzneurose im Lichte Katathymen Bilderlebens - Behandlung zugleich ein Beitrag zur «endlichen Ana In: H. LEUNER und LANG (Hg.): *Psychoth mit dem Tagtraum, Katathymes Bilder Ergebnisse II, Fallanalysen. Theorie*. Stuttgart, Wien: Huber. 203-228.
- FABER, F. R. und HAARSTRICK, R. (1991): *Komm Psychotherapie-Richtlinien*. 2. Au Neckarsulm: Jungjohann.
- FKENTSCHER, E. (1992); KB als Gruppenerlebe seine bildnerische Umsetzung. In: H. HENN FIKENTSCHER und W. ROSEN-DAHL Tiefenpsychologisch fundierte Psychoth

- Wittenberg, Halle (Saale): Wissenschaftliche Beiträge 1992/2 (R 120), 72-77.
- BALINT, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression: Die Theorie der Grundstörung. Stuttgart: Klett.
- BAROLIN, G. (1961): Spontane Altersregression im Symboldrama und ihre klinische Bedeutung. Psychother. Med. Psychol. 11, 77-84.
- BAROLIN, G., BARTL, G. und KRAPF, G. (1983): Spontane kontrollierte Altersregression im Katathymen Bilderleben. Psychother. Med. Psychol. 32, 111-117.
- BARTL, G. (1984): Der Umgang mit der Grundstörung im katathymen Bilderleben. In: J. W. ROTH (Hg.): Konkrete Phantasie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 117-129.
- BOWLBY, J. (1973): Attachment and loss. Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books.
- DESSOILLE, R. (1945): Introduction à une psychothérapie rationnelle. Paris: P. U. F.
- DÜHRSSSEN, A. (1972): Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- EIBACH, H. (1979): Sterbehilfe in der Klinik unter Einsatz des KB. Psychother. Med. Psychol. 29, 96-103.
- mit dem Katathymen Bilderleben. Martin I Universität Halle-Wittenberg, Halle (S Wissenschaftliche Beiträge 1992/2 (R 120) 139.
- FRANK, L. (1913): Affektstörungen. Berlin: Springer.
- FREUD, S. und BREUER, J. (1885): Studien über Hysterie. Fischer-Bücherei. Frankfurt: S. F 1970.
- FREUD, S. (1895): Studien über Hysterie, C London: Imago 1952, 81-251.
- GRUNBERGER, B. (1977): Vom Narzißmus Objekt. Frankfurt: Suhrkamp.
- HEISS, R. (1956): Allgemeine Tiefenpsychologie. Bern. Stuttgart: Huber.
- HENLE, I. (1982): Die Anwendung des Katathymen Bilderlebens bei der Therapie der Virginität. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymen Bilderleben, Ergebnisse II, Fallanalysen. Theorie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 173-180.
- HORN, G. (1978): Therapie eines schwerwiegenden Jugendlichen mit dem Katathymen Bilderleben. In: H. LEUNER, G. HORN und E. A. KLESSMANN (Hg.): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt, 101-110.

– 756 –

- JING, C. G. (1916): Die transzendente Funktion. Zitiert nach AMMANN (1978).
- KERNBERG, O. F. (1981): Objektbeziehung und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- KLESSMANN, E. und KLESSMANN, H.-A. (1979): Ambulante Psychotherapie der Anorexia nervosa unter Anwendung des Katathymen Bilderlebens. In: H. LEUNER, G. HÖRN und E. KLESSMANN (Hg.): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München, 1. Aufl.: Reinhardt. 62-75.
- KLESSMANN, E. (1982): Symbolisierung von IZiehungen im Katathymen Bilderleben-Früh Objektbeziehungen und spätere Familienbeziehungsstörungen. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II, Fallanalysen. Theorie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 56-72.
- KOCH, W. (1969): Kurztherapie einer zwangsstrukturierten Neurose mit dem Katathymen Bilderleben. In: H. LEUNER, G. HÖRN und E. KLESSMANN (Hg.): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München, 1. Aufl.: Reinhardt. 101-110.
- LEUNER, H. (1957): Symboldrama, ein aktives, analytisches Verfahren in der Psychotherapie. Psychother. Med. Psychol. 7, 221-238.
- LEUNER, H. (1967): Kurzpsychotherapie - Problematik und ihre Notwendigkeit. Psychother. Med. Psychol. 17, 125-131.
- LEUNER, H. (1970): Katathymes Bilderleben. Grundstufe. 3. Auflage (1982). Stuttgart: Thieme.
- LEUNER, H., HÖRN, G. und KLESSMANN, E. (1979): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München, Basel: Reinhardt.
- LEUNER, H. (Hg.) (1980): Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis, 2. Aufl. (1983). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- LEUNER, H. und LANG, O. (Hg.) (1982): Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II, Fallanalysen. Theorie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- LEUNER, H. (1983): Zur psychoanalytischen Theorie des Katathymen Bilderlebens. In: H. LEUNER, G. HÖRN und E. KLESSMANN (Hg.): Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt, 101-110.

- Bilderleben. *Psychother. Med. Psychol.* 19. 187-196.
- KOHUT, H. (1973): *Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- KOTTJE-BIRNBACHER, L. (1981): Paartherapie mit dem Katathymen Bilderleben - Eine Falldarstellung. *Familiendyn.* 3, 260-274.
- KOTTJE-BIRNBACHER, L. (1982): Das Katathyme Bilderleben (KB) der Dyade als Spiegel von Paarbeziehungen. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): *Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II, Fallanalysen, Theorie*. Bern. Stuttgart, Wien: Huber, 270-290.
- KRIS, E. (1952): *Psychoanalytic exploration* in Art. New York: Int. Univ. Press.
- KULESSA, CH. und JUNG, F. G. (1983): Effizienz einer 20stündigen Kurzpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben im testpsychologischen Prae/Post-Vergleich. In: H. LEUNER (Hg.): *Katathymes Bilderleben - Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Bern. Stuttgart, Wien: Huber, 148-169.
- MAIER, H. W. (1912): Überkatathyme Wahnbildung und Paranoia. *Ges. Neurol. Psychiat.* 13. 555-610. Berlin: Springer.
- MALAN, D. H. (1965): *Psychoanalytische Kurzpsychotherapie*. Bern, Stuttgart: Huber/ Klctt.
- PAHL, J. (1983): Über narzißtische Entwicklungslinien während des Katathymen Bilderlebens. In: H. LEUNER (Hg.): *Katathymes Bilderleben, Ergebnisse in Theorie und Praxis, 2. Auflage*. (S. 93-104). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- KOSENDAHL, W. (1992): Das KB in der Gruppe - diagnostische und therapeutische Aspekte im Rahmen einer stationären Jugendgruppe. In: H. HENNIG, E. FIKENTSCHER, W. ROSENDAHL (Hg.): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben*. Martin Luther Universität Halle-Wittenberg. Halle (Saale): *Wissenschaftliche Beiträge 1992/ 2 (R 120)*, 139-147.
- ROTH, J. W. (1983): Das Katathyme Bilderleben bei psychosomatischen Frauenkrankheiten und Sexualstörungen beiderlei Geschlechts. In: H. LEUNER (Hg.): *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis, 2. Auflage*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber. 209-214.
- des Katathymen Bilderlebens (KB), 2. Auflage. In: H. LEUNER (Hg.): *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Stuttgart, Wien: Huber, 74-91.
- LEUNER, H. (1983): *Katathymes Bilderleben*. In: CORSINI (Hg.): *Handbuch der Psychotherapie* (S. 451-468). Weinheim. Basel: Beltz.
- LEUNER, H. (1985): *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- LEUNER, H., KOTTJE-BIRNBACHER, L., SACHSSE, U. und WÄCHTER, H.-M. (1986): *Gruppenimagination in der Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- LOCH, W. (1967): Über theoretische Voraussetzungen einer psychoanalytischen Kurztherapie. *Jahrbuch Psychoanal.* 4, 82-104. Bern: Huber.
- LORENZER, A. (1970): *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- M. RUST (Hg.): *Katathyme Symbolik und Kunst des Hörens. Wahrnehmungseinstellung in der Psychotherapie und Psychiatrie*. Bonn: Neuenhahn.
- SACHSSE, U. (1987): *Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben bei Borderline-Patienten. Indikation oder Kontraindikation?* Vortrag dem 28. Weiterbildungsseminar der AGKE in Lauterberg.
- SACHSSE, U. (1990): Von der psychosomatischen Reaktion zum emotionalen Erleben. Therapie einer jungen Frau mit anorektischer Reaktion. In: E. WILKE und H. LEUNER (Hg.): *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 249-257.
- SACHSSE, U. und WILKE, E. (1987): Die Anwendung des Katathymen Bilderlebens bei psychosomatischen Erkrankungen. *Psychother. Psychosom.* 32, 46-54.
- SALVISBERG, H. (1982): Therapie von Zwangsnerven mit dem Katathymen Bilderleben. Beitrag zur Kasuistik und Theorie. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): *Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

- ROTH, J. W. (1984): Konkrete Phantasie, neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- ROTH, J. W. (1990): Das KB in der Behandlung von Sexualstörungen und gynäkologisch-psychosomatischen Symptomen. In: E. WILKE und H. LEUNER (Hg.): Das Katathymen Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber. 266-273.
- RUST, M. (1989): Zur Diagnostik struktureller Ich-Störungen in katathymen Bildern. In: G. BARTL und F. PESENDORFER (Hg.): Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Wien: LITERSAS-Universitätsverlag. 71-84.
- RUST, M. (1993): Die Kunst des Hörens. Zur psychotherapeutischen Wahrnehmung. In: 111.
- SCHENDL, M. (1989): Strukturveränderung ausgeprägten Zwangsneurose. In: G. BARTL und F. PESENDORFER (Hg.): Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Wien: LITE Universitätsverlag, 133-158.
- SCHULTZ, J. H. (1970): Das Autogene Training; Auflage. (Erste Auflage 1932). Stu Thieme.
- SEITHE, A. (1982): Psychotherapie des Falles chronischen Anorexia nervosa mit Katathymen Bilderleben. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): Psychotherapie mit dem Tagt Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II. (S 254). Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- SINGER, J. L. (1971): Phantasie und Tagt Imaginative Methoden in der Psychothe München: Pfeiffer.

– 758 –

- SOYKA, H. (1990): Die Kurztherapie mit dem Katathymen Bilderleben in einem Fall von Panik-Syndrom mit Sehstörungen. In: E. WILKE und H. LEUNER (Hg.): Das Katathymen Bilderleben der psychosomatischen Medizin. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 274-278.
- SPITZ, R. (1956): Die Urhöhle. Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. Psyche 9, 641-686.
- STEINER, E. (1982): Pragmatische Kurztherapie von zwei Herzneurosen (Herzphobien) mit dem Katathymen Bilderleben. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 190-202.
- VOLKAN, V. D. (1976): Psychoanalytische Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- WÄCHTER, H.-M. (1982): Kurztherapie neurotischen Depression mit narzißti; Persönlichkeitsanteilen. In: H. LEUNER, O. LANG (Hg.): Psychotherapie mit dem Tagträum, Katathymes Bilderleben. Ergebnisse Bern, Stuttgart, Wien: Huber. 112-132.
- WÄCHTER, H.-M. (1984): Möglichkeitendes tathymen Bilderlebens in der Behandlung psychosomatischer Krankheiten. In: J. W. ROTH (Hg.): Konkrete Phantasie, neue Erfahrung mit dem Katathymen Bilderleben. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 89-102.
- WÄCHTER, H. M. (1995): Das Konzept der kata imaginativen Kurzzeittherapie, Möglich und Grenzen. Vortrag auf dem Int. Ko «Kurzzeitbehandlung und Krisenintervent der Psychotherapie und Psychosom Halle/Saale, 1995.
- WÄCHTER, H.-M. PUDEL, V. (1980): Kontro Untersuchung einer extremen Ku chotherapie (15 Stunden) mit dem Katath Bilderleben. Psychother. Med. Psychol. 30 205.
- WILKE, E. (1979): Katathymes Bilderleben i Behandlung der Colitis uicerosa. Götti Schriftenreihe der AGKB, Band II.
- WILKE, E. (1982): Eine psychotherapeu Behandlung von Colitis uicerosa mit Katathymen Bilderleben. In: H. LEUNER und O. LANG (Hg.): Psychotherapie mit dem Tagt Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II. Stuttgart, Wien: Huber. 255-268.
- WILKE, E. (1984): Möglichkeiten und Grenze Katathymen Bilderlebens in der Therapi Asthma bronchiale. In: J. W. ROTH Konkrete Phantasie, neue Erfahrungen mi Katathymen Bilderleben. Bern, Stuttgart, Huber. 103-116.
- WILKE, E. (1990): Colitis uicerosa (Behan WILKE, E. und LEUNER, H. (Hg.) (1990): Di dem KB). In: E. WILKE und H. LE



- WÄCHTER, H.-M. (1986): Grenzen - Übergänge zwischen supportiver und aufdeckender Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben Vortrag auf dem 3. Internationalen Kongreß der IGKB, Interlaken.
- WÄCHTER, H.-M. (1989): Von der Strukturbildung zur Strukturänderung. Entwicklungslinien KB-Therapie bei Ich-strukturell-gestörten Patienten. In: G. BARTL und F. PESENDORFERI (Hg.): Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Wien: LITERAS-Universitätsverlag, 117-123.
- Katathyme Bilderleben in der somatischen Medizin. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber. 78-98.
- WILKE, E. und LEUNER, H. (Hg.) (1990): Katathyme Bilderleben in der somatischen Medizin. Bern, Stuttgart. To Huber.

*Литература к разделу  
«Терапия искусством  
и творческим самовыражением»*

- AISSEN-CREWETT, M. (1986): Kunsttherapie. Zusammenfassungen von internationalen Zeitschriftenaufsätzen 1972-1984. Richter.

- 759 -

- BINIEK, E. (1982): Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- CLAUSER, G. (1960): Gestaltungstherapie. Prax. Psychother. 5, 268-275.
- CZERNY, M. (1985): Gestaltungstherapie und stationäre Psychotherapie. Stuttgart: Verlag Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie.
- FRANZKE, E. (1977): Der Mensch und sein Gestaltungserleben. 2. Auflage 1983. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- HEYER, G. R. (1929): Klinische Analyse von Handzeichnungen Analysierter (i. S. von Jung). In: W. Zimbal (Hg.): Berichte über den 4. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Bad Nauheim 1929. Leipzig.
- JAKAB, I. (Hg.) (1969): Psychiatry and art. Vol. II. Art Interpretation and Art Therapy. Basel: Karger.
- JANSSEN, P. L. (1981): Was ist Gestaltungstherapie? Musiktherapie 15, 33-40.
- JANSSEN, P. L. (1982): Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psyche 36. 541-570.
- KRAFT, CH.-B. u.a. (1993): Worte können nicht der Seele Bilder malen. Stuttgart: Verlag Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie.
- KRAMER, E. (1975): Kunst als Therapie mit Kindern. München, Basel: Reinhardt.
- NARR, K. J. (1973): Beiträge der Urgeschichte zur Kenntnis der Menschennatur, In: H. J. GARDAMER und P. VOGLER (Hg.): Neue
- NAVRATIL, L. (1965): Schizophrenie und Kunst. Beitrag zur Psychologie des Gestaltens. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
- PETERSEN, P. (Hg.) (1990): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin: Springer.
- PRINZHORN, H. (1923): Bildnerei Geisteskranken. Berlin: Springer.
- RUDOLF, G. (1993): Psychotherapeutische Methoden. Stuttgart: Enke.
- SCHMEER, G. (1992): Das Ich im Bild. München: Pfeiffer.
- SCHRODE, H. (1995): Klinische Kunsttherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- TÜPKER, R. (1995): Auf der Suche nach angemessenen Formen wissenschaftlichen Vorgehens in der kunsttherapeutischen Forschung. In: P. PETI (Hg.): Ansätze kunsttherapeutischer Forschung. Berlin: Springer, 71-86.
- WINNICOTT, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

*Литература к разделу  
«Музыкотерапия»*

- ALDRIDGE, D. (1992): Physiologische Veränderungen beim Spielen improvisierter Musik. I. Vorschläge für Forschungsansätze. Musiktherapeutische Umschau 13, 174-186.
- BONNY, H. (1980): G. I. M. Therapy, Past, Present, Future Implication. GIM Monograph

- Anthropologie, Band IV, Kulturanthropologie. Stuttgart.
- NAUMBURG, M. (1947): Studios of the «free» an expression of behaviour problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy. Ment. Dis. Monogram., 71. 2. Ed. 19 An introduction to an therapy. New York.
- NAUMBURG, M. (1966): Dynamically oriented Art Therapy: Its principles and practices. New York, London: Grüne und Stratton.
- Baltimore, MD: ICM Books.
- BRÜGGENWERTH, G., GUTJAHR, L., KULKA, MACHLEIDT, W. (1994): EEG-Veränderungen emotionaler Reaktionen auf Musik. Z. EMG25, 117-125.
- CZOGALIK, D., BOLAY, H. V. BÖLLER, R., OTT (1995): Das Integrative Musikthe Dokumentationssystem IMDoS: Zum Weg von Forschung, Lehre und Behandlung Berufsfeld
- 760 –
- Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 17, 108-125.
- DAHL, M. (1997): Zur Rolle sprachlicher Phänomene in der Musiktherapie. Unveröffentlichtes Manuskript.
- DENZIN, N. K. (1970): The research act. New York: MC Graw-Hill Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, DGMT (1991). DGMT (1993): Klang und Trance. Neue Wege der rezeptiven Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 14.
- ESCHEN, J. TH. (1982): Mentorenkurs Musiktherapie Herdecke. Ausbildung von Ausbildern. Musiktherapeutische Umschau 3, 255-282.
- ESCHEN, J. TH. (1983): Assoziative Improvisation. In: DECKER-VOIGT, H. II. (Hrsg): Handbuch der Musiktherapie. Bremen: Eres.
- FISCHER, G. (1989): Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie. Heidelberg: Asanger.
- FLICK, U., V. KARDOFF, E., KEUPP, H., V. ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Hg.) (1991): Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.
- FROMMER, J., HEMPFLING, F., TRESS, W. (1992): Qualitative Ansätze als Chance für die Psychotherapieforschung. Journal für Psychologie 1, 43-47.
- GOLDBERG, F. S. (1991): The Bonny Method of Guided Imagery and Music. In T. WIGRAM, R. WEST & B. SAPERSTON, (Ed): Music and the Healing Process: A Handbook for Music Therapy. Chichester, West Sussex. U. K.: Garden Publications.
- GRAWE, K. (1988): Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Zeitschrift f. Klin. Psychologie 17, 1-7.
- HEIGL-EVERS, A., HENNEBERG-MÖNCH, U., ODA STANDTKE, G. (1986): Die Vierzigstundenwoche für Patienten - Konzept und Praxis teilstatische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und OTT, J. (Hg.) (1994): psychoanalytisch-interaktionelle Methoden Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- JANSSEN, P. E. (1982): Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationäre Psychotherapie. Psyche 36. 541-570.
- JÜTTEMANN, G. (1992): Psyche und Subjekt. Reimer Rowohlt.
- KACHELE, H. und SCHEYTT-HÖLZER, N. (1994): Sprechen und Spielen - Verbale und nonverbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. Musiktherapeutische Umschau, 11, 286-291.
- KRAUSE, R. (1988): Eine Taxonomie der Affektstörungen ihre Anwendung auf das Verständnis «früher» Störungen. PpMp 38, 77-86.
- LANGENBERG, M. (1983): Grenzenlosigkeit und Verführung. Musiktherapeutische Umschau 117-134.
- LANGENBERG, M. (1986): Musiktherapie-Spiel Übergangsraum, Zwischenraum -Überlegung zur Funktion einer künstlerischen Therapie. Musiktherapeutische Umschau, 11, 176-192.
- HEIGL-EVERS, A., HENNEBERG-MÖNCH, U., ODAG, C., STANDTKE, G., Vierzigstundenwoche für Patienten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 176-192.
- LANGENBERG, M. (1988): Vom Handeln zum Handeln - Darstellung besonderer Merkmale musiktherapeutischen Behandlungssituationen im Zusammenhang mit der freien Improvisation. Stuttgart: Gustav Fischer.
- LANGENBERG, M., FROMMER, J., TRASS, W. (1994): Musiktherapie als psychotherapeutische Methode. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.

- GRAWE, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der 90er Jahre. *Psychologische Umschau* 43, 132-162.
- GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Qualitative Methodik zur Beschreibung Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke. *Musiktherapeutische Umschau* 13, 258-278.
- 761 -
- LANGENBERG, M., FROMMER, L., SEIZINGER, F., RESSEL, T. (1994): Verschmelzung und Trennung Musiktherapeutische Einzelfallforschung am Beispiel einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung. In: FALLER, H. und FROMMER, J. (Hg.): *Qualitative Psychotherapieforschung - Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger. 108-127.
- LANGENBERG, M., FROMMER, J., TRESS, W., (1995): Musiktherapeutische Einzelfallforschung - ein qualitativer Ansatz. *PPmP* 12, 418-426.
- LANGENBERG, M., AIGEN, K., FROMMER, J. (1996): *Qualitative Research in Music Therapy - Beginning Dialogues*. Phoenixville: Barcelona Publishers.
- LANOENBERG, M. (1996): *New Directions in Qualitative Research in Music Therapy*. Music Therapy International Report. AAMT 10, 16-19.
- LEUNER, H. (1969): *Guided Affective Imagery: A Method of Intensive Psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy* 23, 4 -22.
- MÖCKEL, M. et al. (1995): Streßreduktion als therapeutisches Ziel auf internistischen Intensiv Stationen: Ist rezeptive Musiktherapie ein geeignetes Mittel? *Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2, 124-128.
- NIEDECKEN, D. (1988): *Einsätze - Material Beziehungsfigur im musikalischen Produzieren*. Hamburg: VSA.
- NIEDECKEN, D. (1989): *Namenlos - Geistig Behinderte verstehen*. München: Piper.
- NORDOFF, R., ROBBINS, C. (1977): *Creative Music Therapy*. New York: The John Day Company.
- PRIESTLEY, M. (1975): *Music Therapy in Action* London: Constable
- PRIESTLEY, M. (1983): *Analytische Musiktherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- RÜGER, U. (1994): *Musiktherapie*. In: HEIGL-EVERS, A., HEIGL, F., ORT, J.: *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Gustav Fischer 428-
- RUUD, E., MAHNS, W. (1992): *Metamusikthe Wege zu einer Theorie der Musikthe* Stuttgart: Gustav Fischer.
- SALBER, W. (1969): *Wirkungseinheiten*. Rati Henn.
- SCHWABE, C. (1978): *Methodik der Musiktherapie deren theoretische Grundlagen*. Leipzig: B
- SCHWABE, C. (1979): *Regulative Musikthe* Stuttgart: Gustav Fischer.
- SCHWABE, C. (1996): *Methodensystem (d.M)* Lexikon Musiktherapie. DECKER-VOIGT F KNILL, P., WEYMANN, E. (Hg.). Göttingen: Hogrefe. 208-217.
- SIMON, W. (1982): *Abriß einer Geschichte der Musiktherapie*. In: Harrer, G. (Hg.): *Grund der Musiktherapie und Musikpsychologie* 2. Aufl. Stuttgart: Gustav Fischer, 165-171.
- SMEIJSTERS, H. (1994): *Musiktherapie Psychotherapie*. Stuttgart: Gustav Fischer
- SMEIJSTERS, H., et al. (1995): *European Music Therapy Research Register - Volume two* Den Haag: Koninklijke Bibliotheek.
- SMEIJSTERS, H. (1996): *Geschichtlicher Hintergrund der musiktherapeutischen Methoden der Gegenwart*. In: Lexikon Musiktherapie. DECKER-VOIGT H., KNILL, P., WEYMANN, J. (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe, 109-113.
- SPINTGE, R., DROH, R. (1992): *Musik-Me Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- STROBEL, W., HUPPMANN, G. (1978, 1991): *Musiktherapie*, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- SUMMER, L. (1988): *Guided Imagery and Music Institutional Setting*. St. Louis: MMB Music
- TIMMERMANN, T. (1990): *Der musikalische Dialog Beziehungsmuster im Spiegel bedeutungsvoller Momente im Therapieprozeß - eine musiktherapeutische Einzelfallstudie*. Diss., Universität.
- TIMMERMANN, T., SCHEYTT-HÖLZER, N., BAUEI KACHELE, H. (1991): *Musiktherapeutische*

- Einzelfallforschung - Entwicklung und Aufbau eines Forschungsfeldes. PPM 41, 385-391.
- TRESS, W. (1988): Ein Blick auf die Konturen des Elefanten. Z. Psychosom. Med. 35, 175-486.
- TRESS, W. (1990): Psychodynamische Wirkfaktoren psychotherapeutischer Verläufe. In: TSCHUSCHKE, V. und CZOGALIK, D. (Hg.) Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Berlin: Springer.
- TÜPKER, R. (1988): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Regensburg: Bosse.
- WEYMANN, E. (1989): Anzeichen des Neuen - Improvisieren als Erkenntnismittel und als Gegenstand der Forschung - dargestellt an einem Fallbeispiel aus der Musiktherapie. Musiktherapeutische Umschau 10, 275-290.
- WINNICOTT, D. W. (1979): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Patienten. In: BRÄHLER, E. (Hrsg.) Körpererleben. Berlin, Heidelberg. New Tokyo: Springer, 77-89.
- BECKER, H. (1989): Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart New York: Thieme.
- BITTNER, G. (1986): Vernachlässigt die Psychoanalyse den Körper? Psyche 40, 709-734.
- BITTNER, G. (1988): Heilende «Körpererfahrung» RECHENBERGER, H. G. u.
- WERTMANN, H. V. (Hrsg.): Psychotherapie und Medizin. München: Pfeiffer, 135-144.
- BITTNER, G. (1989): Psychoanalyse und Körperbewegung. München: Pfeiffer, 285-300.
- WERTMANN, H. V. (Hrsg.): Unbewusste Phantasien. München: Pfeiffer, 285-300.
- DORNES, M. (1992): Der kompetente Säugling. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- DORNES, M. (1993): Psychoanalyse und Kleinkindforschung. Einige Grundthemen und Debatte. Psyche 47, 1116-1152.
- FREUD, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung. Band VIII, Frankfurt a. M.: S. Fischer, 363-374.
- FREUD, S. (1923): Das Ich und das Es. GW Band 19, Frankfurt a. M.: S. Fischer, 1940. 235-289.
- HEISTERKAMP, G. (1990): Konturen einer tiefenpsychologischen Analyse ursprünglicher Lebensbewegungen. Teil I und II. Zeitschrift für Individualpsychologie, S. 83-85 und 163-171.
- HEISTERKAMP, G. (1991): Freude und Leid bei kindlichen Lebensbewegungen. Empirische Säuglingsforschung und tiefenpsychologische Entwicklungstheorien. In: T. AHRENS und LEHMKUHL (Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie. München, Basel: Reinhardt, 20-30.
- HEISTERKAMP, G. (1993): Heilsame Berührung in der Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- HEISTERKAMP, G. (1994): Zur Basis des psychoanalytischen Verstehens. Grundformen des Wahr-Nehmens und Greifens. In: K. STRECK u. K. BELL (Hrsg.):

*Литература к главе*  
**«Телесное измерение в  
психоаналитическом диалоге»**

- ADLER, A. (1912): Organdialekt. In: ADLER, A.: Heilen und Bilden. Frankfurt a. M.: S. Fischer 1973, 114-122.
- ADLER, A. (1920): Praxis und Theorie der Individualpsychologie: Verträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer, Frankfurt a. M.: S. Fischer, 1974.
- ADLER, A. (1931): Wozu leben wir? Frankfurt a. M.: S. Fischer, 1979.
- ADLER, A. (1933): Der Sinn des Lebens. Frankfurt a. M.: S. Fischer, 1973.
- BECKER, H. (1986): Körpererleben und Entfremdung - Psychoanalytisch orientierte konzentrierte Bewegungstherapie als Therapieeinstieg für psychosomatische
- Die Psychoanalyse schwerer Erkrankungen. München: Pfeiffer. 351-364.
- MOSER, T. (1989): Körpertherapeutische Phantasien. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- HEISTERKAMP, G. (1996 a): Analytische Körperpsychotherapie. In: M. BÜHRING und F. H. KEMPER (Hrsg.): Naturheilverfahren Band 2. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, Sektion 09.
- HEISTERKAMP, G. (1996 b): Psychotherapie aus der Mit-Bewegung. Formen «der» Empathie. Erweiterte Fassung eines Vertrages auf den 15. Delmenhorster Fortbildungstagen für Individualpsychologie 1995. In: T. AHRENS, E. FUCHS-BRÜNINGHOFF, U. LEHMKUHL. (Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie. München, Basel: Reinhardt, 1996, 101-119.
- HIRSCH, M. (Hrsg., 1981): Der eigene Körper als Objekt. Berlin: Springer.
- HIRSCH, M. (1994): Der Körper des Patienten in der psychoanalytischen Psychotherapie. Zeitschrift Psychotherapeut 3/94, 153-157
- KHAN, M. M. R. (1991): Erfahrungen im Möglichkeitsraum. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KAFKA, J. S. (1992): Körperphantasien. Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 37, 81-91.
- KÜHN, R. (1994): Existenz und Selbstaffektion in Therapie und Phänomenologie. Wien: Passagen Verlag.
- LEHMKUHL, G. (1992): Körperarbeit in der analytischen Psychotherapie: Integration oder reine Lehre? In: U. LEHMKUHL (Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie 15. München: Reinhardt, 199-213.
- LICHTENBERG, J. D. (1987): Die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die klinische Arbeit mit Erwachsenen. Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis 2, 123-147.
- LICHTENBERG, J. D. (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin: Springer.
- MERTENS, W. (1990): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- MOSER, T. (1993): Der Erlöser der Mutter auf Weg zu sich selbst. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- MOSER, T. (1994): Ödipus in Panik und Trieb. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- NIETZSCHE, F. (1898): Also sprach Zarathustra. V. Bd. III, München-Wien: Carl Hanser, 1980, 561.
- NIETZSCHE, F. (1898): Ecce Homo. V. Bd. IV. München-Wien: Carl Hanser, 1063-1159.
- PETER, H. (1989): Integration von Psychoanalyse Bioenergetik in der Person und Rolle Therapeuten. In: Schweizerische Ges. für energetische Analyse und Therapie, Körper und Seele. Dortmund: Alternativ-Verlag, 1989.
- PETER, H. (1994): Vom Sein zum Werden bioenergetisches Arbeiten an Übergängen. In: HOFFMANN-AXTHELM (Hrsg.): Schock Berührung. Oldenburg: Transform, 46-59.
- PLASSMANN, R. (1993): Grundrisse einer analytischen Körperpsychologie. Psyche 1993, 261-282.
- PLASSMANN, R. (1994): Deutungsstrategien bei Patienten mit Körperselbststörungen. In: FRIEDRICH und H. PETERS (Hrsg.): Wege und Irrwege zur Psychoanalyse. Hamburg: Kohlhammer, 145-155.
- REINERT, T. (1995): Das Problem der Gewalt in der Therapie von Ich-Struktur-Gestörten insbesondere Borderline-Patienten. In: LEHMKUHL (Hrsg.): Gewalt in der Gesellschaft. Beiträge zur Individualpsychologie. München: Reinhardt, 69-86.
- ROTH, N. (1986): Nachwort in: T. MOSER, Das Jahr. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 149-190.
- ROTH, N. (1991): Erfüllung und Begrenzung. In: HOFFMANN-AXTHELM (Hrsg.): Der Körper der Psychotherapie. Oldenburg: Transform, 130-155.
- SCHARFE, J. M. (1994): Therapeutische Intervention mit szenischem Einbezug des

– 764 –

Körpers. In: V. FRIEDRICH, H. PETERS (Hrsg.): Wege und Irrwege zur Psychoanalyse Standpunkte und Streitpunkte der Gegenwart. Hamburg: Kellner Verlag, 157-184.

STOLZE, H. (1978): Konzentrative Bewegungstherapie. In: D. EICKE (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. III, München: Kindler. 1250-

*Литература к разделу  
«Методы групповой терапии»*

- ARENDET, H. (1960): Vita Activa oder «vom tätigen Leben». Stuttgart: Kohlhammer.
- ARGELANDER, H. (1963/64): Die Analyse psychischer Prozesse in der Gruppe. Psyche 17, 450-47

- 1273.
- STOLZE, H. (1992): Der Körper in der Psychotherapie. In: P. BUCHHEIM, M. CIERPKA, TH. SEIFERT, (Hrsg.). Lindauer Texte 1991: Liebe und Psychotherapie. Der Körper in der Psychotherapie. Weiterbildungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer, 106-108.
- THOMA, H. (1992): Der Körper in der Psychoanalyse. In: P. BUCHHEIM, M. CIERPKA, TH. SEIFERT, (Hrsg.): Lindauer Texte 1991: Liebe und Psychotherapie. Der Körper in der Psychotherapie. Weiterbildungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer. 123-145.
- WARE, R. C. (1984): C. G. JUNG und der Körper: Vernachlässigte Möglichkeiten der Therapie? In: U. SOLLMANN (Hrsg.). Bioenergetische Analyse. Essen: Synthesis, 225-251.
- WORM, G. (1990 a): Psychoanalyse und Körperarbeit. In: U. STREECK, H.-V. WERTHMANN: Herausforderungen für die Psychoanalyse. München: Pfeiffer. 142-149.
- WORM, G. (1992): Über die Schwierigkeit therapeutischer Beziehung anhand des Schicksals der «Vertuhungstheorie». In: D. HOFF AXTHELM (Hrsg.). Verführung in Kindhi Psychotherapie. Oldenburg: Transfer lag, 64-78.
- WORM, G. (1994): Körperzentrierte Intern neue Wege zum Verstehen im psychoanalytischen Prozeß. In: V. FRIEDRICH, H. (Hrsg.): Wege und Irrwege zur Psycho: Standpunkte und Streitpunkte der Gegenwart. Hamburg: Kellner Verlag, 185-195.
- 481-515.
- ARGELANDER, H. (1968): Gruppenanalyse Anwendung des Strukturmodells. Psych 913-933. ARGELANDER, H. (1972): Weg Anwendung der Psychoanalyse in Behan Lehre und Forschung. Reinbek: Rowohlt.
- BECKER, H. (1981): Konzentrierte Bewegungstherapie. Stuttgart, New York: Thieme.
- BEDNAR, R. L. und KAUL, T. J. (1994): Experiment group research: Can the canon fire? In BE A. E. und GARFIELD, S. L. (ed.) Handbo psychotherapy and behavior change. New Wiley. 4. Aufl.
- BELFER, P. L.; MUNOZ, L. S.; SCHACHTER, J LEVEDUSKY, P. G. (1995): Cognitive-behavior group psychotherapy for agoraphobia and disorder. Int. J. Group Psychother. 45. 185-195.
- BENKENSTEIN, H. (1995): Wende in Deutschland geringe Einflüsse auf Selbsterfahrungsgruppe. In: BENKENSTEIN, H., KIRCHNER, R. SPIELMANN, CH. (Hrsg.) Die Gruppe - eine verlorene Utopie. Lengerich: Pabst. 39-45.
- BERGIN, A. E. u. GARFIELD, S. L. (1994): Handbo psychotherapy and behavior change. New Wiley, 4. Aufl.
- BION, W. R. (1961): Experiences in groups and papers. London: Tavistock Public. Lim Die Erfahrungen in Gruppen und anderen Schritten. Stuttgart: Klett 1971.
- BRÄUTIGAM, W. (1974): Pathogenetische Theorie der Wege der Behandlung in der Psychosomatik. Nervenarzt 45, 354-363.
- CASRIEL, D. H. (1979): Gemeinschaften von Drogenabhängigen. In: A. HEIGL-EVERS, U. STREECK (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VIII: Lewin und die Folgen. Zürich: Kindler. 1030-1037.
- COHN, R. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett-Cotta.
- CORSINI, R. (1966): Roleplaying in psychotherapy. Chicago: Aldine.
- DAVIES-OSTERKAMP, S., HEIGL-EVERS A., BOSSE-STEURNAGEL G. und ALBERTI L. (1987): Zur Interventionstechnik in der psychoanalytisch-interaktionellen und tierenspsychologisch fundierten Gruppentherapie - eine empirische Arbeit in der stationären Psychotherapie. Med. Psychol. 15, 116-121.
- FALS-STEWART, W. und LUCENTE, S. (1971): Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: An overview. Int. J. Group Psychother. 44, 35-51.
- FENGLER, J. und RÜGER, L. J. (1978): Woher? Gruppenpsychotherapie? Dialog und Abgrenzung. Prax. Psychother. 23, 41-47.
- FIEDLER, P. (1986): Verhakenstherapie in Gruppen. Überblick und Perspektiven. Gruppentherapie 17, 341-360.
- FIEDLER, P. (1995): Verhakenstherapie in Gruppen.

- Untersuchung. Gruppenpsychother. Gruppendedyn. 23, 22-35.
- DIES, R. R. und DIES, K. R. (1993): The role of evaluation in clinical practice: Overview and group treatment illustration. *Int. J. Group Psychother.* 43, 77-105.
- ECKE, GH. (1993): Frauen in der Gruppe. *Psychologische Beiträge*, Bd. 35, 286-292. Lengerich: Pabst.
- ECKERT, J. und BLERMANN-RATJEN, E.-M. (1985): *Stationäre Gruppenpsychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- ECKERT, J., BLERMANN-RATJEN, E. M., TÖNNIS, S. und WAGNER, W. (1981): Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychother. Gruppendedyn.* 17. 142-162.
- ECKERT, J. und BLERMANN-RATJEN, E. M. (1985): *Stationäre Gruppenpsychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer.
- EHLE, G., OTT, J. (1983): Zur Psychodynamik und Gruppenpsychotherapie der Anorexia nervosa. In: EIOCK, K., OTT, J., VORWERG, M. (Hrsg.): *Praxis der dynamischen Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie und Grenzgebiete 4.* 70-84. Leipzig: Berth.
- ELLIOT R. (1996): Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine MetaAnalyse zur Effektforschung. *GwG Zeitschrift* 101, 29-36.
- ENKE, H. (1965): Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Psychotherapeut 40, 43-50.
- IEDLER, P. (1996): Verhaltenstherapie in und Gruppen. *Psychologische Psychotherapie : Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- FOULKES, S. H. (1992): *Gruppenanalytische Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- FOULKES, S. H. (1958): Discussion to S. L. F. Some theoretical concepts underlying the relationship between individual and psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 8, 25.
- FROESE, M., SEIDLER, GH. (1993): Das Unbewußte der Intendierten Dynamik in der Gruppenpsychotherapie. *Psychologische Beiträge*, Bd. 35, 350-355. Lengerich: Pabst
- GANS, J. S.; RUTAN, J. S. u. WILCOX, N. (1996): Training groups (training groups) in psychiatric residential programs: facts and possible implications. *Group Psychother.* 45, 169-183.
- GERHARDT, R. (1982): Videorückmeldung zur Selbstsicherheitstraining mit schizophrenen Patienten. In: D. STILLE und P. HARTWICH (Hrsg.): *Video in der klinischen Arbeit von Psychologen und Psychotherapeuten*. 6. und 7. Jahrestagung des Internationalen Arbeitskreises Audio-Video in Psychiatrie und Psychotherapie (IAV) 136-145. Berlin: Eigendruck.

– 766 –

- GEYER, M. (1981): Zum Problem der KoTherapie in dynamischen Gesprächstherapiegruppen. In: HOCK, K., OTT, J., VORWERG, M. (Hrsg.): *Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie und Grenzgebiete I*, 57-63. Leipzig: Barth.
- GRAWE, K., DZIEWAS, H. und V. WEDEL, S. (1980): Interaktionelle Problemlösungsgruppen - ein verhaltenstherapeutisches Konzept. In: K. GRAWE (Hg.): *Verhaltenstherapie in Gruppen* 266-338. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- GROTJAHN, M. (1958): Discussion to S. L. Kubie: Some theoretical concepts underlying the relationship between individual and group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 8, 25-30.
- analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Göttinger Modells. *Gruppenpsychotherapie Gruppendedyn.* 9, 237-266.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979a): Strukturprozeß in der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: A. HEIGL-EVERS und STREECK (Hg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. VIII: Lewin und die Folgen 778-789. Zürich: Kindler.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1979 b): psychosoziale Kompromißbildungen und Umschaltstellen innerseelischer und zwischenmenschlicher Beziehungen. *Gruppenpsychotherapie Gruppendedyn.* 14, 310-325.
- HEIGL-EVERS, A., HEIGL, F. (1994): Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung

- GRUEN, D. S. (1993): A group psychotherapy approach to postpartum depression. *Int. J. Group Psychother.* 43, 191-203.
- HEIGL, F. (1978): *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*. 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. (1967): Gruppendynamik und die Position des Therapeuten. *Psychosom. Med. Psychoanal.* 13, 31-38.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1968): Analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie: *Differentia specifica*. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 2, 21-52.
- HEIGL-EVERS, A. (1972): *Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1972): Rolle und Interventionsstil des Gruppenpsychotherapeuten. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 5, 152-171.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1973): *Gruppenpsychotherapie: Interaktionell-tiefenpsychologisch fundiert - psychoanalytisch*. *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 7, 137-157.
- HEIGL-EVERS, A. und HEIGL, F. (1975): Zur tiefenpsychologisch fundierten oder psychoanalytischinteraktionellen *Met* Gruppenpsychother. *Gruppendyn.* 30, 1-29
- HEIGL-EVERS, A. und SCHULTZE-DLERBACH (1985): *Gruppenpsychotherapie*. In: W. T. und R. EGG (Hg.): *Psychotherapie. Handbuch II*. (154-189). Stuttgart, Berlin, Mainz: Kohlhammer.
- HEINZEL, R. u. BREYER, F. (1995): *Analytische Gruppentherapie - stabile Besserung*. *Deutsches Ärzteblatt* 92, 554.
- HESS, H. (1980): *Gruppenpsychotherapie als handlungsform psychischer Fehlentwicklung*. *psychologische Gesichtspunkte und empirische Untersuchungen*. In: HESS, H., KÖNIG, W. Orr. J. (Hrsg.): *Psychotherapieintegration und Spezialisierung*. Leipzig: Thieme.
- HESS, H. (1983): *Zur Problematik und zum charakteristischen Verlauf einer geschlechtshomogenen Frauengruppe*. In: K., OTT, J., VORWEG, M. (Hrsg.): *Praxisdynamische Gruppenpsychotherapie und Grenzgebiete* 4, 2 Leipzig: Barth.
- HESS, H. (1985): *Untersuchungen zur Abbildung des Prozeßgeschehens und der Effektivität in intendierten dynamischen Gruppen-*
- Psychotherapie. *Psychotherapie-Berichte HdG* Berlin, 32 und 33.
- HESS, H. (1991): *Die Überwindung von Abhängigkeit in der Konzeption der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie als Reflexion auf die gesellschaftliche Verhältnisse*. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 27, 9-16.
- HÖCK, K. (1977): *Die intendierte dynamische Gruppenpsychotherapie innerhalb des abgestuften Systems der Diagnostik und Therapie neurotischfunktioneller Störungen*. Diss. zur Prom. B, Berlin.
- HÖCK, K. (1981): *Konzeption der intendierten dynamischen Gruppenpsychotherapie*. In: HOCK, K., OTT, J., VORWEG, M. (Hrsg.): *Theoretische Probleme der Gruppenpsychotherapie*. *Psychotherapie und Grenzgebiete*, 1, 13-34. Leipzig: Barth.
- HÖCK, K. (1988): *(Gruppen-) Psychotherapie in der Bewährung*. In: *Zum Problem der Emotion und des effektiven Geschehens im Gruppenprozeß*
- JONES, M. (1967): *Traditionelle Psychiatrie, sozialpsychiatrie und die therapeutische Gemeinschaft*. In: K. HOCK (Hg.): *Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis*. (S. 195). Jena: VEB Fischer.
- KÄMMERER, A. (1986): *Die Rolle der Gruppe bei der therapeutischen Problemlösen*. *Gruppendynamik* 17, 373-383.
- KAPUR, R. (1993): *Measuring the effects of group interpretations with the severe mentally ill*. *Group Analysis* 26, 411-432.
- KIPPER, D. A. (1992): *Psychodrama: A group psychotherapy through role playing*. *Int. J. Group Psychother.* 42, 495-521.
- KIRCHNER, R. (1983): *Zur Behandlung der emotionalen Paarbeziehungen mit intendierter dynamischer Gruppenpsychotherapie*. In: K., OTT, J., VORWEG, M. (Hrsg.): *Psychotherapie in der Praxis*. *Psychotherapie und Grenzgebiete* 5, 1 Leipzig: Barth.



- sowie seiner Erfassung. Psychotherapie-Berichte HdG Berlin, 39, 7-15.
- HÖCK, K., HESS, H. (1981): Ausbildung in Gruppenpsychotherapie durch Selbsterfahrungsgruppen. In: HÖCK, K., OTT, J., VORWERT, M. (Hrsg.) Theoretische Probleme der Gruppenpsychologie. Psychotherapie und Grenzgebiete I, 72-96. Leipzig: Barth.
- HORWITZ, L. (1994): Depth of transference in groups. Int. J. Group Psychother. 44, 271-290.
- JANSSEN, P. L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- JANSSEN, P. L. und QUINT, H. (1977): Stationäre analytische Gruppenpsychotherapie im Rahmen einer neuropsychiatrischen Klinik. Gruppenpsychother. Gruppensyndyn. 11, 221-243.
- JONES, M. (1953): The therapeutic community: A new treatment method in Psychiatry. New York: Basic Books.
- KLEINBERG, J. L. (1995): Group treatment of adult midlife. Int. J. Group Psychother. 45, 207-2
- KÖNIG, K. (1974): Arbeitsbeziehungen in Gruppenpsychotherapie - Konzept und Theorie. Gruppenpsychother. Gruppensyndyn. 8. 152-1
- KÖNIG, K. (1995): Einführung in die stationäre Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KÖNIG, K., LINDNER, W.-V. (2. Aufl. 1992): Psychoanalytische Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- KOVEL, J. (1979): Kritischer Leitfaden der Gruppenpsychotherapie. Frankfurt/M., New York: Campus.
- KREISCHE, R. (1992): Gestörte Paarbeziehungen bei neurotischen Erkrankungen und psychotherapeutische Behandlung mit Paartherapie. Gruppentherapie. Habilitationsschrift. Göttingen.
- KREISCHE, R. (1995): Gestörte Paarbeziehungen bei neurotischen Erkrankungen und psychotherapeutische Behandlung. psychosom. Med. 41, 108-126.
- KUBIE, S. L. (1958): Some theoretical concepts underlying the relationship between individual and group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 8, 3-43.
- KULAWIK, H. (1984): Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen und Funktionsstörungen. Jena: Fischer.
- LAZARUS, A. (1961): Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. J. Abnorm. Soc. Psychol. 63, 504-510.
- LAZARUS, A. (1968): Behavior therapy in groups. In: G. M. GAZDA (F.d.): Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group Counseling. Springfield, 111.: Charles C. Thomas.
- LAZARUS, A. (1980): Multimodale Verhaltenstherapie in Gruppen. In: K. GRAWE (Hg.): Verhaltenstherapie in Gruppen (S. 235-254). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, Orig.: Multimodal Behavior Therapy in Groups. In: G. M. GAZDA (Hg.): Basic Approaches to the Group Psychotherapy and Group Counseling. Springfield, 111.: Charles C. Thomas.
- LESZCZ, M. (1989): Group psychotherapy of the characterologically difficult patient. Int. J. Group Psychother. 40, 43-452.
- HÖCK, K. und HESS, H. (Hrsg.): Erweiterung der Psychotherapie. Berichte der 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie-Berichte HdG Berlin 40/1988.
- MAAZ, H.-J. F. (1989): Zum Konzept der kooperativen dynamischen Gruppenpsychotherapie. Wissenschaftl. Z.d. Humboldt-Universität Berlin. Reihe Medizin 39, 1, 35-39.
- MAAZ, H.-J. (1995): Analytische Psychotherapie in Ostdeutschland - vor und nach der Wende. In: BELL, K., HÖHFELD, K. (Hrsg.): Psychotherapie im Wandel. Giessen: Psychosozial-Verlag, 292.
- MACNEILAGE, L. A. und ADAMS, K. A. (1979): A method of contrasted Role-Plays. An orientation model for Role-Playing assertive training groups psychotherapy. Theory Research and Practice 16, 158-170.
- MARSH, L. G. (1931): Group treatment of psychoses by the psychological equivalent revival. Ment. Hyg. (NY) 15, 328-340.
- MCCALLUM, M. u. PIPER, W. E. (1990): A controlled study of effectiveness and patient suitability of short-term group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 40, 43-452.

- Group Psychother. 39, 311-335.
- LEUTZ, G. A. (1982): Was ist Psychodrama? Prax. Psychother. Psychosom. 27, 73-81.
- LEWANDOWSKY, L., BUCHKREMER, G. und STARK, M. (1994): Das Gruppenklima und die Therapeut-Patient-Beziehung bei zwei Gruppentherapiestrategien für schizophrene Patienten- Ein Beitrag zur Klärung differentieller Therapieeffekte. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 44, 115-121.
- LIEBERMAN, M. A., YALOM, I. D. und MILES, M. B. (1973): Encounter-Groups: First Facts. New York: Basic Books.
- LINDEN W. (1994): Autogenic Training: A Narrative and Quantitative Review of Clinical Outcome. Biofeedback and Self-Regulation, 19, 227-264.
- MAAZ, H.-J. (1988): Gruppendynamischer und intrapsychischer «KippVorgang». In: Psychotherapie und Grenzgebiete 4, Leipzig: Barth, 85-94.
- PFEIFFER, W. M., HANNICH, H. J. (1979): Klientenzentrierte Therapie- und Selbstfahrungsgruppen. Encounter. In: A. HEIGL-EVERS und Ü. STREECK (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. VHI: Lewin und die Folgen. München: Kindler, 850-867.
- FOHLEN, M. (1972): Gruppenanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- PRATT, J. H. (1906): The hörne Sanatorium. Treatment of consumption. John Hopk. Hosp. Bull.
- PRESSMAN, B. u. SHEPS, A. (1994): Treating wife abuse: An integrated model. Int. J. Group Psychother. 44, 477-498.
- QUINT, H. (1972): Psychoanalytische Aspekte klinischer Gruppenpsychotherapie. In: H. KÖSTER (Hg.): Sozialpsychiatrie und Psychopharmakologie in ihrer Verflechtung (Symposium 18.3. 1972), Bd. 10. Düsseldorf: Janssen, 71-82.
- VON RAD, M. und RÜPPEL, A. (1975): Combined inpatient and outpatient group psychotherapy: Therapeutic model for psychosomatics. Psychother. Psychosom. 26, 237-243.
- VON RAD, M. und WERNER, K. H. (1981): Kombinierte analytische Gruppentherapie bei psychoneurotischen Patienten - eine Nachuntersuchung. Gruppenpsychother. Berlin der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (gegründet 1910) 26.4. 1978. 1 nach U. RÜGER (1981): Stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie. Berlin, Heidelberg New York: Springer, 5.
- ROSENBERG, S. A. und ZIMET, C. N. (1995): group treatment and managed mental health care. Int. J. Group Psychother. 45, 367-379
- RÜGER, U. (1976): Ergebnisse einer katamnesischen Nachuntersuchung an 21 Patienten fünf nach Abschluß einer ambulanten Gruppentherapie. Gruppenpsychodynam. 10, 313-330.
- RÜGER, U. (1979): Die Verschmelzung zweier Gruppen: Beobachtungen nach der Zusammenlegung zweier Therapie-Gruppen. Gruppenpsychodynam. 14, 12-3
- RÜGER, U. (1980): Various regressive processes in stationary group psychotherapy and their prognostic value. Int. J. Group Psychother. 95-105.
- RÜGER, U. (1981): Indikationsmöglichkeiten für stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie. In: K. KÖNIG und W. V. LINDNER (Hg.): Festschrift für FRANZ HEIGL zum 60. Geburtstag. Gruppenpsychodynam. 16, 335-345
- RÜGER, U. (1981): Stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- MCCALLUM, M., PIPER, W. E. und MORIN (1993): Affect and outcome in short-term therapy for loss. Int. J. Group Psychother. 303-319.
- MOELLER, M. L. (1978): Selbsthilfegruppen. Reinhold Rowohlt.
- OHLMEIER, D. (1975): Gruppenpsychotherapie psychoanalytische Theorie. In: R. UCHTENHAGEN, R. BATTEGAY und FRIEDMANN (Hg.): Gruppenpsychotherapie soziale Umwelt. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- OTT, J., WAHLSTAB, A., EHLE, G. (1983): Möglichkeiten und Probleme der Gruppenpsychotherapie in der Komplextherapie schizophrener Patienten. In: HOCK, K., O. VORWERG, M. (Hrsg.): Praxis der dynamischen Gruppenpsychotherapie.

- Gruppendyn. 16, 321-334.
- RÖDER, H. K. (1988): Modifikation der persönlichkeitszentrierten Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie für psychosomatisch Erkrankte im Unterschied zu Patienten mit neurotischen Erkrankungen. Psychotherapie-Berichte HdG Berlin, 41, 40-44.
- ROGERS, C. (1970): Carl Rogers on Encounter-Groups. New York. Deutsch: Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung. München: Kindler 1974.
- ROGGEMANN, W. (1978): Diskussionsbeitrag auf der Arbeitssitzung der Arbeitsgruppe
- und Agoraphobic. Psychoöüer. Psychosom. med. PsychoL 43, 238-244.
- SCHILDER, P. (1928): Introduction to a psychoanalytic Psychiatry. New York. Washington: NMD Publisher Co.
- SCHINDLER, R. (1957/58): Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Psyche 11, 308-314.
- SCHMIDT, J., LAMPRECHT, F., BERNHARD, P. und NUBLING, R. (1989): Zur Nachgeschichte stationär psychosomatisch behandelter Patienten. Erste Ergebnisse einer Dreijahreskatamnese. In: SPEIDEL, H. u. STRAUSS, B. (Hrsg.): Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Berlin: Springer.
- SCHULTZ-HENCKE, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- SCHWIDDER, W. (1959): Grundsätzliches zur Entstehung psychosomatischer Krankheits-symptome. Psychosom. Med. 5, 238-245.
- SEIDLER, CH. (1983): Gruppenpsychotherapie mit Adoleszenten. In: HOCK, K., OTT, J., VORWERG, M., (Hrsg.): Praxis der dynamischen Gruppenpsychotherapie. Psychotherapie und Grenzgebiete. 4, 55-69. Leipzig: Barth.
- SEIDLER, CH. (1997): Die Geschichte der Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppenspsychother. Gruppenspsychodynamik (im Druck).
- SENF, W. (1987): Behandlungsergebnisse bei stationärer Psychotherapie. Habilitationsschrift Med. Fak. Heidelberg.
- SENF, W. (1995): Stationär-ambulante psychoanalytische Gruppentherapie. Zsch.
- RÜGER, U. (1986): Rollenspiel. In: CH. MÜLLER Lexikon der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg New York: Springer, 585-586.
- RÜGER, U. (1991): 7-Jahres-Katamnese nach Abschlusses analytischer Gruppenpsychotherapie. Psychosom. med. 37, 361-374.
- SAGER, C. J. (1959): The effect of group psychotherapy and individual psychoanalysis. J. Group Psychother. 9, 403-419.
- SCHEIBE, G., ALBUS, M., WALTHER, A.-U. SCHMAUSS, M. (1993): Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Panikstörung
- STAATS, H. (1996): Geschlechtsunterschied in den Erzählungen von Patientinnen und Patienten zu Beginn einer Paartherapie. Gruppenspsychodynamik 32, 366-377.
- STEWART, A. M., KELLY, B., ROBINSON, J. D. u. CALLENDER, C. O. (1995): The Hospital University Hospital transplant and dialysis support group: Twenty years and going strong. Int. J. Group Psychother. 45, 471-488.
- STONE, M. H., LEWIS, C. M. und BECK, A. P. (1991): The structure of Yalom's curative factors. Int. J. Group Psychother. 44, 239-245.
- STRAUSS, B. und HESS, H. (1993): Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie. Psychosom. med. Psychosom. med. Psychol. 43, 82-92.
- STRAUSS, B. und BURGMEIER-LOHSE, M. (1991): Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie - Ein Beitrag zur differenziellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Psychother. Psychosom. Psychol. 44, 184-192.
- STRAUSS, B., ECKERT, J., TSCHUSCHKE, V. (1996): Methoden der empirischen Gruppenpsychotherapieforschung - Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag
- STREECK, U. (1980): «Definition der Situation» Soziale Normen und Interaktionelle Gruppenpsychotherapie. Gruppenspsychodynamik 16, 209-221.
- THIEL, W. (1993): Fachliche Grundlagen der Selbsthilfegruppen-Unterstützungsarbeit. Herausgegeben von NAKOS, Albrecht-Ac

- psychosomat. Med. 41, 293-305.
- SIGRELL, B. (1992): The long-term effects of group psychotherapy: A thirteen-year follow-up study. *Group analysis* 25, 333-352.
- SOLDZ, S., BUDMAN, S., DEMBY, M. S. W. und FELDSTEIN, M. (1990): Patient activity and outcome in group psychotherapy: New findings. *Int. J. Group Psychother.* 40, 53-62.
- stationärer analytischer Gruppenpsychotherapie, *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 42, 91-101.
- TSCHUSCHKE, V. (1990): Zum therapeutischen Stellenwert der Interaktionsprozesse in der Gruppenspsychotherapie. In: TSCHUSCHKE, V., CZOGALIK, D. (Hrsg.) (1990): *Psychotherapie - welche Effekte verändern?* Berlin u. a.: Springer.
- TSCHUSCHKE, V., CZOGALIK, D. (Hrsg.) (1990): *Psychotherapie - welche Effekte verändern?* Berlin u. a.: Springer.
- TSCHUSCHKE, V. (1993): *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- VENNER, M. (1986): Therapie psychosomatische Erkrankungen. In: HÖCK, K., VORWERG, M. (Hrsg.): *Psychosomatik I. Psychotherapie und Grenzgebiete* 7, 36-44. Leipzig: Barth.
- VENNER, M., DANIEL, E. (1988): Die Anwärmp phase in der Gruppenpsychotherapie psychosomatisch Kranker. *Psychotherapie-Bericht HdG Berlin*, 4, 40-44.
- VOSTANIS, P. und OSULLIVAN, D. (1992): Evaluation of therapeutic factors in group psychotherapy by therapists in training. *Group analysis* 25, 325-332.
- WEINER, M. F. (1992): Group psychotherapy reduces medical and psychiatric hospitalization. *Int. J. Group Psychother.* 42, 267-275.
- WHITAKER, D. ST. und LIEBERMAN, M. (1965) *Psychotherapy through the Group-Process.* London: Tavistock.
- WINNICOTT, D. W. (1958): Mind and its relation to Psyche-Soma (1949). In: *Collected Paper* New York: Basic Books.
- WOLPE, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford: Stanford University Press.
- Straße 65, 10709 Berlin.
- TRIMBORN, W. (1983): Probleme bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten. *Psychother. med. Psychol.* 204.
- TSCHUSCHKE, V. (1989): Wirksamkeit und Erfolge der Gruppenpsychotherapie. *Gruppe Gruppensdynamik* 25, 60-78.
- TSCHUSCHKE, V., CATINA, A., BECKH, TH., SALVINI, D. (1992): Wirkfaktoren in Gruppenpsychotherapie. München: Klinkcksche Verlagsgesellschaft.
- YALOM, I. D. (1974): *Gruppenpsychotherapie Grundlagen und Methoden.* München: Klinkcksche Verlagsgesellschaft.
- YALOM, I. D. (1995. erste Auflage 1970): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy.* New York: Basic Books. Dt. (1989): *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie.* München: Pfeiffer.
- Литература к разделу  
«Междисциплинарные аспекты психотерапии»*
- AHNEFELD, F. W. (1984): Ansprache zur Eröffnung des Anästhesiekongresses. *Zit. bei v. UEXKÜLL* 1986.
- AQUILERA, D. Q., MESSICK, J. (1977): *Grundlagen der Krisenintervention.* Freiburg i. Br.: Lambert.
- ENGEL, G.L. (1976): *Psychisches Verhalten und Krankheit.* Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- ENKE, M. (1977): Werte der Psychotherapie - soziale Lebensform und wissenschaftlicher Stand. *Psychother. med. Psychol.* 27, 85-100.
- FABER, F. R., HAARSMICK, R. (1989): *Konzepte der Psychotherapie-Richtlinien.* Neckar Verlag. München: Jungjohann-Verlagsgesellschaft.
- FEHLENBERG, D., SIMON, C., KOHLE, K. (1986): Krankenvisite - Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: UEXKÜLL, T. von (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin.* München: Elsevier und Schwarzenberg. 3. Aufl., 244-267.
- FINZEN, A. (1969): *Arzt, Patient und Gesellschaft.* Stuttgart: Klett, 63.
- FOUCAULT, M. (1963): *Die Geburt der Klinik.* Frankfurt a. M.: S. Fischer.

YABLONSK., L. (1975): Synanon. Selbsthilfe der Süchtigen und Kriminellen. Stuttgart: Klett Orig.: The Tunnel Back: Synanon, 6. Aufl. New York: The Macmillan Comp. 1970.

- 772 -

- FREYBERGER et al. (1996): Supportive Psychotherapie. In: MEYER, A.-E., et al. (Hrsg.): Jores Praktische Psychosomatik. Bern. Göttingen, Toronto. Seattle: Huber, 148-160.
- FREYBERGER, H., BRINKER, M. (1994): Die supportiv-psychotherapeutische Arbeitsbeziehung bei psychosomatischen Patienten und chronisch körperlich Kranken. In: STRAUSS, B., MEYER, A.-E. (Hrsg.): Psychoanalytische Psychosomatik. Stuttgart: Schattauer, 179.
- GAUS, E., KOHLE, K. (1979): Psychische Anpassungs- und Abwehrprozesse bei lebensbedrohlich Erkrankten. In: UEXKÜLL, T. VON (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München: Urban und Schwarzenberg, 745-759.
- GEYER, M. (1985): Das ärztliche Gespräch. Berlin: Volk und Gesundheit, 1. Aufl.
- GEYER, M. (1988): Fachspezifische Psychotherapie in der Inneren Medizin. Z. gesamte inn. Med. 43: 638-641.
- GEYER, M. et al. (1989): Die Schätzskaala zur Psychotherapiemotivation als prozeßbegleitendes Verfahren. Z. Kim. Med. 44, 2189-2192.
- GEYER, M. (1990): Balintarbeit und psychosomatische Grundversorgung. Therapiewoche 40, 1536-142.
- GOLTZ, D. (1974): Studien zur altorientalischen und griechischen Heilkunde. Therapie-Arzneibereitung-Rezeptstruktur. In: Sudhoffs Archiv. Beiheft 16. Wiesbaden.
- HAFERLACH, T. (1994): Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und bei der Patientenaufklärung. München: Zuckschwerdt.
- HEIGL-EVERS, A., ROSIN, U. (1989): Psychotherapie in der ärztlichen Praxis: In: HEIGL-EVERS, A. ROSIN (Hrsg.): Psychotherapie in der ärztlichen Praxis. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 12 ff.
- HEIM, E. (1981): Konsequenzen für die Praxis aus der Psychotherapieforschung der letzten Jahre. Schw. Archiv Neurol. Neurochir. Psychiat. 182, 211-226.
- HEIM, E. et al. (1983): Krankheitsbewältigung (Coping) - ein integratives Modell. Psych med. Psychol. 33: Sonderheft 35-40.
- JACOB, R. (1981): Erfahrungen und Problem psychischer Führung Krebskranker. In: KÖHLER, U., SEIDEL, K., THOM, A.: Grenzsituationen ärztlichen Handelns. Reihe Medizinische Gesellschaft Bd. 13. Jena: Gustav Fischer, 265.
- JORASCHKY, P. et al. (1979): Maladaptation Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept der psychosomatischen Medizin. In: UEXKÜLL, T. VON (Hrsg.): Lehrbuch Psychosomatischen Medizin. München: Urban und Schwarzenberg. 170-197.
- JORASCHKY, P., KOHLE, K. (1986): Psychosomatische Konsultations- und Liaisondienste. In: UEXKÜLL, T. VON (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg, 3. 423-439.
- KEREKJARTO, M. VON (1982): Psychosoziale Faktoren bei der Therapie und Betreuung Neoplasiepatienten. Med. Klin. 77, 32-35.
- KIMBALL, C. P. (1973): The experience of cardiac surgery: V. Psychological patterns and prediction of outcome. Psychother. Psychosom. 22. 310-319.
- KIMBALL, C. P. (1976): The experience of cardiac surgery and cardiac transplant. In: HOFFMAN, R. (ed.): Modern perspectives in psychiatric aspects of surgery. New York: Brunner & Mazel.
- KOHLE, K. et al. (Hrsg.) (1980): Angewandte Psychosomatik. Die internistische psychosomatische Krankenstation - Werkstattbericht. Basel: Rocom.
- KOHLE, K., RASPE, H.H. (Hrsg.) (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban und Schwarzenberg.
- KOHLE, K., SIMON, C., KUBANER, B. (1990): Umgang mit unheilbar Kranken. In: UEXKÜLL, T. VON (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München; Urban und Schwarzenberg, 4. 1135.

- KRAUSE, R. (1984): Emotionalität und Reflexivität. Über die psychoanalytische Affektlehre am Beispiel der Einsicht. In: ECKENBERGER, L., LANTERMANN, E. E. (Hrsg.): Emotionalität und Reflexivität. Göttingen: Hogrefe.
- KÜBLER-ROSS, E. (1973): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz.
- KÜNSEBECK, H. W. et al. (1984): Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. Dt. Med. Wschr. 109, 1438-1442.
- LAIN ENTRALGO, P. (1969): Arzt und Patient. München.
- LAIN ENTRALGO, P. (o.J.): Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung. Salzburg.
- LANGEN, D. (1963): Archaische Ekstase und asiatische Meditation. Stuttgart: Enke-Verlag, 14.
- LIPOWSKI, Z. J. (1967): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine I. and II. Psychosom. Med. 29, 153-171; 201-224.
- LUBAN-PLOZZA, B. et al. (1988): Arzt als Arznei: 4. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- LUBORSKY, L. (1984): Principles of Psychoanalytic Psychotherapy - A Manual for Supportive-Expressive Treatment. New York: Basic-Books.
- LUBORSKY, L., et al. (1985): Therapist Success and its determinants. Arch. Gen. Psychiatry 42, 602-611.
- MAIER, W. et al. (1996): Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Deutsches Ärzteblatt 47, 947-950.
- MEYER, E., MENDELSON, M. (1961): Psychiatry consultations with patients on medical and surgical wards: patterns and processes. Psychiatry 24, 197-220.
- MORGAN, D. H. (1971): Neuro-Psychiatric problems of surgery. J. Psychosom. Res. 15, 41-46.
- MOSER, U. (1985): Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Ein Interaktionsmodell. Teil II. Berichte der interdisziplinären Kon- forschungsstelle. Zürich, 1-51.
- MYTHNY, F. A. et al. (1987): Erfahrungen auf Beratung und Psychotherapie mit chronischeninsuffizienten Patienten - Bedarf, Wirkungen. In: QUINT, H. und JANSSEN, (Hrsg.): Psychotherapie in psychosomatischen Medizin. Berlin: Springer 91-99.
- NARR, K. J. (1978): Urgeschichtliche Marginalie Schipperges, H. (Hrsg.): a.a.O.
- NEDELMANN, C., NFERSTL, H. (Hrsg.) (1989) Methode der Balint-Gruppe. Stuttgart: Cotta.
- PAAR, G. (1979): Psychopharmaka in psychosomatischen Medizin. In: UEXKÜLL VON (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomati Medizin. München: Urban und Schwarzen 425-437.
- PASNAU (1975): Zit. bei JORASCHKY und KOHLE 1
- PLATON (1957): Sämtliche Werke. Reinbek: Row
- POMMER, W., BRODA, M. (1985): Der Stand psychosozialen Betreuung chronischen Nierenkranker in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Nieren-Hochdruckkrankheiten 14, 462-468.
- RECHENBERGER, I. (1982): Zur Psychodynamik Psoriasis-kranken. Act. Dermatol. 8, 157-15
- RIEHL-EMDE, A. et al. (1988): Psychosomatische Psychotherapie im universitären Verbund der Inneren Medizin. In: SCHEPANK, H., 1 W. (Hrsg.): Die stationäre Psychotherapie im Rahmen. Berlin: Springer, 133-137.
- ROSIN, U. (1989): Balint-Gruppen: Konzeption, Forschung, Ergebnisse. Heidelberg: Springer
- ROTMANN, M., KARSTENS, R. (1974): Intensionsprobleme der psychosomatischen Konsultationspraxis. Psyche 28, 669-684.
- SCHEPANK, H. (1986): Epidemiologie psychischer Störungen. In: KISKER, K. P. et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart.

Bd. 1. Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Berlin: Springer, 1-28.

psychosomatische Medizin. Modelle in Praxis Klinik. Stuttgart: Schattauer.  
UEXKÜLL, T. VON (1986): Die Einführung

- SCHIPPERGES, H. (1978): Krankheit, Heilkunst, Heilung. Historische Anthropologie. Bd. 1: Freiburg-München.
- SCHMALE, A. (1964): Object Loss, «Giving up» und Disease Onset. Symposium on Med. Aspects of Stress. Washington D. C.: Walder Read Army Center.
- SCHRENCK-NOTZING, A. V. (1892): Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. Stuttgart: Enke.
- SIMPSON, M. A. (1982): Therapeutic use of truth. In: Wilkes, E. (ed.): The Dying Patient. London: MPT. pp. 255-262.
- SHAPIRO, A. K. (1963): Psychological Aspects of Medication. In: LIEF, H. J. et al. (ed.): The Psychological Basis of Medical Practice. New York: Harper and Row.
- SIEGRIST, J. (1978): Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Enke.
- STARKE, H., WINIECKI, P. (1987): Zum Psychotherapiebedarf in der Allgemeinmedizin. Z. Klin. Med. 42, 977-980.
- STUCKE, W. (1991): Die Leitung von Balint-Gruppen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- STUHR, U., HAAG, A. (1989): Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother. Med. Psychol. 39, 273-281.
- SPEIDEL, H. (1996): Balint-Gruppe und psychosomatische Grundversorgung. In: MEYER, A.-E. et al. (Hrsg.): Jores Praktische Psychosomatik. Bern: Huber, 80-88.
- UEXKÜLL, T. VON (1980): Das Problem der Entsprechung von Rollen und Gegenrollen bei Arzt und Patient. In: JAPPE, G., NEDELMANN, C. (Hrsg.): Zur Psychoanalyse der Objektbeziehungen. Problemata. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog, 37-74.
- UEXKÜLL, T. VON (Hrsg.) (1981): Integrierte psychosomatischen Betrachtungsweise wissenschaftstheoretische und berufspol Aufgabe-Gedanken zum Problem der ärzt Verantwortung. In: UEXKÜLL, T. VON (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: 1 und Schwarzenberg. 3. Aufl., 1279-1300.
- WEISMAN, A. D. (1974): Realization of death. York: Jason Aronson.
- WEISMAN, A. D. (1979): Coping with Cancer. York: McGraw-Hill.
- WEISMAN, A. D., HACKETT, T. P. (1960): Organization and function of a psychiatric consultation service. Int. Rec. Med. 173, 306-311.
- WESIACK, W. (1970): Die Bedeutung der Psychoanalyse für die praktische und allgemeine Medizin. Psyche 24, 307-324.
- WESTENDORF (1978): In: SCHIPPERGES, H.: Krankheit, Heilkunst, Heilung. Historische Anthropologie Bd. 1: Freiburg-München, 139ff.
- WINKLER, W. m. (1977): 50 Jahre AÄGP Rückblick. Psychother. med. Psychol. 27, 7

*Литература к разделу  
«Общие и специальные факторы»*

- BANDURA, A. (1977): Self-efficacy: Toward a new theory of behavior change. Psychol. Rev. 191-215.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. und EMEF (1981): Kognitive Therapie der Depression. München, Wien, Baltimore: Urban Schwarzenberg.
- BEUTLER, L. E. und CLARKIN, J. (1990): Systematic treatment selection: Toward tailored psychotherapeutic interventions. New York: Brunner/Mazel.
- BOZOK, B. und BÜHLER, K.-E. (1988): Wirkfaktoren der Psychotherapie: spezifische und unspezifische Einflüsse. Fortschr. Neurol. Psychiat., 56, 119-132.
- BREGER, L. und MCGAUGH, L. L. (1965): Critique and reformulation of learning theory approaches to psychotherapy and neurosis. Psychol. Bull., 63, 358-388.
- GARFFIELD, S. L. (1982): Psychotherapie: Ein selektiver Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz.
- GELDER, M. G., MARKS, I. M. und WOLFF, J. (1967): Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry. Brit. J. of Psychiat., 113, 53-73.
- GOMES-SCHWARTZ, B. und SCHWARTZ, J. M. (1977): Psychotherapy process variables distinguishing

- CASPAR, F. (1996): Forschungsempirie als Eckpfeiler eines zukünftigen Psychotherapieverständnisses. In: Stiftung Rehabilitation (Hrsg.): Grundlagen zur Musiktherapieforschung. Stuttgart: Gustav Fischer.
- CZOOALIK, D. (1988): Das wirkt in der Psychotherapie. In: EHLERS, W., TRAUE, H. C. und CZOGALIK, D. (Hrsg.): Bio-psychoziale Grundlagen für die Medizin. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- DURLAK, J. A. (1979): Comparative effectiveness of Paraprofessional and professional helpers. Psychol. Bull., 86, 80-92.
- EISSLER, K. R. (1960): Variationen in der psychoanalytischen Technik. Psyche, 13, 609-625.
- ENKE, H. (1978): Die Notwendigkeit der Erweiterung persönlichkeitspsychologischer (psychoanalytischer) Aspekte um sozialpsychologische Aspekte bei der Erfassung des psychotherapeutischen Prozesses. Psychother. Psychosom., 29, 153-161.
- FIEDLER, P. und ROGGE, K. E. (1989): Veränderung durch Beziehung? Studien über Empathie und Lenkung in der kognitiven Psychotherapie. In: V. TSCHUSCHKE und D. CZOGALIK (Hrsg.): Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- FRANK, J. D. (1971): Therapeutic factors in psychotherapy. Americ. J. of Psychother, 25, 350-361.
- FRANK, J. D., HOEHN-SARIC, B., IMBER, S., LIBERMAN, B. und STONE, A. (1978): Effective ingredients of successful psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- the 'inherent helpful' person from professional psychotherapist. J. of Clin. Psychol, 46, 1, 196-197.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978): Effective ingredients of psychotherapy: prediction of outcome process variables. J. of Consult. & PsychoL. 46, 5, 1023-1035.
- GRAWE, K. (1976): Differentielle Psychotherapie. Indikation und spezifische Wirkung Verhaltenstherapie und Gestalttherapie. Bern: Huber.
- GRAWE, K. (1996): Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. Verhaltensth. u. psychol. Prax., 3, 357-370.
- HEIGL, F. S. und TRIEBEL, A. (1977): Lernvorgänge in der psychoanalytischen Therapie. Die Technik der psychoanalytischen Therapie. Eine empirische Untersuchung. Bern, Stuttgart: Huber.
- HOWE, J. (1980): Prozeßgeschehen in der Verhaltenstherapie. Frankfurt, Cirencester: Lang.
- KARASU, T. B. (1986): The specificity vs. nonspecificity dilemma: Toward identifying effective therapeutic change agents. Americ. J. of Psychiat., 143, 687-695.
- KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., ROUNSAP, B. J. und CHEVRON, E. S. (1984): Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.
- LANG, P. M., MELAMED, B. C. und HART, J. A. (1976): A psychophysiological analysis of modification using an automated desensitization procedure. J. of Abnorm. PsychoL, 76, 220-230.
- LEUZINGER, M. (1980): Kognitive Prozesse bei der Indikationsstellung psychotherapeutischer Verfahren. Dissertation. Universität Zürich.

- 776 -

- LUBORSKY, L. (1984): Principles of psychoanalytic psychotherapy. New York: Basic Books.
- MALCOLM, J. (1977): The impossible profession. London, New York: Penguin.
- MEYER, A. E. (ed.) (1981): The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother. Psychosomat., 35, 2-3. 81-207.
- MUFFLER, S. (1991): Zum beruflichen Selbstverständnis von klinisch erfahrenen Psychotherapeuten. Dissertation. Universität Tübingen.
- SLOANE, R. B., STAPLES, F. R., CRISTOL, A. J., YORKSTON, N. J. und WHIPPLE, K. (1976): Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- SKOVHOLT, T. M. und RONNESTAD, M. (1992): The evolving professional self. New York: Wiley.
- SMITH-BENJAMIN, L. (1993): Interpersonal Diagnosis and treatment of personality disorders. New York: Guilford Press.
- STRONG, S. R. und CLAIBORN, C. D. (1982): Client change through interaction: Social psychological processes of counseling and psychotherapy. New York: Guilford Press.



- ORLINSKY, D. und HOWARD, K. 1. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In: A. E. BERGIN und S. L. GARFIELD (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- ORLINSKY, D., GRAWE, K. und PARKS, B. K. (1994): Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In: L. GARFIELD und A. E. BERGIN (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- PLOG, U. (1976); Differentielle Psychotherapie II. Der Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- ROGERS, C. R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. of Consult. Psychol., 21, 95-103.
- New York: Wiley.
- STROTZKA, H. (1975): Psychotherapie: Grundverfahren, Indikationen. München: Urban Schwarzenberg.
- STRUPP, H. H. und HADLEY, S. W. (1978); Specific versus non-specific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. Arch. of Psychiat., 36, 1125-1136.
- TAUSCH, R. (1973): Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- THOMÄ, H. und KACHELE, H. (1985): Lehrbuch psychoanalytischer Therapie. Grundzüge. Heidelberg: Springer.
- THOMÄ, H. und KACHELE, H. (1988): Lehrbuch psychoanalytischer Therapie. Fortgeschrittene. Heidelberg: Springer.
- TSCHIEULIN, D. (1983): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Weinheim, 1983: Beltz.
- WURM, W. (1982): Psychotherapie als Selbstregulation und Kontrolle. Weinheim, Basel: Beltz.

- 777 -

## КООРДИНАТЫ АВТОРОВ

Irmgard Bonstedt-Wilke  
Georg-August-Universität  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Von-Siebold-Str. 5  
37075 Göttingen

Professor  
Dr. Manfred Cierpka  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Schwerpunkt Familientherapie  
Humboldtallee 38  
37073 Göttingen

PD Dr. phil. Dietmar Czogalik  
Forschungsstelle für Psychotherapie  
Christian-Belser-Str 79a  
70597 Stuttgart

Professor  
Dr. Franz Heigl  
Johann-Heinrich-Voss-Weg 6  
37085 Göttingen

Professor  
Dr. Annelise Heigl-Evers  
Johann-Heinrich-Voss-Weg 6  
37085 Göttingen

Professor  
Dr. Günter Heisterkamp  
Stolshaide 5  
40883 Ratingen

PD Dr. R. Kreische  
Schillerstr. 31  
37083 Göttingen

Professor  
Dr. Helmut Enke  
Anna-Peters-Str. 9 B  
70597 Stuttgart

Professor  
Dr. phil. Mechtild Langenberg  
Hochschule der Künste FB 8  
Mierendorffstr. 30  
10589 Berlin

Professor  
Dr. phil. Christian von Ferber  
Auf dem Ufer 7  
Urdenbach  
40593 Düsseldorf

Dr. Eric Leibing  
Georg-August-Universität  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Von-Siebold-Str. 5  
37075 Göttingen

Professor  
Dr. Michael Geyer  
Universität Leipzig  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische  
Medizin  
Karl-Tauchnitz-Str. 25  
04107 Leipzig

Dr. Dr. Jürgen Ott  
Klinisches Institut und Klinik für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Bergische Landstr. 5  
40629 Düsseldorf

– 778 –

Dr. Jochen Peichl  
Stadt. Klinikum Nürnberg  
Psychosomatische Abteilung  
Flurstr. 17  
90491 Nürnberg

Psychotherapie  
Sonnenburgstr. 9  
1. Stock  
A-6020 Innsbruck

Professor  
Dr. Ulrich Rüger  
Georg-August-Universität  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Von-Siebold-Str. 5  
37075 Göttingen

Dr. Hermann Staats  
Georg-August-Universität  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Von-Siebold-Str. 5 37075 Göttingen

Professor  
Dr. Gerhard Schüßler  
Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und

Dr. Hans Martin Wächter  
Georg-August-Universität  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Von-Siebold-Str. 5  
37075 Göttingen

## **ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХОАНАЛИЗА**

---

197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., дом 18, литер А.  
Тел.: учебный отдел - (812) 235-11-39; (812) 235-28-57 (факс).

---

E-mail: in-psa-rus@peterlink.ru <http://www.p-a.ru>

---

### **Государственная лицензия**

Министерства общего и профессионального образования РФ  
№ 16-111 от 16 мая 1997 года

**Институт Психоанализа учрежден** в 1991 году и является первым высшим учебным заведением подобного профиля, реализующим полномасштабную психоаналитическую подготовку, включая: психоаналитическое образование, персональный психоаналитический тренинг (собственный анализ), а также - супервизорскую поддержку начала практической деятельности.

**Институт осуществляет** ежегодный набор лиц с высшим образованием для переподготовки по специальности «Психология» и специализации: «Философский, клинический и прикладной психоанализ». При отсутствии предшествующего высшего психологического или медицинского образования обеспечивается параллельное обучение и получение диплома о высшем образовании по специальности «Психология».

**Полный цикл обучения** составляет 3 года и осуществляется в двух формах: вечерней и заочной. При вечерней форме обучения занятия проводятся 2 раза в неделю в течение всего учебного года (с сентября по июнь). Заочное обучение предполагает ежегодные базовые 168-часовые лекционные циклы (ежедневно в течение месяца с отрывом от производства). Параллельно студентами обоих потоков осуществляется работа с рекомендуемой литературой, подготовка конспектов, сдача курсовых работ и экзаменов.

**В программе** - история, методология, теория и практика классического и современного психоанализа (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорни, М. Кляйн, Э. Фромм, А. Фрейд, Ж. Лакан, Д. Винникотт, Г. Салливан, Х. Когут и др.).

**Обучение на старших курсах** предусматривает (по желанию учащихся) проведение персонального анализа и супервизорской практики (для владеющих английским - с супервизорами из зарубежных психоаналитических центров). Лица, проявившие особые способности, после окончания 2-го курса могут быть рекомендованы к обучению в очной или заочной государственной аспирантуре и докторантуре (5 мест ежегодно). Внешнее соискательство - не ограничено.

**Прием на первый курс** осуществляется по результатам собеседования и/ или (для иногородних) изучения личных дел, на последующие курсы - по показателям успешности обучения.

**По завершении обучения** выдается диплом установленного образца в соответствии с Государственной лицензией по специальности «Психология» - 020400 и

специализации - «Психоанализ». Дальнейшее усовершенствование и специализация в терапевтическом психоанализе возможны на супервизорском курсе, куда зачисляются только выпускники уже имеющие диплом Института и ведущие психотерапевтическую практику. В настоящее время имеется четыре направления специализации: «Клинический психоанализ», «Детский психоанализ», «Групповой психоанализ», «Психоаналитическое консультирование». Для студентов из Петербурга вечерние Занятия на циклах специализации проводятся один раз в неделю. Для иногородних планируется две двухнедельных сессии (осенью и весной), выдается литература для проработки.

**При высоком конкурсе кандидатов** преимущественным правом зачисления на базовый цикл обучения пользуются лица, имеющие высшее медицинское или психологическое образование, однако, последнее, как уже отмечалось, может быть получено и непосредственно в процессе подготовки в Институте (дополнительно). Психоаналитическая подготовка студентов ведется в рамках единого потока, так как и для врачей, и для психологов, и для представителей других специальностей - это знание является абсолютно новым. В отдельных случаях к занятиям могут допускаться студенты старших курсов аккредитованных вузов (как государственных, так и негосударственных). План ежегодного набора - 50 мест. Иногородним предоставляются места в общежитии (по заявке).

**Лекционные и семинарские занятия** ведут преподаватели Института, а также специалисты из психоаналитических центров Англии, Франции, Германии, США и других стран (с синхронным переводом). Эти занятия (ежегодно около 200 часов лекций, семинаров и клинических разборов - сверх программы) предоставляются студентам Института без дополнительной оплаты.

**Институт располагает** единственной в России библиотекой психоаналитической литературы на русском и иностранных языках, включающей все основные работы по психоанализу, изданные за период 1920-1994 годов, а также ряд новейших публикаций. В Институте имеется Издательский отдел и уникальный Музей Сновидений.

**Оплата за обучение** на базовом цикле эквивалентна - 600 долл. США в год. Оплата не изменялась с 1996 года и не будет изменяться. Уже внесенная оплата в последующем (при изменении курса доллара) не индексируется. В отдельных случаях допускается внесение годовой оплаты по частям - 50% до начала осеннего семестра обучения, и 50% - в период до 1 марта текущего года обучения.

- 781 -

**Установочная сессия** 1-го курса заочного отделения - со второго понедельника сентября соответствующего года обучения.

Вечерний поток 1-го курса - с первого понедельника сентября соответствующего года обучения. Прием заявлений - с 1 марта по 1 сентября.

Информация о циклах усовершенствования доводится выпускникам дополнительно.

**Кандидаты представляют в приемную комиссию** заявление, личный листок по учету кадров (или соответствующие ему сведения), ксерокопию диплома о высшем образовании, 4 фотографии 3 x 4 см и сообщают в деканат об избранной (заочной или вечерней) форме обучения. Заявления без предоставления копии диплома о высшем образовании (с вкладышем) или выписки из зачетной ведомости (для кандидатов из числа студентов старших курсов вузов) не принимаются.

**Извещения о включении в список** конкретного потока направляются деканатом заблаговременно вместе с официальным вызовом.

**Отсутствие российского гражданства** не является препятствием к обучению. В настоящее время в Институте обучаются более 300 специалистов из России, Украины, Беларуси, Молдовы, стран Прибалтики, а также других стран Европы и Азии. Стоимость обучения для российских и иностранных граждан одинакова.

**Адрес для переписки** и направления почтовых переводов оплаты за обучение: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П. С., 18-А. В.-Е. Институт Психоанализа (в графе «Для письма» необходимо указать ф. и. о., курс, поток).

Телефоны для справок: учебный отдел - (812) 235-11-39; бухгалтерия - (812) 235-58-10; референт ректора - (812) 235-29-29, а также (812) 235-28-57 (+факс).

**Расчетный счет:** № 40703810855200105540 в Петроградском ОСБ № 1879 Санкт-Петербургского банка Сбербанка Россия ч/з корсчет № 30101810500000000653 БИК 044030653. ИНН 7812008239. ОКПО 20802983. ОКОНХ 92110,92200,95120. Адрес банка: 197198, СПб., Большой пр., П.С., 18. В платежном поручении должна быть указана фамилия учащегося, курс и поток - дневной или вечерний).

**Перспективы занятости** и спроса на рынке психологических и психотерапевтических услуг: на 2000 год укомплектованность системы здравоохранения дипломированными врачами-психотерапевтами и психологами составляла, соответственно, 19 % и 3 %. В России действует всего две тысячи дипломированных психотерапевтов и около шести тысяч психологов (в сравнимых по количеству населения США, соответственно, 80 тысяч и 180 тысяч, то есть - в 30-40 раз больше).

**Перспективы спроса:** реальная потребность Минздрава в дипломированных психологах составляет 60 тысяч (с 1968 года, когда в СССР впервые были открыты психологические факультеты, по 1999 год всеми высшими учебными

– 782 –

заведениями России было подготовлено около 6 тысяч психологов). В негосударственном секторе спрос характеризуется наличием более 300 тысяч магов, колдунов, экстрасенсов и т. д., по сути, использующих ситуацию отсутствия квалифицированных кадров.

**Перспективы оплаты труда:** начинающий психолог или психотерапевт психоаналитической ориентации зарабатывает, в среднем - около 200-300 руб. в день. Опытный специалист - до 1,5 - 2,5 тыс. руб. в день. Психоаналитики-имиджмейкеры и политологи - от 1 тыс. до 5 тыс. долл. в месяц.

**Деканат расположен** по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Большой пр., П.С., дом 18-А - в старинном особняке XIX века в центре города. Кафе - клуб «Бергассе-19», библиотека и читальный зал, кинолекторий, музей, встречи с представителями российской и западной науки и культуры в европейских аудиториях — доступны для всех желающих.

**Проезд:** от ст. метро «Спортивная» - 3 мин. пешком; от ст. метро «Петроградская» (троллейбусы NN 1, 12 и 31, автобусы №№ 10 и 128) или от ст. метро «Невский пр.» (троллейбусы NN 1 или 7) до ост. «Ул. Съезжинская».

#### **Администрация Института:**

Ректор Института - доктор психологических наук и кандидат медицинских наук, профессор  
*Михаил Михайлович Решетников*

Зам. ректора по учебной работе -  
*Татьяна Александровна*  
*Половникова*

Гл. бухгалтер -  
*Валерий Григорьевич Лиознов*

Референт ректора -  
*Наталья Александровна Смирнова*

– 783 –

---

**Текст на обложке:**

"...Очень кратко об одной методологической проблеме. Еще совсем недавно существовали так называемые "советские" психология, психиатрия и психотерапия, базировавшиеся на философской концепции некоего усредненного, бесполого и слегка отличающегося по возрастным характеристикам - скорее - индивида, чем "личности".

В этой "всеобъемлющей" концепции преобладал деятельностный подход, при этом все, что касалось сферы внутренних переживаний, страданий, влечений (включая низменные), потребностей (включая сексуальные), мотивов (нередко - асоциальных), сновидений, сексуальных девиаций, человеческого нарциссизма, психопатологических комплексов, массового поведения, деструктивных тенденций и т. д. исходно или выводилась "за скобки", или упоминалось в качестве неких не заслуживающих особого внимания "составляющих",

В психоанализе это все было. И есть. И - в современном психоанализе - на принципиально ином методическом уровне, чем у Фрейда, Юнга, Адлера или Кляйн".

*Профессор М. Решетников*

---

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Номера страниц в данном тексте указаны так, как даны в книге.

---

Текст печатается по изданию: Аннелизе ХАЙГЛ-ЭВЕРС, Франц ХАЙГЛ, Юрген ОТТ, Ульрих РЮГЕР. Базисное руководство по психотерапии. СПб., «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», совместно с издательством «Речь», 1998. 784 с.

---