

УДК 615.851 ББК88
Х42

Перевод с английского *А.
Боковикова, А. Колегова*

Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается.

Хиггинс Робин

Х 42 Методы анализа клинических случаев: Руководство для начинающих психотерапевтов / Пер. с англ. — М., «Когито-Центр», 2003.— 168 с. (Мастер-класс)

УДК 615.851 ББК88

В руководстве в системном виде представлены основные аспекты и методы анализа клинических случаев в процессе психотерапевтической работы. Каждая глава включает список вопросов, которые необходимо держать в уме при разработке таких тем, как причина обращения к терапевту, болезненные проявления, жалобы пациента, его семейные условия жизни, диагноз, план лечения и его потенциальный результат. В книге используются антропологические, биографические и медицинские модели, пути сближения гуманистических и научных подходов и подчеркивается значимость роли пациента в выявлении его собственной истории жизни.

© Robin Higgins, 1993

© «Когито-Центр», перевод на русский язык, оформление, 2003

ISBN 1-85302-182-2 (англ.) ISBN 5-
89353-091-8 (рус.)

ОГЛАВЛЕНИЕ

БЛАГОДАРНОСТИ.....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА I. АНАЛИЗ СЛУЧАЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ.....	12
ГЛАВА II. НАПРАВЛЕНИЕ К СПЕЦИАЛИСТУ.....	31
ГЛАВА III. ЖАЛОБЫ.....	50
ГЛАВА IV. ИСТОРИЯ СЕМЬИ.....	59
ГЛАВА V. ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ.....	69
ГЛАВА VI. ЭТАПЫ ПРОГРЕССА.....	98
ГЛАВА VII. ФОРМУЛИРОВКИ.....	109
ГЛАВА VIII. АНАЛИЗ СЛУЧАЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ.....	121
ГЛАВА IX. АНАЛИЗ СЛУЧАЯ: ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ.....	143
ЛИТЕРАТУРА.....	159

БЛАГОДАРНОСТИ

За помощь в подготовке данной книги я глубоко признателен Джессике Кингсли и Элен Скелтон, Дафни Гамильтон-Фэйрли, Мариетте Маркус и Элисон Фисс-Хиггинс, преподавательскому составу и студентам Центра движений и танца в Лабане, а также коллегам и пациентам, без которых я не сумел бы разработать подходы к анализу клинических случаев

ВВЕДЕНИЕ

Отправляясь в путешествие, весьма полезно иметь карту с отмеченными на ней узловыми пунктами, чтобы сверять с ними свой маршрут. Когда мы занимаемся анализом клинических случаев, такого рода «вешки» принимают форму вопросов, которые нам, возможно, понадобится задать себе, своим коллегам, своим пациентам и тем, кто имеет к ним какое-то отношение.

Данная книга содержит множество перечней таких вопросов. К ним можно относиться как к вспомогательной схеме или конспекту, помогающим структурировать анализ случаев или намечать направление дальнейшего исследования (ср. Сох, 1978). В схему анализа входит гораздо больше вопросов, чем реально задается в процессе анализа любого случая (не говоря уже о любой отдельной беседе). Определяя план конкретного интервью, мы всегда должны руководствоваться тем, какие вопросы будут для него уместны и какие потребуют особого такта.

По мере обретения опыта мы становимся более искушенными в выборе задаваемых вопросов, по ходу дела заменяя намеченный набор вопросов другим или даже вообще отказываясь от каких бы то ни было предварительных заготовок. Но об этом чуть позже.

Сейчас же нам необходимо отметить для себя, что тот набор, тот «скелет» вопросов, на котором основывается анализ клинических случаев, иллюстрирует принцип, с которым мы по разным поводам будем сталкиваться на протяжении всей книги. Грегори Бейтсон определил этот принцип как фазовое чередование свободного и жесткого мышления (Bateson, 1973). Любой творческий акт, любой прогресс в познании включает эту способность к поочередному ослаблению и укреплению понятийных систем. Такие системы нужны нам, чтобы ощутить определенную устойчивость, но мы должны постоянно

их демонтировать и преобразовывать, чтобы они не стали ригидными. Подбор вопросов определяет общие очертания системы, а выбор, изменение и пропуск вопросов — ее преобразование. (См. также параграфы, посвященные классификации в главе VII и стадиям исследования в главе VIII.)

Сами по себе вопросы не предназначены для того, чтобы обрушивать их один за другим на клиента. Многие из них касаются чрезвычайно чувствительных сфер и должны оставаться в сознании интервьюера, но не высказываться вслух. Когда придет время и клиент будет готов к их обсуждению, с их помощью могут быть затронуты весьма важные темы. Здесь, как и везде при анализе случаев, главную роль играет такт.

Большинство вопросов адресованы специалисту-интервьюеру и ориентированы на его взаимоотношения с пациентом: «Каковы взгляды пациента на...?» или «Можете ли вы помочь пациенту расширить опыт...?» или «Как вы оцениваете жалобы, поведение, личность пациента...?» Иногда же, например, когда затрагиваются события прошлой жизни, вопросы могут быть адресованы непосредственно к личному жизненному опыту интервьюера, поскольку это может оказаться наиболее конструктивным способом изучения жизненного опыта клиентов.

Для студентов, обучающихся арт-терапии, музыке, живописи, двигательной терапии или психодраме, были добавлены вопросы, касающиеся специфики именно этих предметов. Поскольку арт-терапия все более активно включается в социальную и медицинскую практику, можно надеяться, что эти более специализированные вопросы не оставят без внимания и другие специалисты, например, социальные работники, консультанты и медики.

Прежде чем перейти к анализу случая, необходимо задать себе следующие предварительные вопросы:

1. Что меня просят сделать в данном случае? В чем состоит проблема и каковы ее возможные решения?
2. В чем состоит моя роль и кто мои коллеги? Что образует систему, частью которой я являюсь?
3. Чем конкретно меня заинтересовал данный случай? Почему я выбрал для специального исследования

именно этого человека или ситуацию? Что в них особого? Что они для меня значат?

4. Отношусь ли я к пациенту как к частному случаю интересующей меня более широкой проблемы или как к уникальной личности, которая интересна сама по себе? Или в моем отношении к нему присутствует и то, и другое? Если верно последнее, то как я решаю проблему несовместимости случая как примера и случая как чего-то уникального?

План анализа случая в арт-терапии обычно включает следующие пункты (см., например, рекомендации Института психиатрии: Institute of Psychiatry's document, 1982):

Место проведения анализа случая: например, в клинике, больнице, школе или в другом учреждении.

Жалобы или причины обращения к врачу с описанием истории болезни.

Семейная история, включающая социальные условия жизни пациента в прошлом и настоящем.

Личная история, включающая раннее и последующее развитие, сведения об образовании, карьере, браке и других ключевых моментах.

Личность и индивидуальные особенности, в том числе оценка когнитивных, эмоциональных и творческих способностей.

Формулировка проблемы (диагноз) и план лечения. Наблюдения за ходом лечения.

Окончательная формулировка того, что было достигнуто, того, что осталось незавершенным, и того, что скорее всего произойдет (прогноз).

1. Запись клинических наблюдений.
2. Наблюдения за тем, что происходит при использовании тех или иных средств терапевтического воздействия.
3. Традиционная классификация медицинских и психологических нарушений.
4. Представление данных, полученных без проведения экспериментов, для формулировки гипотез и проверки их истинности.
5. Преобразование анализа случая в рассказ об излечении.

По своему построению данная книга придерживается той же последовательности. Конечной целью является сведение воедино информации по следующим пунктам:

ГЛАВА I

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Вопросы:

1. *Что такое случай? Что такое анализ случая?*
2. *Что такое контекст, в котором проходит анализ случая?*
3. *Какие роли и отношения можно выделить при анализе конкретного случая? Кто такие протагонисты?*
4. *Чем анализ случая отличается от биографии, автобиографии, романа ? от мифа или архетипического повествования, например, об Эдипе, леди Макбет или Иове?*

Случай как статистическая единица

Фундаментальный закон природы — это закон потребностей и их удовлетворения. Каким бы видом терапии мы ни занимались, мы не можем уклониться от основного направления, которое устанавливает этот закон: мы должны определить природу испытываемых пациентом трудностей (его потребность) таким образом, чтобы помочь их разрешению (наша помощь в удовлетворении потребности). Случай — это и есть то, на чем фокусируется такое исследование (по поводу применения в медицине закона потребностей и их удовлетворения см.: Culyer, 1991; Armstrong, 1991; Frater, Costain, 1992).

Случай — это элемент, кирпичик, с помощью которого мы строим свои теоретические модели, будь то модели здоровья или болезни, или концепции оказания социальной, медицинской, юридической помощи. Случай — это основа, толчок для многих эмпирических исследований человека. Наука и искусство начинаются с тщательной оценки отдельного случая. Запись такой оценки и лежит в основе анализа случая.

Таким образом, в самом начале нашего исследования возникают следующие взаимосвязанные вопросы:

1. Что такое случай?
2. В чем нуждается пациент и чего он ожидает от терапевта?
3. Какую помощь может оказать терапевт?

Некоторые аспекты этих вопросов мы рассмотрим прямо сейчас. Их более глубокий смысл станет понятен по мере чтения книги.

Пациент и случай

Понятие «случай» можно встретить в литературе по медицине и социологии, а также в «сводках» из практики адвокатов; в последнее время важной составной частью подготовки менеджеров стало проведение анализа случаев, имевших место на производстве и в государственных учреждениях.

Говоря в самых общих терминах, случай возникает, когда *человек (А) в затруднительном положении обращается к другому человеку (В) за помощью*. Мы называем *А* пациентом или клиентом, а *В* профессионалом (медсестрой, врачом, терапевтом), имея в виду, что он обладает соответствующей подготовкой, чтобы оказывать помощь пациенту, попавшему в затруднительное положение.

Здесь представляется уместным поговорить о значении слов. В английском языке есть два слова-омонима «case», каждое из которых имеет свой латинский корень. Значение первого — «происшествие или событие», оно происходит от латинского «casus» — формы причастия совершенного вида латинского глагола «cadere», означающего «падать». Происшествие — это то, что «падает, сваливается на нас». Такое «падение» происходит неожиданно, подобно аварии или удару судьбы. В медицине и юриспруденции — двух областях, имеющих дело главным образом с человеческими страданиями, основной смысл термина «случай» как раз

и наполнен указанием на неожиданности и несчастья. Разумеется, выбирая случай для анализа, мы имплицитно склоняемся к описанию чего-то, что мы считаем проблематичным и доставляющим беспокойство, чего-то, что может относиться к встрече с затруднительной ситуацией, что требует разрешения.

Другое слово-омоним «case» — это «что-то, содержащее в себе что-то еще»: a suit-case (чемодан), a book-case (книжная полка, этажерка), a stair-case (лестница). Здесь использован латинский корень «capsa», означающий «вместилище, склад», который происходит от «capere» — многозначного глагола, чьи разнообразные значения являются производными от «взять что-то в руку» (ср. в итальянском «capere» — понимать). В этом смысле анализ случая означает рамки, в которых мы описываем происшествие и которыми пытаемся ограничить свое столкновение с трудностями — будь то трудности пациента или наши собственные. Рассмотрение истории жизни человека в историческом и социальном контексте не только придает ей перспективу и значимость, но и, кроме того, задает форму для постепенного развертывания повествования. В свою очередь в этом повествовании, как мы увидим, могут содержаться тонкие смысловые оттенки, важные для пациентов, терапевтов, а также для процесса исцеления.

Слово «пациент» происходит от латинского глагола «patior», означающего «я обременен» или «я страдаю». Пациент — это тот, кто обременен тяжелыми обстоятельствами, кто страдает в несвойственной для него ситуации. Термин «клиент», в последнее время часто используемый вместо термина «пациент», происходит от индоевропейского корня «klei-» («склоняться, опираться»), в латинском — «clinare» («сгибать, вращать») и «cliens» (повелительная форма «clientem»), означающего «тот, кто сгибается или опирается на кого-то» (см. также Klein, 1966). В латинском языке значение «cliens» расширилось и включило в себя «быть компаньоном», что имеет любопытные соответствия в терапии (см. Lewis, Short, 1879).

Случай, таким образом, предполагает профессиональные отношения двух людей, термин «профессиональный» подчеркивает отличие этих отношений от многочисленных других, в которые мы включены, например, от отношений в семье или с друзьями.

Пациенты и страдание

Страдания пациентов возникают при определенном сочетании внутренних и внешних событий. Иногда острая боль возникает у пациента вследствие очевидной внешней причины, иногда — без нее. Иногда людям кажется, что пациент должен страдать, хотя на самом деле этого не происходит. Пожалуй, особенно часто это относится к капризным и непослушным детям, которых приводят к врачу обеспокоенные родители, хотя эти дети чаще всего вполне здоровы.

С другой стороны, может показаться, что пациент переживает гораздо сильнее, чем должен бы был по мнению стороннего наблюдателя. В таком случае пациента можно заподозрить в том, что он стремится привлечь к себе внимание или добиться расположения с помощью истерических симптомов или просто путем симуляции. Врачи и терапевты не чужды тому, чтобы характеризовать пациентов как «плохих» и «хороших» исходя из того, насколько громко они заявляют о своих страданиях, жалобах или еще каким-то образом «раскачивают лодку». Но здесь, как и в других ситуациях, помогающая сторона приносит сюда скорее свое собственное отношение к страданию, чем к страданию тех, кто к ней обращается. В конечном счете степень своего страдания могут оценить только сами пациенты.

После того как пациент поделился своими проблемами с другим человеком, в них оказываются вовлечены уже обе стороны. Страдание подобно инфекции. Разумеется, другая сторона может воспротивиться своему вовлечению в чужие проблемы; медицина и терапия располагают специальными защитными приемами от втягивания врача в болезненные переживания. Такие защиты составляют обязательную часть «спасательных средств». Ясно, что помогающая сторона мало чего добьется, если будет просто принимать требования пациента. Но, как и в случае любых защит, то, что вначале является полезной формой адаптации, позднее может принять патологические формы; в терапии имеется масса примеров, когда сопротивление помогающей стороны требованиям страдающей стороны становится непродуктивным (см. Szasz, 1961; Goffman, 1974, 1984; Higgins, 1963c и Higgins, 1990).

В целом проблема вовлечения в болезненные переживания, сопереживания и сопротивления этим переживаниям находится в центре внимания любой врачебной деятельности. Мы постоянно будем сталкиваться с ней при анализе случаев. Процесс излечения тормозится тогда, когда мы не можем понять, что происходит со страдающими индивидами, которых мы пытаемся лечить; такие препятствия исчезают, когда мы начинаем понимать пациента (Casement, 1985), то есть когда мы можем разделить с пациентом его страдания и при этом конструктивно извлекать необходимую нам информацию.

Случай относится к отдельному человеку или ситуации

Понятие «случай» может относиться как к человеку (как при анализе Фрейдом случаев Доры, Маленького Ганса, доктора Шребера и Раттенманна), так и к группе людей (случай семьи Х, Мидвихские кукушки, Таинственная пятерка, Бирмингемская шестерка). Такое словопотребление чаще всего можно встретить у терапевтов и других работников клинической сферы, имеющих дело с проблемами людей.

Описание анализа случая на основе наблюдений, обследований, изучения анамнеза и полученных данных с самого начала предполагает взаимодействие двух людей — пациента и терапевта. В резонансе интерактивных ритмов и проективной идентификации, который возникает между этими двумя людьми, сам конечный результат анализа того или иного изолированного случая становится весьма неясным. Силы, действующие в поле пациент-терапевт, определяются тем, в чем нуждается (или как помогает) пациент, и тем, как помогает (или в чем нуждается) терапевт. Эти силы оказывают значительное влияние на то, что наблюдает терапевт и что ему позволяет наблюдать пациент, какие вопросы задаются или не задаются, как они задаются, что следует включить в описание, а что — отбросить, пренебречь или забыть.

Слово «случай» используется в другом смысле, когда применяется к ситуации, а не к человеку. Мы говорим о случае гриппа, дифтерии, туберкулеза или СПИДа, и тогда наш интерес

вызывает прежде всего создающий проблему организм, который, так сказать, таит ее в себе. Аналогичным образом мы занимаемся и другими безличными случаями — случаем депрессии или преступления (случай убийства), громкими событиями (например, случай Дрейфуса), случаями с НЛО, появлением импрессионизма, терроризма или случаем утраты важной информации.

Применяя слово «случай» к безличной ситуации, мы продолжаем использовать наше воображение, которое выходит за пределы нашей вовлеченности в случай с конкретным человеком, то есть за пределы наших попыток понять себя, других людей и отношения между нами. Мы заимствуем творческие метафоры из разных областей жизнедеятельности человека, но переводим их на безличный язык — на язык математики и других наук или на образный язык таких видов искусства, как музыка, живопись или литература.

При анализе случая оба слова-омонима «сазе» являются релевантными. Структуры, применяемые нами для описания событий, сами по себе служат примерами таких безличных средств. Более детальное рассмотрение двух различных образных миров дается в двух последних главах этой книги, где случай представлен как ситуация.

Несколько примеров

1. Молодой человек направляется психиатром к арт-терапевту. В сопроводительной записке имеются данные о возрасте пациента (20 лет), роде его занятий (библиотекарь) и проблеме (общая напряженность). Имеется также краткая информация о его жизни (старший из трех детей, две сестры), указывается диагноз (состояние тревоги) и прописанные лекарства (препараты, снижающие тревожность). Кроме того, выражается благодарность арт-терапевту за предложенную помощь.

Для арт-терапевта, решившего описать историю болезни пациента, этот случай был связан с определенными сложностями,

имевшими разноуровневый характер: с переживаниями молодого человека (пациента), которые постепенно проявлялись в ходе терапевтических сеансов; с переживаниями самого арт-терапевта, вызванными этой ситуацией, такими, например, как лечение человека, близкого ему по возрасту, или сотрудничество с психиатром, возраст, статус и методы работы которого (медикаментозный подход с использованием препаратов, снижающих тревожность) отличались от его собственных.

2. Завуч просит арт-терапевта провести диагностику и поработать с пятилетней девочкой, авторитарный и строгий учитель которой характеризует ее как отстающую в развитии, неспособную учиться в начальном классе, состоящем из 31 ребенка. О семье девочки известно мало, поскольку родители «не очень открыты» и не приходят на родительские собрания. Завуч обещает уведомить родителей, что их дочь направлена к арт-терапевту, который, «возможно, захочет непосредственно связаться с родителями».

Здесь снова случай связан и с человеком, и с ситуацией. Имеется несколько уровней проблем — у ребенка, завуча, пытающегося найти компромисс между потребностями ребенка и требованиями учителя, у арт-терапевта, столкнувшегося с «не очень открытыми» родителями, которых еще не поставили в известность о направлении их дочери к арт-терапевту. Кто будет здесь объектом изучения? Пятилетняя девочка, ее родители, учителя школы или арт-терапевт?

3. Один мужчина (около 55 лет) выделялся в своей группе арт-терапии. Он был более общительным, чем остальные девять ее участников, всегда приходил первым, а уходил последним. У него была масса предложений, но если принималось не его предложение, он тут же терял интерес к происходящему и его энергия направлялась на то, чтобы повести группу в иное направление. Обычно он поддерживал все, что говорил арт-терапевт,

которому иногда от этого становилось неловко, но однажды он внезапно изменил отношение к терапевту и склонил всю группу к неподчинению.

Арт-терапевт (мужчина 26 лет) выбрал этого человека в качестве объекта для анализа случая — отчасти из-за проблем, которые тот создавал в группе, отчасти из-за ассоциаций «отец-сын», которые возникали у самого арт-терапевта в связи с поведением пациента,

Роли и отношения

Вопросы

- 1. Какова ваша роль по отношению к пациенту и к вашим коллегам?*
- 2. С какими ожиданиями и желаниями вы приступаете к терапии?*

Все мы независимо от возраста говорим разными голосами: голосом Ребенка из нашего прошлого, голосом мудрого Старца или Женщины из будущего; голосом импульсов, идущих от Ид, или голосом авторитарного принуждения, идущего от Супер-Эго; голосом Персоны, которую мы хотим продемонстрировать миру, или голосом Тени, которую мы хотели бы скрыть, и т. д.

Если мы готовы допустить, что у каждого человека — пациента или терапевта — эти многочисленные голоса, или субличности, борются за то, чтобы хоть как-то заявить о себе, то становится ясно, что даже в самый поверхностный анализ случая может быть вовлечено много лиц, хотя «на сцене» появляются только два человека (см. также Moore, 1990; Redfean, 1985). В арт-терапии анализ случая дополнительно обогащается за счет привлечения многочисленных художественных средств, которые могут действовать как отдушина для проявления этих субличностей.

Более того, как мы уже видели, анализ случая осуществляется в рамках профессиональных отношений, в условиях, которые сами по себе нацелены на усиление вокальной полифонии и сложности.

Наша роль как специалиста формируется следующими отношениями:

1. Отношениями с пациентом или группой пациентов;
2. Отношениями с другими людьми в системе, частью которой мы являемся. Эти люди могут быть членами семьи пациента или его коллегами по работе; они могут быть связаны с нами как специалисты того же профиля, коллеги, друзья или как члены нашей собственной семьи.

Сосредоточимся на наших отношениях с пациентами. Иногда наша роль здесь будет включать элементы двусторонних отношений другого типа. В каких-то случаях она будет напоминать роль одного из членов семьи: родителя (бабушки или дедушки) и ребенка, брата и сестры, мужа и жены. Возможны случаи, когда наша роль будет напоминать отношения между учителем и учеником или между начальником и подчиненным. В других случаях мы можем выступать в роли хорошей акушерки, помогающей при естественном, протекающем без осложнений процессе рождения ребенка. Важным элементом любого анализа случая является профессиональная способность распознавать эти роли и их чередование.

Двусторонние асимметричные отношения

Отношения между пациентом и специалистом являются двусторонними: пациентам нужны специалисты, так же как и специалистам нужны пациенты, которые обогащают их опыт, расширяют знания и повышают компетентность. Участь у пациента, мы учимся в самом глубоком смысле этого слова: ведь понимание самого себя — это неотъемлемая часть понимания другого человека.

Одним из главных отличий в отношениях между пациентом и специалистом от отношений между друзьями является то, что они не являются такими же сбалансированными или симметричными.

Именно в начале лечения пациент особо уязвим, часто проявляет зависимость и чрезвычайную внушаемость. Степень зависимости может варьировать. Она, как правило, выше у детей, у пожилых и серьезно больных людей и у психотиков. Степень зависимости сильно, хотя и не абсолютно, коррелирует со степенью доверия. Центральный вопрос терапии связан с сохранением доверия пациента к специалисту по мере того, как растет его независимость. Для многих, особенно в младенчестве и детстве, чувство доверия может усиливаться только при условии развития ощущения независимости, которое зиждется на реальных отношениях. (Известны случаи, когда после Продолжительного лечения, иногда через несколько лет после его окончания, возникает иного рода асимметрия отношений между пациентом и терапевтом — пациент заботится теперь в терапевте, который в свою очередь испытывает доверие к пациенту и находится в состоянии зависимости от него.)

Асимметрия связана с ответственностью и подотчетностью

Симметрия в отношениях между пациентом и специалистом отражается в таких вопросах, как ответственность и подотчетность, то есть готовность специалистов брать на себя ответственность за ситуацию и давать отчет о своих действиях другому человеку. Здесь также степень ответственности и подотчетности может варьировать и определяться степенью уязвимости или зависимости пациента, статусом пациента или стадией терапии. При этом ряд случайных событий может иногда стать причиной стремления к установлению близких отношений. Подходят ли для обсуждения в процессе терапии все темы, поскольку все они затрагивают взгляды и позиции пациента, или же есть темы (например, политика и религия), обсуждать которые следует очень осторожно, чтобы избежать навязывания своих идеологических убеждений? Насколько велика ответственность терапевта за суицидальные попытки пациента?

И что должен делать терапевт, если ему стала известна конфиденциальная информация, содержащая для кого-либо непосредственную угрозу, — о сексуальных домогательствах, преднамеренном изнасиловании, убийстве или запланированном террористическом акте?

Приемы регулирования асимметрии

Вопрос ответственности и подотчетности связан с организациями и иерархическими структурами, в которых проводится анализ случая. Для регулирования асимметрии в отношениях между пациентом и специалистом были разработаны различные приемы.

1. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ. Обучение всех специалистов строится сегодня в соответствии с детально разработанными учебными планами, квалификационными требованиями и под контролем опытных преподавателей. В различных профессиональных обществах и в специализированных журналах продолжаются дебаты о том, как лучше всего достичь баланса между тем, что предлагается, и тем, что требуется. Многочисленные новые исследования открывают дополнительные возможности для достижения приемлемого соответствия между ожиданиями пациента и профессиональными ресурсами.
2. КОНТРАКТЫ. Некоторые этические ограничения, унаследованные от медицинских традиций, восходящих к клятве Гиппократова, встраиваются в альянс между пациентом и специалистом. Неписаное понимание прав обеих сторон — прав пациента и прав специалиста — иногда находит формальное выражение в контракте, в котором, например, может разъясняться цель анализа случая или его продолжительность.
3. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ. Различные договоренности укрепляют альянс, включающий такую важную составляющую,

как конфиденциальность, — основу, на которой зиждется взаимное доверие между пациентом и специалистом. Эти контракты и договоренности касаются роли специалиста как исследователя, а также повседневного «клинического» взаимодействия. Они могут противоречить другим контрактным соглашениям — писаным и неписаным — в разных сферах жизни пациента и специалиста, таких, как семья и работа. Многим родителям, например, неприятно узнавать, что их ребенок не всегда делился с ними конфиденциальной информацией, которую открыл специалисту. Иногда разногласия возникают по поводу того, могут ли посторонние люди, например представители полиции или страховых компаний, получить доступ к конфиденциальным сообщениям пациента.

Специфическая особенность арт-терапевтов: роль художественных средств

В связи с выполнением нашей профессиональной роли возникает и несколько более общих проблем. Для арт-терапевтов они принимают форму таких, например, вопросов. Являемся ли мы психотерапевтами, использующими творческие средства воздействия, или же мы художники, использующие психотерапию, чтобы заниматься своим искусством? (см. Feder, Feder, 1981). По мере того как сила воображения находит все большее признание в теории и практике психотерапии, эта очевидная дилемма проявляется менее резко. Но остается без изменения тот факт, что в арт-терапии присутствие третьего участника усложняет и без того сложную ситуацию. Этим «третьим элементом» является художественное средство, которое часто выступает посредником во взаимодействии между пациентом и терапевтом и выражает углубляющиеся отношения между ними.

Роль посредника в арт-терапии предполагает наличие наглядной и устойчивой формы, причем многие характеристики диадического взаимодействия переносятся на художественный объект — рисунок или скульптуру. Но этот перенос происходит

и при других формах терапии, где посредник не является столь конкретным, как рисунок. Отношения и обмен ролями можно представить в музыкальной форме, в танце или в драматическом действии. Именно возможностью такого переноса во многом объясняется эффективность всех видов арт-терапии.

Практическое упражнение для исследования ролей

Осознав все многообразие роли терапевта, вы, возможно, сочтете полезным следующее упражнение для различения уровней ее сложности. Сначала подумайте о каком-нибудь знакомом и опишите этого человека, как будто вы стоите у окна и смотрите на него с позиции стороннего наблюдателя.

Завершив это описание, поместите себя в сцену за окном и запишите, что происходит, когда вы и этот человек вместе работаете или играете, выступая в качестве единого Мы.

После этого на основе своих описаний представьте себе воображаемую «прогулку», используя художественные средства по своему выбору: «спонтанную» импровизацию с использованием разных цветов и линий, звуков и песен, движений и танца, или драматического представления.

Три уровня этого упражнения отображают три аспекта нашей роли, три линии развития в понимании самого себя и другого человека. При представлении того или иного случая мы сталкиваемся с некой несовместимостью. С одной стороны, мы даем описание, в котором мы отстранены, отделены, хотя и заинтересованы в другом человеке. С другой стороны, по мере того как мы включаемся в действие и в содержание описываемого случая, мы «соскальзываем» в положение изучаемого человека, чтобы как можно лучше разобраться в том, что мы пытаемся описать. Мы можем вдруг обнаружить у себя чувства, вызванные не просто нашими усилиями, затрачиваемыми на процесс описания, а поведением другого человека, успешно уклоняющегося от наших упорных попыток понять его. Анализ случая благодаря использованию тех или иных художественных средств предоставляет возможность состыковать эти несочетающиеся элементы. Понимание, возникающее в результате '

наших взаимодействий с другим человеком и с художественным посредником (чувство Мы), содействует нашему пониманию этого Другого человека (отстраненного Его или Ее) и циклическим образом подпитывает и стабилизирует эти взаимодействия. Мы становимся центральным элементом системы, где аккумулируется совокупность знаний о Другом человеке. Как и в физике, здесь также не существует стороннего наблюдателя, не влияющего на результаты эксперимента. Из этого упражнения следуют и два других вывода.

1. Обучение чему-то (например, посредством чтения книг или следования инструкциям) отличается от обучения через погружение в эмоциональное переживание.
2. Перенос присутствия (через эмпатию и в мечтах) позволяет другому человеку приобретать новые знания без интерпретаций или инструкций, которые имплицитно подрывают у него ощущение самостоятельной личности.

Предварительная ориентировка

Вопросы

1. *Каково ваше место в системе (лечения, обучения и т. д.)?*
2. *Кто ваши коллеги?*
3. *Каково место в этой системе занимает ваш пациент ?*

Описание взаимосвязей и иерархии в системе, в которой проводится анализ случая, начинающееся с пациента или группы, будет включать в себя также:

1. Родственников, особенно если пациент — ребенок (в семейной терапии) или крайне зависимый человек

(страдающий психозом, болезнью Альцгеймера, старческим слабоумием, тяжелым физическим или психическим расстройством).

2. Коллег пациента, учителей и персонал школы вплоть до ее руководителей, сослуживцев, начальников и работников кадровых служб.
3. Социальных работников, стажеров и руководителей этих служб.
4. Лиц, выписавших пациенту направление на лечение, в частности, врачей, работающих в государственной системе здравоохранения, и специалистов, занимающихся частной практикой.
5. Коллег терапевта, других арт-терапевтов, терапевтов других специальностей (физиотерапевтов, трудотерапевтов, логопедов, психотерапевтов и т. д.), психологов (занимающихся психологией труда, клинической и педагогической психологией), психиатров. (Определение этих специальностей см. в словарях, например: Rucroft, 1968; Stuart-Hamilton, 1994a, 1994b, 1994c.)
6. Лечебные институты, врачей и персонал, руководящий состав больниц. Здесь могут возникнуть затруднения особого рода, поскольку работники более высокого ранга меньше других контактируют с пациентами (см. Higgins, 1963a).

Случай как уникальное событие или как типичный пример

Анализ случая — это основа социальной и клинической работы. Каждый социальный работник или студент-медик в начале своей практической деятельности знакомится с понятием случая и составлением анамнеза. *Vade tecum** по клиническим

*Руководство (лат.). — Примечание переводчика.

методам для студента-медика начинается с категорического утверждения: «Значимость составления точного и систематического анамнеза не подлежит обсуждению. Эта деятельность прививает новичкам навыки аккуратной и внимательной работы с больными и дает гарантию того, что не будет пропущена какая-либо важная информация». Опытному клиницисту систематическое составление анамнеза позволяет воплотить его опыт в «конкретную форму» и использовать его для последующих сравнений и для получения новых знаний (Hutchison, Hunter, 1945).

Это утверждение поднимает следующий вопрос: для чего нужен анализ случая, какова цель сбора анамнестических сведений? Хатчисон и Хантер, авторы книги «Клинические методы», обсуждают медицинскую модель, в которой природа того или иного случая определяется прежде всего как нарушение в физических системах — в теле и в окружающей его среде. Тип нарушения классифицируется в соответствии с системой заболеваний и факторов внешней среды, приводящих к этим болезням. Аналогичным образом способ лечения классифицируется в соответствии с системой классификации заболеваний. Медицинская практика становится упражнением по навешиванию ярлыков на клиента — здорового или больного, а если утверждается, что он болен, то определяется конкретная болезнь, например рак, гиперхолестеринемия, невроз, депрессия, психоз, эмоциональное расстройство или нарушение поведения. В медицинской модели ключевыми понятиями являются болезнь, ее причина и лечение. Главная задача здесь состоит в диагностировании заболевания и подборе подходящего метода лечения. С точки зрения медицинской модели главная задача анализа случая состоит в описании процесса диагностики и лечения.

Психологическая и арт-терапия имеют несколько иную основную задачу и используют несколько иной подход к анализу случая. Здесь умение терапевта заключается в понимании различных уровней психического функционирования — так называемых бессознательных процессов и связанного с ними символизма. Область исследования, как и в медицине, включает биологию человека, но в данном случае оно нацелено на эмоционально-смысловую сферу (зачастую с использованием таких

мощных выразительных средств, как ритм, цвет, линия, рассказ, движения тела) и на формирование у пациента чувства того, что его понимают, что кто-то правильно понял смысл его проблем. Главной задачей при анализе случая является регистрация достигнутого в ходе терапии понимания (см. Rycroft, 1985; Zinkin, 1987; Aldridge, 1990, 1991; Hansen, 1991; Seedhouse, 1991; Reason, 1992; Mitchell Noon, 1992).

Двойственная отнесенность слова «случай» — к человеку и к ситуации — позволяет провести первичную классификацию анализа случаев, а именно, провести различие между случаями, когда человек представляет собой пример ситуации или когда он выступает как уникальное существо, живущее по своим собственным правилам. Это различие неизбежно будет оказывать влияние на характер и направленность анализа случаев в арт-терапии и, конечно же, на последующее исследование этих случаев.

Случай как пример составляет фактологическую основу для медицины и юриспруденции. Врачи, например, говорят о случае гриппа или депрессии, о случае, который хорошо (или плохо) поддается лечению самыми современными методами. Тем не менее в анализе случаев постепенно происходят определенные сдвиги, и пациентов начинают представлять не в виде примеров, цифр или символов, а как уникальных личностей, неподражаемых и неповторимых.

Этот сдвиг ясно виден в ранних работах Фрейда, использовавшего истории случаев в качестве крючков, на которые он развешивал свои теории психологических механизмов: Дора иллюстрировала паттерны истерии; Маленький Ганс — детскую фобию; Рагтенманн и Вольфсманн — навязчивые состояния; доктор Шребер — паранойяльный психоз, нередко стоящий за этими навязчивыми состояниями.

Читая описания этих случаев, мы понимаем, что Дора, Маленький Ганс и т. д. являются не только частными примерами. Работа с Дорой подтолкнула Фрейда к пониманию феномена переноса. Человек, которой вначале был для Фрейда примером одной ситуации (истерии), благодаря своей роли в происшедших драматических событиях стал примером совершенно другой ситуации, в которую автор описания был включен в той же мере, что и его пациентка. В сочинении

Фрейда Дора выступает в качестве человека как такового, отдельного микрокосма, а анализ случая — в качестве средства соединения науки и искусства. Свойство уникальности характерно для литературных произведений — пьес и романов.

Опираясь на изобразительные средства, арт-терапевты имеют особые возможности для смещения акцента на уникальность случая (см. далее главу IX).

Общий подход к анализу случая

Занимаясь анализом случая, мы опираемся, с одной стороны, на науку, с другой — на искусство. Кроме того, мы должны понимать ошибочность жесткого разграничения этих двух сфер. Некоторые наиболее глубокие проблемы, возникающие при анализе случаев, подробно рассматриваются в последних двух главах данной книги. Здесь необходимо только отметить, что анализ случая во многом напоминает биографию, а всегда считалось, что биография, будучи аспектом историографии, находится на стыке науки и искусства (см. Shelston, 1997).

В последующих разделах книги мы рассмотрим различные вопросы, относящиеся к анализу случая: как и почему человек приходит к терапевту (направление к врачу); с какими проблемами он обращается (жалобы); каково его семейное окружение; личное прошлое; какие изменения происходят в этом сплаве природы и воспитания, который мы воспринимаем как личность.

Получаемая по ходу анализа любого случая разнородная информация, которая в сознании начинающего терапевта занимает отдельные «ящички», часто начинает образовывать связи и соединения. На заявляемые клиентом проблемы можно со временем посмотреть как на естественную эволюцию, как на неизбежный результат воздействия семейного или личного окружения, распутать которое бывает крайне сложно. В процессе такой эволюции позитивные силы из семейного и личного окружения оказывают заметное влияние на то, как пациенты разрешают свои проблемы.

Правильно проведенный анализ случая, как и хороший рассказ или хорошее музыкальное произведение, начинается

с идеи, например со странной жалобы мужчины на то, что он по ошибке принял свою жену за шляпу (Sacks, 1986), и постепенно разворачивается в постановку диагноза. В ходе этого процесса открываются многочисленные возможности для «археологических» изысканий, чтобы осмыслить прошлое человека или, например, выявить у него чрезмерное увлечение научной фантастикой, чтобы объяснить его склонность к предсказаниям.

ГЛАВА II

НАПРАВЛЕНИЕ К СПЕЦИАЛИСТУ

На некоторые вопросы нужно постараться ответить до встречи с пациентом, привлекая для этого всю доступную информацию, содержащуюся в записях врачей, беседах с персоналом и т. д.

- 1. Есть ли у вас разрешение пациента на то, чтобы заняться анализом данного случая, и на передачу вам конфиденциальной информации?*
- 2. Каким образом пациент был направлен именно к вам ?*
- 5. В чем суть проблем с точки зрения самого пациента, его родственников, друзей, коллег, ваших коллег, персонала и других людей, связанных с направлением пациента к специалисту?*
- 4. Как эти проблемы влияют на жизнь пациента и его близких?*
- 5. Как пациент справлялся с жизненными затруднениями в прошлом ? Какие аспекты его жизни приносили ему радость и удовлетворение? Чего он достиг? Чем он гордится?*
- 6. Чего он ждет от лечения ?*
- 7. Какое лечение, в частности психиатрическое и с использованием средств арт-терапии, было опробовано ранее?*
- 8. Что обращает на себя внимание в прошлом опыте пациента?*
- 9. Какие переживания преобладали в его детстве?*
- 10. Каков состав его семьи или кто ее замещал? Какие фигуры для него наиболее авторитетны?*

- 11. Как пациент учился в школе и других учебных заведениях?*
- 12. Как обстоят дела пациента в профессиональной сфере, получает ли он удовлетворение от работы, какие проблемы у него возникают? Каковы его планы и стремления?*
- 13. Как он проводит свободное время? Чем он увлекается? Существуют ли скрытые честолюбивые стремления, берущие начало в детском возрасте?*
- 14. Каково семейное положение пациента: холост, обручен, разведен (официально и неофициально), вдовец? Каковы особенности его интимных отношений, доволен он ими или чувствует себя несчастным? О чем он мечтает?*
- 15. Какова домашняя ситуация в настоящий момент? Имеются ли финансовые затруднения и причины для беспокойства?*
- 16. Как пациент относится к своему телу? Проявляется ли по отношению к нему здоровая осведомленность, озабоченность или отвержение? Занимался ли пациент ранее ритмикой, музыкой, рисованием, поэзией, сочинением пьес или рассказов? Имеются ли такие интересы в настоящем?*
- 17. Какой типаж складывается из описаний врачей и записей в истории болезни? Ожидаете ли вы увидеть именно такого человека или кого-то совсем другого?*

Преимущества и недостатки прединформирования

Общее пожелание состоит в том, что всегда имеет смысл проводить рекогносцировку. Просеивание проблем, прежде чем мы погрузимся в них, разведка местности, оценка будущего риска, рассмотрение возможных стратегий, формулировка гипотез — всему этому должно быть уделено максимальное внимание на стадии подготовки. Безусловно, о некоторых пациентах мы можем много узнать еще до непосредственной встречи с ними. Именно так мы узнаем о людях, с которыми нам предстоит работать, или о телефонной сети, к которой нам предстоит подключиться. Рекогносцировка, проведенная до встречи с пациентами, часто включает также информиро-

ванность о социальной и производственной среде, в которой они проводят свою жизнь.

Какую бы ценную информацию ни давала такая рекогносцировка, следует подчеркнуть, что подобные предварительные исследования нужно проводить с величайшим тактом и осмотрительностью. Здесь действует тот же принцип, что и во внутриутробной жизни — чем раньше происходит событие, тем более значительно его вероятное последствие; точно так же нет сомнений в том, что хотя мы можем многое узнать о возможном развитии человека, мы можем нанести ему серьезный ущерб своими неверными действиями.

Первая из такого рода опасностей имплицитно содержится в словосочетании «разведка местности». Даже если пациент открыто соглашается на наше исследование (исследование ни в коем случае не следует продолжать без уверенности, что такое согласие было дано, — а это не такая простая задача, как может показаться), за внешней открытостью может стоять много явных и еще больше бессознательных защит. (Что за человек вторгается в нашу жизнь? Нарушает наш статус кво? Раскапывает наши секреты? Доктор Н. вообще-то не хотел его привлекать. Это было видно по его лицу, когда он сказал, что напишет письмо.) Подобно детям, бессознательно чувствующим антагонизм между родителями, пациенты столь же отчетливо на бессознательном уровне ощущают, что врачи состязаются между собой.

Студенты, прибегающие к такой рекогносцировке до встречи с пациентом, сразу же обнаружат, что оказываются в тисках хорошо известной дилеммы: если мы не проводим предварительного исследования, то пренебрегаем важными мерами предосторожности, и нас могут обвинить в недостаточной заинтересованности. Если же мы проводим исследование, то, несмотря на согласие, нас могут обвинить во вмешательстве.

Таким образом, первый недостаток предварительной рекогносцировки заключается в том, что мы легко можем оказаться в роли шпиона или обвиняющей стороны еще до того, как будет заслушан ответчик.

Второй недостаток, по сути, вытекает из первого: любая запись или высказывание делается на языке того, кто пишет или говорит, и, следовательно, имеет тенденцию — какой бы

минимальной она ни была — оказаться предвзятой. Даже если мы понимаем эти недостатки, мы отнюдь не можем считать себя защищенными от их воздействия. Байон ратовал за то, чтобы перед началом каждого сеанса терапевт стремился освободить свой разум от всех воспоминаний и желаний — этих предвестников предвзятости, которые, если не будут сдерживаться, могут поставить под сомнение всю его работу (Bion, 1977). Этот же принцип, но в более широкой трактовке, применяется и к ведению записей при анализе случая. Разумеется, мы можем выдвинуть контраргумент, что перед встречей с пациентом нам следует свести до минимума наше знакомство с предвзятыми мнениями о нем других людей.

Сопроводительное письмо и другие источники получения предварительной информации

Среди источников получения предварительной информации самым распространенным, пожалуй, является сопроводительное письмо или письмо, в котором нас приглашают принять участие в анализе данного случая. Его автором может быть пациент (а в случае ребенка — один или оба родителя), или врач (семейный врач или врач-консультант), или человек, не имеющий отношения к медицине, — учитель, социальный работник, консультант, представитель духовенства или полицейский.

Из сопроводительного письма мы часто можем установить несколько важных фактов.

1. Отношения между пациентом и человеком, направляющим его к врачу. Как долго они знают друг друга? Что их связывает?
2. Написано ли сопроводительное письмо с полного согласия пациента? Известно ли пациенту о содержании письма, а также о самом факте, что оно было послано? Содержатся ли в нем в том или ином виде секретные сведения о пациенте? Знает ли пациент об этих откровениях?

3. Есть ли в письме упоминание о других людях, кроме пациента? Например, о супруге или других членах семьи? Знают ли эти лица о письме?
4. Как определяет проблему человек, направляющий пациента к врачу? В какой мере, на ваш взгляд, пациент согласен с этим определением? Другими словами, если бы мы спросили пациента, почему он решил с нами увидеться, ожидаем ли мы услышать нечто, аналогичное тому, что мы прочитали в письме, или нечто совершенно противоположное? Например, врач-консультант просит арт-терапевта посмотреть опекаемую им двенадцатилетнюю девочку, поскольку «она не хочет содействовать лечению». При встрече девочка говорит, что до смерти напугана лечением, хочет сделать то, что ей говорят, но не может понять, что от нее требует врач-консультант. Он употребляет длинные слова, которые сбивают ее с толку.
5. Насколько сильно вы связаны обещаниями принять участие в разборе данного случая? Какие ожидания возлагаются на вас другими людьми и самим пациентом? Было ли сказано пациенту, что вы встретитесь с ним, или же что с вами разговаривали лишь о возможности вашего участия? Насколько принималась в расчет ваша независимость и способность принимать самостоятельные решения?
6. В какой степени сам акт направления к вам способствует уменьшению тревоги у человека, обращающегося к вам за помощью? По своей природе любое направление — это просьба о помощи, содержащая в себе ряд неопределенностей, вытекающих из такой просьбы. Ключевым моментом последующей работы с пациентом является исследование и разрешение всевозможных двусмысленностей. Каким образом это осуществляется?
7. Что за человек пишет вам письмо и какого рода отношения вы надеетесь установить с ним, начав работу с пациентом?

Другим источником сведений являются записи о пациенте. Если речь идет о карте больного, то она может сильно варьировать — от записей семейного врача на одной страничке за десятки лет наблюдения до толстого больничного документа, составленного за время короткой госпитализации. Или если речь идет об учащемся, то это может быть табель успеваемости с результатами контрольных работ, характеристиками и различными оценками, которые играют определяющую роль в школьной жизни ребенка. Эти оценки могут выставляться коллективом, состоящим из учителей, школьных психологов, логопедов и других специалистов. Зачастую их дают по требованию государственных структур. Их основная цель — контроль за успеваемостью, выявление ранних признаков затруднений и принятие соответствующих мер в случае необходимости.

Третьим источником получения предварительной информации является свободная и не сопровождающаяся записью беседа с людьми, которые в той или иной степени сталкивались с пациентом.

Участие в тревогах пациента

Когда пациента переправляют на лечение к кому-то другому, то открыто признается, что предыдущий специалист не в состоянии справиться с ситуацией самостоятельно. Возможно, он слишком занят. Может быть, он хочет привлечь «лишнюю пару рук» подобно тому, как порой нуждается в помощнике строитель. Он может почувствовать, что данный случай включает проблемы, лежащие вне сферы его компетентности, или вызывает у него чрезмерную тревогу, с которой он не в силах справиться.

Медицина с ее четким подразделением на специальности и консультантов по узким вопросам прививает глубокое уважение к экспертам. И для этого есть веские причины. Ведь вряд ли кто-нибудь согласится, чтобы почку ему оперировал дерматолог. Но возникают и определенные неудобства. Хорошо известной проблемой в медицине является так называемый хронический соматический больной — пациент, который хо-

дит по врачам, получает консультации в специализированных отделениях, при том что эти отделения не имеют ни малейшего представления, что происходит за их стенами. Чем шире предлагаемый спектр медицинских услуг, тем больше разрастается консультационная сеть (см. Bass, Murphy, 1990).

Когда речь заходит о психологических проблемах, границы компетентности становятся менее очерченными. Специалист (будь то психиатр, психолог или психотерапевт) является профессионалом в той мере, в какой, помогая кому-то решить проблемы, связанные, например, со школой, не прибегает к помощи другого человека или семьи. Более того, главный пункт компетентности специалиста часто определяют как умение помочь человеку быть самим собой. В какой мере специалист может позволить себе использовать свою компетентность, получив приглашение вторгнуться и захватить ту самую территорию, где принимаются личные решения?

Разрешение этого парадокса часто зависит от того, каким образом реально прорабатывается тревога, связанная с приемом больного от другого специалиста. Как только тревога снижается, то вопрос уже не состоит в том, соглашаться на прием или отказаться от присланного к нему больного, другими словами, стоит ли принять или отказаться принять на себя тревоги специалиста, направившего к нему больного. Вместо этого появляется возможность обсудить проблему, разделить тревоги, то есть возникает альянс двух человек, прибавляется еще одна пара рук.

Собеседование

Несколько основных вопросов/ относящихся к собеседованию

- 1 . В какой обстановке проходит беседа? Является ли эта встреча единственной? Или это начало серии встреч?*
- 2 . С вашим ответом на первый вопрос связан другой вопрос: какую наиболее важную цель вы преследуете, проводя собеседование? Собрать информацию для разработки*

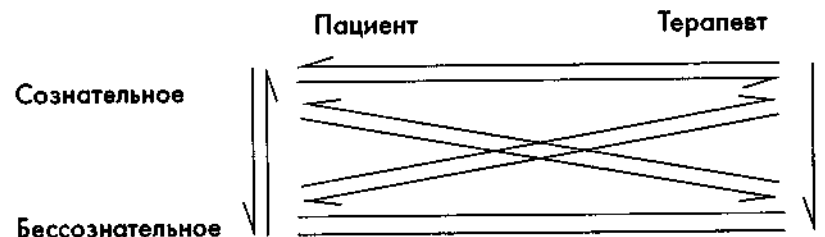
плана действий? Установить долгосрочные отношения с пациентом, благодаря которым можно ожидать некоторых перемен ?

3. В связи с первым и вторым вопросом возникает следующий: какого соотношения между участием и наблюдением вы стараетесь добиться во время собеседования?
4. Как вы различаете объективные и субъективные миры ?
5. Как вы проверяете факты и догадки, касающиеся этих объективных и субъективных миров?
6. Каково в ваших данных соотношение между дословной записью и отчетом по памяти? Какой дальнейший анализ вы проводите по стенограммам, видеозаписям или результатам творчества пациента?
7. Какие данные о переносе и контрпереносе нашли место при анализе данного случая?
8. Какие важные события не произошли или не были упомянуты?

Собеседование служит нескольким целям. Во-первых, оно позволяет установить те или иные отношения. Существует множество очень тонких нюансов в развертывании этого процесса (о временной стороне медицинского собеседования см.: Bodley Scott, 1965). Во-вторых, оно обеспечивает нейтральную стандартную ситуацию, на фоне которой можно оценить поведение пациентов, включая что и как они говорят, а также многочисленные паралингвистические компоненты, такие, как выражение лица, интонация, сопутствующие движения. В-третьих, собеседование дает возможность собрать информацию из первых рук, без наложения на нее точки зрения другого человека.

Эти три цели взаимосвязаны. Чем сильнее доверие пациента к интервьюеру, тем больше информации откроется последнему, и сведения, скорее всего, будут более надежными, поскольку нет особой необходимости в защитах — в замалчивании или искажении информации.

В любой беседе двусторонняя коммуникация осуществляется на нескольких уровнях:



Этот паттерн коммуникации с постоянной обратной связью (или ее отсутствием) между пациентом и интервьюером определяет то, как будет протекать беседа (или как она застопорится). Обнаружение такого интерактивного потока (так называемое осознание интервьюером переносов и контрпереносов) часто позволяет интервьюеру достаточно точно отобразить происходящее в своих записях.

Одна из самых сложных задач в ходе собеседования состоит в контроле за глубиной доверия пациента, которое может возникнуть с самого начала встречи или еще до нее. Теоретически глубину такого доверия необходимо корректировать в соответствии с предполагаемым количеством встреч. Если планируется одна или две беседы, интервьюеру уместно будет занять несколько отстраненную позицию, чтобы ограничить доверие и ожидания пациента и оградить его от ненужных страданий. Но на практике получается, что это проще сказать, чем сделать. В этих условиях интервьюер нередко вынужден разрываться между двумя противоположными стремлениями: поиском информации и необходимостью занимать отстраненное положение, ограничивающее ее поток.

Интервьюеры остаются наблюдателями даже тогда, когда сами участвуют в наблюдаемых ими событиях. Это различие позиций отчасти совпадает с предложенным Мартином Бубером различием между ситуациями *Я-Ты* и *Я-Оно*. При конфронтации *Я-Ты* мы общаемся с другим человеком на одном с ним уровне; при конфронтации *Я-Оно* подразумевается наличие стороннего наблюдателя, «научное» отношение к человеку или объекту (Buber, 1952). Выделенные Бубером ситуации общения восходят к более раннему человеческому опыту. *Я-Ты* предшествует *Я-Она*, *Я-Оно* проясняет *Я-Ты*. Мы прибегаем к *Я-Оно*, когда *Я-Ты*

перегружается; *Я - Ты* порождает первые проблески знания. Внутреннее *Я - Ты* выявляется в свободных ассоциациях, когда мы доходим до значения образов сновидений или других «бессознательных» переживаний. *Я - Ты* создает основу для интуитивных переносов и контрпереносов. Однако нам требуется *Я- Оно*, чтобы их сформулировать. Искусство обеспечивает нас пространством для экстернализации субъективного[^]- *Ты*.

Сведения и отношения

Баланс, устанавливаемый интервьюерами между наблюдением и участием, в определенной мере зависит от того, насколько глубоко они вовлечены в анализ данного случая. Степень вовлеченности — баланс между наблюдением и участием — является одним из факторов, влияющим на то, какие данные будут собраны при анализе случая.

Степень вовлеченности — пример более общего принципа: контекст, в котором мы проводим зондирование, может в значительной мере повлиять и на само зондирование. Все мы • проявляем себя по-разному в различных обстоятельствах или при различных условиях. Мы говорим более свободно, когда доверяем собеседнику; мы подстраиваем (сознательно или бессознательно) свое поведение и свою речь под то, что, как нам кажется, он хочет услышать. У нас может возникнуть по отношению к нему желание угодить, успокоить или, наоборот, испытать и возразить.

Такие перемены в зависимости от контекста беседы часто проявляются у детей, которые могут «закраться» или, наоборот, заговорить, как только к беседе подключаются родители. В детском возрасте в состоянии, известном как избирательный мутизм, ребенок определяет для себя тех, с кем можно общаться, а с кем — нельзя. В отношении тех, с кем можно общаться, происходит дальнейшая дифференциация: ребенок решает, что можно рассказывать, а что — нет.

Избирательный мутизм — это гипертрофированная форма того, что происходит со всеми. Это явление показывает нам, как важно при анализе случая учитывать контекст, в котором сообщается информация.

Факт, вывод и верификация

Субъективные и объективные миры

При анализе случая мы включаемся в решение двух взаимосвязанных проблем. Первая связана с построением картины мира с позиции пациента, его субъективного мира. Вторая касается построения картины жизни пациента с позиции других людей. Несмотря на искажения, которые мы и другие люди можем с легкостью привнести в описание из-за наличия наших собственных субъективных миров, мы надеемся получить более сбалансированную оценку событий, в которые вовлечен пациент. Мы стремимся к непредвзятой, отстраненной оценке — к объективному миру, с которым можно сравнить субъективные миры.

Примерами объективных фактов могут быть имя пациента, дата рождения или адрес. Если эти факты не соответствуют действительности, то их можно проверить и скорректировать в соответствии с ключевым научным принципом фальсифицируемости. Но все же, когда речь идет об анализе случая, все эти объективные факты в итоге не являются столь четкими и однозначными, как кажется.

Рассмотрим, к примеру, кажущийся очевидным факт — возраст человека. Пациентка уверенно заявляет, что ей 24 года, но ее мать утверждает, что пациентке 34 года, и в качестве доказательства предъявляет свидетельство о рождении. Наша двусторонняя установка при изучении случая требует максимально глубокого рассмотрения следующих моментов:

1. Причины уверенности пациентки. Действительно ли она введена в заблуждение о своем возрасте и искренне в это верит? Сознает ли она, что, говоря о своем возрасте, просто невинно лукавит?
2. Причины, по которым она утверждает, что ей на десять лет меньше, чем на самом деле.
3. Роль матери в качестве фиксатора реальности.

Анализ каждого из этих трех моментов, относящихся к субъективному миру, может оказаться таким же важным, как и установление возраста пациента в объективном мире.

Эти параллельные, а зачастую и взаимодополняющие направления в изучении проблемы произрастают из того, что я ранее назвал асимметричностью роли терапевта. С другой стороны, к нам обращаются как к людям, которые понимают пациента, сопереживают ему. Чтобы соответствовать этому образу, мы должны попытаться посмотреть на мир глазами пациента. С другой стороны, мы должны быть помощниками в расширении личного мира, который с точки зрения пациента стал ограниченным и деформированным. Чтобы действительно помочь в этом, мы должны проводить объективное исследование, благодаря которому мы можем выявить ограничения и порожденные фантазией искажения, ведущие к этим ограничениям.

Хотя в теории различие между субъективным и объективным мирами является очевидным, на практике, когда мы осознаем, насколько субъективны наши интерпретации объективного, оно становится менее четким. Происходят постоянные циклические изменения, благодаря которым наше восприятие соотносится с нашими воспоминаниями, ценностями и психологическими «установками». Мы узнаем о другом человеке, сопереживая ему, но в основном мы приходим к этому эмпатическому пониманию, основываясь на нашем субъективном опыте. Соотношение между субъективным и объективным мирами напоминает две стороны одной медали (см. также Mason, 1990).

Верификация

Законы доказательства истинности применимы к обоим типам исследования, независимо от того, ориентированы они на объективные или субъективные миры. И в том, и в другом случае мы должны проводить различие между эмпирическим фактом и логическим выводом и соотносить их, используя систему верификации (см. Nospers, 1967).

Пациент говорит, что видит трость с набалдашником на конце, которая торчит из стены. Мы смотрим туда, куда он пока-

зывает, и видим лишь ручку на двери шкафа. Факт представлен в мире пациента так, как он видит и говорит о нем, хотя, разумеется, в основе этого факта могут лежать всевозможные искажения (он может лгать, то есть знать, что сообщает ложный факт). Фактом в объективном мире является само несоответствие между тем, о чем он сообщает как об увиденном, и тем, что видит любой другой наблюдатель, то есть то, что у него возникла иллюзия.

Галлюцинации, иллюзии, фантазии, как и сновидения, эмоциональные состояния и телесные ощущения, — это сообщения, касающиеся личного мира, субъективные факты, которые в каком-то смысле никогда нельзя проверить объективно. Все, что мы можем сделать в отношении восприятий и воспоминаний, — это проверить, подтверждается ли кем-нибудь сообщение данного индивида. Если пациент видит бегущую по полу крысу и терапевт тоже ее видит, то тогда (если только это не индуцированный бред) объективный факт подтверждается субъективными наблюдениями. Если же терапевт не видит крысы, то это может объясняться тем, что терапевт в данный момент смотрел не в том направлении: субъективное наблюдение нужно еще раз проверить на предмет его объективности. Или же пациент видит то, чего на самом деле нет (то есть галлюцинирует), или притворяется, будто видит что-то, хотя на самом деле этого не видит (то есть лжет).

Вернемся к пациенту, увидевшему на стене трость с набалдашником. Если, говоря о ней, он ощупывает руками выпуклость спереди брюк, то мы можем соотнести образ, который он видит на стене, с символизируемым им осознанием эрекции. Если, описывая набалдашник трости, он имеет в виду фаллос, или рисует его, или подробно излагает историю своих сексуальных походов, то наши выводы о некоторых фактах в его субъективном мире получают свое подтверждение.

Мы постоянно сталкиваемся с фактами (объективными и субъективными) и делаем выводы, которые должны затем проверить, придав им статус достоверности. Что касается нашего пациента, то наш вывод может быть и совершенно неправильным. Выпуклость спереди брюк может оказаться яблоком, которое он ощупывает, думая о том, что съест его после беседы. Возникшая у него иллюзия может символизировать

ветку яблони или волшебную палочку, которая поможет ему спастись, когда он покинет помещение.

Будучи людьми разного склада с разными манерами поведения, мы обладаем индивидуальными способами проверки своих выводов. Если мы в значительной степени полагаемся на мышление или же достаточно педантичны, то мы можем методологически разделить установленные факты и выдвинутые нами гипотезы. Если же мы преимущественно полагаемся на интуицию или накопили за многие годы богатый опыт, то мы гораздо чаще рискуем оставить в стороне кропотливые и скучные попытки отделить факт от вывода. Скорость, с которой мы действуем, и наша способность быть терпеливыми также могут стать элементами уравнения.

Дословная запись и отчет по памяти

Разбирая случай, исследователи используют собственные или чужие письменные отчеты, продукты творчества пациента, рассказы обслуживающего персонала, результаты тестирования, проведенного ими или кем-то другим, аудио- и видеозаписи.

Любой письменный отчет, сделанный сразу после беседы или немного позже, всегда несколько тенденциозен. Во-первых, в письменном отчете мы никогда не можем должным образом передать специфику устной речи (см. эссе Генри Грина «Откровения романиста перед своими читателями», 1992). Во-вторых, мы должны учитывать фактор пристрастности в записях. Мы выбираем из того, что видим и помним, и делаем свои записи с учетом того, что предопределяет этот наш выбор.

Чтобы минимизировать эту пристрастность, исследователь может попытаться вести стенографическую запись слов пациента или же использовать с этой целью аудио- или видеозапись. Помимо точности и полноты, большим преимуществом таких отчетов (особенно при использовании технических средств) является то, что беседу или ее разделы можно воспроизвести столько раз, сколько это потребуются. Можно также получить на нее мнение других наблюдателей. Данная запись может быть определенным образом оценена и сопоставлена с другими.

Очевидным недостатком дословной записи является то влияние, которое оказывают на получаемые с ее помощью данные действия интервьюера, связанные с использованием технических средств. Пациенты — причем не только склонные к параною — совершенно по-другому реагируют на интервьюера, который занимается скрупулезной записью в блокнот их слов или который постоянно поглядывает на шелкающее или жужжащее записывающее устройство, по сравнению со слушателем, который уделяет им все свое внимание и пытается понять весь потаенный смысл их слов. Механические устройства, используемые в целях исследования или для достижения объективности, к сожалению, часто препятствуют установлению тесных отношений, являющихся основой правильно проведенного анализа случая. Их использование влияет и на терапевта, и на пациента подчас в самые чувствительные моменты их взаимодействия.

Антропологи (см. Mauger, 1989) отмечали сходный эффект, когда по прошествии многих лет после тщательных полевых исследований, записи о которых заполнили не один блокнот, одно-единственное переживание, всплывшее в памяти при совершенно иных обстоятельствах, в связи с неожиданным и на первый взгляд не относящимся к делу событием, как-то: запах горящих листьев или вкус пирожного в романе Пруста «В поисках утраченного времени», восстанавливало в памяти всю картину минувшего и приводило к новому ее пониманию

Роль художественных средств

Различные художественные произведения, создаваемые пациентами, занимают место где-то посередине между дословной записью и отчетом по памяти. Подобно аудио- или видеозаписи, они представляют собой материальные объекты, которые могут служить напоминанием о случившемся и которые наряду с пациентом и терапевтом могут изучать и комментировать (с разрешения пациента) другие люди. Примеры: для изучающего арт-терапию рисунок пациента может дать наглядное представление о восприятии им членов своей семьи в настоящем или прошлом; для изучающего двигательную-танцевальную терапию

видеозапись движений может раскрыть важные личностные характеристики пациента, которые остро нуждаются в развитии. Самовыражение пациента с помощью художественных средств особо ценно, когда необходимо оценить интеллект, процессы мышления, установки, эмоции, гармонию души и тела.

Средства, с помощью которых мы общаемся, могут повлиять на сам процесс общения. Наиболее непосредственно мы наблюдаем это в случае, когда интерпретации — наши собственные или наших пациентов — буквально пропитаны] поэтической образностью слов или мыслей. Мы вернемся к этому в заключительной главе книги.

Перенос и контрперенос

Не вызывает сомнения, что наиболее важную информацию может дать анализ того, как пациент влияет на нас как на терапевтов и, наоборот, как мы сами влияем на пациента.

Это влияние может проявляться в разных формах: как наши чувства (любви, ненависти, гнева, вины, стыда), как те роли, в которых мы ощущаем себя в то или иное время (хорошего родителя, плохого родителя, хорошего ребенка, плохого ребенка, дедушки или бабушки, друга, предмета мебели), как мы принимаем эту роль (постепенно, мягко, под давлением, врезаемся, втискиваемся), а также как эта роль соотносится с нашими собственными прошлыми и настоящими переживаниями. Эти формы влияния важно распознавать, хотя необязательно их описывать. Более того, иногда они так быстро сменяются, что бывает невозможно зафиксировать их в блокноте.

Это влияние не ограничивается тем временем, которое мы проводим вместе с пациентом. Оно может проявиться в любой момент, дать о себе знать в наших сновидениях или когда мы заняты чем-то совершенно другим. Это влияние может вызывать ассоциации, которые иногда проливают яркий свет на то, что происходит между нами и нашими пациентами, а также во внутреннем мире самих пациентов.

То влияние, которое пациент оказывает на нас, получило название контрперенос. Перенос — это то влияние, которое мы оказываем на наших пациентов, те чувства, которые мы

пробуждаем в них и которые они могут приписывать нам, те роли, которыми они нас наделяют, и те отношения, которые вытекают из этих ролей для персонажей из их личного субъективного мира — прошлого и настоящего.

Анализируя истории болезни, Фрейд обнаружил, что записывал не правдивую информацию, а фантазии о якобы реальных событиях. Материал истории болезни является вымышленным и той части, где он включает в себя описание сновидений, страстей, желаний, симптомов, которые не могут быть подтверждены кем-либо и, более того, которые рассказчик неизбежно искажает в силу присущей ему психологической предвзятости (истерических расщеплений, паранойяльных тенденций, депрессивного или приподнятого настроения и т. д.). Терапевт вовлекается в этот вымысел, к которому, помимо биографических сведений, теперь добавляется учет переносов и контрпереносов, поскольку терапевт, как и пациент, восприимчив к фиктивной природе представленного материала. Как во всякой творческой деятельности, включающей работу воображения, для организации хаотического движения образов здесь используются определенные структурные формы. Такими формами являются рассказ, сюжет, повествование и те устойчивые закономерности, которые лежат в их основе. Мы вернемся к этой теме в главе IX.

Неслучившиеся события

Последнее замечание, которое касается собираемой нами информации, связано со значением того материала, который *не* был собран. Под этим я имею в виду не только безмолвное общение и не только информацию, которая умалчивается с какой-то целью или по незнанию. Здесь я имею в виду, что в любой ситуации, помимо происходящих событий и произнесенных фраз, существует другой мир — мир событий, которые не произошли, и фраз, которые не были произнесены. Это мир неслучившегося, с которым мы часто играем. «Что бы произошло, если бы А встретился с В до того, как женился на С?» «Предположим, что она никогда бы не получила эту работу».

Воспоминания, на которые мы так полагаемся при составлении истории болезни, необходимо изучать отдельно от самой истории. Они не являются надежным помощником, ибо, вспоминая, мы что-то упускаем и искажаем. На основе воспоминаний мы воссоздаем другую историю, а не ту, что была в действительности. Вспоминая, мы часто домысливаем и, следовательно, проводим связь с неслучившимся, с образами из предыстории и с событиями, которые еще не произошли.

Ценность размышлений о мире неслучившегося заключается в том, что они могут дать ключ к пониманию неизбежности произошедшего или того, что в конечном счете должно было бы произойти, даже если бы было выбрано другое направление. То, что остается невысказанным, может дожидаться своей очереди, чтобы в свое время оказаться в зоне внимания, или же может быть выражено кем-то другим, если нами это не было сделано.

Итак, осознание существования этого мира, который не проявил себя, но который всегда вокруг нас, может принести двоякого рода пользу. Оно может отчасти снять напряжение, связанное с нашим желанием сделать бессознательное сознательным, постоянно следить за своими сновидениями и контрпереносами. Если мы знаем, что все проявляющееся всегда должно иметь своей тенью непроявляющееся, то можем доверять бессознательному в том, что оно будет разворачиваться в собственном темпе; нам не нужно все время всматриваться в его развитие и гнаться за этим. Силы бессознательного находят свой путь через ячейки непроисшедшего. Пациенты содержат в себе возможности самостоятельного избавления от страданий гораздо чаще, чем могут признать это те, кто о них заботится.

Кроме того, осознание неслучившегося и наша последующая вера в эволюцию бессознательного позволяет нам меньше тревожиться из-за пропуска происшедшего события, из-за невозможности вовремя интерпретировать какое-то сообщения от бессознательного, или из-за неправильности нашей интерпретации. В ходе постепенной интеграции неизбежного, случившегося и неслучившегося, эти ошибки сглаживаются. Они могут даже оказаться необходимыми стимулами для изменения подхода к лечению.

Речь идет не об оправдании совершаемых ошибок (разумеется, их нельзя оправдывать — больные могут умереть из-за невежества, пренебрежения или непонимания со стороны тех, кто за ними ухаживает), а о предложении относиться к совершенным ошибкам с меньшими переживаниями утраты всемогущества и вины (пациенты могут почувствовать улучшение даже в результате неправильных терапевтических воздействий).

ГЛАВА III

ЖАЛОБЫ

Вопросы для выявления жалоб пациентов и других лиц

- 1 . *Что, по словам вашего пациента, беспокоит его в наибольшей степени? На что еще жалуется пациент?*
- 2 . *Как давно возникли эти жалобы ? Когда пациент впервые почувствовал в себе какие-то изменения? Что происходило в жизни пациента в это время? Связано ли с возникновением этих жалоб какое-нибудь событие? (Например, изменения в семье — появление брата или сестры? Или перемены на любовном фронте? На работе? В общественной жизни?)*
- 3 . *Связана ли болезнь с изменениями биологических ритмов, нарушениями сна, аппетита, выделительных функций, сексуального желания, с употреблением алкоголя? Есть ли изменения телосложения (веса, роста) или внешности (выпадение волос, изменение их цвета) ?*
- 4 . *Сопровождалась ли болезнь изменением реакций пациента на окружающих? Стало легче или труднее говорить с людьми, принимать решения, брать на себя ответственность?*
- 5 . *Как реагировал пациент на начало болезни? Как он реагировал на болезнь в дальнейшем?*
- 6 . *Какую информацию пациент сообщает о себе? В какой форме? Словами или невербально?*
- 7 . *Какие жалобы высказывают другие люди относительно пациента? Относительно самих себя? Относительно происходящего вокруг?*

- 8 . *Чего не прозвучало в жалобах, высказанных разными людьми? Прослеживается ли какая-нибудь общая тема в том, на что не предъявляются жалобы? (Например, имеется масса жалоб на других людей, но не на самого себя, или жалобы касаются исключительно физического самочувствия, но не психических проблем.) Или же разные люди обходят стороной разные темы? (Например, симметричность жалоб при размолвках супругов.)*
- 9 . *Насколько серьезны жалобы, воспринимаемые на сознательном или бессознательном уровнях? Для того, кто жалуется, или для других людей ? В какой мере в жалобе содержится призыв к действию? Понятен ли нам ответ Джеймса Тарбера на письмо, в котором ему сообщалось: «У нас в камине мыши» ? Это хвастовство или призыв к действию ?*
- 10 . *Можете ли вы уловить общую закономерность в разных перечнях жалоб?*
- 11 . *Меняются ли жалобы со временем? Каким образом?*
- 12 . *Меняется ли со временем способ выражения жалоб? Каким образом?*

Формы и способы выражения жалоб

Жалобы различаются по форме и по количеству. Бывает единственная жалоба на что-то беспокоящее пациента и окружающих его людей:

«Эта зубная боль... Я страдал от нее все выходные и ни о чем больше не мог думать».

«Когда у меня появляется эта мигрень, единственное, что я могу сделать, — это лечь в постель в темной комнате и ждать, когда она пройдет».

«Ноет... ноет... ноет. Она никогда не унимается. Я же говорю вам, что это просто сводит нас с ума».

«Он прямо-таки одержим своей ревностью. В конечном счете все упирается в это. Он меня просто окутывает ею,

и я словно оказываюсь в ловушке. Наша жизнь становится *невыносимой*».

«Я не могу выбросить это происшествие из головы. Оно снится мне каждую ночь. Я снова на корабле. Темно, а вокруг поднимается вода. И все, что я слышу, — крики».

Возможна и целая цепочка жалоб, иногда бессвязных и фрагментированных, иногда сгруппированных в то, что называют синдромом (более детальное обсуждение этого см. в главе VII).

«У меня еще бывают боли в висках. Они простреливают насквозь, а затем спускаются к шее и соединяются с теми, что возникают в правом запястье, о которых я вам уже говорила. И еще эта сыпь, которая появляется на голенях и не проходит до лета. (Я никогда ее не замечала летом.) Иногда у меня под мышками появляется другая сыпь. Однажды врач назвал ее потницей, но это еще хуже и появляется в середине зимы. Да, вот еще: если я съем больше двух яблок за день, у меня бывает понос. Раньше у меня были жуткие предменструальные боли, но сейчас, когда началась менопауза, стало несколько лучше. Сейчас хуже всего — это вибрирующие боли в заднем проходе, словно должен произойти взрыв и все внутренности выпадут наружу. Что еще? Я тут составила список, чтобы чего-нибудь не забыть» (см. также Beckit, 1959).

«Он вечно куда-то несется. Туда-сюда. Не может сосредоточиться на одной игре больше пяти минут. Лезет ко мне: мама, а сейчас что мне делать? Скажи, что я сейчас могу сделать? Любая комната, в которой он играл, становится как после урагана. Он просто доводит до белого каления отца, который привык к порядку. Отец постоянно кричит на него: вечно у тебя беспорядок. Он просто крушит наш дом своими играми. В школе все то же самое. Он не может спокойно сидеть и учить буквы, а тетрадки, если ему удастся их найти, выглядят просто чудовищно».

«Эта сыпь возникла у нее еще во младенчестве. Затем появились хрипы в груди, и говорят, что у нее астма,

а теперь еще и эта ужасная сенная лихорадка. Она болеет всякий раз, когда муж красит что-нибудь в доме».

Бывает, что пациент обеспокоен чем-то в такой степени, что стремится освободиться от страданий. А иногда жалобы тревожат главным образом окружающих, тогда как сам пациент остается в целом спокоен. Некоторые жалобы высказываются прямо и буквально, а другие — иносказательно, и могут подразумевать нечто совершенно иное. Бывают жалобы, которые должны бы быть высказаны, но не высказываются, и жалобы, которых не должно бы быть, но они есть.

Жалобы и симптомы — это способ вписать себя в историю: как в историю отдельной жизни* так и в историю стран и народов. Подобно некоторым болезням, жалобы могут зависеть от веяний моды. Например, симптомы конверсионной истерии встречаются сейчас не столь часто, как во времена Шарко.

При рассмотрении жалоб необходимо принимать в расчет следующие возможные несоответствия:

- 1 . Высказываемые пациентом жалобы необязательно относятся к тому, что его беспокоит на самом деле.
- 2 . Пациенты могут знать об этом несоответствии высказанных и скрытых (например, из-за смущения или преднамеренного утаивания) жалоб, но могут и не знать (по поводу осознанности и инсайта см. David, 1990).
- 3 . Жалобы, которые пациент высказывает или скрывает, не обязательно в точности соотносятся с лежащими за ними переживаниями, такими, как желания, страхи, ожидания, намерения.
- 4 . Жалобы, высказанные другими, могут быть лишь в незначительной степени связаны с проблемами, переживаемыми пациентом.
- 5 . Может оказаться, что причины направления к врачу, о которых говорится в сопроводительном письме, отличаются от истинных причин направления.

6. Эти истинные причины направления — открыто выраженные или подразумеваемые — могут отличаться от жалоб и лежащих за ними переживаний пациента или других лиц.

Возникновение болезни

Говоря о заболевании в целом, необходимо учитывать целый ряд моментов. Во-первых, любые болезни возникают на том или ином этапе жизненного пути, и чем больше мы знаем об условиях и обстоятельствах жизненного пути, тем правильнее можем оценить значение и важность заболевания для самого больного. Болезни редко возникают случайно.

Важность болезни зависит и от времени, когда мы заболеваем, и от природы самой болезни. Люди часто заболевают во время резких изменений в своей жизни: молодые люди — когда начинают карьеру, выбор которой оказался неверным, пожилые люди — когда выходят на пенсию. В эти критические периоды мы особенно озабочены освобождением своей истинной личности от искажающей ее личины, которую могли носить на протяжении многих лет. Мы могли принять эту личину прежде всего из-за того, что оказались в ловушке безвыходных ситуаций. Молодая женщина заболевает шизофренией в попытке разобраться, насколько она погрязла в семейной лжи. Она всю жизнь потратила на то, чтобы угождать отцу. Но все, что она делала, было неверным. Ее самые великодушные поступки только усугубляли ситуацию. Она сходит с ума, когда вскрывается семейная «тайна», что на самом деле ее настоящий отец вовсе не он, а мужчина, который ненавидит ее из-за того, что ее мать изменила ему после того, как он попал в аварию. Или ребенок становится «неуправляемым и отбившимся от рук», потому что чувствует, что ему не говорят правду о смерти его матери, и из-за этого он будет досаждать всем и вся.

Второе, что следует сказать о болезни, это то, что ее начало часто обнаруживает дисбаланс образа жизни. Помимо разоблачения лжи, с которой мы жили, ложной самости и неверных решений, которые мы принимали в попытках справиться с той

или иной проблемой, болезнь может указывать на физические или психические ресурсы, которые мы используем неверно или не используем вовсе. Результатом болезни может быть новая конфигурация, установление нового баланса или дисбаланса. В этом смысле болезнь представляет собой пример того, что Юнг имел в виду под появлением тени. Болезнь по отношению к здоровью является тем же, чем тень является по отношению к материи. Тень демонстрирует отсутствующие качества, антиподы материи. В результате сама материя может измениться.

В-третьих, часто во время болезни пациент часто запасается защитной оболочкой на то время, пока устанавливается новый баланс между тенью и материей. Этой оболочкой могут стать один-два дня, проведенные в постели из-за приступа гриппа, предоставляющие временную и социально приемлемую передышку от напряжения на работе, или же более глубокие и долговременные изменения, как в случае инфаркта, заболевания раком или шизофренией.

Важной функцией врачей-терапевтов является санкционирование этой защитной оболочки и, таким образом, оказание помощи при установлении нового баланса. Ятрогенные заболевания, то есть болезни, спровоцированные врачом (например, из-за неправильного применения лекарств, непредсказуемого побочного действия лекарств или неадекватных лечебных предписаний), можно рассматривать как случаи недооценки важности этой их функции. В целом различие между тем, «выбирает» ли сам пациент болезнь или кто-то (родственник, друг или профессиональный консультант) «убеждает» его заболеть, является очень тонким. Это особенно очевидно при заболеваниях, имеющих социально-психологическую природу, или у чрезмерно зависимых больных, например у детей.

Родители (под влиянием других лиц, например врачей или учителей) определяют для своих детей модели здоровья, а те в свою очередь либо принимают их, либо отвергают. Жалобы, с которыми исследователь сталкивается при анализе случая, как правило, отражают определенную смесь мнений, исходящих от отдельных индивидов, а также от групп индивидов в семье или вне семьи.

«Еще до того, как он заболел, мы говорили ему, что если он и дальше будет так работать по ночам, то болезнь — дело времени. Но он полностью проигнорировал наши слова. А теперь посмотрите, во что он себя превратил».

«В чем проблема? Ну, мама говорит, что у меня болит голова».

В-четвертых, система здравоохранения стала институционализированной; в результате пациент и общество склонны рассматривать заболевание не как часть постоянных колебаний между тенью и материей, а как периодические отклонения от здорового состояния. В этом смысле модель болезни является примером многочисленных проблем, которые возникают при других формах отклонений: непригодность — это отклонение от приспособленного поведения, эксцентричное поведение — отклонение от нормального (см. Higgins, 1990).

Болезнь как таковая становится позорным пятном; одни болезни в большей степени воспринимаются как позорное пятно, другие — в меньшей. То, как мы говорим о таких болезнях, как рак или СПИД, часто выдает наши страхи и фантазии, имеющие мало общего с самой болезнью (см. Sontag, 1978, 1989).

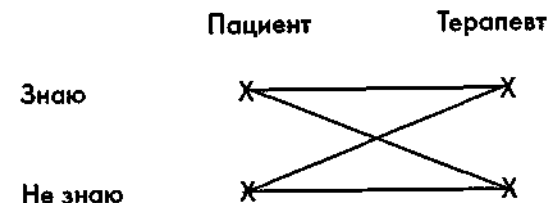
Предъявляемая или скрываемая информация

Начинающему специалисту не стоит сильно углубляться в анализ случаев, пока он не поймет, что пациенты используют возможность высказать свои жалобы в силу самых разных причин, которые зачастую ими даже не осознаются. Только некоторые пациенты смогут сделать то, что от них ожидают, то есть они способны назвать то, что их беспокоит, и описать это так, чтобы терапевт сумел помочь им добиться облегчения. К сожалению, многие пациенты не в состоянии двигаться таким прямым путем. Им бывает сложно локализовать болевую точку, и в результате они ходят вокруг да около, в сторону и вбок, дабы только избежать приближения к ней. Они могут

высказывать разные жалобы, которые должны послужить дымовой завесой или сбить терапевта со следа. Они даже могут смутно осознавать, что делают, и приходить в ярость (или, наоборот, забавляться) от замешательства, которое они вызывают у тех, кто отвечает за их лечение.

Некоторые пациенты могут использовать жалобы для того, чтобы держать терапевта в зависимом состоянии, или чтобы обозначить свой статус («Я шизоид, как и большинство великих художников»), или чтобы оправдать жалкое положение, в котором они оказались.

Здесь можно привести другую схему, которая соотносится со схемой, приведенной в главе II (с. 39).



Для добросовестных врачей наиболее неприятна ситуация, в которой пациент владеет информацией, а терапевт — нет (имеется в виду, что информация утаивается или пациент неуверен, что он хочет «выздороветь»). Таких пациентов описывают как «не имеющих жалоб». Благодаря предпринятому детальному анализу было показано, каким образом они могут расстраивать тщательно спланированное лечение и исследовательские проекты (см. Haynes, Taylor, 1979; Greenberg, 1984; Fox, 1983, 1992).

У этих не имеющих жалоб пациентов можно обнаружить ту же форму протеста, которая проявляется в любой группе, характеризующейся как девиантная (хотя они могут принимать социальные установки и причислять себя к таковой группе). Терапевт сопоставляется с родителем, заботящимся о здоровье пациента, и должен противодействовать этому до тех пор, пока сложившийся образ не удастся изменить или отвергнуть.

Здесь мы снова видим, какую важную роль играют отношения между пациентом и терапевтом. От этих отношений зависит, сможем ли мы извлечь пользу из тех жалоб, которые

высказывает нам пациент. Из-за отношений, которые сложились у Фрейда с Дорой, он не мог понять, чего она добивалась своими жалобами. Жалобы пациента должны быть пропущены начинающим специалистом через призму подобных отношений, что поможет ему понять, чего ожидает пациент - сознательно и бессознательно - в целом от жизни и от терапевта в частности. Здесь нельзя действовать поспешно. Пациенты отнюдь не будут стремиться к тому, чтобы как можно быстрее изменить форму выражения своих жалоб или противостоять своим подспудным ожиданиям.

ГЛАВА IV

ИСТОРИЯ СЕМЬИ

В биологическом и культурном отношении семья, в которой мы воспитывались или которую мы создаем, представляет собой основную среду, где формируется наш жизненный опыт. Эта среда может внушать спокойствие или ожесточать, но именно она вызывает наши ответные реакции. Мы не можем избежать влияния семьи. Наши самые ранние фантазии, персональная мифология проистекают из наших реакций на семью (неважно, принимаем ли мы ее как таковую или отстраняемся от нее).

Мы вовлекаемся в собирание и переработку семейных мифов, которые существовали задолго до нашего рождения и которые еще долго будут существовать после нашей смерти. Семья — это живая структура, охватывающая прошлые и будущие поколения: предков и праправнуков.

Даже если нас не связывают прямые родственные отношения, если мы сироты, *были* взяты на попечение или усыновлены, у нас все равно возникает чувство семьи — в некоторых случаях даже более сильное, чем если бы у нас были прочные кровные узы. Появлению этого чувства семьи способствуют как взаимоотношения с теми, кто заменяет кровных родственников (усыновителями или попечителями и их собственными детьми), а также через наступающее временем острое осознание отсутствия кровных уз. Усыновленные дети в подростковом возрасте часто предпринимают огромные усилия, чтобы найти своих настоящих родителей и узнать о своих семейных корнях, даже если усыновившая семья их в целом вполне устраивает.

Вопросы для построения семейного древа

1. *Может ли пациент (или с согласия пациента какой-либо родственник) построить семейное древо? Если да, то сколько поколений со стороны отца и матери можно проследить?*
2. *Может ли пациент указать на этом семейном древе даты рождения, возраст и даты смерти членов его семьи? Сколько лет было пациенту, когда умирали его предки и рождались потомки ?*
3. *Каковы были причины смерти того или иного родственника?*
4. *Каковы были национальность, вероисповедание, семейное положение, образ жизни, профессия, личностные особенности разных членов семьи ? Страдал ли кто-нибудь из них психическими и физическими заболеваниями?*
5. *Каковы отношения пациента с разными членами семьи, в частности, с отцом и матерью, братьями и сестрами, а также с собственными детьми ? Как члены семьи относятся друг к другу? Как с годами менялись эти отношения?*
6. *Существуют ли какие-либо семейные тайны ? Алкоголизм, суициды, психические отклонения, эпилепсия, аномальные личности, делинквентность?*

Семья и генетические факторы

Последние десятилетия добавили много нового в наше понимание генетических закономерностей. Более глубокое понимание строения хромосом, генов и ДНК проявляется в разработке новых подходов к профилактике и лечению тех или иных болезней, к которым мы можем быть предрасположены. Кроме того, благодаря новым знаниям мы получаем возможность принимать продуманные решения, касающиеся нашей жизни и жизни наших детей (см. также Cookson, 1992; Weatherall, 1989; Rees, 1992; Harper, 1992; Chapple, 1990).

Выявление генетических связей — генотипа — отнюдь не объясняет всех аспектов последующего функционирования организма, то есть его фенотипа. Во-первых, вопрос о взаимосвязи генов и наследственности еще далеко не решен; существуют самые разные гипотезы, нуждающиеся в проверке. Во-вторых, с момента рождения наши реакции определяются комбинацией генов, которыми мы наделены, и влиянием внешней среды. Мы еще далеки от того, чтобы определить степень соответствия между генами и последующим поведением. При таком заболевании, как, например, хорея Гентингтона, мы можем, пожалуй, выявить определенное соответствие (хотя даже здесь имеются разные варианты, касающиеся возраста, при котором возникает эта болезнь, ее природы и скорости течения; см. Harper, 1991). При таком заболевании, как шизофрения, которая сама по себе не представляет единой картины, это соответствие является еще менее четким. Если бы нам удалось установить, какую роль играют гены в этом заболевании, мы все равно должны были бы выяснить, как эти генетические силы связаны с такими социально-психологическими факторами, как «двойные ловушки», то есть безвыходные ситуации, с которыми неизбежно сталкивается ребенок, запутавшись в паутине родительского давления и категориальных ошибок (см. Bateson, 1973).

Несмотря на эти оговорки, при составлении истории семьи особое внимание должно быть уделено наследуемым характеристикам, какой бы ни была степень генетического соответствия. Эти характеристики могут быть сгруппированы вдоль континуума, один полюс которого образуют очевидные наследуемые связи, такие, как цвет глаз, а другой — менее четкие связи, например предрасположенность к зрительным, а не к слуховым образам, к депрессии или к голосованию за консерваторов. Между ними имеется бесчисленное множество вероятностных связей с такими свойствами, как телосложение, темперамент, биологические ритмы, таланты, семейные симпатии и антипатии.

При анализе случая необходимо собрать информацию (если это возможно) по меньшей мере о трех поколениях, поскольку только тогда мы можем увидеть структуру взаимодействия определенных сил, включая скачки через поколение

(«Она — копия своей бабушки»). Смещение ролей в семьях, где известны случаи сексуального насилия над детьми, является той проблемой, которую иногда ярко иллюстрирует эта структурная схема трех поколений (см. Welldon, 1988).

Семья и культура

Вопросы для понимания культурной среды пациента

КВ. Семейное окружение — это одна из тех деликатных тем, о которых говорилось в разделе «Введение». К ней необходимо подходить с тактом, и не всегда вопросы, которые приходят на ум интервьюеру, должны произноситься вслух.

1. *Каковы этнические корни пациента? Насколько они эмоционально принимаются? Или отвергаются?*
2. *Каково этническое происхождение других членов семейного древа? Испытывала ли семья потрясения, связанные с изменением культурных условий? Как долго семья живет в данной стране?*
5. *Каковы религиозные корни пациента? Соблюдают ли в его семье религиозные обряды и традиции? Лично он? Совсем не соблюдают?*
4. *Насколько религиозные убеждения пациента совпадают с религиозными убеждениями других членов семейного древа? Имеется ли здесь взаимопонимание или конфликт?*
5. *Применима ли принятая в Великобритании градация, на социально-экономические классы (рабочий, средний и высший) к пациенту и его семье? Считает ли пациент, что его семья нашла свое место в британской классовой системе? Опять же, имеется ли здесь взаимопонимание, поддержка или конфликт?*
6. *Каков экономический статус различных семей, представленных на древе, в частности, родительской семьи пациента и его собственной?*

7. *Какова атмосфера в семьях его родственников, и, особенно, какой была атмосфера в родительском доме, когда пациент был ребенком? Какие события произошли в семье за период, когда пациент был ребенком? Какие поездки или семейные игры он помнит?*
8. *Каковы социальные и эмоциональные взаимоотношения в различных семьях, но прежде всего в родительской семье пациента и его собственной?*
9. *Каким образом можно было бы представить эти особенности семейной жизни в рисунке, изображающем семью, в играх или в историях о ней?*

Семья передает культуру двояким образом: посредством тех связей, которые образуют различные члены семьи с окружающим миром в силу своей национальной, религиозной, профессиональной принадлежности и общественной активности, и через множество устойчивых взаимоотношений, которые закладываются в самой семье, таких, как система кровного родства, границы ядерной и расширенной семьи и т. д.

Не существует такого набора вопросов, который мог бы охватить все эти аспекты. При составлении истории семьи следует создать условия для того, чтобы особенности семейной культуры раскрывались в том темпе и тем путем, который выберет сам пациент. Тем не менее начинающему интервьюеру полезно держать в голове некоторые своего рода указатели пути разворачивания семейной истории.

Как, например, семья относится к окружающему миру? Крепкая фермерская семья может получать радость от своей принадлежности к местной общине, существующей многие столетия; члены семьи могут продолжать играть активную роль в проведении социальных и религиозных мероприятий. Если же обратиться к другому концу спектра, то семья иммигрантов может порвать не только со своей родиной, но и с образовавшимся на новом месте анклавом семей, имеющих сходное культурное происхождение. Между этими двумя полюсами расположено бесчисленное множество самых разных культурных вариантов семейной микросреды, чему способствуют изменения в национальной и религиозной системе, повторные

и смешанные браки, неполный состав семьи, приемные члены семьи и т. д. (см. также Qureshi, 1992).

Стереотипы (социальные силы, способные облегчить наше включение в определенную социальную группу) могут играть важную роль в формировании той семейной среды, на которую вынужден реагировать пациент. Одним из примеров этого может быть давление, оказываемое социальным классом или кастой (см. исследования Джеффа Дайера классовых предрасположений: Bradbury, Cook, 1992). Нам гораздо проще выйти за рамки ограничений, налагаемых классом, в котором мы родились, чем за рамки ограничений, налагаемых кастой, особенно если она определяет тот социальный климат, в котором мы живем. При переезде в другую социальную среду, где кастовые влияния отсутствуют, мы получаем возможность сбросить с себя внешние атрибуты кастовых стереотипов, но для этого может потребоваться целое поколение (см. многочисленные статьи в антропологических и социологических журналах, а также газеты этнических меньшинств).

Правила поведения, связанные как с половой, так и с классовой принадлежностью, могут отвергаться. Примеры этому можно найти в «Лисистрате» Аристофана и современном феминистском движении. Маленькая девочка или взрослая женщина может вырваться из рамок социального стереотипа, но никто не властен избежать ограничений, налагаемых биологическими факторами (изменениями менструального ритма, особым периодом в жизни, когда имеется возможность вынашивать ребенка). Гомосексуалисты, а также мужчины и женщины с определенными физическими недостатками находятся в аналогичной социально-биологической ситуации.

С другой стороны, степень, с которой семья смешивается с окружающим миром или отстраняется от него, определяется семейной политикой, проводимой осознанно и целенаправленно или подспудно, опираясь на бессознательные установки. Факторы этнического происхождения, национальности и религии могут содействовать проведению этой политики, но в плюралистическом обществе такой вклад может оказаться весьма незначительным. Можно провести различие между семьями, функционирующими в качестве относительно закрытых единиц, чья деятельность и социальные отношения ограничи-

ваются по большей части домом, и семьями, члены которых гораздо больше вовлечены во внешний мир, что делает структуру семьи более свободной. Первый тип семьи называют ядерной семьей из двух поколений; второй тип связан с выходом из рамок ядерной семьи и включает разного рода «эксперименты», например, раздельное ведение домашнего хозяйства женой и мужем.

Внутри самой семьи следует обратить внимание на следующие устойчивые характеристики:

1. Разница в возрасте между родителями (когда, например, во втором или третьем браке один из родителей может быть намного старше другого), или разница в возрасте между родителями и детьми, причем в поздних браках эта разница может быть достаточно велика, а при повторных браках — значительно меньшей.
2. Количество детей и разница в возрасте между ними, а также такие явления, как фаворитизм, «заброшенный ребенок», «единственный ребенок», бремя близнецов, объединение или комплементарность близнецов.

Несмотря на наличие общих черт, часто именно различия между членами семьи особо заметны и пациенту и особенно интервьюеру. Эти различия в темпераменте, интересах, способностях нередко вызывают конфликты, проявления привязанности и враждебности. Нас одновременно и влечет, и отталкивает оттого, чью близость мы чувствуем. Такие столкновения из-за ощущения близости особенно ярко проявляются у однойцовых близнецов, но их можно обнаружить и в других семейных отношениях. Отец особенно привязывается (или испытывает враждебные чувства) к дочери, которая отражает и привлекает его женскую сторону. Мать захлестывают двоякие чувства по отношению к сыну, который отражает ее Анимус.

Некоторым детям, похоже, суждено отыгрывать ядерную семейную структуру. Например, ребенок в состоянии шизофренического распада может разоблачить обман, на котором

основан брак родителей. Или ребенок может взять на себя роль спасителя, изображая балагура и пытаясь развеселить семью, находящуюся в затяжной депрессии с многочисленными попытками суицида; или он может вести себя шокирующим образом, пытаясь разбудить членов семьи, живущих в полудреме (см. Н1§§Ш5, 1992). В любой семье происходит такое распределение ролей среди детей и родителей, как будто они втайне согласились играть свои особые роли в семейной пьесе. Одна из целей составления семейной истории — раскрытие этих ролей.

Семейные кризисы

Семья, как и индивид, проходит через ряд повторяющихся событий, которые вызывают повторяющиеся реакции. Эти поворотные пункты нередко выливаются в «кризисы», которые пациенты могли пережить еще детьми в своей родительской семье и, будучи взрослыми, в семье, которую они создают. Иногда эти важные события могут переживаться дважды — в детстве и во взрослом возрасте. В таком случае более ранняя реакция обычно влияет на более позднюю — в лучшую или худшую сторону (см. многочисленную литературу по семейной терапии, например: Nodes et al., 1991). Эти важные события включают в себя:

- 1 . Роды и их влияние на родителей и детей. Мать переживает настоящий физиологический (не говоря уже о психологическом) стресс во время беременности и сразу после родов. Перед отцом встают вопросы идентификации (кувады) и ревности. Перед детьми аналогичным образом могут возникнуть проблемы, связанные с перераспределением любви и внимания. На семью в целом может свалиться бремя тяжелых экономических проблем, из-за которых в какой-то момент может возникнуть необходимость переезда в другой дом.
- 2 . Смерть бабушек и дедушек, родителей или детей. Ее влияние на того или иного члена семьи во многом

зависит от его возраста, от того, насколько он был близок с покойным, и от характера смерти (ее внезапность, включая самоубийство и убийство, и болезненность) . Важным аспектом реакции пациента на смерть является то, насколько глубоко он чувствовал (и продолжает чувствовать) свою сопричастность к ней. Детям особенно трудно понять свою ответственность, тем более если для ребенка все окутано тайной (неучастие в похоронах, молчание по поводу всего, что связано со смертью, или эвфемизмы типа: «заснул», «отошел в мир иной»).

3. Реструктурирование супружеских отношений: раздельное проживание супругов, развод, повторный брак. Сейчас каждый третий брак в Соединенном Королевстве оканчивается разводом. Это событие со всеми его последствиями может сыграть существенную роль в жизни пациента. Какой вывод мы делаем из разрыва супружеских отношений своих родителей? Или своих собственных? Насколько мы ощущали свою ответственность, будучи, в первом случае, детьми и взрослыми — во втором? Как и в том случае со смертью родных, дети могут запутаться, в какой мере они ответственны за развод родителей; они могут предпринимать попытки снова сблизить родителей или низвергнуть своих кумиров. То, как родители и дети прореагируют на развод, будет определять их реакцию на последствия развода — на появление отчима или мачехи и сводных братьев или сестер, на продолжение встреч с физическими родителями и т. д.

У пациента, не фиксированного на этих событиях, часто возникает чувство целостности семейного опыта, которое может включать и долю сохраняющегося и повторяющегося хаоса. Основываясь на семейной истории, и пациент, и интервьюер могут обрисовать развитие и изменение качества отношений между пациентом и другими членами семьи. Наши связи с родителями не бывают статичными. Мы переносим их внутрь себя, и, подобно любой интериоризированной системе,

то, что оказывается внутри, продолжает меняться еще долго после того, как реальный источник уже исчез. То же самое касается близких отношений с братьями и сестрами.

Это всеобъемлющее чувство непрерывности помогает адаптироваться к семейной трагедии, такой, например, как рождение ребенка-инвалида, увечье в результате аварии, хроническая болезнь, утрата трудоспособности, заключение в тюрьму, неверность супруга. Помимо приливов и отливов любви и ненависти, позитивных и негативных оценок, это всеобъемлющее чувство непрерывности семейных отношений включает в себя изменения того, что мы ожидаем друг от друга, и того, что мы ожидаем от себя в результате интерпретации нами требований других людей. Эти ожидания отчасти возникают в результате тесных контактов, существующих между родителями и детьми. Пациенты часто имеют ожидания в отношении своих родителей и детей. Наряду с изменением этих ожиданий происходит изменение отношения к успехам, неудачам, позору и самооценке.

Для подростков характерны вспышки гнева, в результате которых родители низвергаются с пьедестала. Прямые последствия такого неизбежного перехода к независимости вместе с сопровождающей его трансформацией отношений могут сохраняться годами. С течением времени эта фаза становится частью временного континуума. Многие пациенты в силу своего возраста пока еще не достигли сменяющего ее состояния спокойствия.

ГЛАВА V

ЛИЧНАЯ ИСТОРИЯ

Фазы развития

Поворотные пункты, которые мы исследовали в истории семьи, имеют свои эквиваленты и в развертывании личной истории. Для простоты эти поворотные пункты личной истории будут рассмотрены нами в порядке их биографической хронологии. Но на практике, разумеется, они необязательно появляются именно в таком порядке. В личной истории нередко имеется временной интервал между моментом, когда произошло то или иное событие, и произведенным им эффектом. Это подобно тому, как если бы мы постоянно жили на неразорвавшихся бомбах, снабженных часовым механизмом.

Связи между событиями и их последствиями, а также между влиянием разных событий на развитие человека крайне сложны (см. Harris, 1967). Например, на ранних стадиях развития самосознания мы продолжаем удерживать достижения более ранней стадии, когда начинаем переходить к следующей. Мы можем интегрировать раннюю стадию в более позднюю, но мы не отбрасываем предыдущий жизненный опыт. Таким образом мы достигаем эффекта аккумуляции слоев новообразований, каждый из которых взаимодействует и с верхним, и с нижним слоем (Stern, 1985). В еще большей степени эта модель аккумуляции слоев применима к развитию человека в целом. Инфантильные слои сохраняются на всех стадиях нашей жизни (Erikson, 1968).

Кроме того, существует феномен «критического периода». Если на какой-либо стадии определенные изменения не происходят, то это означает, что возможность развития данного качества или свойства упущена, и компенсировать это будет трудно или даже невозможно на протяжении всей оставшейся

жизни пациента. Поскольку же слои и их части очень тесно переплетены в развивающейся системе, то отсутствие или деформация какой-то части системы может значительно повлиять на характер развития как в том слое, к которому относится эта часть, так и в слоях, появившихся позже. Можно, например, попытаться уменьшить возникший дисбаланс за счет разрастания (гипертрофии) тех частей, которые до сих пор развивались нормально. Или же дисбаланс может распространиться и захватить значительно большие части всей системы.

Эти критические периоды наиболее отчетливо проявляются на эмбриональной стадии жизни, когда скорость развития максимальна. У человека принято считать, что период созревания продолжается и первые восемнадцать месяцев после рождения, и период критических периодов может быть соответственно удлинён. Их истинное значение до сих пор является предметом исследования.

Внутриутробная жизнь

Вопросы

- 1. Что думает ваш пациент по поводу своего зачатия? Был ли он желанным ребенком? Если да, то почему? Было ли это данью традиции? Было ли рождение случайностью или решением, принятым после долгих раздумий? (Вспомним, с чего начал свою автобиографию Джироламо Кардана: «Прежде чем я родился, моя мать попыталась сделать аборт, но неудачно».)*
- 2. Совпал ли пол ребенка с ожиданиями родителей? Был ли пациент долгожданным наследником мужского пола? Или девочкой, родившейся, чтобы компенсировать засилье мужчин?*
- 3. Насколько по другим своим качествам пациент соответствовал ожиданиям родителей? Были ли родители едины в своих желаниях? Или отец хотел, чтобы ребенок обладал одними качествами, а мать - другими?*

- 4. Какой была семейная жизнь во время внутриутробного развития пациента? Спокойной или беспокойной? Наблюдался ли экономический стресс?*
- 5. Как себя чувствовала мать во время беременности? Страдала ли она каким-либо серьезным заболеванием? Повышенным кровяным давлением? Обращалась ли она к врачу по поводу этих болезней? Находилась ли на сохранении? Существовала ли угроза ее собственной жизни или жизни ребенка?*

Парадокс анализа случая заключается в том, что, как правило, доступна лишь самая поверхностная информация относительно наиболее важной стадии развития пациента — внутриутробного периода, когда скорость развития наиболее высока. Эта информация обычно основывается на сообщениях, полученных пациентом в прошлом от других лиц, которые могли быть или не быть рядом, когда происходили описываемые ими события, и которые при этом полагались исключительно на свои (неизбежно выборочные) воспоминания.

Таким образом, информация об этом критическом периоде подвергается искажению по меньшей мере на двух уровнях: во-первых, информация искажается при сообщении пациенту другими людьми своих воспоминаний о его появлении на свет; во-вторых, информация искажается самим пациентом в зависимости от того, что именно из рассказанного ему он запомнил.

В последнее время благодаря различным технологическим достижениям появились новые подходы к исследованию. Опубликованы многотомные труды по анатомии, физиологии и биохимии внутриутробной жизни. Появляется все больше литературы, посвященной психологическому развитию плода (см., например, Lewis, 1977; Piontelli, 1992 и др.). Сейчас снимаются фильмы о внутриутробной жизни, наглядно отображающие происходящие там события: контакты близнецов, начало сосания пальца. Возможность наблюдать за происходящим в матке и возросшая способность влиять на внутриутробное развитие меняют наше отношение к этой ранней стадии. Например, в связи с возможностью заранее определить пол и другие особенности ребенка, вопросы 2 и 3 приобретают несколько иное значение.

Рождение

Вопросы

- 1. Каким было ваше физическое состояние при рождении? Все ли функции были в порядке? Или были какие-то отклонения? Если да, то какие?*
- 2. Родились ли вы вовремя или же роды были преждевременными или запоздалыми?*
- 3. Каков был ваш вес при рождении ?*
- 4. Сколько часов длились роды? Были ли какие-нибудь осложнения? Неправильное положение в родовом канале? Ягодичное или ножное предлежание? Обвитые пуповиной? Рождение в водной оболочке? Цианоз или другие признаки нарушения внутриутробного развития?*
- 5. Каким было состояние здоровья вашей матери после родов? Чувствовали ли вы себя ответственным за какие-либо нарушения ее здоровья?*
- 6. Если подумать о смерти как о противоположности рождению, как вы представляете себе человеческое бытие? Как это влияет на картину болезни, сложившуюся у вас в настоящий момент?*

События, связанные с рождением, вызывают одно из самых сильных переживаний, равно которому вряд ли когда-либо выпадает на нашу долю. Психологи пытались представить рождение как травму, а в особенностях процесса родов усмотреть индивидуальные черты развития индивида. Хотя это может показаться преувеличением, но нет сомнений в том, что течение родов нередко накладывает неизгладимую печать на все последующее развитие. Попытка уяснить себе детали рождения того или иного человека может принести весьма полезные результаты при анализе случая.

Ученые пытались анализировать процесс родов, разбивая его на различные фазы. Гроф, например, перечисляет четыре «основные перинатальные матрицы», или комплексы переживаний, возникающих во время рождения. Хотя эти переживания были выявлены у пациентов, принимавших в то время

ЛСД, и в конечном счете они могут объясняться воздействием наркотиков, а не фактом рождения, установленная связь этих переживаний с воспоминаниями из постнатальной жизни, с деятельностью эрогенных зон по Фрейд и с психопатологическими синдромами заслуживает дальнейшего изучения (Grof 1977).

Конечно, смутные воспоминания о событиях рождения могут каким-то образом сохраняться и всплывать во сне или в архетипических образах. Стремление пробиться из тьмы на свет, бегство из пещеры, чувство второго рождения — это то, что волновало людей на протяжении столетий. Эти идеи пронизывают ритуалы инициации и обряды шаманов, а также религиозные культы. В платоновском образе пещеры проход через нее реверсирован. Для нас более важно то, что мы оставили за собой, чем то, куда мы движемся. Но в любом случае родовой путь (а смерть выступает как его противоположность) открывает перспективу всего жизненного пути человека.

Выздоровление после болезни, особенно после психической, часто сопровождается ощущением как бы второго рождения. Следовательно, ознакомление пациента с этим архетипическим образом может повлиять на его возвращение к здоровью.

Младенчество

Вопросы

- 1. Каким было ваше здоровье в младенчестве ?*
- 2. Имелись ли какие-нибудь признаки того, что одни зоны тела или физиологические системы преобладают над другими? (Например, чувствительность кожи, пищеварительные или респираторные расстройства ?)*
- 3. Быстро ли установились ваши биологические ритмы? Или наблюдался период нестабильности? Насколько регулярными были, в частности, периоды сна и бодрствования на протяжении младенческого возраста?*
- 4. Какие характерные особенности темперамента проявились в раннем возрасте? Как эти особенности темперамента*

трансформировались в экспрессивные действия взрослого человека, проходящего арт-терапию (движение, ритмика, живопись, придумывание рассказов) ?

5. *Как вы питались в раннем возрасте ? Вскармливали ли вас грудью ? Если да, то как долго ?*
6. *Сколько вам было месяцев, когда вы научились сидеть? Ходить? Как вы начали ходить? Проходили ли вы стадию ползания? В каком возрасте вы научились бегать?*
7. *В каком возрасте вы заговорили ? Как вы начали говорить?
Начали ли вы с нескольких простых слов? Или, подобно Бертрану Расселу, вы молчали, пока не заговорили длинными сложноподчиненными предложениями?*
8. *Можете ли вы вспомнить случаи, когда вы болезненно переживали разлуку с родителями или семьей? Как вы вели себя в таких случаях?*
9. *Можете ли вы вспомнить периоды, когда были сильно привязаны к одному из родителей и ревновали его к другому? Как вы справились с этими чувствами?*
10. *По-прежнему ли вы близки со своими родителями?*
11. *Как со временем менялось ваше отношение к родителям, когда вы узнавали что-то о них и о себе? Отразились ли эти открытия на вашем чувстве уважения к ним? Как? Вызвали ли они враждебность?*
12. *Можете ли вы войти в положение родителей и посмотреть на мир их глазами ?*

В период жизни между рождением и примерно двумя годами мы завершаем закладку фундамента некоторых главных сторон нашей личности: самосознания (личной идентичности), то есть отделенности нас самих от других явлений в окружающем мире; чувства доверия/недоверия к этому миру; постепенный переход от инстинктивной безжалостности самосохранения к заботе о других.

Какая-то часть этой работы проходила на поздних стадиях внутриутробной жизни, и, разумеется, она продолжается еще и долгое время после того, как мы отпразднуем свой второй день рождения. Но именно в течение первых двух лет жизни

эта работа происходит с особой интенсивностью. Эта стадия, когда мы еще полностью привязаны к матери или тому, кто ее заменяет, называется младенчеством. Пуповина только что была перерезана, и многие из нас продолжали еще на протяжении того или иного времени получать с молоком матери и пищу, и защиту от внешних инфекций.

Для простоты описания эти основные новообразования младенческого возраста были представлены отдельно друг от друга; практически же развитие самоощущения, открытие окружающего мира и степень доверия к нему, успешная интеграция заботы о других с приоритетностью личных интересов, — все они тесно взаимосвязаны. Такую взаимосвязь часто можно наблюдать в процессе психотерапии. Нам надо чувствовать себя самостоятельными и независимыми, чтобы справиться с ощущениями вторжения и давления извне, с чувством хаоса при отсутствии поддержки. В свою очередь, осознание собственного «Я» сопровождается ощущением собственной значимости, которое базируется на опыте удовлетворения наших инстинктивных влечений (самосохранении и любви к себе) и усиливающейся в ходе этого опыта способности контролировать эти влечения. Вначале этот контроль возникает — опять-таки инстинктивно — из некоего глубинного биологического чувства, которое даже мудрый паразит испытывает по отношению к своему хозяину (по формуле ограничения вреда — не руби сук, на котором сидишь); затем же контроль начинает подпитываться той глубокой любовью, которая связывает нас с самыми близкими людьми, а через них и с окружающим миром.

Обычно слово «самоотверженный» обозначает заботу о других, самопожертвование. Быть самоотверженным — не значит быть мазохистом; этого можно достичь благодаря подлинной интеграции трех составляющих самосознания, описанных выше. Для углубления нашего понимания о взаимосвязи этих основных компонентов были предложены разные категориальные системы. Стерн (Stern, 1985) выделяет четыре стадии развития «Я» — возникновение, ядерность, субъективность и вербальность. Другая модель переживаемого младенцем чувства иллюзии/разочарования связана с понятием «достаточно хорошего» материнства (Winnicott, 1965). В этой модели

развивается тема ритмического взаимодействия между матерью и ребенком. Предполагается, что при достижении определенного уровня синхронизации этих ритмов младенцы переживают удовлетворение инстинктивных влечений (включая удовлетворение от нарастающего напряжения) как результат нахождения в благоприятной среде. Младенец наслаждается иллюзией, будто он слит со средой и обладает всемогущим контролем над нею. После повторения случаев адекватной синхронизации ритмов младенцы начинают распознавать благоприятную среду, которой можно доверять. Это доверие по отношению к благоприятной среде затем поглощается воображением и переходит во внутреннее чувство благожелательности (интернализация хорошего объекта).

И наоборот, когда ритм нарушается, то среда воспринимается как враждебная и преследующая, как объект для атаки (ребенок плюется, пачкает, плачет, кричит и т. д.). Собственное «Я» отделяется от того, что находится рядом, и состоит из фрагментов гнева, ненависти и злости.

Ранние переживания любого человека содержат смесь гармоничных и дисгармоничных ритмов. В идее Винникотта о достаточно хорошей матери постулируются отношения между матерью и ребенком, где гармоничные ритмы преобладают над дисгармоничными. Благожелательные иллюзии берут верх над разочарованиями.

Используя различные метафоры, некоторые авторы пытались описать чувства младенца, когда его держат или «роняют», когда он испытывает иллюзии и разочарования. Боулби, опираясь на этнологические концепции, говорит о стадиях «отделения» младенца от матери. Между исходным состоянием физического соединения (через пуповину) и положением автономно существующего индивида имеется несколько промежуточных ступеней, включающих чувства потерянности и замещения.

Другие авторы используют представление о «проективной идентификации», то есть процессе отщепления от себя некоторых аспектов своей личности и «передачи» их кому-то другому, кто может «сохранить» их для нас, пока мы не будем готовы вернуть их назад, принять их в себя (более подробно см. Hinshelwood, 1988, Sandler, 1988, Gordon, 1965).

Существует еще один способ описания проблем младенческого возраста, основанный на метафорах, тяготеющих к визуальному и драматическому представлению, таких, как первичная сцена, эдипов комплекс. Метафора первичной сцены иллюстрирует момент истины, когда младенцы осознают, что они не являются всемогущими и вездесущими, что они должны претерпеть исключение из интимных отношений между родителями. Сама первичная сцена обозначает то, что открывается перед ребенком, который застаёт совокупляющихся родителей. Но в ней обобщается более широкое открытие — открытие того, что с раннего возраста мы должны строить свой собственный мир и что мы не можем зависеть от замещающего сожительства с матерью, отцом или обоими родителями. Намек на первичную сцену можно найти в такой детской рифмовке, как «Goosy Goosy Gander», в различных историях, где третья сторона застаёт пару, что называется, «с поличным», например, в сцене из фильма «Человек дождя», где аутичный молодой человек входит в комнату, в которой его брат занимается любовью с девушкой, и стоит ошеломленный, с любопытством наблюдая за ними.

В метафоре эдипова комплекса содержится аналогичное сообщение. Опять-таки эта метафора имеет сексуальные корни — всепоглощающую привязанность девочки к отцу, а мальчика к матери и сопровождающее ее чувство смертоносной ревности к родителю того же пола. (Так называемый «обратный» эдипов комплекс — это название, данное ситуации, когда сын привязывается к отцу и стремится убить мать; дочь привязывается к матери и стремится убить отца.) Метафора использует одну из сторон истории об Эдипе, ставшей плодородной почвой для драматургов (например, трилогия Софокла об Эдипе и «Гамлет» Шекспира); в ней делается акцент на идентификации, которую мы должны прожить и трансформировать, если хотим добиться сексуальной компетентности.

Изменения, происходящие во внутриутробной жизни плода и в младенчестве, протекают быстрее, чем на любой последующей стадии, хотя здесь имеются значительные индивидуальные вариации. Анализируя случай, всегда важно учитывать скорость изменений на разных этапах развития. Была ли скорость изменений в эти ранние годы выше или ниже нормы? Начал ли ребенок ходить и говорить раньше или позже ожидаемых сроков?

Темп развития может оказаться конституциональной чертой. В конце концов некоторые из нас успевают больше, чем другие. Но вариации скорости могут свидетельствовать и о таких личных характеристиках, как торопливость или апатичность, ощущение дискомфорта при принятии решений и поглощенность ситуацией или нежелание встать и пойти, жажда новых переживаний или чувство пресыщения.

Вариации темпа, преждевременные или задержанные реакции могут говорить об отношении родителей к развитию. Возможно, родителям не терпелось, чтобы ребенок вырос, потому что они хотели избавиться от бремени иждивенца или для них было болезненно еще раз переживать собственное детство, наблюдая за своим ребенком.

В любом случае, преждевременное и задержанное развитие моторики, речи или отношений с другими людьми нередко оказывает циркулярное, разлитое и долговременное воздействие на общее развитие индивида.

Дошкольный возраст

Вопросы

1. *Как вы проявляли свое открытое неповиновение? Активно и непосредственно, говоря «нет», или пытаясь сделать что-то противоположное тому, что от вас требовалось? Или через неподчинение? Или более косвенно — через молчание и уход в себя ?*
2. *Как окружающие люди справлялись с вашим неповиновением?*
3. *Как вы встречали попытки вас «социализировать»? Привить вам навыки контроля мочеиспускания и дефекации?*
4. *Создавали ли вы свой собственный воображаемый мир в тот или иной период детства? Был ли у вас тайный воображаемый друг или родственник? Вы создавали этот мир сами или вместе с братом, сестрой или близким другом? Был ли у вас секретный язык?*

5. *Был ли у вас особый предмет, который должен был сопровождать вас, куда бы вы ни поехали? Сколько вам было лет, когда вы привязались к этому предмету? Сколько длилась эта привязанность? Что произошло, когда этот предмет сильно перепачкался? Были ли найдены какие-нибудь замены ему?*

Когда нам исполняется два года, мы увлечены созданием собственного мира, узнаем названия вещей, разговариваем с людьми и при этом склонны высказывать категоричные суждения. Чтобы быть категоричными, эти утверждения должны оспаривать высказывания окружающих людей. Стадия младшего дошкольного возраста характеризуется возрастающим чувством автономии, что ведет к частому употреблению слова «нет» как ребенком, так и его родителями.

Это как раз тот период, когда должен начаться процесс «социализации», выражающийся в контроле за функциями мочевого пузыря и кишечника, в способности управляться с младшим братом или сестрой, имевшими несчастье родиться в это время, в появлении реакции на пренебрежение и унижение. В это же время мы впервые переживаем чувство стыда.

Именно на этой стадии мы остро реагируем на разлучение нас с родителями, как это показано в фильме Робертсонов о двухлетнем ребенке, попавшем в больницу. Наша повышенная уязвимость объясняется тем, что мы находимся в переходном периоде: освобождаемся от младенческой зависимости, но пока еще не совсем уверены в себе. Таким образом, фаза дошкольного возраста имеет некоторые общие черты со стадией подросткового возраста. И та и другая являются периодами болезненного перехода, часто сопровождающегося регрессивным поведением, которое с позиции устойчивого мировоззрения взрослого может иногда обладать всеми признаками психоза.

Чтобы получить помощь в этот переходный период, ребенок обычно находит объект, кусочек внешнего мира — Другого, — с которым он пытается прийти к согласию. Этим объектом может стать все, что угодно — от куклы до тряпки. На выбранный объект проецируется бесчисленное множество эмоций и исследовательских реакций. Тряпичная кукла, или талисман, сопровождает ребенка в большинстве ситуаций. Они становятся

нераздельными, особенно при отходе ко сну, когда ребенку надо отделиться от внешнего мира, сойти с одного уровня сознания на другой, увидеть необыкновенные образы.

Эта тряпичная кукла представляет собой промежуточное, получеловеческое существо. Ее можно наделить человеческими качествами, но она обладает тем преимуществом, что ребенок может эти качества контролировать. Когда ее бьют, тряпичная кукла способна терпеть так долго, как это желает сам ребенок. Она может смиренно снести любое наказание или дерзить в ответ.

Тряпичная кукла и ее многочисленные аналоги, так называемые переходные объекты, являются главным фактором в развитии способности к игре. Специалисты по арт-терапии не должны недооценивать того факта, что многочисленные выразительные средства, используемые в творческой деятельности, происходят непосредственно от этих переходных объектов.

Школьный возраст

Вопросы

- 1. Сколько вам было лет, когда вы пошли в школу, и когда ее закончили?*
- 2. Можете ли вы перечислить школы, в которых вы учились ?
Какой была каждая из них? Как совмещались учеба и игра?*
- 3. Какие стороны школьной жизни приносили вам радость ?
По каким предметам, в каких играх и кружках вы достигали успеха? Что для вас было трудным или что вам не нравилось?*
- 4. С кем вы дружили в школе? Были ли у вас дружеские отношения с учителями?*
- 5. Бывало ли так, что вас пытались запугать или к вам приставали?*
- 6. Оказал ли на вас особое влияние кто-нибудь из учителей?*
- 7. Какие экзамены вы сдали успешно? Какие провалили?
Как вы справлялись с экзаменами ?*

- 8. Каким было ваше здоровье в школьные годы ? Регулярно ли вы посещали школу? Или были постоянные и длительные пропуски? Если да, то по какой причине?*
- 9. Как ваши родители относились к школьному обучению в целом? К вашей конкретной школе?*

Если все складывается благополучно, то уроки и интересы в школе соединяются с переходными объектами. Буквы и цифры, хотя и в не столь материальной форме, берут на себя роль тряпичной куклы. Школьные игры и фольклор развивают индивидуальные игры. Обучение и игра сливаются воедино.

Для специалистов по арт-терапии интеграция личных устремлений с традиционными формами — хорошо знакомая проблема. Но именно с этой проблемой сталкиваются дети, когда пытаются соотнести свои индивидуальные игры с формальными традициями, закрепленными в литературе или математике (с чтением, письмом и арифметикой).

То, насколько хорошо разрешаются эти проблемы, частично зависит от самого ребенка, но также и от психологического климата в школе. Он может различаться не только в разных школах, но и в отдельных классах одной и той же школы. При анализе случая нужно по крупицам собрать информацию обо всем, что происходило с пациентами в школе: о возникшей дружбе, об учителях, оказавших на них влияние, о сформировавшихся там ценностях.

Юношеский возраст

Вопросы

- 1. Как бы вы описали свой юношеский возраст? Как постепенное движение к взрослости? Или как период бурных потрясений?*
- 2. Как вы пережили свое расставание с домом ? С семейным домом или квартирой? С семейными традициями и ценностями?*

3. *Прошло ли это расставание относительно мирно? Или сопровождалось бурным протестом? Как отнеслись родители к расставанию с вами? Каким было ваше отношение к собственным детям, когда они достигли подросткового возраста?*
4. *Как вы относились к изменениям вашего облика? К изменениям формы тела, оформлению взрослых гениталий?*
5. *Как развивалось у вас в юношеском возрасте чувство идентичности? Когда вы выбрали направление, которым хотели идти? Как отнеслись ваши родители к этому направлению?*
6. *Мешали или, наоборот, помогли осуществлению принятых вами решений о будущем периоды обучения, службы в армии и т. д.?*

В юношеском возрасте мы переступаем некий порог и осознаем это. Воспоминания об этом времени часто сохраняются до конца жизни. Многие из нас ощущают тесную связь с юношеским возрастом, ярко представляют в своем воображении людей и сцены, которые оказали на них особое влияние. Именно этим юношеский возраст отличается от любого другого кризисного возраста: те времена, когда мы были маленькими детьми, стираются и вытесняются из нашей памяти.

В юношеском возрасте наши взгляды и убеждения часто принимают совершенно бескомпромиссный характер. Мы все видим в черном и белом цвете: в нас живут боги и демоны, герои и злодеи, идеалы и проклятия. Мы склонны к экстремизму — бескорыстно поддерживаем такие программы, как «Добровольная служба за рубежом» или «Гринпис», или скатываемся к пассивности и изоляции. Именно в юношеском возрасте часто впервые проявляются признаки заболевания шизофренией.

Юношеский возраст характеризуется фундаментальными физиологическими изменениями — резким увеличением роста, наступлением половой зрелости и появлением зрелой сексуальности. Эти физиологические изменения сопровождаются психической и социальной нестабильностью. С наступлением половой зрелости появляется реальная возможность соперничества с родителями: определение своего собственного пути,

поиск своего собственного дома, создание своей собственной семьи.

Для многих юношей и девушек осознание этой возможности осложняется периодом студенчества, учебы, службы в армии, когда они обычно сталкиваются со значительными финансовыми трудностями и ритуалами посвящения, такими, например, как квалификационные экзамены.

Молодость, энергия, любознательность — все это у юноши легко может стать причиной неудовлетворенности, экспериментирования и противодействия. Опробуются разные модели сексуального поведения (возможно, под влиянием социальных институтов, к которым принадлежит тот или иной юноша). Экцентричные, бросающиеся в глаза вещи, например оригинальная одежда, прическа или наркотики, приобретают особую привлекательность.

Средний возраст

Вопросы

1. *Где вы работали? Как долго?*
2. *Как вы попали на эту работу? Было ли это результатом вашего личного выбора или на ваш выбор повлияли социальные или экономические условия, например материальное положение вашей семьи, открывшаяся вакансия, отношение к работе родителей, ваше образование, подготовка?*
3. *Если вы выбирали работу сами, то как она соотносится с вашими ценностями? Какое значение вы придаете власти, деньгам, эстетическим и религиозным принципам, заботе о других или интеллектуальным запросам?*
4. *Насколько вы реализовали себя на работе? Приносит ли она вам удовлетворение? Что, по-вашему, она вам дает?*
5. *Имеются ли у вас прочные близкие отношения с человеком противоположного или вашего пола? Если да, то как долго они продолжаются?*

- 6. Как бы вы их охарактеризовали? Хорошие приятели? Друзья? Любовники?*
- 7. Оформлены ли эти отношения официальным браком? Есть ли дети? (См. также главу IV, посвященную семье.)*
- 8. Со сколькими людьми вы поддерживаете такие отношения в настоящее время? Со сколькими поддерживали в прошлом?*
- 9. Удовлетворяет ли вас физическая сторона этих отношений? Удовлетворяет ли она вашего партнера? Имеются ли здесь какие-либо разногласия между вами? Как часто вы вступаете в половые отношения? Практикуете ли вы предварительные любовные ласки?*
- 10. Какие интимные отношения вы поддерживали в прошлом?*
- 11. Что вам нравится делать помимо работы? Занимаетесь ли вы этим так часто, как вам того хотелось бы? Как реагируют другие люди на ваши любимые занятия?*
- 12. Разделяют ли ваги партнер и другие члены семьи ваши занятия в свободное время?*
- 13. Продолжались ли эти занятия на протяжении нескольких лет? Или вы их часто меняли?*
- 14. Присущи ли вам строгие общественные принципы? Если да, то как вы их проявляете? Как это влияет на организацию вашей собственной жизни?*
- 15. Разделяют ли остальные члены семьи ваши социальные убеждения и одобряют ли ваши поступки?*

В среднем возрасте мы занимаемся четырьмя видами деятельности: работой, дающей нам средства к существованию; удовлетворением своих сексуальных желаний, включая брак и заботу о семье; общественной жизнью, выходящей за сферу трудовой деятельности, включая сюда хобби и увлечения, которым мы не можем уделять все свое время, поскольку они недостаточно прибыльны; общественной деятельностью, продиктованной нашими убеждениями. Исследование каждой из этих сфер деятельности при анализе случая может выявить глубинные и характерные для индивида особенности поведения.

Рассмотрим вкратце ту работу, которую мы выбираем. Этот выбор может быть следствием нашей экономической ситуации

в детстве и в подростковом возрасте, то есть в те годы, когда мы экономически зависели от родителей. Возможности образования и социальной активности, существующие в разных странах, то, как мы справляемся с экономическими проблемами, многое говорят о нашем характере — о нашей решительности, инициативности, настойчивости, прагматизме, оптимизме и т. д. Пациенты могут осознать, что слепо занимаются теми же вещами, что делали их отец и мать, наследуя их профессию, словно избежать этого невозможно (одна из целей терапии может состоять в том, чтобы заставить пациента задуматься о такой неизбежности). Или описание пациентом своей карьеры может дать нам четкие доказательства того, что он пытается разрушить этот родительский шаблон и сам для себя создает проблемы. Дочь может отказаться следовать путем своей матери и стать «уважаемой прислугой», но затем ее охватывает чувство вины, потому что она перестала быть «послушной дочерью». Мужчина может отказаться следовать по пути своего отца — работать на ферме или шахтером, служить в армии или быть врачом, заниматься семейным бизнесом, но затем теряет решительность, чувствуя, что «всех подводит».

Поскольку мы вольны сами выбирать свою карьеру, этот выбор может высветить фундаментальную черту нашего характера: стремление к власти при выборе работы в политических, административных, законодательских или правоохранительных органах; желание проявлять заботу — при выборе работы в социальной, медицинской или педагогической областях. У каждого индивида символические причины выбора конкретного направления профессиональной деятельности часто оказываются необычайно сложными. Кроме того, с течением времени они могут меняться. В наши дни не является чем-то исключительным, если кто-то меняет направление своей профессиональной деятельности — например, будучи вначале художником, становится затем врачом. К сложным «уравнениям», касающимся выбора профессии, добавляются такие переменные, как устойчивость убеждений (с общностью тем при всем внешнем многообразии), компенсация и гиперкомпенсация (медсестра, учитель, врач, у которых за заботой об исполнении своих обязанностей скрывается садистское желание подчинить себе другого человека).

Вторая область интересов людей, находящихся в среднем возрасте, связана с многоликими и бесконечно разнообразными объектами сексуального желания. Побудительные силы при этом сопоставимы с теми, что движут нами при выборе работы, хотя и отличаются от них, и в той же степени способствуют выявлению фундаментальных личностных структур при анализе случая.

Простой вопрос, кого мы выбираем себе в качестве полового партнера, сразу раскрывает весь спектр и природу нашей сексуальности: ее силу, последовательность, регулярность, постоянство, ориентацию на противоположный или на свой пол, количество партнеров, неразборчивость в связях, склонность к оргиям. Выбор сексуального партнера выявляет качество отношений: чувственные, любовные, доминантно-подчиненные, садомазохистские. Он раскрывает сущность нашей самооценки и, следовательно, нашу личную значимость. (Интимность сексуальных отношений означает, что наш сексуальный партнер становится, хотя бы ненадолго, частью нас самих и, стало быть, субъектом нашей самооценки.) Выбор партнера раскрывает глубинный план наших архетипических сексуальных фантазий, берущих начало в детском возрасте (от наших отношений с братьями, сестрами и родителями). Он выявляет границы, которые мы устанавливаем между интимностью сексуальных отношений и остальной жизнью. У некоторых людей чувственная сексуальность является постоянной основой всех переживаний. Потенциальные половые партнеры — мужчины и женщины — существуют повсюду. Архетипическими персонажами являются здесь Приап и Дон Жуан. Для других людей сексуальность — это особая (и неафишируемая) форма деятельности, происходящая в уединении спальни и касающаяся только их самих. Возможны самые разные варианты того, чем является половой акт (подтверждением любви, отдачей и т. д.). Но сам по себе половой акт, являясь квинтэссенцией различных форм отношений, есть нечто отличное от тех способов, которыми он осуществляется. Архетипической моделью является здесь христианская супружеская чета.

Выбор полового партнера раскрывает временную динамику поведения, включая периоды поиска, создания семьи и спокойной жизни в старости.

Связь между игрой и работой для многих вполне очевидна. Но у ремесленников и особенно у людей умственного труда

граница между ними часто становится расплывчатой. Трудоголик может приносить работу домой и заниматься ею ночью. Писатель же или художник вообще может не покидать дома; их работа и игра сливаются в творчестве.

При анализе случая надо уделить достаточно внимания таким вопросам, как выполнение разноплановых видов деятельности (физический труд уравнивает умственный) и включение в эти дела других людей — как членов семьи, так и не входящих в ее состав.

Многие из нас — дети, подростки и взрослые — прекрасно осознают нарастающую угрозу нашему существованию на этой планете. Распространение терроризма, непрекращающиеся войны, жестокость и рост преступности, гетто в городах, пропасть между бедными и богатыми, рост населения и уменьшение природных ресурсов, наличие ядерного оружия и возможность его распространения безответственными людьми, загрязнение и разрушение окружающей среды, глобальное потепление, озоновые дыры — все это, помимо ежедневных сообщений о случившихся и грядущих катастрофах, служит напоминанием о нашей хрупкости и уязвимости. Отчасти из-за того, что мы мало что можем сделать, чтобы уменьшить эту угрозу, большинство из нас отсекают определенные сферы жизни и сосредоточивают свое внимание на текущем моменте, а не на том, что могло бы случиться. Мы выполняем свои ежедневные дела, создаем семьи, встречаемся с друзьями, «возделываем свой собственный сад», как советовал Кандид (Voltaire, 1759), часто с иронией сознавая, что это отсечение, напоминающее политику страуса, является важным компонентом того, что принято называть «быть благоразумным».

Пациенты, страдающие депрессивными или шизофреническими расстройствами, часто просто неспособны следовать принципу Кандида. В качестве прелюдии или следствия болезни они поглощены различными аспектами катастроф, которые они либо пережили (синдром посттравматического стресса), либо в приближении которых они убеждены.

При анализе случая всегда полезно оценить степень общественного сознания человека, насколько активно он его реализует и насколько «благоразумно» держит его под контролем;

особенно это относится к среднему возрасту, когда мы заняты формированием того мироустройства, в котором придется жить нашим детям.

Третий возраст

Вопросы

1. *Что вы думаете о выходе на пенсию? Ждете ли вы его с нетерпением или боитесь? Если это уже произошло, то как вы к этому относитесь?*
2. *Чем вы занимаетесь, выйдя на пенсию? Начали ли вы новую карьеру? Или вы завершаете ту часть своей прежней работы, на которую у вас не хватало времени, когда были заняты весь рабочий день?*
- 5- *Являются ли эти виды деятельности личными или общественными? Участвуете ли вы в каких-либо коллективных занятиях по вечерам? Посещаете ли «университет третьего возраста»? Спортивный или какой-нибудь другой клуб?*
4. *Есть ли у вас друзья? Постоянные развлечения?*
5. *Что произошло в вашей семейной жизни после того, как вы и/или ваш партнер вышли на пенсию?*
6. *Какие связующие нити вам удалось сохранить с предыдущими периодами своей жизни? С прошлой работой и коллегами по работе? С детством и подростковым возрастом?*
7. *Вам нравится уединение? Или компании? Или то и другое? Удастся ли вам достичь правильного соотношения между ними?*

Средний возраст охватывает с третьего по пятое десятилетие нашей жизни. В некоторых странах, особенно в последней половине XX века, возраст от пятидесяти до восьмидесяти лет стали выделять в качестве так называемого третьего возраста в ряду с более ранним периодом бурного роста и периодом пиковой активности (см. далее: Laslett, 1990).

Эта фаза была выделена как следствие увеличения продолжительности жизни, совершенствования методов лечения, ускорения технологических изменений, за которыми все труднее поспевать, и более раннего выхода людей на пенсию или увольнения их по сокращению штатов. Возрастающее число пожилых людей изменяет структуру общества, частью которого они являются. Это открывает новые возможности и ставит новые проблемы перед обществом, которое должно не только изыскать средства для выплаты пенсий, но и обеспечить этих людей социальной и медицинской помощью.

При анализе случая третий возраст следует рассматривать как еще один кризис после тех, которыми сопровождались дошкольный и подростковый возраста. В отличие от последних двух кризисов третьего возраста связан не столько с экспансией, с тем, «чтобы встать и пойти», сколько с рефлексией, консолидацией, осмыслением всего, что было достигнуто. В этой фазе у людей появляется возможность завершить начатые дела, на которые им не хватало времени из-за семьи и работы, и начать подготавливать себя к смерти.

Часто на этой стадии люди обретают новую уверенность в себе. Не будучи теперь обремененными социальными ограничениями, например мыслями о том, что подумает начальник, если они сделают то-то и то-то (не поставлю ли я под удар свою работу?), они обнаруживают, что третий возраст может быть прекрасным временем для самораскрытия.

Когда я состарюсь, оденусь в пурпур,
Красную шляпку надену, которая мне совсем не идет,
Все деньги потрачу на коньяк и перчатки,
На сатиновые сандалии, а на масло, скажу, денег нет...

(Joseph, 1992)

Изменения жизненных устремлений, присущие переходу через возрастную порог, сопровождаются беспокойством и даже вспышками хаотического поведения. Многие люди сталкиваются с перспективой и, более того, с реальностью выхода на пенсию. Причины внутреннего дискомфорта достаточно известны: разрушение привычного распорядка дня, падение престижа, изменение статуса и социального окружения после

ухода с работы, новые проблемы в браке, поскольку теперь супруги и день, и ночь проводят вместе.

Физические и психические нарушения не являются чем-то необычным в пенсионном возрасте. Иногда кажется, будто они специально приберегались до этого времени, как ранее незначительные недомогания оставались на выходные дни. В это время могут распадаться браки. У партнеров появляется время разобраться в себе и в своих отношениях без каких-либо «оправданий» (типа «трудный день на работе») и «бегства» (рабочая «конференция» в Брайтоне в выходные дни).

В третьем возрасте может возникнуть желание уединиться, чтобы прийти к согласию с самим собой, соотнести все, что было в прошлом, из меньшего сделать большее, упростить свою жизнь и сделать ее более экономной, и чтобы другие не докучали и не нарушали этого одиночества. В нашей культуре такие ценности не всегда полностью принимаются, и пенсионеры могут оказаться насильно втянутыми в надуманные социальные контакты, вынужденно покупать и делать то, что им не хочется, и в целом следовать шаблонам прежних дней, проникнутым духом соперничества.

Уединенности трудно добиться в обществе, где возрастом, спокойствием и опытом пренебрегают в угоду молодости и самым последним веяниям. Непросто сделать это и людям, привыкшим полагаться на других, чтобы придать смысл своей жизни, — на родителей, жену или мужа, детей, на рабочий коллектив или на партнера и друга (см. Storr, 1988).

Пожилой возраст

Вопросы

- 1. Какие ограничения в вашей жизни вы ощутили (если вообще что-то ощутили) при достижении старости? Есть ли у вас физические жалобы? Страдают ли органы чувств? Память? Ориентация?*
- 2. К кому вы можете обратиться, если заболите или если вам будет нужна помощь?*

- 3. Как вы подготовились к возможному усилению зависимости?*
- 4. Есть ли у вас чувство того, что вам нужно завершить много дел?*
- 5. Раздражает ли вас внешний мир ?*
- 6. Насколько вы готовы к смерти ? Готовы ли вы уйти ? Есть ли ощущение того, что вы сумели себя полностью реализовать в жизни ? Приемлете ли вы мысль о том, что жизнь прошла зря, нет ли у вас навязчивого ощущения, что вы могли что-то сделать, но не сделали?*
- 7. Рассматриваете ли вы смерть как уход? Или как отсутствие?*
- 8. Каковы ваши воззрения на жизнь после смерти? Или на Судный День?*
- 9. Что вы думаете о бессмертии души? Или о присутствии мертвых в воспоминаниях?*

Старость может начаться в любой момент жизни. Некоторые дети выглядят и ведут себя, словно старики, а некоторые девяностолетние сохраняют детскую живость, которая исключает всякую мысль о дряхлости. Тем не менее с годами приходит старость. После восьмидесяти лет большинство из нас может почувствовать приближение старости и столкнуться с двумя основными проблемами: зависимостью и смертью.

При анализе случая оценка признаков старости должна включать в себя мнение пациента о процессе старения (осознает ли он его? принимает ли во внимание? борется ли с ним?), а также объективные факты: снижение физических и психических способностей, замедление движений, ухудшение зрения и слуха, нарушения мышления и памяти (см. также Stuart-Hamilton, 1991; Osgood, Sontz, 1989).

Чтобы справиться со старостью, пациенты должны предпринять определенные шаги по организации ухода за собой. Один из наиболее болезненных аспектов пожилого возраста может быть связан с отношениями между опекуном и опекаемым. Если опекун не желает поступиться личными интересами, чего требует от него его роль, то пожилой человек становится таким же уязвимым, как и ребенок, за которым должна следить недовольная няня (см. также Goodlee, 1992;

Pritchard, 1992). Выделяются несколько групп, у которых эта проблема может проявиться особенно остро и у которых старческая зависимость возникает раньше обычного. Речь идет о людях, страдающих болезнью Альцгеймера, другими неврологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми нарушениями, такими, как инсульты и тромбозы, и т. д.

Другой важной проблемой пожилого возраста является подготовка к смерти. Некоторые люди могут достичь ощущения, что жизнь не прошла даром, и чувствуют себя готовыми к смерти. Другие же могут остро ощущать, что их жизнь не реализована, чувствовать себя обманутыми из-за того, что смерть «пришла слишком рано». То, как человек встречает смерть, зависит от конструктивности его размышлений об этом событии. Та роль, которую смерть играет в нашей жизненной философии, зависит от нашего взгляда на происходящее за пределами нашего земного существования, от цели нашего прихода и ухода. Разные люди по-разному относятся к идее цикличности жизни или бессмертия души человека, к продолжению жизни в памяти других людей или в таких переходных объектах, как сонет, скульптура, храм (см. Grolnick, Lengyel, 1978). Эриксон (Erikson, 1968) сводит главный вопрос пожилого возраста к альтернативе «интегрированность или отчаяние».

Личность

Вопросы для определения личности пациента

- 1. Какие сопоставительные измерения вы и другие лица проводили в вашем конкретном случае? Физические измерения, например роста и веса? Измерения интеллекта и способности к обучению? Измерения личностных особенностей?*
- 2. Как бы вы описали стиль жизни своего пациента?*
- 3. Как этот индивидуальный стиль жизни отражается в поведении вашего пациента? В том, как он смеется? Или пишет? Или рисует? Или как он импровизирует*

на музыкальных инструментах? Или как играет словами? Или делает что-то еще?

4. Какие черты вашего пациента кажутся вам уникальными?

5. В чем ваш, пациент сам считает себя уникальным?

Гордон Олпорт много лет назад провел разграничение между номотетическим и уникальным (Alport, 1951). Под номотетическими он понимал измерения, когда характеристики человека располагают на определенной шкале и сравнивают их с характеристиками других членов данной популяции. Примером номотетического измерения может служить измерение интеллекта, при котором он оценивается по сравнительной шкале — ниже среднего, средний, выше среднего.

Если личность оценивается как уникальная, то мы не можем применять подобные сравнительные шкалы. Нас прежде всего интересует то, как индивид уникальным образом использует, например, свой интеллект наряду с другими своими способностями, чтобы адаптироваться к внешнему миру. Каждая конкретная форма использования этих способностей и их сочетание относятся только к данному человеку.

Различие между номотетическим и уникальным лежит в основе данного Олпортом определения личности как динамической организации психофизических систем индивида, обуславливающих его уникальное приспособление к окружающей среде. Это разграничение является главной темой данной книги, которую можно определить как «наука и конкретный случай». Оно имеет особое значение при анализе случая.

Номотетические измерения

Список номотетических параметров выглядит как резюме психологического исследования. Он включает в себя:

ФИЗИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ. Такие параметры, как рост и вес, могут оказывать существенное влияние на отношение людей к окружающему их миру. Карлик в мифологии и в реальной жизни видит окружающий мир (и видится

миром) совсем иначе, чем великан. Аналогичным образом полный мужчина или полная женщина находят в воображаемом мире свою особую нишу, равно как и худощавый мужчина или худощавая женщина.

На наше мировоззрение могут влиять всевозможные физические (и психологические) переменные. Давно отмечено, что физические качества оказывают важнейшее влияние на наше поведение. В результате появились различные системы классификации так называемых соматотипов: астеники, пикники, атлетический тип по Кречмеру; экто-, мезо- и эндоморфные типы по Шелдону (см. Kretchmer, 1949; Sheldon, 1940, 1942).

Разумеется, при анализе случая приблизительная оценка соматотипа наряду с обращающими на себя внимание особенностями телосложения и телесных функций должна занимать надлежащее место. Ведь театр нашего тела в конечном счете является главной ареной для самовыражения.

НАСТРОЕНИЕ И ТЕМПЕРАМЕНТ. Существует множество формальных шкал для измерения различных аспектов настроения и темперамента. Терапевт может ознакомиться с ними в карте пациента или провести оценку по некоторым из них самостоятельно. Чаще всего бывает достаточно записей о внешности пациента, его движениях и речи, о том, как пациент рассказывает о своих чувствах и насколько его описание отличается от наблюдений врача.

Настроения пациента часто весьма неопределенны и мимолетны. Терапевт должен обратить внимание на постоянство, персеверацию, повторение (однократное или многократное) определенного настроения | во время беседы. Он должен отметить, как изменяется настроение и что приводит к таким изменениям. Некоторые пациенты, особенно маленькие дети, нередко вполне открыто демонстрируют свое настроение и чувства; другие же более осторожны, скрывают свое настроение или прячут все чувства за ничего не выражающей маской спокойствия.

ИНТЕЛЛЕКТ. Терапевт может получить в свое распоряжение результаты измерения интеллекта пациента по таким формальным тестам, как, например, шкала Векслера (WISC). Нередко они дают ценные подсказки для понимания способностей человека в тех или иных интеллектуальных сферах и выявляют несоответствие между способностями и достижениями. Например, результаты тестирования могут свидетельствовать о том, что человек не реализует свои интеллектуальные способности, что его потенциал гораздо выше, чем он себя оценивает. Или наоборот. Таким образом, результаты тестирования иногда могут пролить дополнительный свет на реальные обстоятельства деятельности пациента. Возможно, что его напряжение чрезмерно или недостаточно.

Необходимо всегда учитывать разные формы проявления интеллекта. Интеллект, на который опирается человек, сочиняя музыку в строгом пятиголосном контрапункте, отличается от интеллекта человека, пытающегося разоблачить сложный случай мошенничества. Интеллект, измеряемый с помощью формализованных тестов, не обязательно коррелирует с творческими способностями.

Тестирование, систематически проводимое в школе, является иллюстрацией различных способов оценки способности к обучению по номотетическим шкалам. Оно позволяет выявить, чего достиг ребенок в сравнении со среднестатистической нормой, и соответственно выявить области, где он может потерпеть неудачу. В общем профиле таких достижений могут быть указания на индивидуальность, но главная задача тестирования — дать сравнительную картину.

СОЦИАЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ. Здесь существует бесконечное множество разных психологических шкал. Можно выделить несколько направлений исследования.

1. Изучение ценностей. Как тот или иной человек ранжирует различные системы ценностей, с которыми

он сталкивается каждый день: власть, социальные, эстетические, религиозные, интеллектуальные, экономические ценности? Как эти рейтинги ценностей отражаются на выборе профессии, проведении досуга (хобби, вторая профессия и т. д.)? Как они отражаются на моральных суждениях пациента?

2. Установки по отношению к другим людям.
3. Установки по отношению к себе.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ тип и стиль. Оценочные шкалы являются психологическими эквивалентами типологии строения тела. В качестве примеров можно привести предложенное Юнгом разделение людей на экстравертов и интровертов, с одной стороны, и на чувствующий, ощущающий, интуитивный и воспринимающий типы — с другой (Jung, 1946); используемое в трансактном анализе разграничение Ребенка, Взрослого и Родителя; предложенную Фрейдом топографическую дифференциацию Оно, Я и Сверх-Я или разделение на оральное, анальное и генитальное характеры.

При другом подходе к определению типов личности вводится понятие стиля, который можно выявить на основе присущих нам форм самовыражения. Шапиро дает описание «невротических» стилей — фобического, истерического, обсессивного и паранойального (Shapiro, 1965). Существует также множество исследований более специфических форм самовыражения: стиля почерка (графология), речи и пения, походки.

Определение стиливых особенностей занимает важное место в процессе любой арт-терапии. Выбор того, что мы выражаем (содержания), средства выражения (визуальные, слуховые, вербальные, двигательные), а также то, как мы выражаем это с помощью выбранных средств (например, если речь идет о визуальном средстве, то это может быть картина или скульптура, большая или маленькая, в раме или без нее, цветная или черно-белая), — все это указывает на наш

теперешний стиливой почерк, который в свою очередь отражает наш стиль в целом.

Уникальная адаптация

Уникальный человек — это больше чем совокупность бесконечного множества оценок, полученных по бесконечному множеству номотетических шкал. Кроме того, уникальность может проявляться в элементах, пока еще не сведенных ни в одну шкалу. Когда мы думаем о человеке, которого знаем (возможно, только поверхностно), мы часто выделяем некую характерную черту, отличающую его от других людей.

Как носишь шляпку, как отпиваешь чай...

Как лучезарно смеешься... как поешь невпопад...

(Gershwin, 1937)

Некоторые люди наделены талантом, благодаря которому выделяются из миллиона. Этим талантом может быть что угодно — атлетические способности, манера пения, пронзительность, интеллект. Это могут быть математические способности, иногда проявляющиеся, например, у так называемых «талантливых идиотов», или иные незаурядные качества. Жизненный путь таких людей обычно определяется этим дарованием; получают ли они признание или окажутся в изоляции, зависит от того, какого рода соглашение им удастся заключить с обществом. Если обратиться к анализу случая, то в качестве одного из способов выявления уникальности, присущей каждому человеку, в него должно быть включено рассмотрение его талантов и дарований.

ГЛАВА VI

ЭТАПЫ ПРОГРЕССА

Вопросы

1. *Можете ли вы выделить основные изменения, происшедшие в жизни вашего пациента? Наметился ли у него прогресс с того момента, когда он попал под вашу опеку?*
2. *Можете ли вы отметить спады и подъемы в начале и в дальнейшей динамике теперешней и предыдущих болезней пациента?*
3. *Можете ли вы описать связь между улучшением и ухудшением в состоянии здоровья вашего пациента? Как влияли регрессии на ваши отношения? Как вам и вашему пациенту удавалось конструктивно их использовать?*
4. *На что были направлены основные интересы вашего пациента в последнее время? Как они менялись? Носили ли эти вариации характер небольших изменений вокруг относительно устойчивого вектора интересов? Или они имели контрастный характер, включали сильнейшие потрясения и значительные изменения в ориентации?*
5. *Какие темы были основными в ваших отношениях с пациентом?*
6. *Можете ли вы выделить основные противоречия, характерные для жизни вашего пациента? Как эти противоречия разрешились?*
7. *Какие менялось ваше мнение, когда вы рассматривали личность вашего пациента, образы, проявлявшиеся в его сновидениях или в его творческой деятельности? Как вы комментировали и интерпретировали такие изменения?*

8. *Можете ли вы припомнить моменты, когда ваш пациент столкнулся с неразрешимым парадоксом? Было ли это связано с «двойными ловушками» в детстве?*
9. *Сталкивались ли вы и ваш пациент с парадоксом при переносе и контрпереносе?*
10. *Какие случаи зеркальности возникали в ваших отношениях с пациентом? В отношениях пациента с другими людьми в прошлом и настоящем?*

Трансформация

Как это свойственно всем людям, мы обладаем способностью распознавать те или иные закономерности и подвергать их сомнению. Более того, эта способность, возможно, является сугубо человеческой чертой. Она может принимать разные формы: поиск инвариантности в музыке и математике, создание сюжетов, учет изменяющихся паттернов в ландшафте, эволюция тем в истории. Анализ случая представляет собой достаточно очевидный пример такого опыта, когда мы пытаемся зафиксировать устойчивые характеристики изменений и сопротивления изменениям, трансформаций и инвариантности у индивида и его ближайшего окружения (включая терапевта в фазе контакта и после нее).

В этой книге различные аспекты изменения постоянно подразумеваются в вопросах, задаваемых пациентом или терапевтом. Посредством метафоры трансформации может быть прослежена аналогия между представлением Фрейда о психоанализе как форме археологии и современными математическими исследованиями культурных изменений (см. Renfrew, Cooke, 1979). Направление к врачу и жалобы пациента или его родственников указывают на ожидание изменений, какими бы окольными путями они ни выражались и как бы по-разному ни представляли себе эти изменения те люди, которые высказывают жалобы.

Изучение истории семьи выявляет приливы и отливы между личностными и социальными изменениями. Циркулярные паттерны изменений постоянно в работе, никогда не прекращаются. Мы вступаем в жизнь, обладая определенными конституциональ-

ными ресурсами, и вскоре сталкиваемся с социальными силами, которые начинают оказывать влияние на их развитие. Аналогичным образом, история жизни человека показывает, как возникают разные представления о том, что следует изменить, и как мы это изменяем, реализуя свои таланты и пытаясь избавиться от своих недостатков. Например, молодой человек, которого не раз арестовывали за надписи, сделанные баллончиками с краской, получает награду как художник, расписывающий стены, а человек, едва не сгоревший во время войны на Фолклендских островах, становится известным благотворителем.

Итак, трансформация весьма информативна для анализа случая во всех его аспектах. Это означает также, что и сам по себе анализ случая начинает претерпевать такое же трансцендентное развитие. К этому вопросу я еще вернусь в главе IX.

Спады и подъемы

Течение любой болезни можно представить в виде графика, напоминающего динамику экономического индекса, на котором отображаются спады, когда ситуация ухудшается, и подъемы, когда ситуация улучшается. Когда мы только заболеваем и чаще всего вплоть до того, как поставлен диагноз, мы находимся в фазе спада. Мы неважно чувствуем себя и понимаем, что что-то с нами не так. Осознав, что что-то нужно исправить, мы переходим в подающую надежды фазу подъема.

Гораздо чаще, чем нам кажется, наши разум и тело могут самостоятельно бороться с болезнью, не прибегая к посторонней помощи. Такое самостоятельное исцеление выявляется при анализе случая не сразу, но о нем всегда следует расспросить. Оно может предшествовать заболеванию, для избавления от которого в конечном счете требуется посторонняя помощь.

Скорость движения вверх и особенности этой фазы зависят от точности поставленного диагноза (определения того, в чем состоит болезнь) и правильности лечения. Выздоровление может проходить плавно, постепенно, «без осложнений» — если использовать профессиональный медицинский жаргон: инфекция прореагировала (то есть исчезла) на действие антибиотиков; истерический паралич отступил после интерпретации, в которой

правильно расставлены акценты. Нередко быстрое улучшение сменяется рецидивом. Например, на выздоровление после гриппа требуется больше времени, чем можно было бы ожидать. В психотерапии давно известно, что вслед за первоначальным быстрым улучшением после попавшей в цель интерпретации может последовать фаза неустойчивости, в которой происходит интеграция расширенного интерпретацией видения проблемы.

Скорость и продолжительность улучшений и рецидивов может варьировать у одного и того же индивида и у разных индивидов. Такие периодические изменения обычно более стремительны и менее длительны у молодых людей по сравнению с пожилыми. Но даже в случае неизлечимых заболеваний плавная нисходящая кривая нередко прерывается продолжительными периодами явного улучшения или плато.

Прогрессия и регрессия

Наряду с подъемами и спадами при анализе каждого случая полезно построить диаграмму движения вперед и назад. При физических и еще чаще при психических заболеваниях мы нередко вынуждены отступить на более раннюю стадию, чтобы затем двинуться вперед. Ключ к разрешению психологической проблемы заключается в той роли, которую играет «регрессия»: исчезновение давних установок, привычек, защит и повторное переживание более ранних психических состояний на индивидуальном (онтологическом) и видовом (филогенетическом) уровне. Такое повторное переживание может включать в себя восстановление потерянных воспоминаний, но, кроме того, и повторное проживание — в другом, более зрелом состоянии — событий, приведших к возникновению у нас определенных привычек и защит. Нам надо регрессировать, если мы хотим избавиться от стойких фантазий и ограничений, связанных с разгулом этих фантазий. Регрессия — движение вспять — служит не только нашему Я, но и всей личности. Она лежит в основе всех творческих устремлений.

Таким образом, важной задачей терапевта при оценке прогресса является описание конструктивного использования пациентами своей регрессии.

Повторение и вариация

Мать повышает уровень неопределенности в игре со своим ребенком, варьируя тему «Я тебя поймаю», говоря «Я-я-я-я тебя поймаю», «Я-я-я теб-я-я-я п-о-о-о-й-хвать», «Я-я-я т-е-б-я-я-я схвачу...» и сопровождая интонационные изменения разными выражениями лица и жестами (Stern, 1977).

Ребенок с первых месяцев может реагировать на ситуацию в принципе тем же способом, который предпочитает мать (в вышеприведенном примере — вокализацией), или, поскольку эти способы пока еще им не дифференцируются, он может реагировать также размахивая руками, брыкаясь или улыбаясь. В любом случае главным моментом в развитии системы реагирования является комбинация повторений и вариаций.

При повторении мы снова и снова делаем одно и то же. Мы формируем привычку. При вариации мы придерживаемся постоянной темы, несмотря на переключения и отклонения от нее. Постоянство темы, несмотря на эти переключения и отклонения, консолидирует возникающие переживания своего «Я». Повторения и вариации, возвращения к теме, которая расцветается, усекается и изменяется, открывают для нас незнакомое в знакомом, знакомое в незнакомом. Примерами таких сочетаний знакомого и незнакомое являются «Одиссея» Гомера и «Божественная комедия» Данте — многочисленные приключения героев, возвращающихся домой. Мы учимся и пополняем свой опыт благодаря вариациям, но мы можем делать это только тогда, когда имеем твердую почву в результате повторения знакомого. Возникновение незнакомое из знакомого уравнивается поиском нами схем, с помощью которых мы можем перерабатывать информацию. Эти две формы деятельности дополняют друг друга, хотя они могут задействовать разные системы мозга (см. Pribram, 1983).

Однажды настроившись на эту волну, мы находим тему и вариации, неожиданно проявляющиеся во всем, что мы делаем: в повторяющихся снах, в шаблонах игры и в привычных формах и стратегиях поведения (например, рецидивизм). Тема и вариации пронизывают все поле нашей творческой деятельности, проявляются в музыке, в литературе, в изменяющемся

живописном представлении одного и того же образа (иконы), в танцевальных фигурах.

Темп вариаций может быть постепенным: медленное изменение облика моря, едва заметное преобразование. Таким изменением может быть простое украшение того, что уже есть, добавление еще одного штриха здесь, одного — там без какого-либо изменения основной структуры. Жизнь некоторых людей также претерпевает лишь минимальные изменения. «Он такой же, каким был сорок лет назад, когда я вышла за него замуж» — это высказывание звучит весьма двусмысленно. Довольна ли жена стабильностью, надежностью своего замужества? Или же ей все это наскучило?

Вариация несет в себе также сопоставление, контраст. Каждый шаг в сторону от знакомого создает отличие от него. Контрасты вариаций привносят очевидную неопределенность, появление новых возможностей, образование полярностей. В своих крайних формах контрасты могут выражаться в драматичных изломах и изменениях направления, в результате чего сама основная тема может стать неузнаваемой.

Анализ случая может быть иллюстрацией того или иного типа вариации — от добавления незначительных деталей до обусловленных контрастами переворотов. По ходу жизни пациента вариации могут развертываться со все большей и большей силой. Или же они могут совсем исчезнуть, и тема проявится, так сказать, в чистом виде. Характер и последовательность вариаций отражают ключевые аспекты нашей личности. Мы раскрываем себя в вариациях.

Симметрия и инверсия

Вариации создают полярности. Как отмечал Гераклит в V веке до н. э., все имеет свою противоположность (у меня навсегда запечатлелось в памяти, как один пациент, уезжая на скачки в Брайтон, всякий раз за день до этого посылал мне телеграмму, в которой он всячески отрицал какое-либо намерение туда отправиться).

Такая поляризация противоположностей подразумевает симметрию, баланс и возможность исправления нарушенного

равновесия. Главным пунктом в системе Юнга является постоянное раскрытие противоположности, или теневой стороны любого явления, регистрируемого нашим сознанием. С самого начала нашего существования мы включены в противоположности дифференциации и интеграции. В момент рождения мы отчасти выходим из симбиотического недифференцированного состояния, а развитие образа «Я» — восприятия себя как отдельного существа (наша дифференциация) — происходит по мере того, как мы начинаем встраиваться в свое окружение (наша интеграция).

Описание потенциальных инверсий можно найти в концепции проективной идентификации и в вытекающих из нее теориях. Приведем несколько примеров. Эти инверсии могут происходить между процессами проекции и интроекции; между мной и другим человеком, на которого или от которого проецируются или интроецируются определенные аспекты личности; между тем, что ценится в себе, и тем, что вызывает зависть по отношению к другим; между беспощадным нападением на себя или на другого и компенсирующими проявлениями заботы, которые часто сопровождаются чувством вины (см. Hinshelwood, 1989).

Понимание противоположностей лежит в основе выделения нами себя как отдельных существ, открытия того, что такое собственное тело, а с течением времени и того, что есть я, а что — не я, нашей способности сливаться со своим окружением и выходить за пределы собственных границ.

Один из способов определения и соотнесения противоположностей состоит в том, чтобы перевернуть все вверх дном, инвертировать. Робкая женщина видит во сне, что она — Уинстон Черчилль, инвертируя во сне свое положение в состоянии бодрствования, замещая свою нерешительность подчеркнутой властью, а свою женственность — мужественностью. Между сновидением и ее переживаниями в состоянии бодрствования существует определенная симметрия. Инвертируя в сновидении свои переживания в состоянии бодрствования, она пытается восстановить нарушенное равновесие. «Я такого еще никогда не видела», — может сказать пациентка, рассказывая о своей инвертированной фантазии и целом ряде основных на ней поступков.

Исследуйте противоположности. Помимо метода свободных ассоциаций, существует следующее упражнение: в бодрствующем состоянии или во время сна необходимо попытаться найти инверсию того или иного образа сновидения. Это проясняет, а иногда и разрешает проблемы, с которыми мы сталкиваемся в сновидении. Такое конструктивное и целенаправленное использование инверсии можно обнаружить в различных исследованиях ясных сновидений и активного воображения (см., например, Hillman, 1983). Это упражнение можно расширить до творческой деятельности: создания образов в рисунке, танцевальных движений или музыкальной импровизации, придумывания сюжета и выбора персонажей в пьесе. Инверсия может придать анализу случая новые ценные грани (см. также Johnson, 1991).

Парадокс

С переходом на четвертую, или «вербальную», по классификации Стерна, стадию формирования образа «Я», в период между первым и вторым годом жизни особое значение приобретает переживание, сохраняющееся у нас после того, как мы распознаем первую вариацию темы. Речь идет о переживании парадокса — предъявленных одновременно двух сторон неразрешимого противоречия.

Способность к формированию символов, среди которых особое место занимают слова, с одной стороны, дает нам в руки рычаги, обладающие огромной творческой силой. С другой стороны, эта способность не только ставит нас в оппозицию к зыбкой парадоксальной основе, на которой выстраивается весь человеческий опыт, но также может отозваться серьезными ограничениями наших трансмодальных коммуникаций и шестого чувства — интуиции.

Эта проблема не скрылась от глаз целого ряда исследователей в области глубинной психологии. Винникотт подчеркивал парадокс, лежащий в основе переходного объекта, который нельзя считать ни внешним объектом, ни в чистом виде желанной галлюцинацией; он представляет собой одновременно и то, и другое. Это — и объект, и не объект. Он и здесь, и не здесь; и внутри, и не внутри. Винникотт неоднократно

подчеркивал, что этот парадокс необходимо просто принять и не пытаться его разгадать. Любая попытка решить его, утверждал он, означала бы возврат к картезианскому дуализму (Winnicott, 1974; Clancier, Kalmanovitch, 1987).

Данное Матте-Бланко описание бессознательного как некоего множества, где часть может представлять целое и где противоречие противоречит самому себе (Matte-Blanco, 1975), несомненно, основано на парадоксе. Более того, это описание становится у него даже би-логическим. Выделенная Матте-Бланко так называемая «функция перевода» основана на парадоксе, поскольку речь здесь идет о попытке перевести бесконечное и симметричное переживание, такое, например, как сновидение или эмоция, в конечное или асимметричное переживание посредством описания его с помощью слов и других символов.

Терапевты, работающие с семьями и детьми, часто сталкиваются с тем, что распознавание и разъяснение парадокса в их поведении может иногда оказаться достаточным для того, чтобы дать выход из существовавшего долгое время тупика. Анализы случаев, проведенные самим Винникоттом (Winnicott, 1971), содержат много примеров такого рода: Робин, который движется вперед, пятясь задом; Эштон, взволнованный мыслью, что его абстрактные рисунки выражают одновременно принятие и отказ. Переживание парадокса может быть связано с двойной ловушкой, с которой пациент столкнулся в детстве, или при возвращении этой ситуации в процессе брака (Bateson, 1973). Теоретическая концепция миланской школы семейной терапии основана на определении парадокса в семейной системе (Palazzoli et al., 1978). Проведенный Райкрофтом анализ мисс У. — случая паранойяльной личности — включает в себя постоянные упоминания о парадоксе: в определенном этапе ее лечения содержатся «два логически несовместимых элемента, которые все же сосуществуют без явного противоречия»: рисунки, которые свидетельствуют о страхе быть слишком жестокой (например, очень слабые линии на бумаге, которую легко продырявить); попытка противопоставить «тревогам из-за того, что она — женщина, а не мужчина, утверждение, что ее вагина на самом деле является пенисом» (Rycroft, 1985). Проявление парадокса при переносе описывалось как кипящий котел (Savitz, 1990).

Молодая пациентка, молчавшая в течение нескольких лет, однажды призналась терапевту: «Я смогу с вами говорить, если только вы не будете меня лечить, то есть если вы не будете тем, кто вы есть».

Ситуации, когда мы сталкиваемся с неразрешимым парадоксом, являются волнующими и взрывоопасными. Нередко они указывают на ключевые моменты, внезапно вскрывая то, что происходило раньше, и обнажая новые связи. Их возникновение представляет большую ценность для терапевта.

Зеркальное отражение

До сих пор все процессы, описанные в данной главе, относились к человеку как отдельному индивиду. Мы можем «играть» темами и вариациями, инверсиями и парадоксами. Диаграммы подъемов и спадов, прогрессий и регрессий, трансформации или поворотных пунктов отражают развитие индивида.

Выше, однако, был приведен пример, когда мать общалась с своим маленьким ребенком посредством одного из этих процессов — вариации; при зеркальном отражении, или резонировании (если предпочтение отдается слуховому образу) должны быть задействованы две стороны. Зеркальное отражение тесно связано с эмпатией, слиянием и проективной идентификацией. Психотерапия, как говорил Винникотт, заключается не в умении давать умные интерпретации, а в воспроизведении (зеркальном отражении) пациенту того, с чем он приходит на сеанс (Winnicott, 1974).

Зеркальность входит во все наши отношения: непосредственно, когда ребенок подражает родителю или стремится делать то, что, как ему кажется, от него хочет родитель; или косвенно, когда ребенок настаивает на своем и стремится делать обратное.

Подражание представляет собой форму зеркального отражения, и оно играет важную роль в процессе научения. Однако подражание может обесценивать зеркальность, если оно превращается в простое копирование или сопровождается сарказмом, который другие люди быстро распознают и считают оскорбительным. Механическое подражание, когда человек ведет

себя подобно автомату, является примером такого зеркального отражения без всякой симпатии, без благожелательного взаимодействия, присущего проективной идентификации.

Зеркальность является типичной характеристикой группового поведения. Она проявляется как во времени, так и в пространстве и может способствовать как прогрессии, так и регрессии. Нетерпеливое ожидание события иногда может проявляться в его зеркальном отражении еще до того, как оно произошло. Это может быть одним из объяснений явления *déjà vu*. Использование зеркальности при изучении истории может привести к взыванию духов в своем воображении.

В занятии рисованием мы выражаем свое отношение к объекту, отражая его или связанные с ним чувства на бумаге. В двигательной терапии зеркальное отражение движений играет ключевую роль в возникновении общего двигательного опыта. Четырехлетний мальчик, дошедший в своей замкнутости до аутизма, отстукивал ногой ритм, который в целом соответствовал биению его сердца, но вместе с тем был несколько странным. Когда учительница отразила этот ритм, то обнаружила, что он состоит из чередующихся пяти- и семиударных тактов. Как только ребенок понял, что этот предложенный им ритм подхвачен, он улыбнулся и стал его менять. Начался диалог (см. Higgins, 1991).

В конечном счете анализ случая можно рассматривать как упражнение в зеркальном отражении. Анализ случая отражает жизненные события, словно просеивая их через память и наблюдение; он придает событиям структуру, которая могла быть недостаточно ясна в тот момент, когда они имели место. В этой структуре качество жизненных событий можно отразить теми словами, которыми пользуется писатель при описании такого рода событий (см. также Abrams; 1953, Hillman, 1990). К этой последней форме зеркального отражения мы еще вернемся в главе IX.

ГЛАВА VII

ФОРМУЛИРОВКИ

Вопросы, связанные с классификацией и планированием лечения

1. *Каков диагноз в разбираемом вами случае ?*
2. *Какие другие возможные диагнозы вы рассматривали ?*
3. *По каким причинам вы отвергаете другие возможные диагнозы? (Дифференциальный диагноз.)*
4. *На какой классификации прежде всего основывается поставленный вами диагноз — медицинской или психологической ?*
5. *Какую роль в поставленном вами диагнозе играет соотношение сомы и психики ? Как психические события влияют на сомю и наоборот?*
6. *Отмечено ли в анализируемом вами случае параллельное течение медицинских и психологических заболеваний ?*
7. *Как влияют на болезнь вашего пациента социальные события? В какой мере можно связать его проблемы с этими социальными событиями? Как ваш пациент реагировал на стресс в прошлом? Какой внутренний мир создал пациент, чтобы справиться со стрессом? Имеются ли у пациента способности к игре?*
8. *Возможна ли постановка более чем одного диагноза? Например, что пациент страдает несколькими заболеваниями? Возможна ли постановка диагноза, определяющего заболевание более чем на одном уровне (например, депрессия, возникшая в результате посттравматического стресса) ?*
9. *Можете ли вы сформулировать, основываясь на поставленном диагнозе, план лечения и предположить возможное течение болезни пациента, включая его возможную реакцию на предлагаемый план лечения (прогноз) ?*

Диагноз, дифференциальный диагноз и прогноз

Когда мы диагностируем (ставим *диагноз*), мы вводим болезнь в определенный контекст. Если мы диагностируем у кого-то пневмонию, то рассматриваем его болезнь в контексте инфекционных заболеваний, отличающихся от других болезней, таких, как болезни сердца, рак или невроз. В случае пневмонии мы ожидаем, что нам удастся выявить организмы, вызывающие болезнь, и избавиться от них с помощью подходящего антибиотика. Постановка диагноза сопровождается составлением соответствующим планом лечения.

Когда мы ставим диагноз, мы выделяем данное заболевание из ряда других возможных заболеваний. Перечисляя эти возможности, мы включаемся в процесс *дифференциальной диагностики*. Наряду с поставленным нами диагнозом нередко возникает предположение о том, как будет протекать болезнь нашего пациента, какой будет его реакция на лечение. Формулируя это мнение, мы делаем *прогноз*.

Постановка диагноза включает в себя систему определений и классификацию. Иначе как мы могли бы отделить одно заболевание от другого? Таким образом, одно из преимуществ диагностики заключается в том, что мы можем соотнести нашу новую проблему с аналогичными проблемами, с которыми мы или наши коллеги сталкивались в прошлом. Выставляя диагноз, мы обращаемся к накопленному и передаваемому из поколения в поколение опыту и знаниям; мы вводим нашу проблему в подтвержденную многовековым опытом структуру понятий, в основе которой лежит изучение случаев.

Опасность выставления диагноза с присущим этому процессу навешиванием ярлыков и обращением к тем или иным классификациям заключается в сведении уникального к простому примеру общего случая. Опасность заключается и в редуцировании как таковом, и в возможности того, что данный пример может оказаться неточным. Художник Кокошка возмущался, когда его называли экспрессионистом — отчасти из-за того, что ему просто не нравилось, что на него навешивают ярлык, отчасти из-за того, что, по его мнению, он не являлся экспрессионистом по сути его творчества. Если уж давать ему

определение, то термин «барокко», считал он, гораздо вернее отображает его сущность (Kokoschka, Marnau, 1992). Подобные возражения часто могут возникать и в связи с нашими диагностическими категориями (см. также Fulford, 1990; Fischer, Levene, 1989).

Существуют три основные проблемы, относящиеся к диагностическим категориям. Первая состоит в том, что при определении и классификации тех или иных явлений или объектов нам часто приходится действовать, основываясь на предположении, что они являются дискретными и специфическими, хотя мы знаем, что на самом деле это не так. Цена, которую мы платим за получение целостной картины, например, болезни или гена, заключается в том, что мы игнорируем всю ту сложную и взаимосвязанную структуру, где действует или является объектом воздействия это заболевание или ген. В результате наши целостные картины характеризуются большим количеством артефактов.

Вторая проблема связана с тем, что диагностическая категория имеет скорее смысл болезни, а не здоровья. Особенно это относится к психологическим категориям; такие термины, как фобия или депрессия, могут описывать здоровые, «нормальные» защиты (у кого нет фобии или депрессии в наше цивилизованное время?), но обычно интерпретируются как означающие патологию поведения. Такой акцент на болезненном или девиантном приобретает особое значение, если учесть, насколько легко диагностический ярлык может повлиять как на будущие, так и на прошлые события (Higgins, 1990). «В действительности диагноз — это гнозис: система знаний о самом себе, создающая мир по его образу» (Hillman, 1983).

Третья проблема состоит в том, что при применении слишком жесткой системы классификации к нашим данным мы можем не заметить новых важных элементов. Из-за того, что по своему характеру болезнь пациента внешне напоминает заболевание, с которым мы уже знакомы, очень легко прийти к поспешному заключению, что они идентичны и по своей внутренней структуре. Мужчина, которому больше шестидесяти лет, жалуется на нарастающую апатию и утрату интересов. У него нет аппетита, он жалуется на колики, его движения замедленны, он сутулится и никогда не улыбается. Все это —

очевидные симптомы депрессии. Но поставить знак равенства между этими симптомами и болезнью, диагностировать депрессию, прописать пациенту антидепрессанты и на этом покончить было бы, несомненно, неверным шагом.

Каждый из этих симптомов может указывать на особый диагноз: сутулость и безучастное выражение лица — на болезнь Паркинсона, уводящую нас в область неврологии; потеря аппетита и колики в животе — на нарушение системы пищеварения; нарастающая апатия и утрата интересов — на такое системное заболевание, как рак, или на некую социальную катастрофу, например потерю работы или смерть жены. Любое из этих возможных событий может вызвать депрессию у данного человека; поставить диагноз депрессии и проигнорировать эти возможности — значит дать одностороннюю оценку ситуации.

Диагностическая категория, особенно если она используется в психологической системе координат, часто служит лишь неким ориентиром на стадии поиска. Скорее, мы имеем дело не с одним, а с рядом диагнозов. В только что приведенном примере мы, пожалуй, поступили бы правильно, если бы сначала диагностировали депрессию, а затем, используя этот диагноз для сужения направления наших дальнейших исследований, мы могли бы прийти к корректировке своей односторонней оценки, раскрыв причины депрессии у пациента. Например, в основе его депрессии может лежать серьезная болезнь, или он может быть опечален смертью жены или потерей работы.

В психологической системе координат многогранная природа диагноза может проявиться особенно явно. Термины, используемые для обозначения детских нарушений, не подходят для старших возрастных групп; сам процесс роста привносит различные отклонения и коннотации. Многие обозначения синдромов у детей и взрослых оказываются взаимосвязаны: навязчивые состояния могут сопровождаться тревогой, и все вместе они могут наслаиваться на лежащий в их основе психоз. Нет ничего необычного в том, что в процессе долговременной и успешной психотерапии пациент и терапевт перебирают широкий диапазон психиатрических диагностических категорий.

Таким образом, представление о диагнозе как некой указателе, предполагающем разные уровни и контексты исследования, приобретает особое значение.

Медицинские диагностические классификации

Медицинские классификации относятся к системам человеческого организма и системам болезнетворных агентов, способных нарушать физическое равновесие (или гомеостаз). Основными системами организма являются:

- нервная (головной мозг, спинной мозг, периферическая нервная система, симпатическая и парасимпатическая системы);
- сердечно- органы чувств (глаз, ухо, нос);
- сосудистая (сердце, кровеносные сосуды);
- кровь (костный мозг, селезенка, клетки и плазма);
- лимфатическая (железы и сосуды);
- дыхательная (верхние дыхательные пути, легкие);
- пищеварительная (пищеварительный тракт и соответствующие органы — печень, поджелудочная железа и др.);
- почечная (почки и мочевой канал);
- генитальная (мужской и женский мочеполовые тракты и органы);
- опорно-двигательная (кости, мышцы, соединительная ткань);
- эндокринная (железы и гормоны).

Системы болезнетворных агентов включают в себя инфекции, яды, источники опасности, относящиеся ко внешней среде, например, загрязнение воздуха и радиация.

Медицинские диагностические классификации приводятся в медицинских учебниках (см., например, медицинский словарь Дорланда — Dorland, 1988) и не являются предметом рассмотрения в данной книге. Однако из классификации болезней, основанной на системах организма, вытекает одно важное следствие. Увековеченная в западной медицине и основанная на психологических принципах, эта классификация

имеет один неустранимый недостаток - разделение организма на отсеки нарушает целостную картину. Существующая в медицинской практике специализация с ее подразделениями и независимыми научными журналами не способствует восстановлению этой целостности.

Принятая на западе медицинская классификационная система, которая сама претерпевала изменения на течение многих лет (см., например, Richmond, 1989), - это лишь одна из многочисленных классификаций организма и болезней, которым он подвержен. В других культурах и в другие эпохи возникали иные способы классификации, которые не страдали столь выраженной фрагментацией (см., например, Tauber, 1991; Quin, 1992).

Для терапевта, занимающегося анализом случая, другие способы классификации могут оказаться полезными хотя бы потому, что они иллюстрируют принцип, который западные врачи *ино*-гда забывают: у каждого пациента имеется собственное представление о своем теле, а также о том, как оно функционирует. Эти представления могут существенно отличаться от тех, которых придерживаются медики, и это различие может оказывать значительное влияние на эффективность медицинского лечения. (Создание отделений медицинской антропологии в Западной Европе и Америке является свидетельством более глубокого понимания такого влияния. См. также концепцию «соответствия», упомянутую в главе III.) Арт-терапевты, изучая рисунки, движения, ритмику, знакомятся с телесным миром своих пациентов. Наблюдения за движениями, например, в ходе танцевальной терапии, могут способствовать созданию новой классификации двигательных нарушений при неврологических заболеваниях или при шизофрении. Разумеется, при изучении случая новые способы классификации функций и дисфункций организма должны быть тщательно проанализированы.

Классификации психологических нарушений

Психологические проблемы не укладываются в такие четкие схемы. Их классификация тяготеет к более глобальному описанию и потому может выглядеть слишком общей и неопределен-

ной. Категории, которые выделяют специалисты из разных стран, не всегда совпадают между собой. Общий перечень основных разделов включает следующие заголовки*:

- нарушения развития (общие и специфические) и умственная отсталость;
- детские нарушения (например, разрушительное или безответственное поведение, фобии, депрессии, навязчивости);
- психические нарушения, имеющие органическую природу (например, деменция, медикаментозные осложнения);
- психотические нарушения (например, шизофрения и паранойя);
- нарушения настроения (например, униполярная и биполярная депрессия);
- невротические нарушения (например, страх, истерия, невроз навязчивых состояний);
- личностные нарушения (или психопатии).

Помимо этих синдромов психических нарушений, все больше учитываются другие диагностические контексты, которым не всегда уделяется внимание в медицинских классификациях (по поводу усиливающегося акцента на холистической медицине и все большего признания «вспомогательной» психологической терапии при физических заболеваниях смотри, например, Bass, 1990; Lovestone, Fahy, 1991; Greer et al., 1992).

Первым из этих контекстов является взаимосвязь психики и сомы. Например, две категории в DSMIII-R составляют расстройства, связанные с принятием пищи, и нарушения сна. Расстройства, связанные с принятием пищи, включают в себя

* (См. также принятую Всемирной организацией здравоохранения «Международную статистическую классификацию болезней и причин смерти» (1987), так называемую ICD9, и Американский диагностический статистический справочник по психическим нарушениям, так называемый DSMIII-R. Смотри также Spitzer et al., 1989.)

такие состояния, как нервная анорексия и булимия; примерами нарушений сна являются бессонница, гиперсомния и так называемые парасомнии — ночные кошмары и сомнамбулизм. В этот же контекст взаимосвязи психики и сомы включены различные заболевания, которые называют психосоматическими (например, экзема, астма, эпилепсия, ревматоидный артрит), но в последнее время в результате более глубокого изучения этих болезней их все чаще рассматривают как общесистемные, а не как дефекты конкретной подсистемы. Существует постоянная круговая реакция психики на сому и наоборот. Причина этого проста — психика и сома являются двумя сторонами одной медали. С давних пор считалось, что такие части тела, как кожа (см. Vick, 1968; Higgins, 1963), рот, анус или мускулатура во многом определяют структуру характера. Кроме того, контекст взаимосвязи психики и сомы включает в себя различные нарушения образа тела, которыми сопровождается та или иная болезнь.

Другой диагностический контекст психологических нарушений связан с социальными воздействиями. Были определены несколько категорий нарушений, в которых социальные события выступают в качестве главной причины возникновения проблем: антисоциальные реакции в детстве или в подростковом возрасте; проблемы с обучением; проблемы в браке; проблемы на работе; тяжелые утраты. Синдром посттравматического стресса, по всей видимости, возникает в результате внешней катастрофы, в которой оказался задействован пациент. Но даже здесь, как и в других перечисленных случаях, разграничение внешних и внутренних событий является далеко не столь четким, как это требует формальная классификация. Длительная реакция на катастрофу определяется сформированными в более раннем возрасте способами преодоления стресса и, следовательно, созданными нами различными внутренними мирами и нашими различными способностями к игре. То же самое относится и к нашей способности справляться с проблемами на работе или с проблемами в интимной жизни.

Чем сильнее пациент зависит от внешней поддержки, тем выше вероятность того, что происходящие вокруг него события будут играть заметную роль при постановке диагноза и планировании лечения. Прежде всего это относится к детям, ограм-

ное влияние на жизнь которых оказывают некоторые из окружающих их людей (см. также классификации психологических нарушений: Szasz, 1961; Brown, 1991; Higgins, 1990).

Планирование лечения

Вопросы

1. *Какова ваша роль в группе специалистов, занимающихся лечением? Кто отвечает за планирование лечения, в котором вы принимаете участие? Перед кем вы отчитываетесь? От кого вы можете получить поддержку и помощь?*
2. *Проводите ли вы лечение в сотрудничестве с другими специалистами? Если да, какие были достигнуты договоренности относительно координации усилий?*
3. *Как вы расцениваете проводимое вами лечение — как исцеление или как излечение, как коррекционные мероприятия или как терапию?*
4. *Рассматривают ли его другие специалисты под тем же углом, как вы? Или имеются расхождения между тем, во что вы верите, что вы намерены предпринять, и тем, как другие понимают ваши действия?*
5. *Как часто вы собираетесь встречаться со своим пациентом?*
6. *Как вы намереваетесь работать с пациентом — индивидуально или в группе? Если в группе, то какая это будет группа?*
7. *Когда и как конкретно вы планируете ознакомить пациента и других людей (его родственников, друзей) с вашим планом лечения?*

Прежде чем приступить к планированию лечения, необходимо выяснить, какую роль вы играете в коллективе лечащих врачей, кому вы должны сообщать о ходе лечения и от кого вы ожидаете получить поддержку. Такая группа людей может быть связана с теми, кто направил к вам пациента и о ком шла речь в главе II.

Нередко проводимое вами лечение составляет лишь часть общего курса. Насколько это возможно, вы должны ознакомиться с общим планом лечения и регулярно получать информацию о том, что предпринимается другими специалистами. Арт-терапия часто проводится в сочетании с психотерапией или с медицинскими мероприятиями, включая применение психотропных и других лекарственных средств, а также в сочетании с трудо- или физиотерапией. Координация различных аспектов лечебного плана должна включать в себя возможность регулярных совместных обсуждений, проводимых разными специалистами. Часто бывает так, что впечатления, полученные при осуществлении одной части плана, могут дать важную информацию для тех, кто занят реализацией другой его части (см. также Ritson, 1989; Murphy, 1992).

Для определения цели лечения в том или ином конкретном случае используются разные термины. Например, проводится различие между «исцелением» и «излечением». Исцеление предполагает возвращение к состоянию, в котором пациент находился до возникновения болезни. Понятие «исцеление» несет в себе смысл возвращения, восстановления того, что было потеряно; если возвращения или восстановления не происходит либо достигается только частичное восстановление, то возникает разочарование, и иногда дело доходит до судебного разбирательства. В свою очередь излечение связано с преобразованием. Мы не столько стремимся вернуться в ту нишу, в которой находились до болезни, сколько заинтересованы возможностями экспансии, достижения положения, значительно отличающегося от того, которое мы оставили, вступив на путь излечения.

Термин «коррективный», часто применяемый к арт-терапии и к обучающим упражнениям, таким, например, как коррективное чтение, подводит нас к понятию исцеления. В коррективных упражнениях пациентам предоставляется возможность подняться до таких стандартов, которых ранее им не удавалось достичь. Термин «коррективный» содержит воспитательный, педагогический оттенок. Родители и учителя чувствуют себя более спокойно, если их дети или ученики получают коррекционную помощь, а не медицинское лечение.

Одно из важных решений при проведении психологической терапии состоит в том, как вы будете встречаться с па-

циентом — индивидуально или в группе. Если в группе, то в какой? С родственниками или без них? В малой или большой? Открытой или закрытой? Причины такого решения могут быть как экономическими, так и терапевтическими. Результат такого решения повлияет на многие аспекты анализа случая, включая и то, в каком виде будет проводиться исследование.

И, наконец, еще несколько заключительных слов о планировании лечения. На какой-то стадии (за редким исключением) вам придется объяснить своим пациентам — какими бы молодыми или пожилыми они ни были, — что вы собираетесь делать. В некоторых случаях такое обсуждение может привести к составлению «контракта». Чаще всего оно представляет собой неформальное соглашение с пациентом (иногда с его друзьями и родственниками). Эффективное руководство ходом лечения может существенно повлиять на успешность проводимого вами анализа случая.

Исходная и конечная формулировка

При анализе случая имеются по меньшей мере две ситуации, когда следует остановиться и подвести итоги достигнутому. Первая такая ситуация возникает после первичных бесед, когда принято решение о плане лечения. Вторая, заключительная, формулировка должна быть сделана после того, как вы закончили лечение.

В обеих ситуациях вы должны будете еще раз рассмотреть жалобы и диагноз, поставленный вами на основе этих жалоб и своих наблюдений за пациентом. Возможно, вы захотите определить значение многочисленных факторов, приведших к постановке данного диагноза и выработке последующего плана лечения. Возможно, вы захотите еще раз проверить, насколько ваша часть лечебного плана соответствует общей стратегии лечения пациента.

Заключительная формулировка предоставляет возможность увидеть, в какой степени исходная формулировка была реализована на практике. Возникли ли расхождения между изначальными и последующими мнениями? Привели ли эти расхождения к корректровке первоначального диагноза или даже к его

изменению? Как это повлияло на план лечения? Был ли этот план реализован? Или возникли те или иные препятствия, которые можно или нельзя было предусмотреть?

Успех лечения, особенно лечения психологических нарушений, оценить чрезвычайно трудно. Отчасти это объясняется тем, что психологические перемены обычно происходят на протяжении нескольких лет. Прогрессивные изменения могут совершаться еще в течение долгого времени после формального прекращения терапии, поскольку (помимо других причин) одна из целей психологического лечения заключается в том, чтобы пациенты научились проводить свою личную терапию (так называемый компонент «сделай сам»), а для этого требуется время.

Между внешними и скрытыми установками имеются многочисленные расхождения, о которых уже говорилось в главе III. Например, миссис А. будет делать акцент на том, что ей стало лучше, чтобы порадовать терапевта, или чтобы выписаться из больницы, или потому, что по своей природе она оптимистка, или просто потому, что у нее хорошее настроение. Миссис Б. будет подчеркивать то, насколько у нее все плохо, потому что боится возмездия за свой успех («Все просто станут мне завидовать»), или из-за того, что не может допустить, чтобы кто-то — включая ее саму и терапевта — чувствовал себя хорошо, или из-за того, что ее муж снова переложит всю ответственность на нее, как только подумает, что она выздоровела.

Несмотря на эти затруднения, подкрепляя трансформации, наблюдаемые в ходе лечения, какими бы минимальными они ни были, сосредоточиваясь на влиянии, оказываемом на вас пациентом во время вашей совместной работы, вы скорее всего обнаружите, что можете проверить некоторые выводы о том, как изменилась ситуация после вашего вмешательства. В какой степени это изменение связано с вмешательством самим по себе, можно ли научно проверить, является ли оно результатом вашего плана лечения, — таковы вопросы, которые будут рассмотрены мною в следующей главе.

ГЛАВА VIII

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ

Вопросы, связанные с постановкой и проверкой гипотез при анализе случая

(№6. Если последующие вопросы не будут сразу понятны из-за незнакомых терминов, не тревожьтесь. Как и в предыдущих случаях, определения терминов даются в тексте.)

- 1. Пытаетесь ли вы на этой стадии анализа случая понять значимость событий? Выслушать своего пациента и осмыслить сказанное им в категориях его собственного мира? Объяснить или заново проиграть переживания пациента? Отреагировать на эти переживания отстранено, как на картину или на музыкальное произведение?*
- 2. Адекватной ли в конце концов была эта реакция?*
- 3. Или вы хотите дополнить толкование событий некоторыми доказательствами связи между ними? Попытаться научно сопоставить, что с чем связано и что к чему ведет? Если да, то когда вы собираетесь это сделать?*
- 4. Какова вайю гипотеза? И в чем состоит нулевая гипотеза?*
- 5. Какие переменные включены в гипотезу? Какие из них являются независимыми, а какие — зависимыми переменными?*
- 6. К какой популяции относится гипотеза? Как вы предлагаете отобразить ее репрезентативную выборку?*
- 7. Подчиняются ли значения измеряемой вами зависимой переменной нормальному распределению и можно ли на их основе вычислить меру центральной тенденции (например, среднюю величину) и разброса (например, стандартное отклонение)?*

8. *Можете ли вы провести для двух таких распределений внутригрупповое и межгрупповое сравнение? Является ли различие между двумя распределениями достаточно большим, чтобы утверждать его неслучайность? Опровергает ли данный вывод нулевую гипотезу, подтверждая таким образом вашу гипотезу?*
9. *Можете ли вы графически изобразить корреляцию между двумя или несколькими переменными? Вычислить коэффициент корреляции?*
10. *Можете ли вы нарисовать линии регрессии для двух или нескольких переменных и, таким образом, построить прогноз?*

Значение и причина

При анализе случая мы прежде всего пытаемся прояснить ситуацию, понять разного рода информацию, хлынувшую из разных слоев сознания, найти смысл путаных сообщений, которые обрушиваются на нас, когда мы пытаемся понять другого человека (см. эссе Райкрофта «Причины и значение» — Rycroft., 1985).

В поисках значения мы можем пойти в нескольких направлениях, как это показали разные исследователи, анализировавшие, что такое значение (см. Ogden, Richards, 1946). Мы можем попытаться объяснить различные формы поведения, как если бы делали перевод с иностранного языка. Или мы можем создавать новые значения, комбинируя в воображении прежние значения. Или мы можем анализировать ассоциации, пытаясь понять, что с чем связано или (если ассоциации имеют определенную последовательность) что к чему привело.

Если мы выбираем второй путь, то можем обнаружить, что занимаемся формальным исследованием, где мы оцениваем вероятность того, что одно событие каким-то образом связано с другим. В предыдущих разделах книги основной акцент при анализе случая делался на отсеивании значения, которое может включать в себя раскрытие вероятных связей или возможных причин и следствий. Исследование, зани-

мающееся формальной проверкой таких связей и причин, мотивировано задачей выявления значения и в свою очередь может способствовать уточнению данной задачи. Но следует помнить, что иногда (в частности, в сфере искусства) задача прояснения значения не может быть сведена к исследованию по правилам логической аргументации и к проверке вероятности сделанных утверждений. Поиск значения события включает в себя нечто большее, чем просто исследование его статуса и важности (см. Russel, 1932; Bishop, 1991).

С этой оговоркой анализ случая и исследование должны по возможности идти вместе, дополняя друг друга. Грегори утверждает, что существует два вида мышления: быстрое интуитивное мышление, выражающееся в «объяснении с размахиванием рук», и медленное последовательное мышление, которое он называет «вращением ручки» (Gregory, 1992). Исходя из более общих представлений, Бейтсон и другие предположили, что за всяким движением творческой мысли и накоплением опыта стоит чередование «свободного» и «жесткого» мышления (Bateson, 1973). В исследовании нам необходимы и «размахивание руками», то есть «свободная» форма мышления («воображаемое использование отдельного разума» по Ме-давара), и «вращение ручки», «жесткая» форма мышления (экспериментальная проверка по Медавару, то есть «процесс беспощадной критики, в который вносят свой вклад самые разные люди», — см. Cooper, 1991).

При анализе случая нужна интуиция, чтобы выдвигать гипотезы, к которым затем может возникнуть скептическое отношение. Основной исследовательский принцип требует, чтобы мы подвергали сомнению каждое свое утверждение. Что мы конкретно понимаем под этим термином или этим высказыванием? Являются ли наши определения, утверждения, модели настолько ясными, что наш коллега-исследователь точно знает, что мы имеем в виду? Сформулированы ли наши гипотезы так, что мы сами или другие исследователи сможем проверить, ошибочны они или нет?

Эта мантия логического скептицизма, которую мы вынуждены накинуть, приступая к исследованию, может вызывать радость или тревогу, а иногда и то, и другое. Нелегко каждый день ставить под сомнение свои предположения, а порой и обращать

их в противоположность. Кому понравится прерывать полет своих самых экстравагантных фантазий, переключаясь на их прозаическую и настойчивую рациональную проверку? Очень трудно сочетать полеты фантазии и скептическое исследование. Это является одной из причин, почему термин «исследование» иногда повергает студентов в панику, даже если они имеют некоторые базисные научные знания.

В некотором отношении исследование не отличается от любых других рефлексивных упражнений, хорошо знакомых многим людям, изучающим арт-терапию, таких, например, как техники расспроса, системы классификации, традиции, ритуалы или просто выяснение того, почему мы делаем то, а не другое. Если проанализировать чувство сопротивления, которое возникает, когда мы принимаемся за такие упражнения, то это может помочь в объяснении того, почему нам не хочется заниматься исследованием.

Остальные причины боязни исследовательской работы менее оправданны. Эта боязнь возникает из-за того, что начинающий терапевт недостаточно владеет относящимися к исследованию основными понятиями. Именно их мы сейчас и обсудим.

Основные понятия в исследовательской работе

Переменные и гипотезы

Ключевым моментом исследования является гипотеза — утверждение, доказательство которого и выступает в качестве объекта исследования. В гипотезе исследователь постулирует связь между двумя или несколькими переменными. Таким образом, чтобы понять, что такое гипотеза, нам нужно сначала дать определение переменной.

Само это слово подразумевает, что переменная — это показатель, варьирующий при его оценке у разных людей и объектов или у одного и того же человека или объекта. Рост человека является переменной. У разных людей разный рост, и один и тот же человек имеет разный рост на разных этапах развития.

Переменные бывают зависимыми и независимыми, и это является их важным отличительным признаком. Если мы считаем, что одна переменная может оказывать влияние на другую, то тогда мы проводим эксперимент, чтобы посмотреть, действительно ли такое влияние имеет место. Переменную, которая может оказывать влияние, мы называем независимой переменной, а переменную, которая испытывает это влияние, — зависимой переменной.

Если мы считаем, что курс арт-терапии оказывает влияние на развитие человека, то нашей независимой переменной будет курс арт-терапии, а зависимой переменной — показатели ее эффективности, например повышение самооценки, снижение кровяного давления, повышение мышечного тонуса, изменения социальных реакций и т. д. Эти показатели зависимой переменной калибруются по разным шкалам, таким, как шкалы самооценки и социальных реакций, диаграммы кровяного давления и мышечного тонуса.

Переменная третьего типа называется скрытой, или запутывающей переменной. Это переменная, случайно не замеченная в начале эксперимента. Поэтому в ходе эксперимента оказывается, что скрытая переменная влияет на его результаты. Это влияние является самостоятельным, но накладывается на влияние, оказываемое независимой переменной. Таким образом, скрытая переменная вносит путаницу в полученные нами результаты. Это делает наш эксперимент недействительным. Иначе говоря, результаты, к которым мы приходим, не в полной мере отвечают поставленной нами цели — проверить выдвинутую гипотезу.

В исследовании мы пытаемся формально представить клиническую практику в виде процесса, в котором пациент излагает проблему (область цели), проводится терапия (интервенция как независимая переменная) и оцениваются результаты лечения (путем измерения зависимой переменной). Это можно изобразить следующим образом:

До	Интервенция	После
----	-------------	-------

Нашей целью является обнаружение и исключение запутывающих переменных в такой, например, последовательности:

1. Тенденции, присущие терапевту (желание доказать эффективность своего лечения, желание помочь пациенту поправиться).
2. Тенденции, присущие пациенту (желание поправиться, желание угодить или досадить терапевту).
3. Неправильные выводы о причинности. Болезнь могла течь своим чередом, а пациент мог начать поправляться до начала лечения. Или улучшение могло произойти под влиянием силы убеждения терапевта и не иметь причинно-следственных отношений с лечением как таковым.

Проявление влияния скрытых или запутывающих переменных — одна из причин того, почему эксперимент оказывается недействительным. Другие причины станут понятны в ходе нашего обсуждения.

Выдвигая гипотезу, исследователь тем самым постулирует взаимосвязь между двумя или несколькими переменными: курс танцевальной терапии (независимая переменная) повышает мышечный тонус (зависимая переменная); изображение в рисунке ночного кошмара (независимая переменная) снижает уровень вызванной им тревоги (зависимая переменная) и т. д.

В нулевой гипотезе исследователь постулирует, что любая такая связь между двумя или несколькими переменными могла возникнуть случайно. Цель экспериментального исследования — проверить нулевую гипотезу, то есть доказать (или не суметь доказать), что она является ложной. Если вероятность того, что нулевая гипотеза является истинной, невелика (скажем, один шанс из ста), то мы можем считать, что нулевая гипотеза неверна, а наша гипотеза справедлива, пока не будет предпринята более удачная попытка ее опровергнуть. Исследование порождает массу идей, которые еще не отвергнуты с точки зрения теории вероятности — это максимум того, чего мы можем добиться с помощью науки, чтобы доказать их истинность.

Популяция и выборки

Переменные относятся к популяции, представляющей собой группу людей, или объектов обследования. Мы можем заняться исследованием влияния арт-терапии (снова независимая переменная) на группу пожилых людей или домохозяек, или бухгалтеров, или священников, или дошкольников, или супружеских пар, или психотерапевтов. Выделяя одну из этих групп, мы определяем популяцию, на которой намерены сосредоточить свое внимание.

Такое определение популяции проявится в нашей гипотезе, в нашей нулевой гипотезе, в наших результатах и установит четкие границы изучаемой проблемы. Если наши заключения по небрежности окажутся за пределами этих границ, то это будет еще одной причиной несостоятельности наших результатов. Например, мы можем необоснованно распространить свои изыскания на более широкую группу, чем та, которая была нами выбрана. Подобного рода критика раздавалась в ответ на попытку обобщения данных, полученных Фрейдом на ограниченной популяции — на представителей среднего класса, живших в Вене в конце XIX века.

Положение становится еще более сложным из-за необходимости определить выборку для той или иной популяции. Едва ли существует реальная возможность включить в нее каждого представителя популяции, которую мы решаем изучать, даже если мы ограничили эту популяцию рамками конкретной группы. Вряд ли нам удастся протестировать каждого священнослужителя или дошкольника в графстве Мидлсекс, не говоря уже о Великобритании или Европе. Поэтому мы должны ограничиться конкретной выборкой, следуя строгим правилам, определяющим численность и характеристики отбираемой группы. Соблюдение этих правил гарантирует, что наша выборка будет представлять всю популяцию. Разумеется, если наш отбор будет тенденциозным, он повлияет на все выводы, сделанные о популяции. Мы не можем быть уверены, что утверждения о тенденциозно созданной выборке будут относиться ко всей популяции. Если мы не можем быть уверены, что популяция, на которой мы основываем свои выводы, репрезентирует популяцию, которая определена в нашей гипотезе, то наш эксперимент становится

недействительным. Неправильная выборка является третьей причиной недействительности эксперимента.

Популяция может состоять из одного человека, поскольку в каждом из нас есть что-то от тех или иных социальных групп (популяций), что может явиться предметом изучения. Я вернусь к этому роду исследований несколько позже.

Частота и распределение

Переменные не всегда имеют одинаковые единицы измерения. Приведенный выше пример с ростом человека основывается на шкале из положительных чисел (120 см, 135,5 см, 135,56987 см и т. д.). Мы можем выбрать степень точности, с которой хотим измерить рост, определив количество знаков в десятичной дроби. (Обычно мы ограничиваемся шкалой, обозначенной на линейке.) Но важно отметить, что шкала, по которой измеряется рост, — это шкала с определенными, не меняющимися интервалами (скажем, 15 см). Расстояние между 120 см и 135 см точно такое же, как между 50 см и 65 см. Поэтому подобного рода шкала называется интервальной.

Два других вида шкал — порядковая и наименований. В порядковой шкале мы можем расставить полученные нами данные по порядку, но мы не можем считать, что тот или иной интервал остается на всей шкале одинаковым. Порядковые шкалы часто используются в психологических измерениях, например при измерении интеллекта, где мы можем сказать, что IQ, равный 150, это больше, чем IQ, равный 140. Но различие в десять пунктов, скажем, между IQ = 150 и IQ = 140 — это совсем другое различие, чем между IQ = 110 и IQ = 100.

В случае шкалы наименований мы имеем дело с категориальными показателями, которые либо есть, либо отсутствуют, подобно электрическому свету, который может быть либо включен, либо выключен. Примеры: мужской или женский пол, голубые или карие глаза, человек, зараженный или не зараженный тифом. При таком способе измерения мы можем подсчитать количество людей в популяции: столько-то мужчин, столько-то женщин. Но мы не можем представить полученные результаты ни на порядковой шкале, ни на интервальной.

Каждая из этих трех шкал требует различного статистического подхода, когда мы оцениваем вероятность истинности нулевой гипотезы. (В качестве хорошего вводного курса при выборе статистического метода см. Green, D'Oliveira, 1989.)

Главной особенностью интервальной шкалы является то, что она позволяет представить наши результаты в виде определенного распределения частот, то есть мы можем соотнести на графике полученные данные (скажем, рост от 120 см до 180 см) с количеством людей в популяции, достигших данного показателя. Мы можем изобразить на кривой, сколько человек в популяции студентов имеют рост 120 см, сколько — 135 см, 150 см и т. д. Получившаяся в результате схема распределения частот имеет форму колокола. Такое распределение называют нормальным.

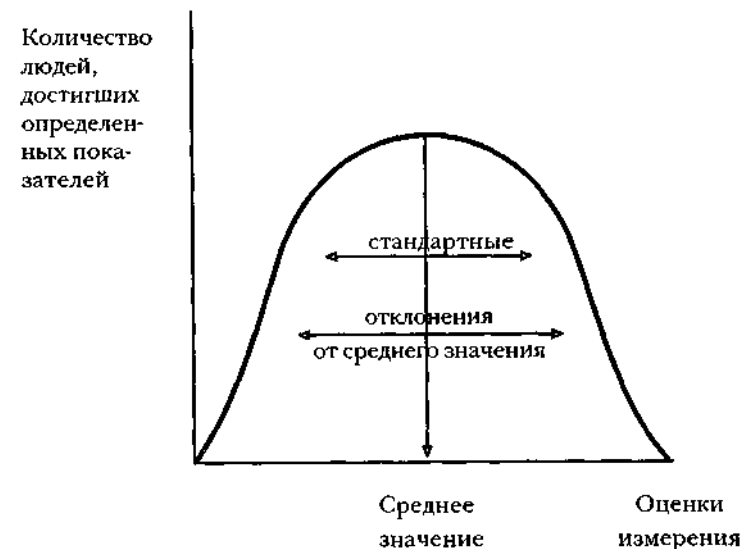


Рисунок 8.1. Кривая нормального распределения

Одномерный анализ

Из нормального распределения мы можем получить два ключевых показателя. Первым является показатель центральной тенденции: высота колокола, то есть наибольшее число людей,

имеющих определенный показатель. Этот показатель известен как среднее значение. Он вычисляется путем деления общей суммы полученных значений на число объектов в выборке.

Вторым ключевым показателем является распределение значений по отношению к этой средней величине. «Стандартные отклонения» являются мерой удаления полученной оценки от среднего значения. Величину стандартного отклонения можно вывести с помощью простой формулы, в которой устанавливается связь между количеством объектов в выборке и их отклонением от среднего числа. Следующий показатель распределения значений переменной, стандартная ошибка, тесно связан со стандартным отклонением и используется при сравнении средних значений. (Дальнейшие пояснения см.: Swinscow, 1990; Hayslett, Murphy, 1979.)

Взяв на вооружение показатели центральной тенденции и распределения, мы можем теперь поставить эксперимент, в котором сравним распределение одних данных, полученных при воздействии независимой переменной (тестовая группа), с распределением других данных, полученных, когда эта независимая переменная отсутствует (контрольная группа). Та степень, в которой распределение тестовой группы совпадет с распределением контрольной группы, послужит нам доказательством того, что эти группы, например, действительно отличаются друг от друга (наша гипотеза) или что это различие могло возникнуть случайно (наша нулевая гипотеза).

Если средние значения двух групп отличаются больше, чем на определенную величину (скажем, на две с половиной стандартных ошибки), то тогда вероятность того, что различие между ними случайно, становится меньше одного процента. Значит, нулевая гипотеза едва ли верна, следовательно, наша гипотеза подтверждается.

Многомерный анализ

До сих пор мы рассматривали распределение только одной переменной (одномерный анализ). Но ту же процедуру можно приложить к оценке различий между распределениями двух и более переменных (многомерный анализ).

При исследовании эффективности арт-терапии мы можем выдвинуть гипотезу, что арт-терапия повышает мышечный тонус и снижает уровень тревожности, и делает человека более общительным. Независимой переменной опять является арт-терапия, а зависимой переменной — показатели мышечного тонуса, уровня тревожности и общительности. Мы могли бы сравнить различие между тестовой и контрольной группами с точки зрения распределения каждой из этих зависимых переменных, как мы это делали в случае с одной переменной, то есть для каждой зависимой переменной мы могли бы взять группу, где действовала бы независимая переменная (тестовая группа), и группу, в которой она бы не действовала (контрольная группа). Тогда мы смогли бы посмотреть, составляет ли различие между средними значениями в наших двух группах больше двух с половиной стандартных ошибок.

Вместе с тем существуют методы, позволяющие сэкономить на том, что значения этих трех переменных оцениваются вместе, а не по отдельности. Посредством этих методов мы анализируем различия не только между тестовыми и контрольными группами, но и между тестовыми группами как таковыми. С помощью такого «дисперсионного» анализа мы можем оценить различия внутри группы и между выделенными группами, определить, могут ли эти различия возникнуть случайно, и выяснить, насколько точно результаты выборки отражают те, которые могут быть получены на популяции, которую представляет данная выборка.

Этот дисперсионный анализ является важным инструментом при проведении исследования. Однако в случае нескольких переменных имеются и другие возможности анализа (см. также: Норе, 1967, 1968).

Коэффициент корреляции

Предположим, мы создали тест, измеряющий определенные двигательные навыки. Мы можем следовать своему плану по меньшей мере в трех направлениях. Мы можем захотеть проверить, будет ли испытуемый с высокими показателями по нашему тесту иметь высокие показатели и по другим тестам,

таким, например, как тест физических способностей или тест интеллекта. Совпадают ли низкие показатели в нашем тесте с низкими показателями в других тестах? Соотносятся ли наш тест каким-то образом с другими тестами?

Затем мы можем захотеть проверить точность нашего теста и посмотреть, действительно ли испытуемые, имеющие высокие показатели, обнаруживают в настоящее время или проявят в будущем превосходные двигательные навыки? Является ли наш тест эффективным показателем, или предиктором, того, что он предназначен оценивать, то есть двигательных навыков?

Или мы можем решить провести оценку того, насколько надежным будет наш тест при его использовании другими исследователями. Получат ли они результаты, совпадающие с нашими?

Во всех этих трех случаях нам необходим индекс связи — между нашим тестом и другими тестами; между нашим тестом и показателями того, что он должен измерять; между тестом, проведенным нами, и тестом, повторно проведенным нами же или кем-то другим. Этим индексом должно быть некое число, показывающее, является эта связь тесной, незначительной или она отсутствует вовсе. Мы называем такой индекс коэффициентом корреляции и получаем его, используя формулу, соотносящую дисперсию двух наших переменных.

Если мы стремимся проверить эффективность нашего теста, то этот коэффициент называется коэффициентом валидности. Он показывает, измеряет ли тест именно то, что он предназначен измерять. Если же мы пытаемся определить, насколько совпадают результаты при повторении нашего теста и подтверждается ли он другими тестами, то получаем коэффициент, который называется коэффициентом надежности.

Паттерны и коэффициенты корреляции на диаграмме рассеяния

Рассмотрим проблему повторения теста. Насколько мы можем быть уверены, что при оценке последовательного ряда движений или музыкального исполнения опытный терапевт А будет начислять те же баллы, что и другой опытный терапевт Б?

Один из способов ответить на этот вопрос — показать серию видеокассет терапевтам А и Б, попросить их оценить в баллах тот или иной параметр (например, подсчитать, сколько раз они отмечали свободное плавное движение) при демонстрации видеозаписи. После этого мы можем представить полученные результаты, как это показано в таблице 8.1.

Таблица 8.1

A	79	43	65	25	72
B	81	42	67	29	68

Мы переводим эти данные в диаграмму рассеяния, где все баллы, поставленные терапевтом А (отмеченные вдоль горизонтальной оси X), соотносятся с баллами, поставленными терапевтом В (отмеченными вдоль вертикальной оси Y). Таким образом, первое значение (79 у А и 81 у В) на графике отображается одной точкой. Чтобы перевод таблицы в график, или диаграмму рассеяния, был понятен, эта точка обозначена на рисунке 8.2 стрелкой.

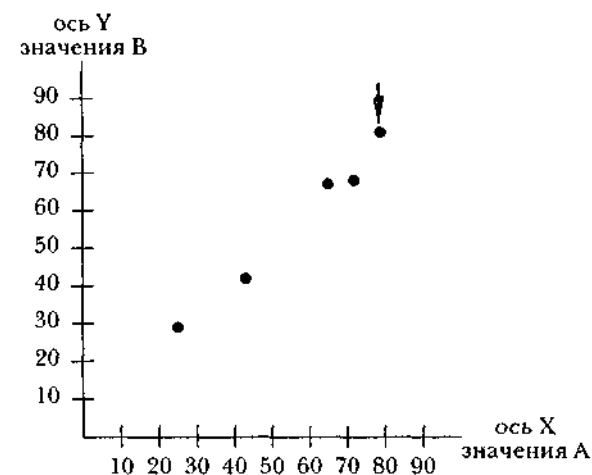


Рисунок 8.2. Диаграмма рассеяния, полученная на основе значений, приведенных в таблице 8.1

Мы пытаемся оценить, как связаны между собой два набора значений — относящихся к терапевту А и к терапевту В. Глядя на график, мы сразу же видим, что точки, отображающие на схеме два кластера данных, расположены на странице по диагонали снизу вверх и слева направо. Эта конкретная форма кластера отражает прямую связь между двумя наборами данных — положительную корреляцию. Рассматривая этот паттерн, мы убеждаемся в значительном совпадении оценок А и В и можем считать, что два наблюдателя видят одинаковые события и присваивают этим событиям примерно одинаковые значения.

Если сходные результаты отмечаются у десяти терапевтов, то мы можем считать, что наш показатель надежный (по крайней мере, в этой группе!).

Разумеется, в нашем эксперименте могут быть получены результаты, отличающиеся от приведенных выше. Таблица может выглядеть так:

Таблица 8.2

A	79	54	33	68	43
B	28	45	62	35	55

Соответствующая диаграмма рассеяния будет выглядеть, как на рисунке 8.3:

Или мы можем получить следующую таблицу.

Таблица 8.3

A	76	32	45	50	65
B	52	43	54	72	36

Тогда соответствующая диаграмма рассеяния будет выглядеть, как на рисунке 8.4.

На рисунке 8.2 мы видим, что точки группируются по диагонали, пересекающей страницу в направлении, противоположном тому, которое мы выявили на рисунке 8.1. На рисунке 8.3 мы видим, что точки разбросаны по всей странице, не образуя

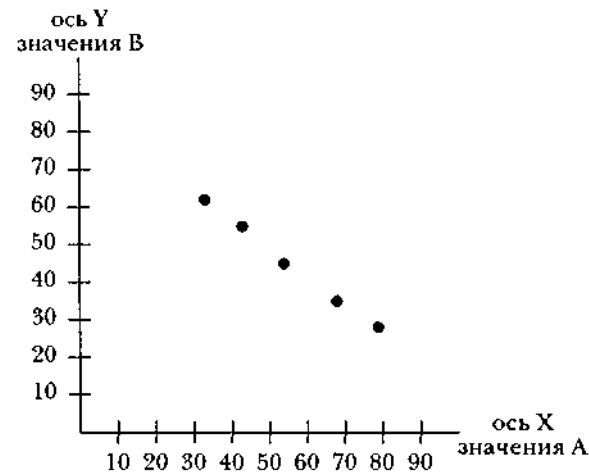


Рисунок 8.3. Диаграмма рассеяния, полученная на основе значений, приведенных в таблице 8.2

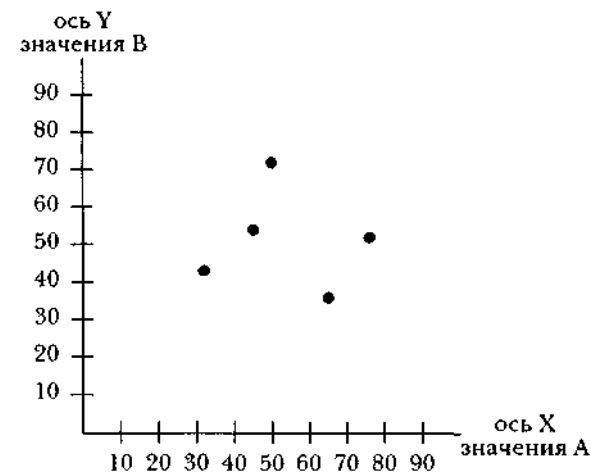


Рисунок 8.4. Диаграмма рассеяния, полученная на основе значений, приведенных в таблице 8.3

линии (не говоря уже о диагонали), имеющей какое-либо направление.

Теперь мы можем статистически проанализировать эти результаты. Применяв формулу для подсчета коэффициента

корреляции, мы можем получить число, которое служит мерой и величины, и направления связи между данными наших терапевтов. Это число будет находиться в промежутке между 0 и 1, если корреляция положительная (как на рисунке 8.2, где высокие и низкие значения, относящиеся к обоим терапевтам, имеют одно направление), или между 0 и -1, если корреляция отрицательная (как на рисунке 8.3, где более высокие значения, присвоенные одним терапевтом, уравновешиваются более низкими значениями, присвоенными другим). Чем ближе результирующий индекс к 1 или к -1, тем более сильной будет связь — положительная или отрицательная. Чем ближе к нулю он оказывается, тем менее значимой является связь. На рисунке 8.4 коэффициент корреляции фактически равен нулю. Следовательно, связь между двумя наборами данных здесь не установлена, и нам придется признать, что в данном случае у нас нет надежного показателя.

Линии регрессии

Когда точки группируются в определенном направлении (не обязательно по диагонали) независимо от того, какой наклон — положительный или отрицательный — оно имеет, мы можем сделать еще один статистический шаг. Мы можем «подогнать» линию, которая следует в этом направлении и которая расположена максимально близко ко всем точкам на графике (см. далее Schroeder et al., 1986). Эту линию мы называем линией регрессии, потому что она отображает математическую регрессию одной переменной относительно другой (в данном случае Y относительно X). Линия регрессии имеет следующие важные характеристики:

1. Начальную точку, или точку пересечения с осью Y . В нашем примере точка пересечения показывает, какое значение отметит наблюдатель В в том месте, где наблюдатель А регистрирует ноль.
2. Наклон, определяемый числом, которое известно как коэффициент регрессии. Наклон отображает соот-

ношение величины изменения на оси Y с величиной изменения на оси X и позволяет нам предсказать (с определенным приближением) результат на оси Y , если мы знаем результат на оси X , и наоборот.

3. Показатель того, насколько хорошо линия вписывается в группу точек, через которые она была проведена. Этот показатель называется коэффициентом детерминации и дает нам ключ к определению обоснованности нашего предположения, что между переменными существует некая связь.

Регрессионный анализ позволяет выявить более одной связи из числа потенциальных воздействий. Такая возможность часто зависит от того, как мы понимаем ситуацию. Например, в нашем сравнении наблюдателей мы можем исследовать, какие их характеристики или условия наблюдения содействуют корреляции. Совпадают ли их результаты из-за того, что они имеют большой опыт наблюдения за движениями? Зависит ли различие результатов от продолжительности видеосюжетов, выбранных для анализа? Или от характера выбранных движений? Или же все эти три переменные — опыт, продолжительность видеосюжетов и характер движений — оказывают влияние на корреляцию?

Эти дополнительные переменные добавляются к исходному уравнению, и вычисляются новые коэффициенты регрессии. Уравнение уже нельзя представить на листе бумаги в виде линии, но можно изобразить в многомерном пространстве, где каждая переменная имеет свой угол наклона. Эти углы наклона, или коэффициенты, указывают, какую роль играет каждая переменная в общей структуре связей.

Связи и причина

Благодаря корреляциям мы приходим к связям между двумя или несколькими переменными, а благодаря таким связям — к лежащей в их основе структуре возможных причин и следствий.

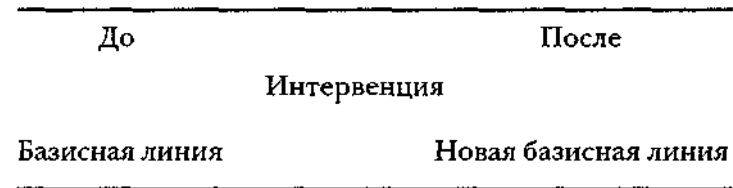
С учетом всего вышесказанного мы можем приступить к рассмотрению того, каким образом, используя корреляцию и регрессию, можно постепенно проследить одномерные и многомерные зависимости, лежащие в основе изучаемых проблем.

Предварительное замечание. Сами по себе связи между переменными не означают наличия причинно-следственных отношений. Допустим, при исследовании связей двигательных навыков была выявлена четкая положительная корреляция с богатым запасом слов. Однако нет оснований предполагать, что одно является причиной другого, и уж тем более совсем неоправданно было бы организовывать специальные тренировки, обогащающие словарный запас, в надежде повысить двигательные способности. Каузальность — это лишь одна из четырех гипотез, которые мы можем выдвинуть, основываясь на наличии связи. Тремя другими допущениями являются:

1. Две связанные между собой переменные просто сцеплены друг с другом подобно тому, как вращение одного колеса автомобиля влечет за собой вращение трех остальных колес и тесно с ним коррелирует.
2. Две связанные между собой переменные имеют общую третью переменную. Так, в вышеприведенном примере хорошие двигательные навыки и богатый словарный запас могут отражать общую генетическую основу или наследование интеллектуальных качеств.
3. Две переменные связаны между собой случайно.

Исследование отдельного случая

Фундаментальные понятия, которые обсуждались выше, могут быть применены и к исследованию отдельного случая. Основная модель, которую мы уже упоминали, выглядит следующим образом:



В серии рандомизированных испытаний пациент сам служит для себя контролем (как при проведении исследования с выделением групп), а результаты могут подвергнуться одномерному или многомерному анализу.

Например, исследование может быть проведено в такой последовательности: АВ, АВА или АВ АВ, где А представляет значения, полученные на базисной линии (в период, когда независимая переменная, например арт-терапия, *отсутствует*), а В представляет значения, полученные в фазе интервенции (в период, когда независимая переменная *действует*).

Может оказаться, что эти значения имеют нормальное распределение; в таком случае мы сравниваем распределение на базисной линии А (контрольные результаты) и распределение в фазе интервенции В (тестовые результаты). Мы исследуем различие между средними значениями двух распределений и вычисляем вероятность того, что это различие между А и В является значимым.

В качестве альтернативы мы можем исследовать корреляции между событиями, случившимися в процессе А, или между событиями, случившимися в процессе В, или между событиями, случившимися в процессе в А, по сравнению с событиями в процессе В.

Мы можем также наблюдать за течением событий в А и В, чтобы оценить изменения угла наклона и уровня регрессионной линии. Мы можем применять методы анализа, полученные при изучении аналогичных паттернов изменения (временных последовательностей), таких, например, как колебания регулярно регистрируемых экономических индексов (см. также Kazdin, 1982).

Преимущество, которое дает исследование отдельного случая, состоит в его приближенности к клинической практике. Главной задачей исследования является оценка эффективности

методов лечения, предназначенных для данного человека. Проведение исследования стимулирует сотрудничество, когда пациент может стать коллегой терапевта и оказывать помощь в принятии решений, касающихся гибкости подхода и вариации уровней точности. Такое исследование позволяет непосредственно оценить изменения, происходящие у индивида (отдельно от группы). Поэтому оно служит также основой для проведения совместных исследований нескольких терапевтов, в которых эти индивидуальные различия сравниваются путем систематического повторения теста.

Исследование отдельного случая позволяет также избежать таких проблем, как набор большого числа испытуемых, финансовые расходы и руководство клиническими испытаниями (сравнение и контроль).

Недостатками такого рода исследования являются ограничения, связанные с особенностями измерений. Необходимо быть уверенным в стабильности базисной линии, относительно которой возникают четкие изменения. Эти изменения должны быть обратимыми (возвращающимися к базисной линии) и не иметь длительных эффектов переноса. Исследование отдельного случая является не совсем подходящим при наличии у пациента острых или меняющихся проблем. Второе ограничение связано с особенностями контроля, прежде всего с отсутствием контроля между группами.

Обобщения при исследовании отдельного случая можно делать только на основе систематического повторения, поскольку каждая часть исследования может относиться только к конкретному изучаемому случаю. Однако такой способ обобщения присущ научному подходу к изучению случаев в целом и является еще одним свидетельством тесной взаимосвязи исследования отдельного случая и клинической практики.

Стадии осуществления исследовательского проекта

Основная идея любого исследовательского проекта состоит в том, что он должен пройти через определенное количество стадий и может продолжаться всю нашу оставшуюся трудовую

жизнь (обзор этих стадий см.: Haggis, 1988 – и более детально: Reason, Rowan, 1981). Эти стадии включают:

1. Выбор нами проблемы, подлежащей изучению. Этот выбор предполагает первоначальное определение понятий, моделей и гипотез, то есть выяснение сути проблемы. Разумеется, по мере разработки проекта эти определения могут меняться.
2. Этот выбор обязательно основывается на наших интересах и опыте. Отчасти он может быть продиктован нашей клинической практикой, включая проведенные нами анализы случаев. На ранней стадии многих исследовательских проектов важно рассмотреть, как они соотносятся с анализом случая.
3. Выбор проблемы почти всегда будет включать в себя критический обзор соответствующей литературы. Это поможет рассмотреть проект в контексте других работ и покажет, занимаемся ли мы повторением сделанного или идем новым путем.
4. Как только проблема определена, одним из следующих шагов может стать организация исследования отдельного случая, включающего свои собственные контрольные оценки.
5. Другим возможным альтернативным шагом может стать создание небольших групп для обсуждения различных аспектов проблемы и определения возможных ключевых сфер, требующих более строгого изучения.
6. Одним из путей, ведущих к обобщению, может стать присоединение к нашим наблюдениям выводов, полученных при анализе других случаев (в соответствии с пунктом 4).
7. Одним из способов более формализованного исследования, упомянутого в пункте 5, является контролируемый опрос.
8. Наконец, от анализа отдельного случая или обсуждения группы мы можем перейти к определению способов

оценки связи между событиями, используя подходы точных наук, то есть четко определяя популяцию и выборку, контроль и сравнение, зависимые и независимые переменные, надежность и валидность измерительных шкал и соответствующие математические и статистические процедуры (см. также Anderson, 1990; Tognoni et al., 1991; Smith, 1991; Brandon, 1991; Herxheimer, 1991).

К отдельным анализируемым случаям можно относиться как к фотографиям и на любой стадии исследования «менять размер и освещенность» и вместе с тем очеловечивать этот процесс.

ГЛАВА IX

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ:

ФОРМА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Вопросы, относящиеся к форме описания случая

1. *Представляет ли сделанное вами описание случая цельную, логически связанную картину? Или оно пока еще фрагментарно? Не напоминает ли оно набор бессвязных наблюдений, относящихся к случайно выбранным временным отрезкам?*
2. *Как преломляются в сделанном вами описании определенные базовые процессы, такие, как трансформация или вариация? Отражает ли эти процессы чисто словесная форма описания?*
3. *Пытались ли вы придать живость вашему описанию средствами самого языка, как это делает терапевт в своих комментариях?*
4. *Использовали ли вы в контактах со своим пациентом, помимо слов, другие способы и средства коммуникации (например, рисунки, движения, музыкальную импровизацию)? Были ли ваши слова наделены качествами, заимствованными у других способов и средств коммуникации (ясность видения, загадочность неопределенности и т. д.)?*
5. *Как при анализе случая вы прорабатывали сюжетную линию, то есть фабулу и последовательность изложения? Можете ли вы кратко описать ваш случай, представив его в виде сюжетной схемы на тему любви, власти, тайны, законченной, то есть приходящей к развязке, или незаконченной?*
6. *Каким образом ваш анализ случая может вызвать катарсису читателя?*

7. *Что общего между вашим анализом случая и биографией, рассказом, романом? Чем он отличается от этих литературных жанров?*
8. *Что уникально в биографии человека, находящегося в центре разбираемого вами случая? Чем уникален сам по себе разбираемый вами случай?*
9. *Удалось ли вам раскрыть все, что хотелось, при анализе случая? Или в интересах конфиденциальности вам пришлось сокрыть какую-то информацию? Как это сокрытие информации повлияло на ваши отношения с пациентом и на само описание случая?*

Еще раз о трансформации: Средства коммуникации

Трансформация отдельного случая в ту или иную форму искусства, подобно тому как сновидения трансформируются в стихотворение или раскрашенные вандалами стены — в поп-искусство, предполагает два взаимосвязанных шага: придание частному случаю формы, которая может взволновать других, и оживление вялого изложения искрой художественной индивидуальности (Rapport, 1992).

Подобная трансформация сразу же ставит целый ряд проблем. Первая из них связана с природой художественного импульса. Художественная натура обязательно должна обладать мастерским владением изобразительными средствами, ежедневно совершенствовать свои навыки, ей присуща жажда творить и желание демонстрировать результаты своего творчества другим людям. Наряду с этими компонентами часто встречаются бьющий через край энтузиазм и защита от сильных чувств, которые пациент пытается вызвать у терапевта. На первый взгляд ни одна из этих характеристик не указывает на связь терапии с художественными средствами выражения.

Существует очевидная опасность того, что увлеченность терапевта творчеством может нарушить его настроенность на другого человека, особенно когда речь идет о таком уязвимом субъекте, как пациент. Никто, за исключением разве что

мазохиста, не хочет, чтобы его воспевали в стихах или чтобы к нему относились как к предмету обожания, если за всем этим стоит лишь желание сочинителя преумножить свой опыт. Кто знает, какое влияние на последующую терапевтическую работу с пациентом может оказать описание его случая в форме прозаического произведения или стихотворения?

Эту проблему прекрасно иллюстрируют анализы случаев, проведенные Фрейдом. Именно наличием творческой искры, которая оживляет описание его работы с Дорой, в немалой степени объясняется то волнение, которое охватило Фрейда от нового видения, от чувства разрушенных границ — не только границ между сознательным и бессознательным или условных границ между врачом и пациентом, но и границ самой художественной формы, в которой регистрируются события. Фрейд как ученый-художник был очарован перспективой трансформации традиционных средств анализа случая. Папини иллюстрирует это, приписывая Фрейду следующие слова: «Я — ученый по необходимости, а не по призванию. По натуре я на самом деле художник... мои книги действительно содержат больше следов работы воображения, чем трактаты по патологии» (Papini, 1969). Эта его особенность несомненно оказывала влияние на его работу с Дорой.

Не всех терапевтов заразил микроб Фрейда-писателя. Многие ограничивают свою работу живым взаимодействием, увлекающим их в фазе трансформации, через которую проходит их пациент. Хорошая терапия влечет за собой конструктивное разрушение границ ситуации «здесь и сейчас». Но зачем разрушать эти границы? Зачем переводить ситуацию «здесь и сейчас» в письменную форму и подробно описывать данный случай? Терапевты, придерживающиеся таких убеждений, всецело заняты происходящим, и, как они говорят, у них нет времени и желания тратить энергию на запись того, что происходит в терапевтическом взаимодействии. Разбираемые ими случаи остаются их собственностью, а в своих записях они, как правило, отмечают лишь голые факты.

Хотя эту мысль можно всячески развивать и защищать, ей может быть противопоставлена неизбежность возникновения творческого порыва. Запись включает в себя рефлекссию — ту же самую рефлекссию, которой сопровождается любое

творческое начинание (чередование свободного и жесткого мышления по Бейтсону). Творчество многих художников зависит от поддержки, которую дает рефлексивное теоретическое обоснование (см., например, трактат Мессиаена, посвященный музыкальному языку: Messiaen, 1994). У этих художников творческая энергия не столько расходуется на такое обоснование, сколько генерируется или, по крайней мере, подкрепляется им. Художник творит, объединяя голый каркас теоретической структуры и уникальные (иначе их не назовешь) моменты практики. Оба аспекта — теория и практика — являются важными для достижения прогресса.

В конечном счете вопрос о трансформации анализа случая в занятие наукой или искусством сводится к тому, в какой степени терапевт стремится к особой трансцендентной цели. Чем готовы заниматься пациент и терапевт? Когда объектом анализа случая является оценка определенных фактов, составление карты индивидуального или социального ландшафта (как это описано в главе VIII), или рисование картины, или рассказ об истории жизни, чтобы взволновать других (как это описано в данной главе), то тогда исследование сливается с более крупными формами, в которых суть сообщения совпадает со способом его передачи. Если мы хотим дать возможность пациенту пережить освобождающий опыт терапии, то эти более крупные формы нас не касаются. Но если мы к ним обращаемся, то представляется важным избегать записи творческого взаимодействия таким способом, который ослабляет или гасит творческую искру.

Запись случая включает в себя трансформацию с того момента, как собраны данные. Девочка рисует беспризорника без двух пальцев на правой руке, который в ужасе смотрит на приближающийся огромный самолет. Во время рисования она рассказывает о том, что боится задирающего ее мальчика, который на два года младше и намного меньше ее. Это — итог того, что произошло на сеансе.

Но данные уже претерпели несколько трансформаций: от сильных, не выразившихся доселе чувств до рисунка, в котором они сфокусированы; от зрительного образа до словесного описания событий, с ним непосредственно связанных; от ощущения себя изолированной, которое она не могла нико-

му доверить, до понимания того, что рядом есть люди, готовые ее выслушать.

В течение следующих нескольких месяцев произошли дальнейшие трансформации. Постепенно выяснилось, что на самом деле маленькая девочка была напугана не столько угрозами этого мальчика, сколько силой своих собственных чувств, возникавших из-за того, что ей самой хотелось навредить ему, поскольку в результате процесса сгущения он стал репрезентировать нечто отдалявшее ее от своенравного отца. Затем в процессе анализа случая произошла трансформация внешних событий во внутренние чувства, одного символа в другой, многих символов в один.

Другие трансформации происходили у терапевта, детские переживания которого оказались сходными с переживаниями этой девочки. Эти параллельные трансформации оживили его ответную реакцию на материал своей пациентки и сыграли важную роль в его решении записать этот материал в виде анализа случая. Это решение привело к дальнейшим трансформациям: массы бессвязных наблюдений в упорядоченное повествование; описания, которое было понятно только автору, в описание, вполне понятное многим; волнения, проявившегося у автора, когда он начал работать с ребенком, в рассказ, в котором об этом волнении сообщается другому человеку, относящемуся к информации «бесстрастно».

Средства и способы передачи информации

Под средствами я понимаю каналы передачи ощущений и восприятий, которые мы используем в общении (зрение, слух, вкус, осязание, движения и речь). Под способами я понимаю различные формы общения, которые мы создаем с помощью этих носителей. Например, используя зрительное отображение, мы можем общаться с помощью мимики или рисования, или языка знаков.

Между разными средствами, а также между разными способами при одних и тех же или разных средствах всегда имеется активное взаимодействие. Мы часто сочетаем слова с рисунками,

с мимикой и паралингвистическими жестами, звуками и языком знаков. Мы можем изображать звуки или передавать вкусы, запахи, прикосновения с помощью звуков (например, в прелюдии Дебюсси). Такое взаимодействие возникает в раннем возрасте, еще до того, как мы научились различать средства, не говоря уже о способах.

При анализе случая, особенно в области арт-терапии, коммуникация с использованием разных средств и способов может стать особенно интенсивной. Например, когда терапевту не удалось получить какой-либо информации о семье ребенка-пациента или о его личном окружении, она тем не менее смогла представить детальную и сложную виньетку актуальных переживаний ребенка благодаря серии рисунков, которые они в течение месяца, пока шло лечение, нарисовали вместе с ребенком, занимаясь придуманной Винникоттом игрой в каракули. Она дополнила этот зрительный диалог словесными комментариями, но основной акцент при анализе этого случая делался все же не на вербальном, а на визуальном воздействии.

Такой же акцент на невербальных средствах делается и в самых разных двигательных и музыкальных представлениях. В этих случаях часто имеется специфическая информация, которая передается главным образом определенными невербальными средствами или способами и теряется, когда мы пытаемся перевести ее в слова. Никакое словесное описание картины или музыкального произведения не может передать того, что выражает сама картина или музыкальное произведение. Выбор невербального средства, которым передается эмоциональное состояние или стиль человека, может стать главной темой при анализе случая.

Речь не идет о том, чтобы доказать ненужность употребления слов, по крайней мере на ранних стадиях записи анализируемого случая. Отсутствие вербального параметра при общем представлении случая не позволяет отобразить такие важные объекты, как семейную и личную истории, анализ которых во многом опирается на слова. Неспособность подкрепить анализ случая вербальными средствами сопоставима с задержкой в развитии собственного «Я», которое не в состоянии достигнуть последней, четвертой (вербальной) стадии по Стерну (Stern, 1985).

Хотя использование слов имеет свой недостаток, проявляющийся в затуманивании невербальной экспрессии, оно имеет также большое преимущество, выступая в качестве средства, с помощью которого мы можем устанавливать и осмысливать качества других средств и способов. Словами мы можем добиться такого уровня анализа и прояснения переживания, какого невозможно достичь с помощью невербальных средств. Одновременно с таким прояснением и как его неотъемлемая часть те же слова помогают нам открыть новый мир:

Глубоко там отец лежит,
Кости стали, как кораллы,
Жемчуг вместо глаз блестит,
Но ничего не пропало. По-
морски лишь изменилось, В
чудо-клады превратилось.
Нимфы шлют унылый звон,
Чу! Я слышу: дин-дон-дон.

(Уильям Шекспир. «Буря», акт 1, сцена
2. Перевод М. Кузмина)

Основная сюжетная линия

Слова — это средство, которое мы выбираем, когда хотим рассказать историю. Сначала мы используем их, чтобы объединить события в *сюжете*, а затем — чтобы развернуть этот сюжет в *повествовании тысячью* и одним способами.

Рассказ, или история, — это главное средство, которое имеется у писателя, чтобы захватить внимание читателя. «Сначала умер король, а потом умерла королева». Такова, согласно Э. М. Фостеру, последовательность элементов в истории. Он предполагает, что расстановка событий во временной последовательности является одним из способов удовлетворения нашего любопытства относительно того, что будет дальше. Другой способ состоит в объяснении причин, почему события произошли в таком порядке. «Сначала умер король, а потом *от горя* умерла королева». Здесь у нас есть основа сюжета, который придает

истории каузальность (см. также Foster, 1949). В литературном пересказе случая сюжет часто включает наши теоретические представления. Почему возникла жалоба? — Теории травмы, первичной сцены, эдипова комплекса. Почему жалоба проявилась именно в этой форме? — Теории вытеснения или других защитных механизмов, таких, как расщепление. Почему произошло исцеление? — Теории переноса и инсайта. И так далее.

Связь между сюжетом и каузальностью непосредственно затрагивает проблемы, о которых шла речь в главе VIII. В литературном произведении мы опираемся на сюжет, чтобы убедиться в причинной связи; в исследовании мы прибегаем к доказательству через определение вероятности.

Существует несколько схем, выражающих связь причины и следствия. На вопрос «почему?» можно ответить с точки зрения временной последовательности: что произошло сначала? что произошло потом? Или на него можно ответить с точки зрения цели: для чего? что было в конце? (телеологическая причина). Или на него можно ответить с точки зрения того, какая архетипическая идея или миф лежит в основе рассказа (формальная причина).

Все эти типы каузальности могут использоваться для построения сюжета. Разные писатели отдают предпочтение тому или другому типу. Фрейд, например, отдавал предпочтение каузальности с временной последовательностью, Юнг — разным вариациям каузальности формального типа.

Как правило, сюжет имеет начало, середину и конец, но его суть составляют вопросы: что произойдет дальше и в какой связи? С помощью этих вопросов мы продвигаемся к тому, что считаем неизбежным финалом. Если сюжет является трагическим, то события и финал оказывают на нас катартическое воздействие. Мы очищаемся и рождаемся заново благодаря сопереживанию с другим человеком. Если же сюжет комический, то мы испытываем то же самое чувство очищения и рождения заново благодаря волнам смеха и облегчению.

Катарсис — это еще один пример того, как наше переживание сюжета отражает то, что существует в нашей жизни (см. также Dipple, 1980). Повествование предоставляет писателю возможность создания целого спектра таких отражений. Различные точки зрения, которые можно выбрать в повество-

вании (чьими глазами мы воспринимаем сцену? кто рассказывает историю?), отражают постоянные «подводные течения» в работе со случаем, где нас интересует структура субъективного и объективного миров (см. главу II), с постоянным движением информации от пациента к терапевту и обратно, которое ведет от интерпретаций (отражений) — к трансформациям. Различные жалобы, встречающиеся при направлении пациента к врачу, различные ожидания по поводу того, что даст лечение, различные взгляды на диагноз и разный вклад в общую стратегию лечения — таковы примеры многочисленных точек зрения, которые автор должен изложить в повествовании при анализе случая (о подходах к анализу литературных произведений см. также Lanser, 1981).

Результатом анализа любого случая является значительное изменение точки зрения: это происходит между отметками времени до и после знакомства человека с писателем, а на практике, как правило, с момента, когда человек начинает терапию. За этим порогом первоначальный рассказ со всеми его прежними сценами и действующими лицами преобразуется в терапевтический жанр: здесь начинается сопротивление, перенос и контрперенос. Проблема для писателя заключается в том, как перекинуть мост между этими изменившимися точками зрения. Как пациенту и терапевту объединить старый и новый рассказы? Или как устранить противоречия, часто возникающие между двумя историями?

Разнообразие точек зрения, разнообразие возможностей, которые они открывают для писателя, является еще одним способом отражения жизни. Как мы видели в главе VI, вариация вместе с логически вытекающей из нее инверсией (тенью) создает фундамент человеческого развития с момента, когда мать и ребенок начинают играть друг с другом. В повествовании появляются многочисленные возможности для темы, вариации и инверсии. Помимо выбора точки зрения, писатель может выбрать тему и вариации из бесчисленного множества событий в семейной и личной жизни пациента, а также из бесчисленного множества способов их трактовки: вариаций скорости, фокусировки (близость или дистанцирование, мягкость или жесткость), манеры изложения (ироническая, саркастическая, гротескная, мелодраматическая). Имеется ограниченное

количество сюжетных конструкций (эпическая поэма, роман, борьба за власть, мистерия, детектив, комедия, социальный реализм и т. д.), но нет ограничений на то, в какой форме их можно представить.

Как и в реальной жизни, прошлое и будущее постоянно перемежаются настоящим, поэтому писатель может перемежать повествование воспоминаниями или размышлениями о прошлом и будущем. Частота работы такого рода «переключателей» хронологического времени может варьировать в широком диапазоне, точно так же как и за пределами литературного произведения мы можем в большей или меньшей степени осознавать то влияние, которое оказывают на наше теперешнее поведение наши воспоминания, желания и ожидания.

Помимо выбора различных временных периодов, писатель может по своему усмотрению путешествовать по разным уровням сознания. И здесь он также имеет возможность варьировать глубину отображения того, как уровень сознания проникает в другой (иллюстрации этому можно найти у разных писателей, работающих в жанре «потока сознания»).

Еще один аспект повествования связан с вопросом стиля. В главе V мы рассматривали стиль как средство выражения уникальности человека. В повествовании стиль может служить аналогичной цели. Он может придать характерные особенности как целостному восприятию, так и восприятию отдельных частей, составляющих единое целое. В «Улиссе» Джойс специально меняет литературный стиль, чтобы изобразить конкретных людей, их действия и мысли в разных эпизодах, сохраняя сюжетную линию произведения. Аналогичным образом и автор анализа случая может приравнивать стиль к описанию пациента в целом и к изложению разных тем, взаимосвязанных между собой как части этого целого. Одна часть пациента созвучна душе, умирающей в трагедии; другая может переживать перипетии плутовского романа; третья может быть вовлечена в героическую комедию выздоровления. В каждой из этих тем может использоваться разный стиль, относящийся к разным сюжетам.

Особенности сюжета и повествования могут быть тесно связаны благодаря трансформации. Зарождающаяся связь возникает в ономапоее, где слово эксплицитно представляет звук,

который доносится до нас из внешнего мира. В этом случае трансформация ограничена звуком, но, безусловно, нет никакой причины, почему трансформация должна ограничиваться одной модальностью восприятия. В «Шести напоминаниях для тысячелетия» Кальвино с помощью слов рассматривает трансформацию вкусовых ощущений и запаха. Опять-таки нет никаких оснований для того, чтобы ограничивать трансформацию сиюминутным сенсорным опытом. В своем романе «Если однажды зимней ночью путник» Кальвино рассматривает наш опыт незавершенного развития. Каждая отдельная история в романе резко обрывается в тот момент, когда мы полностью в нее погружаемся. Сюжет, связывающий все эти истории воедино, также остается незавершенным.

Переживания персонажей в этих повествованиях во многом напоминают характерные особенности людей при анализе случаев. Опыт литературного описания таких переживаний в литературе помогает нам исследовать и записывать аналогичные переживания, когда они возникают в реальной жизни.

В своих литературных экспериментах Кальвино выдвигает еще одну идею, имеющую непосредственное отношение к анализу случая, — идею о рамке, которая «позволяет картине существовать отдельно от остального, но в то же время навеивает воспоминания и каким-то образом обозначает все, что остается за пределами картины». При анализе случая все, что остается снаружи, — это тень, неслучившееся, значение которого для неизбежного развития сюжетной линии мы рассматривали в главе II (см. также обзор творчества Кальвино: Curtis, 1992).

Анализ случая и биография

Литературной формой, более всего напоминающей анализ случая, является биография, ибо и там, и здесь элементы сюжетной линии и повествование основываются на реальных фактах. И там, и здесь мы занимаемся возведением мостов между наукой и искусством.

Можно привести много примеров описания личности (например, у Теофраста или Лабрюйера), в которых соединяются биография и анализ случая. Однако детальное описание личной

жизни индивида стало общепринятой практикой только в конце XIX века, с появления работ Фрейда и его коллег. Именно в это время биографы совершили новый поворот, отбросив многочисленные моралистические ограничения, заняв более отстраненную позицию и проявляя больший интерес к внутреннему миру описываемого человека (см. также Schelston, 1977).

Истина как факт и истина как вымысел

Биограф похож на историка. Карлайл утверждал даже, что история, в сущности, представляет собой серию бесчисленных биографий. Такая близость истории к биографии отмечалась писателями в ХУТ-ХУП веках, когда они стали интерпретировать историю как последовательность человеческих поступков, а не результат вмешательства Бога. Такая позиция была тесно связана с поиском причинно-следственных связей. Она проистекала из стремления тем выяснить, почему люди ведут себя именно так, а не иначе, а также чем именно они занимаются.

Биографа и историка интересует главным образом истинность факта в отличие, например, от писателя-романиста, которого интересует истинность вымысла. Это различие обнаруживается в произведениях Генри Джеймса, Д. Г. Лоренса и Вирджинии Вульф. Все они стремились изобразить человека в иерархических и калейдоскопических формах. Но это различие не является четким. Биограф отбирает, подтасовывает, интерпретирует, подгоняет свои сведения. Нигде это не проявляется так отчетливо, как в книге Обри «Краткие жизнеописания», стиль и всегда свежие анекдоты которой отображают социальные и интеллектуальные движения его века барокко, так что у читателя не возникает потребности отделять факт от вымысла.

Возрастающее признание циркулярных отношений, существующих между психической установкой (внутренним воображаемым миром исследователя) и окружением, на котором эта психическая установка сфокусирована, привело в последнее время к еще большему стиранию различий между фактом и вымыслом (см. Mason, 1990). При анализе случая, где выявление «фактов» в значительной мере зависит от отношений между терапевтом и пациентом и от настроенности одного

на внутренний мир другого, существуют такие же круговые отношения (как это было показано в главе II, когда мы рассматривали субъективный и объективный миры).

Подобно биографу, терапевт, описывающий случай, может попытаться выделить истину факта, полагая, что эта истина имеет научный базис и к ней можно подступиться посредством индуктивных и дедуктивных умозаключений. В этом смысле, как было показано в главе VIII, анализ случая может содействовать постановке и проведению научного эксперимента.

Но опять-таки неизбежный отбор из многочисленных фактов и разнообразные способы их представления ведут терапевта, как и биографа, в область, где истинность вымысла невозможно отделить от истинности факта. У исследователя, активно интересующегося своим предметом, «выпячивание» импрессионистской линии не встречает сопротивления. Истинность факта сливается с истинностью вымысла, как мы это видели и в самом материале и форме изложения Фрейдом случаев-биографий.

Пример

В прошлом биографии писались прежде всего для иллюстрации морального примера. Даже описание забавных эпизодов из частной жизни нередко было нацелено на доказательство отстаиваемого положения. Норт при переводе сочинения Плутарха «Сравнительные жизнеописания» добавил в его название слово «благородные». Написанная Босвелом биография Джонсона была выполнена в том же моралистическом и льстивом духе. Но уже к XVII веку приоритеты историка стали смещаться от моралистических и назидательных тенденций к более агностическому подходу собирателя антиквариата. Ко времени написания Литтоном Стрейчи сочинения «Знаменитые викторианцы» моральный акцент хотя и существовал, но он был в значительной степени трансформирован. Теперь задача заключалась в том, чтобы «отобразить» качества человека в связи с его возрастом и временем, в которое он живет.

Как говорилось в главе I, анализ случая как пример общего принципа занимает центральное место в медицинской и юридической практике. Подобный подход по-прежнему преобладает

при таком анализе случаев, где примеры иллюстрируют внешнее проявление тех или иных глубинных личностных черт, а не служат для вынесения какой-либо моральной или этической оценки.

Таким образом, отдельный биографический пример становится микрокосмом, позволяющим поднять более крупные и более общие вопросы. Однако отношение микрокосма к макрокосму сопряжено с громадными изменениями. Жанр анализа случая имеет параллель в развитии литературы и науки — углубление понимания субъективного в объективном, будь то потоки сознания или поля в теории относительности.

Вместо указания на человека в качестве примера общего случая (как определенного экземпляра в коллекции бабочек) анализ случая имеет самостоятельную цель — становится романом *a clef*, как сказал Фрейд, романом, в сюжете и героях которого содержится ключ к ситуациям реальной жизни. Рассказ в микрокосме раскрывает не только некий аспект макрокосма, но и, подобно голограмме, макрокосм во всей его полноте (см. Zinkin, 1987).

Конфиденциальность

Викторианские биографы пришли к выводу, что только человеку, близкому к тому, чью биографию хотят написать, можно доверить решение, какие детали личной жизни могут быть раскрыты. Проблема, возникающая в связи с обнаружением в биографии фактов личной жизни, аналогична вопросу конфиденциальности при анализе случаев. Различные уловки, к которым прибегает биограф, уважающий личные и семейные тайны, сходны с теми, к которым прибегает человек, анализирующий случай. Но здесь имеется еще один момент: пациент приходит к терапевту не за тем, чтобы о нем написали, а для того, чтобы вылечиться.

Шелстон перечисляет ряд тем, которые замалчивались в викторианских биографиях: беспорядочность сексуальных отношений, пьянство, психическая нестабильность, религиозные сомнения. Кроме того, чем теснее семейные узы, тем плотнее завеса закрытости.

В наше время существуют другие списки запретных тем и другие формы обеспечения безопасности. Однако раскрытие

интимных сторон жизни по-прежнему представляет собой сложную проблему. Доверие к терапевту со стороны пациента лежит в основе любого лечения, а разрушение доверия при разглашении без позволения пациента каких-либо сведений, по которым можно его идентифицировать, является точно таким же предательством, как в викторианские времена раскрытие биографом-другом всей без разбору информации.

Асимметрия, о которой шла речь в главе I, в несколько иной форме прокрадывается и в отношении пациента и терапевта, касающиеся того, какие интимные темы, затронутые в консультационной комнате, каждый из них может предать огласке. Пациенты вольны разглашать все, что касается их лечения, при условии, что их слова будут правдивы. (Законы о клевете и оговорах следует уважать.) Терапевт же не получает радости от такой свободы. Соглашения о конфиденциальности, о которых шла речь в главе I, относятся прежде всего к публикациям. Нарушение этих соглашений, в результате чего личная информация пациента, по которой его можно идентифицировать, становится достоянием общественности, недопустимо. Это ставит под сомнение честность терапевта, подрывает доверие пациента и нарушает процесс лечения — как проведенного, так и будущего.

Жанр и диагноз

При рассмотрении вопросов, связанных с диагнозом, мы указывали на важность диагностических ярлыков, способных повлиять на будущее как пациента, так и терапевта. То же самое относится и к той форме, в которой проводится анализ случая.

«То, как мы рассказываем свою историю, — это форма, в которой мы проводим свою терапию» (Berry, 1982). Высказывание Патриции Берри содержит глубокий подтекст. Когда мы вовлекаемся в какой-либо сюжет или в миф, мы берем с собой на сцену реквизиты, влияющие и на восприятие событий, и на то, что о них будет написано. Наши образы распоряжаются нами, равно как и мы ими. Мы видим то, что позволяют нам видеть и записывать наши идеи, управляемые архетипами. Но и сам акт их записи в свою очередь придает терапии

определенную форму. Например, акцент на повествовании, на последовательности изложения истории является по сути жанром архетипа героя, точно так же, как абстракция и редукция (будь то к «либидо», или к нумерологии, или к конфигурации, подобной мандале) относится к жанру старого человека, или сенекса. В прошлом разные боги ассоциировались с различными предметами и манерами изображения: торжественность, степенность — с Сатурном; скорость — с Меркурием; красота — с Венерой; сила, страстность — с Марсом. Нет оснований считать, что сегодня связь различных жанров с различными атрибутами утратила свою силу.

Действительно, различие в установке, которую мы приняли в главе VIII (где мы разбирали факты, верификацию, степень вероятности, проверку гипотезы), и установки, о которой идет речь в данной главе (где мы разбираем вымысел и воображение), пожалуй, лучше воспринимать как комплементарность манер изображения. Идея о том, что художественный вымысел позволяет двигаться в избранном нами направлении, во многом напоминает научную идею о рабочей гипотезе, которая направляет наши поиски и которую мы заменяем, как только она опровергается. Нам нужны и вымыслы, и гипотезы; нам нужны периоды, когда мы живем с парадоксом, и нам нужны периоды, когда парадоксы временно разрешаются.

Хиллман говорит о том, как мы классифицируем события с помощью рефлексии, тщательно сравнивая то, что произошло, — о преобразовании материала, полученного при анализе случая, в тонкую материю. «Терапия требует вымысла литературных реалий в качестве главного материала для работы. Он должен быть сырым, чтобы его можно было сварить» (Hillman, 1983). Этот «процесс варки» включает в себя работу над сюжетом, ферментацию, мимикрию (зеркальное отражение) и трансформацию первоначального сюжета в нечто изысканное и необыкновенное. Сбор и проверка сырого материала (формирование и замена гипотез) и «процесс варки» происходят все время. Одно стимулирует другое, и наоборот (см. также Hunter, 1991; Singh, 1992).

ЛИТЕРАТУРА

- Abrams, M.H. (1953) *The Mirror and the Lamp*. New York: Oxford University Press.
- Aldridge, D. (1990) Making and taking health decisions: discussion paper. *Journal of Royal Society of Medicine*, 83, p.720.
- Aldridge, D. (1991) Healing and medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 84, p.516.
- Alport, G.W. (1951) *Personality: A Psychological Interpretation*. London: Constable.
- Andersen, B. (1990) *Methodological Errors in Medical Research*. Oxford: Blackwell.
- Armstrong, D. (1991) *What Do Patients Want?* BMJ 303, 261.
- Bass, C. and Murphy, M. (1990) The chronic somatiser and the Government White Paper. *Journal of Royal Society of Medicine*, 83, p. 203.
- Bass, C. and Murphy, M. (1990) *Somatisation: Physical Symptoms and Psychological Illness*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Barker, D.J.P., Meade, T.W., Fall, C.H.D., Lee A., Osmund, C., Phipps, K. and Stirling, Y. (1992) *Relation of Foetal and Infant Growth to Plasma Fibrinogen and Factor VII Concentrations in Adult Life*. BMJ 304, 148–52.
- Bateson, G. (1973) *Steps to an Ecology of the Mind*. New York: Jason Aronson.
- Beckett, S. (1959) *Watt*, p.101–102. New York: Grove Press.
- Berry, P. (1982) *Echo's Subtle Body*. Dallas: Spring Publications.
- Bick, E. (1968) The experience of skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484–6.
- Bion, W.R. (1977) *Attention and Interpretation*. In *Seven Servants*. New York: Jason Aronson.
- Bishop, M.G.H. (1991) 'A new cageful of ferrets' — medicine and the 'two cultures' debate of the 1950's. *Journal of Royal Society of Medicine*, 84, 637–8.

- Bodley Scott, R. (1965) The bedside manner. *Medical Social Transactions Vol. 82*.
- Bradbury, M. and Cooke, J. (1992) *New Writing*. London: Minerva with the British Council.
- Brandon, S. (1991) Ethics economics and science. *Journal of Royal Society of Medicine*, 84, 575-7.
- Brown, R.G. (1991) Thomas Szasz, mental illness and psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 7, 283-294.
- Buber, M. (1952) *I and Thou*. Edinburgh: T. and T. Clark. Casement, P. (1985) *Learning from the Patient*. London: Tavistock Publications.
- Chappie, J. (1990) Planning 'new' genetics services. *Journal of Royal Society of Medicine*, 83,64-5.
- Clancier, A. and Kalmanovitch, J. (1987) *Winnicott and Paradox*. London: Routledge.
- Clynes, M. (1983) *Music, Brain, and Mind*. New York: Plenum Press.
- Cookson, C. (1992) The man who would play god. *Article in the Financial Times* 1.2.92.
- Cooper, W. (1991) Peter Medawar. *Article in the Independent Magazi-ne*. 2.11.91.
- Cox, M. (1978) *Structuring the Therapeutic Process*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Curtis, A. (1992) Atreat for the senses: the breadth of Calvino's work. *Financial Times* 1.3.92.
- Culyer, A.J. (1991) *The Promise of a Reformed NHS: An Economist's Angle*. *KMJ* 302,1253-6.
- David, A.S. (1990) On insight and psychosis: discussion paper. *Journal of Royal Society of Medicine*, 83, 325-329.
- Dipple, E. (1980) *Plot*. London: Methuen and Co.
- Borland, W.A.N. (1988) *Illustrated Medical Dictionary*. Philadelphia: Saunders.
- Erikson, E.H. (1968) *Identity: Youth and Crisis*. London: Faber and Faber.
- Feder, E. and Feder, B. (1981) *Expressive Arts Therapies*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Fisher, L.A. and Levene, C. (1989) *Planning a Professional Curriculum: Guide to Programme Design*. Alberta: University of Calgary.
- Forster, E.M. (1949) *Aspects of the Novel*. London: Edward Arnold.
- Fox, W. (1983) *Compliance of Patients and Physicians: Experiences and Lessons from Tuberculosis*. *BMJ*. 287, 33-5 and 101-5.
- Fox, W. (1992) What is the best dose schedule for patients. *Journal of Royal Society of Medicine*, 85,305.
- Frater, A. and Costain, D. (1992) *Any better? Outcome Measures in Medical Audit*. *BMJ* 304,519.
- Fulford, K.W.M. (1990) *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gershwin, I. (1937) They can't take that away from me. Song with Gershwin G. New York: Chappell and Co.
- Godlee, P. (1992) *Elderly People Abused at Home and in Care*. *BMJ* 304,333.
- Goffman, E. (1974) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1984) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Gordon, R. (1965) The concept of projective identification. *Journal of Analytical Psychology*. 10,127-147.
- Green, H. (1992) *Surviving: The Uncollected Writings of Henry Green*. Edited by Matthew Yorke. London: Chatto.
- Greene, J. and D'Oliveira, M. (1989) *Learning to Use Statistical Tests in Psychology: A Student's Guide*. Milton Keynes: Open University Press.
- Greenberg, R.N. (1984) Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clinical Therapy* 6, 592-9.
- Greer, S., Moorey, S., Baruch, J.D.R., Watson, M., Robertson, B.M., Mason, A., Rowden, L., Law, M.G. and Bliss, J.M. (1992) *Adjuvant Psychological Therapy for Patients with Cancer: A Prospective Randomised Trial*. *BMJ* 304, 675-80.
- Gregory, R. (1992) The art of science. (An interview with Christian Tyler) in the *Financial Times* 15/16.2.1992.

- Grolnick, S.A. and Lengyel (1978) Etruscan burial symbols and the transitional process. In S.A.
- Grolnick, L. Barkin and W. Muensterberger (1978) *Between Reality and Fantasy*. New York: Jason Aronson.
- Grof, S. (1977) The implications of psychedelic research for anthropology. In Lewis, L. *Symbols and Sentiments: Cross-Cultural Studies in Symbolism*. New York: Academic Press.
- Hansen, P.A. (1991) A suggested medical curriculum for learning about complementary medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 84, 702.
- Harper, P.S. (1991) *Huntingdon's Disease*. Philadelphia: Saunders. Harper, P.S. (1992) *Genetics and Public Health*. BMJ 304, 721. Harris, D.B. (ed) (1967) *The Concept of Development: An Issue in the Study of Human Behaviour*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Harris, P. (1988) *Designing and Reporting Experiments*. Milton Keynes: Open University Press.
- Hayslett, H.T. and Murphy, P. (1979) *Statistics Made Simple*. London: W.H. Allen.
- Herxheimer, A. (1991) *Challenge for Clinical Trialists*. BMJ 303,1076.
- Higgins, R. (1963a) Permanence in Institutions. *New Society*. 11.7.63.
- Higgins, R. (1963b) The perception of the body surface. *British Journal of Medical Psychology*. 36, 261-270.
- Higgins, R. (1963c) The concept of maladjustment: its social consequences. *Human Relations*, 16,61-73.
- Higgins, R. (1990) Emotional and behavioural difficulties: some general points. In Varma, V. (ed) *The Management of Children with Emotional and Behavioural Difficulties*. London: Routledge.
- Higgins, R. (1991) Chapters 11,12 and 13 on treating the withdrawn child in the use of play, art and music. In Varma, V. (ed) *Truants from Life*. London: David Fulton Publishers.
- Higgins, R. (1992) Chapters 1 and 2 on the secret life of the depressed and the neurotic child. In Varma, V. (ed) *The Secret Life of Vulnerable Children*. London: Routledge.
- Hillman J. (1983) *The Healing Fiction*. New York: Station Hill Press.
- Hillman, J. (1990) *From Mirror to Window: Curing Psychoanalysis of its Narcissism*. Spring 19,62-75.
- Hinshelwood, R.D. (1989) *A Dictionary of Kleinian Thought*. London: Free Association Books.
- Hodes, M., Eisler, I. and Dare, C. (1991) Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: a review. *Journal of Royal Society of Medicine*, 84, 359-62.
- Hope, K. (1967) *Elementary Statistics: A Workbook*. London: Pergamon Press.
- Hope, K. (1968) *Methods of Multivariate Analysis*. London: University of London Press.
- Hospers, J. (1967) *Introduction to Philosophical Analysis*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Hunter, K.M. (1991) *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton: Princeton University Press.
- Hutchison, R. and Hunter, D. (1945) *Clinical Methods*. London: Cassell.
- Institute of Psychiatry, Department of Psychiatry Teaching Committee. (1982) *Note on Eliciting and Recording Clinical Information*. London: Oxford University Press.
- Johnson, R.A. (1991) *Owning Your Own Shadow: Understanding the Dark Side of the Psyche*. San Francisco: Harper Collins.
- Joseph, J. (1992) *Warning*. In Selected Poems. Newcastle Upon Tyne: Bloodaxe Books Ltd.
- Jung, C.G. (1946) *Psychological Types or the Psychology of Individuation*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd.
- Kazdin, A.E. (1982) *Single-case Research Designs*. Oxford: Oxford University Press.
- Klein, E. (1966) *Etymological Dictionary of the English Language*. New York: Elsevier.
- Kokoschka, O. and Marnau, A. (ed) (1992) *Oskar Kokoschka letters 1905-76*. London: Thames and Hudson.
- Kretschmer, E. (1949) *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory of Temperament*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Lanser, S.S. (1981) *The Narrative Act*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Laslett, P. (1990) *A Fresh Map of Life*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Lewis, C.T. and Short, C. (1879) (impression of 1933). *A Latin Dictionary*. Oxford: Clarendon Press.
- Lovestone, S. and Fahy, T. (1991) *Psychological Factors in Breast Cancer*. BMJ 302,1219-20.
- Mason, P. (1990) *Deconstructing America: Representation of the Other*. London: Routledge.
- Matte-Bianco, I. (1975) *The Unconscious as Infinite Sets*. London: Duckworth.
- Mayer, A.C. (1989) Anthropological memories. *Man*. 24, 203-18.
- Messiaen, O. (1944) *Technique of my Musical Language*. Translated by Satterfield J. Paris: Leduc.
- Mitchell Noon J. (1992) Counselling GP's: the scope and limitations of the medical role in counselling. *Journal of Royal Society of Medicine*, 85, 126.
- Moore, T. (1990) *The Planets Within*. Massachusetts: Lindisfarne Press.
- Murphy, E. (1992) *Community Care: "The Cascade of Change"*. BMJ 304, 655.
- Ogden, C.K. and Richards, I.A. (1946) *The Meaning of Meaning*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner. Osgood, N.J. and Sontz, A.H.L. (1989) *The Science and Practice of Gerontology*. London: Jessica Kingsley Publishers. Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchini, G. and Praia, G. (1981) *Paradox and Counter-paradox*. London: Jason Aronson. Papini, G. (1969) A visit to Freud. Reprinted in Rev. *Existential Psychology and Psychiatry* 9.130-4. Pribram, K.H. (1983) Brain mechanism in music: protogomena for a theory of the meaning of life. In M. Clynes (ed) *Music, Brain and Mind*. New York: Plenum. Pritchard, J. (1992) *The Abuse of Elderly People: A Handbook for Professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Quin, C.E. (1992) The centre thought to control sensory and motor activity in the early history of medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 85,102-105.
- Qureshi, B. (1992) How to avoid pitfalls in ethnic medical history, examination and diagnosis. *Journal of Royal Society of Medicine* 85, 65-6.
- Rapport, N. (1992) Discourse and individuality: Bedouin talk in the Western Desert and the South Sinai. *Anthropology Today*. 8,18-21.
- Reason, P. and Rowan, J. (1981) *Human Inquiry*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Reason, P., Chase, H.D., Desser, A., Melhuish, C, Morrison, S., Peters, D., Wallstein, D., Webber, V. and Pietroni, P.C. (1992) Towards a clinical framework for collaboration between general and complementary practitioners: discussion paper. *Journal of Royal Society of Medicine*, 85,161-164.
- Redfearn, J.W.T. (1985) *My Self, My Many Selves*. London: Academic Press.
- Rees, J. (1992) *Forward Dermatology: Genes Looking for Diseases*. BMJ 304, 590.
- Renfrew, C. and Cooke, K.L. (1979) *Transformations: Mathematical Approaches to Cultural Change*. London: Academic Press.
- Richmond, C. (1989) *Myalgia Encephalitis, Princess Aurora, and the Wandering Womb*. BMJ 298,1295-6.
- Ritson, B. (1989) *Freer Thinking*. BMJ 298,1325.
- Russell, B. (1932) *Mysticism and Logic*. London: George Allen and Unwin.
- Rycroft, C.F. (1968) *A Critical Dictionary of Psycho-analysis*. London: Nelson.
- Rycroft, C.E (1985) *Psychoanalysis and Beyond*. London: Chatto and Windus.
- Sacks, O. (1986) *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*. London: Pan Books.
- Sackett, D., Haynes, R.B. and Tayler, D.W. (1979) *Compliance in Health Care*. Baltimore, M.D.:John Hopkins University Press.

- Samuels, A., Shorter, B. and Plaut, E (1987) *A Critical Dictionary of Jungian Analysis*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Sandier, J. (1988) *Projection, Identification, and Projective Identification*. London: Karnac.
- Savitz, C. (1990) The burning cauldron: transference as paradox. *Journal of Analytic Psychology*, 35, 41-59.
- Schroeder, L.D., Sjoquist, D.L. and Stephan, RE. (1986) *Understanding Regression Analysis*. California: Sage.
- Seedhouse, D. (1991) *Liberating Medicine*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Shapiro, D. (1965) *Neurotic Styles*. New York: Basic Books.
- Sheldon, W.H. (1940) *Varieties of Human Physique*. New York: Harper / and Bros.
- Sheldon, W.H. (1942) *Varieties of Temperament*. New York: Harper and Bros.
- Shelston, A. (1977) *Biography*. London: Methuen and Co. Singh, S.P. (1992) Polarisation of art and science. *Journal of Royal Society of Medicine*, 85, 304.
- Smith, R. (1991) *Where is the Wisdom"? The Poverty of Medical Evidence*. BMJ 303, 798-9.
- Sontag, S. (1978) *Illness as Metaphor*. London: Alien Lane. Sontag, S. (1989) *Aids and its Metaphors*. London: Alien Lane. Spitzer, R.L., Gibbon, M., Skodol, A.E., Williams, J.B. W. and First, M.B. (1989) *DSM-III-R Casebook*. Washington: American Psychiatric Press.
- Stern, D.N. (1977) *The First Relationship: Infant and Mother*. Glasgow and London: Fontana.
- Stern, D.N. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Storr, A. (1988) *Solitude*. London: Fontana.
- Stuart-Hamilton, I. (1991) *The Psychology of Ageing*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stuart-Hamilton, I. (1994a) *A Dictionary of Psychology*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stuart-Hamilton, I. (1994b) *A Dictionary of Cognitive Psychology*. London: Jessica Kingsley Publishers. Stuart-Hamilton, I. (1994c) *A Dictionary of Developmental Psychology*. London: Jessica Kingsley Publishers. Swinscow, T.D.V. (1990) *Statistics at Square One*. London: BMA Publication.
- Szasz, T. (1961) *The Myth of Mental Illness*. New York: Hoeber. Tauber, A.I. (1991) On pigeons, physicians, and placebos. *Journal of Royal Society of Medicine*, 84, 328-331. Tognoni, G., Alii, C, Avanzini, E, Bettelli, G., Colombo, E, Corso, R., Marchioli, R. and Zussino, A. 1991. *Randomised Clinical Trials in General Practice: Lessons from a Failure*. BMJ 303,969-71.
- Varma, V.P. (ed) (1990) *The Management of Children with Emotional and Behavioural Disorders*. London and New York: Routledge.
- Voltaire, F.-M. A. De (1759) *Candide or Optimism*. Translated by Aldington R. 1928. London: John Lane the Bodley Head.
- Weatherall, D. (1989) *Gene Therapy: Getting There Slowly*. BMJ 298, 691-2.
- Welldon, E.V. (1988) *Mother, Madonna, Whore*. London: Free Association Books.
- Winnicott, D.W. (1965) *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications.
- Winnicott, D.W. (1971) *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1974) *Playing and Reality*. London: Penguin Books.
- Zinkin, L. (1987) The hologram as a model for analytical psychology. *Journal of Analytic Psychology*, 32,1-21.

Научное издание

Серия «Мастер-класс»

Робин Хиггинс

МЕТОДЫ АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ:

Руководство для начинающих психотерапевтов

Редактор – *О. В. Шапошникова*

Обложка – *О. Шевцова*

Компьютерная верстка – *А. Пожарский*

Корректор – *Е. В. Феоктистова*

ИД № 05006 от 07.06.01

Сдано в набор 16.10.02. Подписано в печать 20.11.02.

Формат 60×90/16. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Baskerville.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,0. Уч.-изд. л. 10,5.

Тираж 4000 экз. Заказ 7744.

Издательство «Когито-Центр»

129366, Москва, ул. Ярославская, 13

Тел.: (095) 216-3604, тел./факс (095) 282-0100

E-mail: visu@psychol.ras.ru [http:// www.cogito.msk.ru](http://www.cogito.msk.ru)

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленных диапозитивов
в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93.