

КОНЦЕНТРИРОВАННАЯ
ПСИХОЛОГИЯ

Ги Палмад

ПСИХОТЕРАПИЯ

11-е издание

 ПИТЕР

**КОНЦЕНТРИРОВАННАЯ
ПСИХОЛОГИЯ**

Guy Palmade

LA PSYCHOTHERAPIE

11^e édition



Ги Палмад

ПСИХОТЕРАПИЯ

11-е издание

Научный редактор перевода на русский язык
доктор психологических наук,
профессор С. А. Соловьева



Москва • Санкт-Петербург • Нижний Новгород • Воронеж
Ростов-на-Дону • Екатеринбург • Самара
Киев • Харьков • Минск
2003

ББК 53.57
УДК 615.851
П14

П14 Психотерапия / Г. Палмад. — 11-е изд. — СПб.: Питер, 2003. — 160 с. — (Серия «Концентрированная психология»).

ISBN 5-94723-428-9

Данное пособие посвящено систематизированному изложению основных методов психотерапевтического воздействия. Вслед за рассмотрением основных форм психозов и неврозов, а также нарушений поведения и других пограничных состояний приводятся соответствующие методы воздействия, используемые как в «большой» психиатрии при лечении психозов, так и в терапии пограничных нервно-психических расстройств. Приводится классификация основных видов психосоциального воздействия, рассматриваются разнообразные методы психотерапии. Значительное внимание уделяется различным формам психоаналитического воздействия, начиная с психотерапевтических разработок З. Фрейда, К. Юнга и А. Адлера и заканчивая современными версиями психоаналитической психотерапии. Рассматриваются особенности психотерапии при работе с детьми. Автор уделяет большое внимание изложению показаний для психотерапии, рассматривая ее не только как эффективный метод терапии пограничных нервно-психических расстройств, но также анализируя возможности применения психоанализа при шизофрении. Книга несомненно будет полезна как студентам, так и опытным практикующим психотерапевтам.

ББК 53.57
УДК 615.851

ISBN 2 13 042815 0 (франц.)

ISBN 5-94723-428-9

© Presses Universitaires de France, 1951

© Перевод на русский язык

ЗАО Издательский дом «Питер», 2003

© Издание на русском языке, оформление
ЗАО Издательский дом «Питер», 2003

Оглавление

Введение	8
Глава 1. Психиатрия и психотерапия	11
I. Эволюция психиатрии	12
II. Классификация психических расстройств	14
Расстройства настроения и поведения	17
Расстройства и девиации характера	19
Токсикомании	21
Шизофрения	21
Маниакально-депрессивный психоз	25
Нарушения психического развития	26
Инволюционные психиатрические синдромы ..	29
Органические психозы	30
Эпилепсия	32
III. Психиатрические непсихологические терапии ..	33
Глава 2. Психотерапия без систематизированного обоснования	42
Недирективная терапия	58
Экзистенциальное направление	61
Глава 3. Психоанализ	65
I. Психоаналитическая наука	66
Общие принципы	66

Сексуальное развитие ребенка в младенчестве (раннем детстве).....	69
Психоаналитическая схема психического аппарата и его функционирование	74
II. Психоаналитическая терапия	80
Глава 4. Символическая эффективность	97
I. Символическая эффективность в целом	99
II. Детская психотерапия	101
III. Психотерапия шизофреников	103
IV. Вызванная символическая проекция в психотерапии	107
Глава 5. Групповая терапия	111
I. Групповые сеансы	111
II. Психодрама	119
III. Театротерапия в целом	121
IV. Социодрама	124
Глава 6. Диверсификация психотерапии	127
Институциональная психотерапия	129
Поведенческие терапии	131
Телесная психотерапия	133
Психосоматический подход	135
Психотерапия методом «двойного ограничения» (парадоксального предписания) ...	139

Семейная терапия	141
Терапия пары	144
Трансактный анализ	145
Наркоанализ	147
Заключительные замечания	150
I. Показания для различных психотерапевтиче- ских техник	152
II. Контроль эффективности психотерапевтиче- ских методик	154
III. Психотерапия и психология	156
IV. Формирование и выбор психотерапевтов	157

Введение

Было бы невозможно рассматривать *a priori* психотерапию как лечение интеллектуальных расстройств. «Всякий метод, при помощи которого на рассудок может быть оказано благоприятное воздействие, и называется собственно психотерапией» (Beatrice M. Nikle, цитируемая Janet, *Les Meditations psychologiques*, t. III, p. 462.). Но так же верно, что можно «повлиять на рассудок» способами, которые не являются психологическими, что приведет к некоторой гетерогенности в области дефиниций. С другой стороны, то, что мы называем рассудком, не позволит затронуть ряд проблем.

Напротив, есть нечто, что мы можем познать (непосредственно и зачастую успешно): это то, что мы делаем — наши действия, поступки. Итак, психотерапия определяется не при помощи своего объекта, но через средства, которые она использует. «Электротерапия, гидротерапия не являются лечением электричества или воды, но лечением электричеством и водой, психотерапия — это лечение не рассудка, а посредством рассудка» (Grasset, цитируемый Janet). Психотерапия — это комплекс психологического воздействия.

Представив общее определение, можно задать вопрос: говорить о «психотерапии» или о «психотерапиях»? В действительности, перед нами не группа иерархизированных и скоординированных техник, а чаще теории и различные способы, которые могут даже показаться антагонистическими.

Однако методы психотерапии очень четко различаются по своему психологическому характеру, и с психоаналитической точки зрения можно было бы дать отчет о большей части применяемых процессов. Может быть рассмотрено некоторое единство этого «собрания», но это не исключает проблем, которые могут возникнуть внутри него.

В начале книги мы дадим краткое описание различных неврозов и психозов, также как психиатрических непсихологических терапий. Это резюме позволит читателю, не знакомому с данным предметом или имеющему незначительные познания в этой области, получить представление, достаточное для хорошего понимания основной части работы (надеемся на это).

Мы намеренно не стали концентрировать наше повествование вокруг теоретических или методологических концепций. Эти концепции не являются в достаточной степени однозначными, чтобы избежать долгих рассуждений. В этих условиях мы следуем за постепенным развитием, имеющим преимущество соответствия исторической эволюции, вовсе не исключая некоторого логического развития. Нас, возможно, упрекнут в непридании достаточного значения психоанализу, но этой теме уже посвящено множество ознакомительных работ.

Авторы старались быть объективными, то есть попытались представить все достаточно значимые и вразумительные психотерапевтические методы. Однако в данных условиях мы чаще вынуждены ставить задачи, чем их решать. Такая позиция соответствовала, впрочем, нашей собственной идее.

В книге даны только краткие сведения об идеях Юнга и Адлера. Они нам показались более сложными в теоре-

тическом плане по сравнению с терапевтическими методами, которые нам кажутся мало дифференцированными. Впрочем, предлагаемое пособие, оставаясь в рамках общего предмета, направлено, прежде всего, на «методы» психотерапии.

Глава 1

Психиатрия и психотерапия

Психотерапия может, с одной стороны, рассматриваться как прикладная психология, с другой — как одна из техник группы методов, применяемых в психиатрии — области медицины, которая занимается психическими заболеваниями. Психотерапия ставит проблему разграничения медицины и психологии, о чем мы обязательно упомянем на заключительных страницах этой книги. Но на данный момент необходимо подчеркнуть, что исторически психотерапия складывалась на основе психиатрии и что если Фрейд постиг и определил психоанализ как науку и метод (который он рассматривал в основном как самостоятельный), он не является от этого в меньшей степени врачом и совершал открытия в рамках своей медицинской деятельности. С другой стороны, до Фрейда психические заболевания лечились как общие.

Поскольку психотерапия «выросла» из психиатрии, то кажется естественным предварить ее изучение обобщенным представлением психиатрических методов. Это позволит более четко понять, что такое сегодня область собственно психотерапии.

I. Эволюция психиатрии

В течение очень длительного времени в западном обществе наличие у человека психического расстройства автоматически влекло за собой полную изоляцию больного от общества. Такие люди оценивались как абсолютно неспособные жить в обществе, опасные для окружающих, их называли «душевнобольными» (*aliénus*).

Медицина средневековья «обращалась» с душевнобольными как с любыми другими больными (слабительное, кровопускание, растирания, припарки и т. д.). Ни о каком особо чутком отношении даже не шло речи: «Если это представлялось необходимым, их, не колеблясь, ругали, били и, чтобы помешать им спать, связывали или призывали к другим».

Однако с определенного момента некоторые психиатры начинают бороться с подобным отношением к душевнобольным, чтобы облегчить их участь.

Тенон в 1788 году описал такую ситуацию с душевнобольными в *Hôtel-Dieu*: «Для душевнобольных нет ни отдельных комнат, ни постелей, а две залы: одна для мужчин, другая для женщин. В первой, расположенной напротив комнаты для раненых, десять кроватей, каждая — на четверых, и две маленьких кровати — для сорока двух мужчин. Вторая, отделенная простой перегородкой от комнаты больных лихорадкой, содержала для тридцати двух женщин шесть больших и восемь маленьких кроватей. О каком свежем воздухе может идти речь в немыслимо малых помещениях с кроватями в четыре ряда, когда в постелях спят трое или четверо сумасшедших, которые теснятся, толкаются, дерутся, которых связывают по рукам и ногам, которым учиняют неприятности?..»

Освобождению душевнобольных во Франции способствовали Дакуэн и Пинель (1745–1826), в Англии — Уильям Тьюк, а в Италии — Винсент Чьяруджи.

Эскироль продолжил во Франции дело Пинеля. В 1818 году он наблюдал положение душевнобольных в провинции: «Я их видел, прикрытых лохмотьями, имеющих только солому, чтобы укрыться..., в тесных, грязных, смрадных конурах, без воздуха и света, закованных в кандалы, в логовищах, куда бы пожалели посадить на цепь диких животных».

В более поздний период не только лечение психически больных стало иным, но также пришло ясное понимание того, что не существует четких границ между нормой и болезнью. Действительно, могут быть выявлены промежуточные формы. Изучение патологии может многим помочь в понимании нормы. Психическое расстройство — своего рода карикатура на нормального человека, она «выпячивает» некоторые тенденции, существующие у последнего. Патологическая психология может иногда привести к характерологии. Мы не можем настаивать на этом предмете. Из всех рассматриваемых предметов он стал для нас основополагающим. Не может существовать психотерапии, если нет связи и контактов между нормой и патологией. Психосоциальная эволюция психиатрии, сделав отношения психиатра и пациента более гуманными, сделала постижимым психологическое отношение, посредством которого первый воздействует прямо или косвенно на второго. Становление гуманизма отношений психиатр—пациент не должно восприниматься только в «гуманитарном» смысле — процесс состоит также в выяснении патологического поведения, которому находят человеческое объяснение, заново вводя больного в мир людей. Эволю-

ция психиатрии в этой перспективе готовит и возвещает психотерапию.

II. Классификация психических расстройств

Существует мало областей, более противоречивых, чем проблема классификации психических расстройств. Даже при ближайшем рассмотрении понятно, что возможны два принципа классификации. Например, этиологическая классификация или клиническая классификация. Но в силу недостаточности наших нынешних знаний, невозможно составить чисто этиологическую классификацию. Напротив, чисто клиническая классификация объединяет синдромы, которым не всегда соответствует прообраз физиологических причин. Таким образом, большинство классификаций используют одновременно оба принципа, которые мы только что представили, — что не делает положение более ясным. Добавим, что в формировании симптомов в психиатрии, больше чем причина болезни или нарушения, вносит реакция личности больного.

Однако в той мере, в какой диагноз соответствует различным синдромам эволюций и различных терапий, он, по меньшей мере, очень полезен. Следовало бы упростить его, составив опись и четкую классификацию известных различных психических расстройств. Мы считаем нашим долгом дать в начале книги обзор основных выявленных синдромов.

Психозы и неврозы. Существует большое количество людей, страдающих расстройствами интеллектуальной деятельности и характера, но в относительно легкой форме.

Они сильно отличаются от душевнобольных, от субъектов, подверженных психозу, и не столь четко отличаются от нормальных. Они чаще всего осознанно (особенно те из них, кто подвержен преимущественно субъективным расстройствам) жалуются и ищут помощи.

Можно считать, что неврозы имеют в основном психологические причины, и с точки зрения лечения они апеллируют к психотерапии. Напротив, в своем комплексе, более органичные по своим причинам и клинической картине психозы лечатся другими способами.

Подобная точка зрения сама по себе неоправданна. Однако необходимо было бы также остерегаться ее опровергать или разделять ее в полной мере. Можно выявить психологические детерминанты некоторых психозов, можно рассмотреть физиологические феномены в неврозах. Психозы могут быть чувствительными к некоторым формам психотерапии. К этой теме мы вернемся позже. Но с настоящего момента можно утверждать, что будет ошибкой проводить четкую границу между психозами и неврозами.

Основные клинические синдромы. Было бы, конечно, интереснее представить различные клинические синдромы, сопроводив каждый из них необходимыми пояснениями о терапевтических методах, которые должны использоваться для лечения данных синдромов. Это позволило бы судить в деталях о важности, которую придает психотерапии классическая психиатрия. Но следует отдавать себе отчет в том, что такое предприятие, будь оно сейчас (и в принципе) возможно, превзошло бы по своей сложности и объему рамки данной работы. С другой стороны, как мы это увидим ниже, если исторически психотерапия «выросла» из психиатрии, то это отнюдь не значит, что она

должна в основном рассматриваться и развиваться как один из терапевтических методов психиатрии. Именно поэтому мы удовольствуемся тем, что дадим отдельно и кратко несколько пояснений, с одной стороны, о классификации психических расстройств, с другой стороны — о терапевтических методах.

Мы придерживаемся в данном исследовании следующей классификации.

1. Расстройства настроения и поведения:

- 1) депрессия;
- 2) гиперэмоциональность;
- 3) невроз;
- 4) сенестопатия и деперсонализация;
- 5) психастения, навязчивые и фобические состояния;
- 6) тревожные и ипохондрические состояния;
- 7) питиазм, истерия, психическая анорексия.

2. Пертурбации/расстройства и девиации характера:

- 1) сексуальные перверсии;
- 2) криминогенные перверсии;
- 3) бред характера;
- 4) невроз неудачи;
- 5) психотические тенденции.

3. Токсикомании:

- 1) алкоголь, морфий и т. д.

4. Шизофрения:

- 1) гебефрения;
- 2) кататония и каталепсия;
- 3) параноидная и паранойяльная деменция.

5. Маниакально-депрессивный психоз.
6. Расстройства психического развития.
7. Инволюционные психиатрические синдромы:
 - 1) пресенильные недементные синдромы;
 - 2) дементные синдромы.
8. Дементные состояния и органические психозы:
 - 1) болезнь Бейля (общий паралич);
 - 2) психические расстройства при церебральных опухолях;
 - 3) токсико-инфекционные острые психозы.
9. Эпилепсия.

Расстройства настроения и поведения

Расстройства (особенно простые расстройства) настроения и поведения бесчисленны. Мы приведем лишь несколько примеров. Депрессия определяется как усталость, обескураженность, ощущение бессилия. Гиперэмоциональность появляется при ненормальной интенсивности и продолжительности аффективных реакций. Невроз определяет гиперактивность, которая не приводит к результату, а также нестабильность, состояние напряжения, которое не позволяет обрести отдых.

Сенестопатии представляют собой расстройства общей чувствительности. Больной теряет ощущение существования своего тела или мысли. Иногда он не ощущает самого себя, у него складывается впечатление, что его личность как бы «растворяется» (синдромы деперсонализации). В других случаях расстройство локализуется. В некоторых впечатление отсутствия жизни сопровождается странными ощущениями.

Обсессии выражаются в появлении отклоняющихся идей, которые кажутся странными личности субъекта и с которыми он в ужасе борется. Обсессии могут проявляться в какой-либо идее, но также в страхе (фобия): боязнь пересекать открытые пространства (агорафобия), оставаться в замкнутом помещении (клаустрофобия), страх всего живого...

Тревожность — это беспредметный страх, тягостное чувство ожидания. Тревожность допускает бесчисленные вариации (Клод и Леви Валенси выделяли 17 типов). Чистое состояние тревожности включает диффузный тревожный фон и пароксизмы. Если чувство тревожности сопровождается реакциями соматического характера, то оно становится страхом. Если больной предъявляет в качестве объекта своей тревожности свое собственное состояние здоровья, то мы сталкиваемся с ипохондрией.

Случаи истерии (пятиатизма) выражаются через неврологические симптомы или нервные кризисы. Неврологические проявления/симптомы могли бы сойти за органические поражения. Благодаря Бабински мы имеем возможность их различать. Нервный кризис чаще всего проявляется как «приступ раздражения/нервозности». Он не сопровождается органическими расстройствами эпилепсии и не обладает ни резкостью, ни непродолжительностью эпилептического приступа. Наблюдаются также, но очень редко, каталептические или каталептически-кататонические приступы.

Психическая анорексия часто проявляется у детей, в период полового созревания — у девушек. У этих лиц наблюдается привычка ограничивать себя в еде. В некоторых случаях создается впечатление настоящей атаки на инстинкт самосохранения. Психическая анорексия, впрочем, чаще бывает только симптомом.

Расстройства и девиации характера

Общей чертой расстройств, которые мы только что представили, является проявление осложнений или генетической предрасположенности (которые могут быть очевидно крайне тягостными — даже практически лишать всякой активности), которые мешают субъектам нормально существовать, но не изменяют жизненной ориентации, отношений с другими; не касаются самой природы того, что называют «характером». Напротив, пертурбации, которые мы опишем ниже, тем или иным образом меняют сам принцип жизни, цель существования, отношения с другими — одним словом, характер.

Так же как для расстройства настроения и поведения, здесь можно различать бесчисленное множество типов, мы можем лишь привести примеры. Впрочем впоследствии станет очевидно, что в этой области интереснее изучать психогенез каждого случая (надо его изучать по мере того, как развивается психотерапия), чем пытаться с точностью классифицировать каждый случай, так как любые классификации остаются более или менее произвольными.

Сексуальные перверсии влияют на сексуальные отношения и также на отношения с другими людьми. Среди них различают: бессилие и фригидность, гомосексуальность, вуайеризм, эксгибиционизм, фетишизм, садизм, мазохизм, некрофилия, каннибализм. Мы не продолжаем этот перечень, но должны заметить, что существуют еще различные нюансы между нормой и названными заболеваниями и что промежуточные скрытые состояния могут быть социально самыми важными¹.

¹ *Psychopatia sexualis*, Krafft-Ebing, Payot, Paris, 1950. Можно спросить, есть ли в случае гомосексуальности перверсия?

Можно задать себе вопрос, существуют ли действительно криминогенные специфические перверсии? Вероятнее, что преступление — это симптом реакции на причины, которые могут быть очень разнообразными, как это чаще всего случается в психологии. Во всяком случае, часто очень трудно различить патологию и норму, и эти проблемы остаются достаточно неясными.

Под характерным бредом мы понимаем более или менее интенсивные и систематизированные бредовые состояния, которые образуются вокруг характерного поведения. Например, бред ненависти, которая на коллективном фоне даст комплекс «козла отпущения» (Барук). Бред ревности. Бред притязания. Эротомания (Эскироль, Клерамбо), состоящая в основном в желании быть объектом плотской любви. Мания преследования, тенденция преследуемый—преследователь, домашний палач и т. д.

Неврозы неудачи были изучены многими психоаналитиками. Они образуют очень важную группу и могут быть представлены в разных аспектах. Однако во всех случаях субъекты, которые им подвержены, кажется, не могут вынести успех и бессознательно определяют свой собственный провал.

Следует теперь заметить, что изучаемые заболевания, если они переходят некоторую интенсивность и прочно закрепляются, являются настоящими психозами. В этом случае ведут речь об аффективном психозе, психозе ненависти и т. д.

Наоборот, психозы (которые мы сейчас представим) представляют собой более легкие случаи, они разместятся в ряду расстройств характера. Мы рассмотрим субъектов, имеющих шизоидные тенденции или циклоидальные тенденции. Отметим существование параноического ха-

рактера (преследуемый–преследователь, гордость/спесь, недоверие/подозрительность). Были выделены истероидный/истерический характер и эпилептический характер. Существованию одной или другой из этих различных тенденций соответствует особая органофизическая конституция.

Токсикомании

Токсикомания появляется каждый раз, когда привычка к токсическому веществу такова, что с момента ее отмены субъект ощущает серию недомоганий, вызванных нехваткой этого токсического вещества/токсина: это состояние потребности.

Не будет несправедливым рассматривать токсикоманию как расстройство характера. Действительно, какова бы ни была природа токсикомании, у этих больных существует особая психическая сущность. Простое лечение и выздоровление никоим образом не мешают наркоману в какой-нибудь момент возвратиться к своей привычке. Известен размах, который приняла на сегодняшний день проблема наркотиков.

Шизофрения

При шизофрении личность поражается в некотором роде изнутри. Она дробится, расщепляется, делится на различные фрагменты. Это разделение затрудняет всякое действие и приводит к тому, что субъект отгораживается от внешнего мира. С другой стороны, шизофреник характеризуется серьезным ослаблением психологического тонуса, что приводит более или менее быстро к деменции и истощению (за некоторыми исключениями, например в случае успешного терапевтического вмешательства).

Шизофрения характеризуется также разрывом контакта с окружением, прогрессирующей дезадаптацией к среде.

Мы последовательно представим гебефрению, кататолию, параноидные деменции.

а) Гебефрения. Она проявляется у молодых людей в резких и драматических формах. Вначале встречаются субъективные физические расстройства (продромальная соматическая фаза), или некоторая необычная тенденция к уединению, или идеи воздействия, галлюцинаторные и бредовые реакции. Эти различные элементы, очевидно, могут комбинироваться. Встречаются также состояния возбуждения, которые могут более или менее напоминать маниакальное возбуждение, но не дают такого же впечатления жизнерадостности. Следует отметить также интеллектуальное возбуждение с ригидными формами мышления (патологический рационализм). Но особенно трагичен характер больных, который принимает форму интенсивной ненависти. Заметим так же, что зачастую вначале наблюдается сильное сексуальное возбуждение. В некоторых случаях гебефрения принимает бредовую форму: тогда мы сталкиваемся с бессвязной формой бреда, достаточно неопределенной, но которая может привести к очень жестоким и опасным действиям. Отметим во многих случаях важность невербального выражения: взгляд кажется мертвым.

Среди девушек (особенно в начальной стадии заболевания) встречаются депрессивные формы. Они проявляют себя очень заторможенными и кажутся заблокированными. В других случаях, напротив, мы сталкиваемся с нервными приступами, которые напоминают большой истерический приступ Шарко. Но, в противоположность истерии, при этом затрагивается само психическое основание.

В общих чертах гебефрения характеризуется биполярностью: анестезия—аффективная гиперестезия, а также аутизмом (Блейлер—Минковски). Классически больных гебефренией рассматривают как индифферентных. В действительности, хотя в целом они и индифферентны, у них существуют все же гиперчувствительные точки.

Блейлер и Минковски специально описали шизофренический аутизм. Большая часть больных замыкается, уходит в себя и отделяется от реальности. Они прячутся в химерических концепциях. Барук показал, что у некоторых шизофреников существует «реакция присутствия». Речь идет о «чем-то вроде застенчивости, доведенной до фантастического предела и способной даже поставить жизнь под угрозу».

Достаточно часто эти расстройства сопровождаются снижением психического тонуса. Физическая активность сводится к автоматическим формам: встречается маньеризм, реакции отсутствия, ответы в сторону, вербальные и двигательные стереотипии.

б) Кататония и каталепсия. Кататония характеризуется мышечными нарушениями (судороги — некоторые из которых очень впечатляющие), которые наблюдаются наравне с психическими расстройствами. При каталепсии субъект неподвижен, но не парализован, его автоматизмы сохраняются. Каталепсия — это один из элементов кататонии, но может существовать и без нее. Также часто встречается то сопротивление движению (негативизм), то более обобщенное противодействие. Иногда больной делает совершенно противоположное тому, что ему приказывают, иногда у него отмечаются внезапно наступающие серии патологических движений (гиперкинезия). Нервные кризисы более или менее истерической формы не яв-

ляются исключением. Наконец, необходимо отметить также и наличие двигательных стереотипов.

Классификация всякой кататонии в рамках *démence précoce* не допускается ни одним из авторов (Барук).

в) **Параноидный психоз.** Бред приобретает здесь решающее значение. Он менее драматичен, более интеллектуализирован и проявляется у более старших субъектов, чем гебефренический бред. В начальных формах на самой легкой стадии больной теряется в многочисленных и нескончаемых приступах. Не следует забывать о более или менее глубоких модификациях речи, которая становится образной и символической.

Во многих случаях бред становится крайне запутанным, увеличивается в объеме и заканчивается самыми странными концепциями, порой принимает философскую направленность. Больные могут также самовыражаться в живописи и рисунках (которые бывают очень интересными). В других случаях больные доходят до того, что «создают» настоящие языки (глоссолалия и глоссомания). В письменной форме они создают тексты кабалистического вида.

Бред может приобретать гигантский, космический размах (фантастическая парафрения — Крепелин).

Помимо параноидного бреда, отмечающего разрыв с предшествующей личностью субъекта, почти всегда галлюцинаторного, когда отмечаются нарушения психического основания, различают параноидный бред без нарушения психического основания (если это не завершающий этап) в соответствии с предшествующим характером и почти без галлюцинаций.

С точки зрения поведения, часто случается, что при интеллектуальном законченном бреде больной остается способным на чувства и интеллектуальную активность.

Маниакально-депрессивный психоз

Маниакальные состояния (веселое настроение, нестабильность, гиперактивность) и меланхолические состояния (грустное настроение, застой, инертность) были описаны приблизительно в 1850 году. Вслед за Крепелином отмечают, что эти синдромы иногда имели тенденцию повторяться множество раз на протяжении жизни одного больного: это маниакально-депрессивный психоз. Между приступами психическое здоровье остается превосходным.

С другой стороны, существуют случаи, когда маниакальный или меланхолический синдром отмечает начало прогрессирующей болезни (*démence précoce*, общий паралич), тогда он называется симптоматическим.

а) **Меланхолический криз.** Средняя продолжительность от 4 до 6 месяцев с крайними пределами от нескольких недель до трех или четырех лет. Отличается застоем интеллектуальной жизни, двигательной инертностью и особенно сильной душевной болью. Наблюдается вторичный обедненный и печальный бред, который является попыткой обоснования переживаемых расстройств. Реакции отсутствия интереса или освобождения через избавление (самокалечение, суицид, убийство близких для избавления их от несчастий).

б) **Маниакальный криз.** Он появляется в противовес меланхолическому кризу. Продолжительность от нескольких дней до нескольких месяцев. Характеризуется буйной веселостью, богатством восприятия, мимолетностью представлений. Отмечается гиперактивность, которая может стать экстравагантной, с очень большой устойчивостью к утомлению. Бредовые фрагментарные идеи мало систематизированы.

Экстравагантность поступков может закончиться самыми странными импульсами, случайные последствия которых могут быть серьезными, изредко бывает, что дело доходит до преступления.

Маниакально-депрессивный психоз проявляется в основном к двадцати годам. Ритм кризов очень изменчив, так же как и их чередование. У некоторых субъектов бывает только несколько кризов в течение жизни. Другие переходят от одного криза к другому. Крепелин допускает при наложении двух фаз возможность смешанных состояний.

Нарушения психического развития

Детская психиатрия представляет собой крайне сложную область. Мы можем дать только фрагментарные пояснения.

Среди задержек и остановок развития различают расстройства характера, эпизодические аномалии.

а) **Задержки и остановки развития.** Могут быть вызваны самыми разнообразными причинами. Среди наиболее распространенных причин: микседема и наследственный сифилис. По степени умственной отсталости различают:

- идиот, психический возраст на уровне 2 лет;
- имбецил, психический возраст между 2 и 7 годами;
- дебил, психический возраст между 7 и 14 годами.

Идиотия проявляется на первом году жизни. Имбещильность может быть спрогнозирована начиная с 2 лет. Дебильность отчетливо проявляется в школьном возрасте. Она выявляется с точностью при помощи тестов уровня психического развития (Бине-Симона).

б) **Расстройства характера.** Случается, что задержки развития интеллекта спровоцированы расстройствами характера. В других случаях, имея уровень умственного раз-

вития равный или превосходящий уровень умственного развития своего возраста, показывая себя способными к потребности расширить свои познания, некоторые субъекты имеют более или менее серьезные расстройства характера.

Среди расстройств характера в детстве находят личностные черты, которые предвещают расстройства характера у взрослого субъекта. Среди них различаются: нестабильные, эмоциональные, тревожные, одержимые, страдающие циклотимией, перверсией, шизоидные, параноики, эпилептические, мифоманы и страдающие питуатизмом.

в) Аутизм. В общих чертах аутизм характеризуется поляризацией психической жизни субъекта на своем внутреннем мире, чему соответствует потеря связей с внешним миром. В этом случае он проявляется как фундаментальная составляющая шизофренической структуры.

У ребенка можно выявить наличие раннего детского аутизма, который проявляется со второго года жизни. Речь идет об автономном заболевании, которое влечет за собой неспособность устанавливать нормальные отношения с окружающими и которое может заставить поверить в умственную отсталость или глухоту. Аутичный ребенок держится в стороне, избегая любого контакта с людьми. Он переходит от молчания к своего рода речи, которая не позволяет обеспечить межличностную коммуникацию. Однако он может отличаться ловкостью, хорошей памятью, и если найти подход, его речь может показаться больше загадочной, чем лишенной всякого смысла. Пертурбация аффективного контакта представляется основным фактором.

г) Психическая анорексия. Психическая анорексия уже упоминалась в расстройствах характера и поведения.

Здесь она упоминается, когда речь идет о заболевании, касающемся в основном девушек и детей. В своей самой классической форме она проявляется у девушек в возрасте между 13 и 20 годами, которые начинают постепенно ограничивать себя в еде без существенных поводов. Реальная потеря аппетита проявляется по истечении некоторого времени чаще всего вместе с аменореей.

Описана психическая анорексия грудного ребенка (в случае отнятия от груди, изменения режима, смены кормилицы). Психическая анорексия может существовать у взрослых женщин. Мужская психическая анорексия гораздо реже в своей основной форме, чем у девушек.

д) **Дислексия.** Речь идет об особой трудности восприятия письменного языка: несмотря на нормальную школьную подготовку, процесс чтения остается затрудненным, часто непонятным, с многочисленными ошибками, которые затем наблюдаются и в правописании. Последствия дислексии могут быть значительными, привести к чему-либо типа «социальной слабости/увечью». Однако проблема заключается в различении «истинной дислексии», при которой перцептивно-двигательная организация чаще всего нарушена, «простых» нарушений речи или понимания речи, орфографических сложностей, которые могут иметь другие причины.

е) **Кратковременные расстройства.** У некоторых детей наблюдаются расстройства, которые исчезают сами по себе. В других случаях расстройства связаны либо со здоровьем (хронический аппендицит, первичный (туберкулезный) комплекс, скачок роста и т. д.), либо с нетяжелым семейным конфликтом, либо с социальными причинами. Они исчезают, когда разрешаются органические пертурбации, семейные или социальные, которые их детерминируют.

Инволюционные психиатрические синдромы

Психиатрические синдромы инволюции соответствуют органическим психопатиям. Они вызваны истощением, инволюцией церебральных клеток.

Клинически различают недементные пресенильные синдромы и синдромы дементные.

а) Недементные пресенильные синдромы. Различают пресенильную манию, пресенильную меланхолию и инволюционный бред.

Пресенильная мания редка. Она отличается от мании маниакально-депрессивных психозов возрастом и отсутствием предшествующих приступов, а также отличается от возбуждения сенильных душевнобольных отсутствием тревожности.

Пресенильная меланхолия является более распространенной. Специфичным образом отмечаются бредовые идеи гибели, голода, кражи или иногда — необъятности, трагического бессмертия. Эти идеи приводят к двигательному тревожному возбуждению, бегству или инертности, отказу от пищи, даже к суициду.

Бред инволюции также достаточно редко встречается. Темы поставляются возможными жизненными событиями старости. Описаны: бред разорения/обнищания, бред ревности, бред упреков. Формирование дементности наблюдается позднее.

б) Деменциальные синдромы. Деменции инволюции встречаются трех типов: атеросклеротическая деменция, простая старческая деменция, деменция Пика и Альцгеймера.

Простая старческая деменция проявляется поздно. Она проявляется через постепенное физическое ослабление, при котором преобладает то амнезия, то афазия, то

дезориентация, то бред. Деменция Пика и Альцгеймера отличается относительно ранним наступлением и существованием специальных расстройств речи. Диагностика атеросклеротической деменции производится начиная с констатации основных атеросклеротических признаков.

Органические психозы

Интересно отметить, что термин *деменция* не имеет того же смысла в психиатрии, что в повседневном языке или в судебной медицине. В психиатрии деменция характеризуется «ослаблением чувствительности, умственных способностей и воли; бессвязностью идей и ошибкой спонтанности».

а) **Общий паралич (болезнь Бейля)**. Различают три периода: начальный период, период стабильного состояния и период окончательного маразма.

Общий паралич чаще всего начинается в возрасте 40–50 лет. Он может начаться скрытым образом: негативные изменения личности, действия, относящиеся к компетенции судебной медицины, необдуманные покупки, отсутствие стыдливости. В других случаях паралич начинается с приступа маниакального возбуждения. Но в этом приступе присутствует что-то детское. Например, при общем параличе идеи величия принимают гигантские размеры, абсурдные и инфантильные. С другой стороны, интеллектуальное ослабление существует с начала болезни. Наконец, соматические симптомы (провалы памяти, эпилептические проявления, вспышка апоплексических и эпилептических приступов, головная боль и в особенности расстройство артикуляции) и гуморальные симптомы, позволяющие подтвердить диагноз.

В течение периода стабильного состояния предшествующие симптомы обостряются. Деменция и интеллектуальное ослабление проявляются все больше. Наблюдаются многочисленные бредовые идеи, мобильные, абсурдные, противоречивые без систематизации и интерпретации. Расстройство произношения становятся значительными. Лицо приобретает характерные черты.

В конечной стадии, если болезнь была пущена на самотек, наступает полный маразм. В общем допускается, что общий паралич — это сифилитический менингоэнцефалит.

б) Психические расстройства при церебральных опухолях. Церебральные опухоли часто сопровождаются психическими расстройствами. В связи с этим возникают проблемы диагностики.

в) Острые токсико-инфекционные психозы. На любые инфекционные заболевания, грубые интоксикации психика реагирует неясными синдромами, в основном состоящими из психической спутанности или оцепенения, к которым может добавиться связанный с галлюцинациями бред.

При психической спутанности субъект дезориентирован во времени и пространстве, внимание непостоянно, отмечается глубокая амнезия, нарушенное течение мыслей.

Онирический бред — это бред сновидений. Образы меняются, как в фильме, но без связи между собой. К этим визуальным галлюцинациям добавляются иллюзии. Больной может реагировать на эти галлюцинации, например обратиться в бегство от ужасающих видений.

Описаны простые формы спутанности, с ониризмом, тревожные, нелепые, с возбуждением или без него. *Delirium tremens*, обычно алкогольный, добавляет к онириче-

ской спутанности интенсивную дрожь, слабость нижних частей тела и обильное потовыделение с жаром.

Неясный синдром развивается обычно, как и болезнь, которая его вызвала. Однако он сам по себе может давать осложнения.

Эпилепсия

Чаще всего она рассматривается как особое заболевание органического происхождения, связанное с церебральными повреждениями. Но эпилепсия может быть также типом церебральной реакции, определяемой разнообразными факторами. Эпилептические проявления бывают следующих типов: конвульсивный припадок, эпилептические автоматизмы, абсансы и галлюцинации, психовисцеральные расстройства.

Конвульсивный эпилептический припадок грубый и короткий. Помрачение сознания при этом полное. Больной падает как подкошенный. Бывают также остановка контроля сфинктера, укусы языка во время конвульсий. Наблюдается цианоз губ и сильная бледность лица.

При эпилептическом автоматизме больной может выполнять более или менее сложные действия, в противном случае мы сталкиваемся просто со стереотипами. Сознание глубоко помрачено. Создается впечатление присутствия чего-то вроде автомата. Переход от нормального состояния к состоянию автоматизма очень быстрый.

Эпилептические абсансы — второстепенные проявления. Внезапно субъект бледнеет и прекращает свою деятельность на несколько секунд. Затем он возобновляет ее, не зная, что произошло. Галлюцинации наблюдаются особенно при эпилептической ауре. В некоторых случаях

предвестником эпилептического приступа в действительности выступает внезапное сознательное предупреждение. Ауры могут быть сенсорными, чувствительными, двигательными, психическими, даже висцеральными.

Мы проследили «классическую» перспективу в предшествующем схематическом представлении. Она дает пищу критике, которая должна быть изложена в более обширном труде, посвященном данной теме. Здесь мы не можем это предпринять. Однако отметим влияние культуры, присущей различным обществам¹, на развитие психических расстройств.

III. Психиатрические непсихологические терапии

Представляется интересным пояснить, что такое психиатрические непсихологические терапии. Психотерапия в психиатрии столь часто и глубоко ассоциируется с биологическими терапиями, что она не может быть изучена без, по крайней мере, хоть некоторой идеи о том, что таковые существуют.

В общих чертах психиатрические терапии могут быть классифицированы следующим образом:

- этиологическая терапия;
- шоковая и психохирургическая терапия;
- психологическая и психосоциальная терапия;
- терапия психотропными медикаментами.

¹ Следует обратиться по этому вопросу к работе Devereux, *Essais d'éthno-psychiatrie générale* (Gallimard ed., 1970).

Эта книга посвящена психологическим и психосоциальным терапиям. Также ниже мы просто скажем несколько слов об этиологических терапиях и о шоковой терапии, затем немного больше разоведем представление о лечении психотропными медикаментами (психофармакология).

1. Этиологические, психохирургические, шоковые терапии. Этиологические терапии обращены к причине психических расстройств. Выше мы описали некоторые из органических психозов. В этом случае лечением заболеваний и психических расстройств будет лечение болезней, которые их определяют. Например, когда инфекционная болезнь вызывает психические расстройства, тогда лечат саму инфекционную болезнь. Но этиология так называемых неорганических психозов мало изучена в комплексе, а причины, лежащие в их основе, не понятны.

Под названием «психохирургия» объединяют некоторое количество нейрохирургических вмешательств, направленных на церебральную субстанцию, целью которых является лечение психических расстройств. Активно критикуемые даже в то время, когда они были (относительно) наиболее часто применяемыми, эти вмешательства имеют тенденцию применяться все реже (в особенности учитывая результаты, полученные психофармакологией). От некоторых из них необходимо отказаться.

Идея шоковой терапии существует давно. Она была в чести на протяжении XVII и XVIII веков. Например, метод выхода из коматозного состояния посредством вращения: хитроумные аппараты позволяли заставлять вращаться больного с более или менее большой скоростью.

Современные методы терапии данного типа более разработаны и более адаптированы к больным. Однако

развитие психофармакологии сильно ограничило их применение.

Принципы шоковой терапии таковы: шок при помощи кардиазоля, электрошок, инсулинотерапия.

Кардиазол позволил ввести в психиатрию «судорожные» терапии. В некоторых случаях этот метод еще применяется, однако большинство практиков заменили это лечение электрошоком.

Серлетти пришла идея использовать электрошок в терапевтических целях (способ, позволяющий посредством прохождения электрического тока через мозг вызывать определенные изменения). Сдвиг произошел впоследствии с применением общей анестезии, нервно-паралитического воздействия и применения электродов одностороннего действия. Самое распространенное показание для него — маниакально-депрессивный психоз. Напротив, при лечении шизофренических расстройств электрошоку предпочитают инсулин.

Инсулинотерапия состоит в назначении сильного инсулинового шока вплоть до появления гипогликемической комы. Вмешательства должны осуществляться согласно очень точным техническим правилам и с соблюдением четко определенных и повышенных мер предосторожности. Однако химеотерапия отодвинула инсулинотерапию на второй план. Надо отметить, что она не проходит безопасно и без инцидентов. Многие психиатры отказались от нее, тогда как некоторые находили ее полезной в отдельных случаях.

Наконец, отметим лечение сном, которое, естественно, полностью отличается от шоковой терапии, так как оно основано на болеутоляющем действии, успокаивающем тревожность и укрепляющем длительным искусственным

сном. Основное показание для него — состояние страха, которое возникает на основе психогенного события или пароксизма в течение тревожного невроза. Ниже будет отмечено, что пациент при лечении сном должен наблюдаться как оперированный. Сон провоцируется и поддерживается гипнотическими, нейролептическими (см. ниже) средствами. Вспомогательные средства/катализаторы и корректоры смягчают тяжелые побочные эффекты основных лекарственных наркотических веществ.

2. Психофармакология. Выше была отмечена значимость появления и развития в лечении психических больных, начиная с 1950-х годов, медикаментов, называемых «психотропными». Применение этих медикаментов позволило многим больным покинуть больницы, получить доступ к психологической и социальной помощи, вести традиционный образ жизни.

При исследовании классификации психических заболеваний становится очевидно, что эти заболевания не составляют гомогенного комплекса, и, как следствие, психотропные вещества должны быть классифицированы согласно области их эффективности. Можно различать следующие психотропные препараты: нейролептики, антидепрессанты и регуляторы, транквилизаторы.

В 1952 году интерес к непрерывному и продолжительному лечению некоторых психозов (состояний возбуждения, волнения и психической спутанности) при помощи хлорпомазина (Largactil, 4560 R. P.) был представлен во Франции серией сообщений. Во Франции, и равно в Европе, новый класс медикаментов, который искал свое обоснование, был обозначен термином «нейролептические вещества», тогда как в англосаксонских странах говорят «большие транквилизаторы» в противопоставление

«малым транквилизаторам», которые являются продуктами, называемыми во Франции транквилизаторами. Однако нейролептическое действие сильно отличается от действия транквилизатора.

Доминантная характеристика нейролептических веществ — это их способность уменьшать возбуждение любой формы, даже в случае деменций. Но нейролептическое действие обладает не только мощным успокаивающим действием, но также прекращает бред и галлюцинации, что позволяет больному выйти из состояния прострации, вызванного психозом. Дифференцированные характеристики этих двух действий должны позволить сделать окончательную разработку нейролептических веществ с болеутоляющим эффектом — для состояний возбуждения, и веществ с растормаживающим эффектом — для бредовых психозов и галлюцинаций. Достаточно продолжительное нейролептическое лечение может оказать воздействие на хронические бредовые состояния (у больных, подверженных шизофрени) и может позволить осуществить попытки социальной реинтеграции. Чтобы обеспечить длительное лечение, которое не было бы слишком порабощающим, используются нейролептические вещества длительного действия («остаточные» нейролептики, называемые также не совсем точно нейролептиками «продолженного действия»).

Однако нейролептики не обнаружили решающей эффективности в случаях депрессии и в случае самой серьезной формы депрессии — меланхолии. Швейцарскими медиками было установлено, что продукт синтеза, разработанный в 1956 году фирмой *Geigy (de Bale)*, имел действие, совершенно отличное от действия нейролептиков, так как он действовал при депрессии и только. *Tofranil* был

первым препаратом, выпущенным на рынок (1958), из значительного класса антидепрессантов («трициклические антидепрессанты»).

В то же время в Соединенных Штатах было установлено, что при лечении туберкулезных больных при помощи *Rimifon* наблюдались, наряду с улучшением состояния, эйфория и особое возбуждение. Этот препарат, как и любое другое лекарственное вещество этого класса (*I.M.A.O.*), стал использоваться для лечения депрессий и меланхолий. Сегодня располагают двумя классами антидепрессантов: трициклическими (тип *Tofranil*) и тимолептическими, или *I.M.A.O.* (тип *Marsilid*).

Помимо больных, находящихся постоянно в состоянии депрессии, существуют, как мы упоминали, больные, у которых замечали следующие друг за другом эпизоды неконтролируемого возбуждения и глубокой депрессии (периодический или маниакально-депрессивный психоз). С 1949 года заметили, что соли лития успокаивали хронических маньяков. Но появление серьезных токсических случаев, а также то обстоятельство, что нейролептики впоследствии проявили себя эффективными применительно к состояниям возбуждения, привело к временному отказу от их использования. Только впоследствии было продемонстрировано, что периодическое измерение уровня лития в крови позволяет, если поддерживать литемию на некотором уровне, получить терапевтический эффект без негативных побочных эффектов. Литий показал себя особенно эффективным в случаях циклотимии (маниакально-депрессивный психоз), когда одновременно необходимо бороться с депрессией и возбуждением, составляющим таким образом первый регулятор настроения.

Поскольку сегодня часто упоминают о тревожной составляющей, характеризующей современную жизнь, следует признать, что во все времена и во всех странах люди пытались нейтрализовать ее действие (различные вещества, телесные техники). В наши дни появляются транквилизаторы, основное показание к применению которых — страх (считается, что в этом случае надо исключить психотический страх — не только меланхолический, но и шизофренический), а также невротический, или реактивный, страх. Эти медикаменты, с другой стороны, мало токсичны и хорошо переносятся в умеренных дозах. Среди транквилизаторов отметим мепробонаты (экантил, прокалмадиол) и бензодиазепины (либриум, валиум, транксен). Однако с абсолютным лидерством транквилизаторов среди медикаментов трудно безоговорочно согласиться, и их регулярное использование оказывается поставленным под сомнение.

3. Психиатрия и психотерапия. Естественно, в столь кратком резюме терапий психических расстройств, которые сами по себе не обладают психологической природой, мы смогли только пунктирно наметить темы, которые требуют широкого развития. Но нам показалось необходимым это сделать, с одной стороны, чтобы мы смогли лучше позиционировать психотерапию относительно психиатрии, с другой стороны, чтобы было возможно выдвинуть тезисы «антипсихиатрии» (которые получили широкое распространение в различных формах), в противоположность эффективным предложениям психиатрических не психологических терапий и особенно предложениям психофармакологии.

Через несколько лет появились различные движения, которые вынесли психиатрии более или менее окончательный приговор. Доминирующий тезис антипсихиатрии по-

лагает, что те, кого рассматривают как психических больных, являются только жертвами общества! Субъект, так сказать, «нормальный», на самом деле — психологически деформированный, а сумасшествие — всего лишь реакция против семейных, социальных и политических притеснений. По мнению антипсихиатров, надо демедикализовать сумасшествие, оставить больных «совершать свое внутреннее путешествие» без ограничений, в маленьких коллективах, где ухаживающие за больными — только наблюдатели. Применение лекарства — форма притеснения, чтобы вернуть «к норме», тогда как предписанная норма может быть сама по себе искажением в «больном» обществе!

Мы не можем предпринять здесь попытку показать идеологические аспекты антипсихиатрии. Но даже предположив эти идеологические аспекты, можно также признать, что некоторые из критических статей, которые она адресует тому, что является фактом психиатрии, могут содержать долю истины. Социальная психиатрическая организация может обманывать и употреблять во зло в некоторых случаях значительную власть, которой она обладает. Психиатрическая диагностика имеет свои риски: она опирается на классификацию, которая остается спорной, что может стать причиной ошибочного диагноза. Лечение сохраняет эмпирический характер, результаты, к которым оно приводит, выглядят порой сомнительными, а порой являются даже негативными.

Сегодня психиатрия подчеркивает необходимость дополнить различные непсихологические терапии техниками психотерапии. Именно так, например, те, кто практикует шоковую терапию, настаивают на необходимости сопровождать ее (и продолжать) психологическими методами.

При инсулинотерапии матернаж, повторяемый при каждом пробуждении в течение иногда многих часов, должен сыграть серьезную психотерапевтическую роль. При электрошоке психотерапия, облегчаемая «разблокировкой», которую она провоцирует, должна сыграть фундаментальную роль, чтобы привести к долговременным, устойчивым результатам.

Не стоит, однако, сводить психотерапию всего лишь к вспомогательному средству/катализатору других терапевтических форм. Отношения психотерапии с другими терапиями дают пищу ученым спорам и отражают идейное расхождение в научных мнениях. Но в общем допускается, что существуют многочисленные случаи (неврозы, аномалии характера, психопатии и т. д.), когда только психотерапия является средством, к которому можно прибегнуть для оказания помощи. С другой стороны, конфронтация субъектов с реалиями современного мира приводит к многочисленным «проблемам», расстройствам, неудовлетворению и страданиям, которые невозможно классифицировать как психические расстройства, но которые можно рассматривать с точки зрения того, что они актуализируют некоторые формы психотерапии. Если отказаться использовать еще и термин «психотерапия» в тех случаях, когда человек желает измениться сам и изменить отношения с другими, то должно признать, что некоторые средства, предлагаемые для этого, имеют отношение к психотерапевтическим.

Глава 2

Психотерапия без систематизированного обоснования

Психотерапия невозможна без отношений (какой бы ни была природа этих отношений) между психотерапевтом и пациентом. Но человеческая жизнь сама по себе состоит из отношений между людьми. Психотерапия должна рассматриваться как способ использования некоторых человеческих отношений в терапевтических целях, и она должна быть напрямую подвержена влиянию всей теории, базирующейся на природе и законах, которые регулируют межличностные отношения.

Однако пока не существовало теории человеческих отношений, психологические терапии могли оставаться только эмпирическими. Так, в течение длительного периода психотерапия носила лишь отчасти технический характер, она казалась в большей степени оживленной добрыми намерениями практиков, чем освещенной знаниями, настолько они были не точны. До наших дней еще «простая психотерапия» или «общая психотерапия» остается достаточно мало определенной. Однако она применяется, может быть использована в некоторых случаях и представляет больше, чем исторический, интерес. Ознакомимся с нею подробнее в настоящей главе.

Отсутствие систематизированной теоретической базы не делает полностью невозможной любую классификацию «психологических способов лечения», не мешает в определенной степени размышлять о способе их воздействия. В данной области, как и в других, с этой точки зрения, отсутствие настоящей теории выражается скорее чрезмерным изобилием теорий. Начиная с самой природы психологического вмешательства, мы различаем и изучаем, в частности, следующие терапии:

- отдыхом и изоляцией;
- ободрением и поддержкой;
- руководством;
- воспитанием и перевоспитанием;
- суггестией и гипнозом;
- деятельностью;
- психотерапия понимания.

Сам факт, что эти терапевтические методики не располагают систематизированным обоснованием, но каждый раз исходят из идеи, что та или иная ситуация или вмешательство должны иметь определенные терапевтические свойства, делает невозможным их систематизированное представление. Мы остановимся на последовательном их представлении.

1. Терапия отдыхом и изоляцией. Коль скоро считается, что психические расстройства имеют в основе психическую астению, совершенно естественно придать терапевтическое значение отдыху. И правда в том, что многие невропаты чувствуют себя более или менее глубоко уставшими. Надо ли принять их игру и лечить их систематическим отдыхом?

Об этом размышляли многие специалисты. Например, Митчелл (1875) помещал пациентов в состояние полной неподвижности, все заботы о них возлагались на сиделок, общение сводилось к минимуму. Чтобы избежать атрофии мышц, больным делали ежедневный массаж. Терапия отдыхом могла принять крайние формы. Например, Дешамп (1909) писал о больном, который оставался в неподвижном состоянии: «...он так заслуживает выздоровление». Когда должен прерваться этот отдых? «Об этом ничего не известно, время не считается, это изобретение философов».

В том, что касается настоящего времени (Жане рассматривает длительный гипнотический сон как терапию отдыхом), заметим, что для эффективности лечения сном нужно приводить в состояние отдыха высшие нервные центры.

В действительности надо различать физический отдых (общая усталость) и моральный отдых. Отдых может также воздействовать самим значением отдыха и отвечать сознательной и бессознательной потребности в отдыхе как желаемой вещи. Необходимо ли удовлетворять эту потребность? Речь идет об особом случае. Можно опасаться, как бы иногда отдых не удовлетворил патологических тенденций.

Терапия отдыхом, когда речь идет о моральном, психологическом отдыхе, приводит к терапии изоляцией. Практики «уединений» и их успокаивающее действие для сознания не являются известными единственно психотерапевтам, но используются во все времена религиями и теми, кто управляет сознанием.

Уединение, такое как оно чаще всего задумано и использовано, на самом деле является уединением по отно-

шению к нормальному окружению пациента и не является абсолютным уединением. Речь идет не столько о настоящем уединении, сколько о субституции привычной среды другим окружением. В этой перспективе речь идет не столько о том, чтобы изолировать, сколько о том, чтобы удалить участника от среды, которая каким-либо образом и в какой-либо степени определяет и/или поддерживает его расстройства. В этом случае следует спросить себя о характеристиках новой среды, где будет жить конкретная личность. Расстройства могут адаптироваться к психиатрической больнице, обосноваться там в некоторой мере; атмосфера последней только еще сильнее будет их поддерживать. Итак, мы призваны развивать терапевтические способности среды как таковой, например, устраивая совместный труд (эрготерапия); «занятия», различные по природе (терапия занятостью), или, более обобщенно, формы социальной терапии (институциональная терапия). Однако зачастую считается, что длительное пребывание в лечебном учреждении повышает шанс возможности повторной госпитализации, в соответствии с чем мы стремимся сократить период до наступления заметной стабилизации состояния.

2. Терапия ободрением и поддержкой. Сама природа медицинской практики наводит на мысль о том, что врач ободряет своего пациента в его усилиях выйти из состояния заболевания. Можно, таким образом, рассматривать ободрение в качестве одного из непреложных аспектов заботы. Сообразно с этим, ободрение ссылается на реализованный прогресс и на вероятность прихода прогресса, но оно избегает чрезмерного оптимизма, который больной воспринял бы как ложный аспект. В связи с этим необходимо напомнить, что отношения между врачом и больным

играют не только центральную роль в специфической «психотерапии», но и «вмешиваются» в случае любой терапии, любой болезни, также физической и органической (настоящей или кажущейся).

Психотерапия поддержкой чаще всего назначается потому, что она направлена на оказание помощи субъекту в трудный момент его жизни. Если рассматривать выражение в этом единственном смысле, тогда невозможно судить заранее об эффективности способа действия такой психотерапии. Но правда, что выражение по крайней мере внушает, что не только в этом случае психотерапия имеет эффект поддержки, но также, что некоторая манера психотерапевта имеет позицию поддержки, при помощи которой он стремится успокоить пациента, избежать развития у него негативных ощущений и слишком большой тревожности.

В следующей главе будет разъяснено, что психоаналитик придерживается позиции «доброжелательного нейтралитета» по отношению к своему пациенту. Но если предположить, что психотерапия поддержки приобретет модальность «психотерапии фрейдистского психоаналитического вдохновения», даже в этом случае терапевт будет вынужден давать информацию, исходя из выжидательной позиции, чтобы «взять на себя роль доброго всеповеряющего отца, а не судьи или исповедника». С другой стороны (как мы это увидим), развитие и анализ трансфера играют главную роль в психоанализе, в аналитической психотерапии вдохновения эффекты трансфера используются и не разъясняются¹.

¹ René R. Held, *Psychothérapie et psychanalyse*.

3. Терапия руководством. Психотерапия суггестией и гипноз должны рассматриваться как терапия руководством. Однако она бросает вызов бессознательным процессам. Хотя в любую психотерапию руководства (и во всю психотерапию) вмешиваются бессознательные факторы, нам показалось оправданным представить их здесь отдельно, и в первую очередь, те терапевтические формы, которые возникают как таковые и которые бросают вызов «здравому смыслу» и «ценностям».

Некоторые «философские лечения» (Жане) подразумевали опору на действие мысли, в высшей степени благотворной, без какой-либо ссылки на эффект суггестии, который присутствует в данном случае. Вместо того чтобы ссылаться на рассуждения, можно опереться на развитие определенных убеждений и обращение к некоторым ценностям. Тогда двигатель изменения — общая вера в некоторые принципы, которые могут представляться как радикально идеалистические и спиритуальные, но обоснованные. В этих случаях говорят о «метафизической терапии». Необходимо также добавить, что при этом метафизике придают особое значение, и она становится основной для тех, кто является ее последователями.

Лечение медицинским нравоучением более нюансированное и не столь чрезмерное. Оно состоит в обращении к разуму, рассудку, моральным и даже религиозным чувствам человека, чтобы восстановить его психическое здоровье. Примеры тому находим в трудах Дюбуа¹. Он лечил психоневрозы, пользуясь «увлекающим словом». Терапевт каждый день беседует с больным доверительным об-

¹ Berne, 1904, *Les Psychonévroses*.

разом; его цель (по автору) — объяснить последнему, что тот не страдает никаким органическим заболеванием, заменить идею о неизлечимой болезни идеей выздоровления, абсурдные идеи — идеями философскими. Для этого Дюбуа хотел «заставить вибрировать в унисон нити всех моральных чувств и разума». Можно задать себе вопрос, не является ли манера, в которой терапевт добивается «эффекта вибрации чувств», более значимой, чем сами эти чувства, которые, между тем, играют главную роль. «Для меня основание, единая база, на которую опирается психотерапия, — это благотворительное влияние одного существа на другое.»

Рассматривая поведение терапевта, можно выделить в нем следующие типы установок: решение, совет, оценка, поддержка, расследование, интерпретация, понимание. В двух первых из этих установок участнику указывается, что он должен, был бы должен, имел бы выгоду сделать, думать или почувствовать. При оценке акцент смещается на то, что он делает, думает или чувствует — прямым или косвенным образом — имплицитные суждения о некоторых ценностях. Поведением поддержки, как оно понимается здесь, стремятся смягчить, уменьшить интенсивные негативные чувства. Расследованием («исследованием») психотерапевт помогает своему пациенту бросить вызов большому объему информации, позволить своим чувствам развиваться по тому или иному сценарию, размышлять в большей степени по тому или другому поводу. Интерпретация направлена на отделение (на коммуникацию с субъектом, чтобы сделать его более восприимчивым) латентного смысла от его слов и поступков. При помощи понимания (в виде модальности, как оно здесь рассматривается) не стремятся разъяснить, что именно латентно,

а выразить, насколько это возможно аутентично, что пережито субъектом, включая более или менее ясное восприятие происходящего.

Необходимо также отметить, что психотерапия руководством — если использовать единственное число — может иметь многочисленные формы, что мы и стремились подчеркнуть, говоря о «терапии» руководством. Правда, общим элементом для всех этих форм является руководство, что приводит к некоторой зависимости от практических аспектов этих визави. С психоаналитической точки зрения можно добавить, что в особенной степени терапии применяются в зависимости от конкретных случаев и обстоятельств, для восстановления и применения позитивного трансфера и процесса идентификации. Но при этом еще указывается комплекс возможностей, имеющих большее разнообразие, чем гомогенная и легко описываемая практика.

4. Воспитание и перевоспитание. Начиная с работ Се-гуэн (1837–1846) приобретает значимость идея применения к психологическим расстройствам способов воспитания. Подтвержденное доказательствами разумное лечение было разработано педагогом Кладю Шервен для воспитания заик. Шарко предпринял попытку реализации лечения истерических параличей при помощи «перевоспитания движений». Терапевт демонстрировал больному определенные движения, заставляя его внимательно наблюдать за ними, чтобы мобилизовать затем необходимый орган, прося больного сделать усилие, чтобы проследить движение; больной должен описать движение и воспроизвести его с предельной точностью. Целью этого было повышение осознания больным, что он сам совершает движения.

Подобные методы применялись для лечения истерической немоты, расстройства движения, контрактуры суставов. Прогрессивное лечение анорексии может рассматриваться как «воспитание» функции питания. Воспитательные методы использовались для лечения тиков, профессиональных спазмов, расстройств перцепции.

С другой стороны, «перевоспитание» стало переходить границы лечения собственно двигательных расстройств, распространяясь и на психологические расстройства. Возник вопрос: можно ли «атаковать» не движения тела, а «движения разума»? Можно ли применить общее психологическое «перевоспитание», руководствуясь принципами менее сложного — двигательного «перевоспитания»? Известно, что больные, страдающие аномалиями характера, фобиями, навязчивой идеей, могут также страдать расстройствами движения. Выдвинем гипотезу, что «трансформация» этих движений способна отзываться на всем комплексе активности личности.

Очень известный в свое время метод Витто (1863–1925) может в большей степени восприниматься как метод «перевоспитания» основных психических функций. Следовательно, первыми упражнениями являются «упражнения сознания»: выполняются больным в положении «сидя», направлены, прежде всего, на сознание цвета, затем — формы, задействованы слух, касание, движение. Затем следуют упражнения на концентрацию, они начинаются с «поток»: направить «поток» в конкретную зону тела, т. е. сконцентрироваться на ней. После «поток» — рисунки: терапевт делает рисунок пальцем, затем заставляет больного все повторить таким же образом. В «исключениях», которые следуют за рисунками, пациент должен написать цифры или буквы мысленно, затем стереть их

таким же образом. Упражнения на концентрацию заканчиваются «вызовом состояния». Под состоянием подразумевается, например, легкое возбуждение, перевозбуждение, спокойствие, страх... Одно из этих состояний формируется мысленным перемещением в ситуацию, которая вызывает соответствующее состояние. Наконец, тренировка желания. В процессе этой тренировки необходимо учитывать три принципа: желание должно быть точным, возможным, искренним¹.

5. Суггестии и гипнотизация. Не вынося общих суждений о природе «чудотворных» или «волшебных» выздоровлений, можно показать (по Жане), что во многих случаях в движение приходят психологические факторы. Многочисленные «чудеса» подготовлены, их пытаются воспроизвести, им помогают «произойти» знахарь или священник, церемонии и святые ритуалы, усилия участников. Они применяются при параличах, контрактурах; никакое из обычных средств не позволяют их излечить: т. е. это болезни, которые неизлечимы, точно не определимы в психологических терминах.

Для Жане «животный магнетизм» играет посредническую роль между магическими лечебными и психологическими техниками терапии.

Предполагается, что понятие животного магнетизма было введено Месмером. Он практиковал в Париже начиная с 1778 года. Его доктрина основывалась на существовании «флюида», достаточно близкого к «флюиду маг-

¹ G. Montandon, *Technique de traitement de la psychasthénie par la méthode Vittoz*, J.-B. Baillièrè éd., Paris, 1942. Мы можем также перечислить работы, в которых речь идет о воспитании памяти, веры в себя, желания и т. д., но они относятся исключительно к психотерапии.

нита», но действующего особенно на живых существ. Месмер использовал внушительную аппаратуру и специальный церемониал для создания особого впечатления. На первый взгляд эффективность такой терапии вызывала глубокие сомнения.

Продолжая эксперименты по животному магнетизму, Пуйсегу стремился выявить феномены провоцируемого сомнамбулизма и описать его. Субъект засыпает, ничто не может его разбудить, он встает и начинает говорить, он послушен внушениям, которые ему делает тот, кто ввел его в состояние сна. Когда он просыпается, то кажется, он забывает все то, что произошло.

Однако с началом животного магнетизма, «последователям идеи флюидов» (концепции которой мы только что изложили), противостояли «анимисты», которые придерживались идеи о том, что все зависит от операциональных модификаций психологии субъекта. Так, Бертран (1820) утверждал, что при сомнамбулизме субъекты засыпают потому, что они думают о сне, и просыпаются, потому что у них появилась идея проснуться.

Вслед за Рише Шарко (Сальпетриер, Парижская школа) хочет ввести изучение гипнотизма на научной основе. Он утверждает, что следует картезианскому методу: начинает с изучения самых простых феноменов, дает описание и четкий анализ феноменов (различие трех состояний: летаргия, каталепсия, сомнамбулизм), изучает с уточнением модификации мышечных и наблюдаемых нервных реакций. Таким образом зарождалось то, что станет впоследствии физиологией гипнотизма.

Но с 1884 года Бернхайд развивает идею о том, что гипнотизм — это в основном феномен суггестии (школа Нанси). Он отрицает существование трех фаз, описанных Шарко,

гипнотизм Сальпетриера как «культурный гипнотизм». Если Шарко видел в гипнозе патологическое состояние, то для Бернхайма речь идет о нормальном психологическом феномене. Так, признавая, что гипнотическое состояние было особым состоянием сна, вызванным суггестией, что в этом сне субъекты становились особенно поддающимися влиянию всякой новой суггестии, он придавал психологическую реальность гипнотическим фактам¹.

Сама природа суггестии может рассматриваться двояко: суггестия как воздействие, влияние одного человека на другого или как «реализация идеи посредством подсознательного процесса» (Ш. Бодуэн). В этой перспективе самовнушение — это тип суггестии.

Бодуэн² различает три модальности суггестии: спонтанную суггестию, вызванную суггестию, или гетеросуггестию, сознательную суггестию, или самовнушение. «Воспитываемая» субъекта по принципу самовнушения, его помещают в обстановку, исключающую присутствие каких-либо опасностей, которые противостоят гетеросуггестии (культура автоматизмов, ослабление воли). Суггестия оказывается активированной сосредоточенностью (увлеченностью одной идеей), подкрепляемой любым усилием, противоположным начатой суггестии (закон «обращенного» усилия); она оказывается под благотворным влиянием эмоций, убеждения, тренировки.

¹ Среди тех, кто изучал паранормальные феномены — феномены, существование которых является предметом постоянных дискуссий, — всегда находятся защитники существования феноменов магнетического типа. Мы же исходим из того, что, по крайней мере официально, рассматривается как научное.

² *Suggestion et autosuggestion*, cf. Baudoin, Delachaux & Niestlé.

Практическая ценность — это ценность, прежде всего воспитательного порядка, такого как сознательная суггестия. Последняя очень помогает детям при незначительных расстройствах памяти и внимания, при недостатке контроля, страхах, фобиях и застенчивости. Она также успешна при физических расстройствах функциональной природы.

Гипнотизм в свое время (1885–1900) был весьма популярен. Затем, по крайней мере, во Франции, он одно время находился в очень плачевном состоянии, причиной чему явилась сокрушительная критика Бабински. В других же странах интерес к нему не ослабевал. В Соединенных Штатах он был даже модифицирован. Так, например, развился «гипноанализ». Он представляется как «пропорциональное смещение психоанализа и гипноза, смещение, подтвержденное теоретически природой этих двух методов, и который по судебному употреблению обеспечивает очевидную пользу в тщательно отобранных случаях»¹. В гипноанализе терапевт прибегает к помощи гипнотического сна, он постепенно осуществляет свои внушения, учитывая симптомы пациента, его желания и реакции. В гипнотическом состоянии субъект должен быть способным оперировать без труда вызовом воспоминаний, вновь принять мысленное участие в прошедших событиях и, наконец, следовать постгипнотическим внушениям амнезии. Амнезия имеет целью избавить субъекта от травматических проявлений некоторых экспериментов. Однако мало-помалу, согласно осторожной прогрессии, он вспоминает о сеансах, и происходит прояснение созна-

¹ *L'hypnoanalyse*, R. M. Lindner, в сборнике *Technique spécialisées de la psychothérapie*, G. Bychowski et J.L. Despert, P.U.F. éd., Paris, 1958.

ния. Гипноанализ в этом последнем аспекте сильно отличается от гипноза: он направлен на приготовление к осознанию под гипнозом, используя возможную аналогию с живой природой.

6. Терапия деятельностью. Терапия деятельностью не так уж далека от терапий отдыхом, как это может показаться с первого взгляда. Так же как отдых и уединение могут удалить от ситуаций, которые поддерживают расстройство, активность помогает «держаться в стороне» от выводящих из равновесия элементов.

Давно уже замечено, что личное усилие, социальная жизнь могут давать положительный эффект. Случается, что выздоровления, мимолетные или более стабильные, совпадают с периодами активности. Наоборот, невротические симптомы проявляются в момент, когда активность снижается.

Терапия «занятостью» состоит в предложении больным серии занятий по интересам. Некоторые студии предлагают более или менее трудную и требующую определенной подготовки работу (эрготерапия), другие — художественное выражение (арттерапия, музыкальная терапия, театротерапия), третьи — спортивную, развлекательную (терапия игрой).

Можно дискутировать о термине «занятость», так как в данном случае речь идет о деятельности несколько иного уровня, чем простое занятие, приятное времяпрепровождение. Ориентируются на выражение и некоторую дополнительную модификацию болезнетворных подавляемых аффектов, новое открытие форм продукции и креативности, обучение новым человеческим отношениям. С этой последней точки зрения, терапия деятельностью должна иметь широкие связи с «социотерапией» (институцион-

ная психотерапия). Так же, в социотерапевтической перспективе событийный поток, включающий события, которые соответствуют различным формам активности, должен анализироваться и контролироваться терапевтом совместно с медико-психологической бригадой.

Эрготерапия, вне своего эффекта развлечения (занятий) при помощи физических и психических упражнений, которыми она сопровождается, должна привести субъектов к преодолению их трудностей, к их развитию, к их настоящему освоению. Она благоприятствует любому «восстановлению»: внимания, ассоциативной игры, отношения к реальному и другим, инициативы. Эрготерапия влечет за собой некоторую аффективную разрядку путем уменьшения «рациональности» и объективности, которую она может ввести в человеческие отношения. Наконец, при продуктивных результатах она позволяет субъектам осознать их способности и прогресс последних, вновь обрести веру в них.

Однако отдельные неуравновешенные или антисоциальные личности могут создавать более или менее серьезные проблемы. Провалы в работе могут привести к эффекту, обратному тому, которого пытались достичь. Предприятия эрготерапии должны быть продуманными и тщательно реализованными под наблюдением компетентного специализированного персонала. Модальности новых управлений позволяют применять большую гибкость в эрготерапии в общественной больнице. Подчеркнем, наконец, снова, что эрготерапия как терапия занятостью должна ассоциироваться с социотерапией. Также видно, что психотерапия распространяется и дополняется психосоциальными и социальными терапиями.

7. Психотерапия понимания. Необходимо подчеркнуть в психотерапевтических техниках руководства, что дей-

ствительно адаптированное действие терапевта возможно в той мере, в которой терапевт общается с больным и понимает его. Иначе говоря, моральное воздействие может быть воздействием, которое не проявляется как эксплицитно морализующее или которое, во всяком случае, не добивается признания. Врач в своих отношениях с больными сам должен подавать пример сознательности, справедливости, преданности, понимания. Именно такой, на наш взгляд, является позиция Барука. Хотя этот автор подчеркивает важность морального сознания (волнение вызывается подавлением чувства справедливости), мы рассматриваем его метод психотерапии как психотерапию понимания, а не морального направления¹.

Мораль, которая добивается признания, часто может быть воспринята как покушение на свободу — и психотерапевт, который ее навязывает, лишь удовлетворяет собственные авторитарные притязания. Кроме того, эксплицитная морализация зачастую настраивает больного *contra*, вызывает его сопротивление и приводит к полному провалу.

Необходимым условием, но отнюдь не основой возникновения понимания является психотерапевтическое действие. Напротив, в той мере, в какой психический больной отрезан от мира людей, изолирован, не понят, основой терапевтического акта будет восстановление коммуникации между больным и человеческим миром, оказание помощи в обретении пациентом вновь чувств, доступных другим, понимание его проблем и помощь в решении отношений с самим собой. Методы психотерапии, ориентированной на такое действие, будут действительно психотерапиями понимания.

¹ Н. Baruk, *Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale*, P. U. F.

Далее мы увидим, что в некоторых отношениях психоанализ — это психотерапия понимания. Однако он обладает четкими характеристиками, достаточно многочисленными и систематизированными, чтобы их можно было поместить в эту рубрику.

Напротив, можно сказать, что почти все психотерапии, которые, будучи не психоаналитическими, используют перспективы психоаналитического вдохновения — или находятся под прямым или косвенным влиянием психоанализа, — должны быть отнесены к этой группе. Большая часть «простых психотерапий» — это психотерапии, осуществляемые в большей или меньшей степени эмпирически терапевтами, которые не принадлежат ни к одной из определенных школ (это смешение терапий направления и понимания) и исходят из идей более или менее психоаналитических.

Недирективная терапия

Среди форм терапии понимания можно выделить терапию «недирективную»¹. Комб сформулировал четыре принципа, которые образуют базу недирективной терапии: 1) индивид имеет большую способность к адаптации или росту; 2) следует расставить акценты на эмоциональных аспектах проблем в большей степени, чем на интеллектуальных аспектах; 3) не прежние травмы, а непосредственная ситуация должна быть тщательно изучена; 4) отношение терапевта и больного — это открытый эксперимент,

¹ C. R. Rogers. *Client centered therapy*, Houghton Mifflin, 1951; M. Pages, *L'orientation non directive en psychothérapie et en psychologie sociale*, Dunod йd., Paris, 1965.

который должен восприниматься в направлении прогресса. Но что представляется особенно интересным, так это то, что роль консультанта должна быть ролью настоящего зеркала (однако активного): он должен выявлять (понимать) чувства, которые сопровождают слова и поведение больного настолько полно, насколько это возможно.

Прежде всего, отметим, что, отличаясь во многих отношениях от психоанализа, терапия «сконцентрированная на пациенте» располагается в русле того же большого основного направления, начало которому было положено психоанализом.

Можно представить основные принципы терапии Роджерса следующим образом. С одной стороны, существуют условия терапевтического отношения, с другой стороны — их процесс.

Условия терапевтического отношения.

1. Чтобы два человека контактировали.
2. Чтобы пациент был в состоянии неконгруэнтности, уязвимости или страха. Неконгруэнтность соответствует разногласию между образом Я и прожитым, реальным опытом.
3. Чтобы терапевт был в состоянии конгруэнтности, по крайней мере во время сеансов и в своих отношениях с пациентом. Когда опыт относительно Я корректно символизирован и интегрирован в структуру Я, тогда есть соответствие Я и опыта.
4. Когда терапевт испытывает чувства постоянного позитивного уважения по отношению к субъекту.
5. Чтобы терапевт испытывал эмпатическое понимание в рамках внутренней референции пациента: рамки

внутренней референции — комплекс опыта, состоящего в резерве в сознании субъекта.

Эмпатия: состоит в правильном восприятии в рамках референции со своими субъективными ценностями и своими обертонами.

6. Чтобы пациент ощущал, хотя бы минимально, что условия 4 и 5 реализованы.

Процесс терапевтического отношения.

1. Пациент ощущает себя все более и более способным выражать свои чувства.
2. Чувства относятся по большей части к Я.
3. Символизация опыта становится более корректной и дифференцированной.
4. Чувства все в большей степени касаются неконгруэнтности.
5. Пациент начинает осознавать угрозу, которую несет внутренне разногласие. Тогда ему оказывается помощь посредством поддержки, которая приносит ему безусловное позитивное уважение.
6. Пациент начинает испытывать в полном объеме чувства, до этого деформированные и неприемлемые.
7. Образ Я меняется так, что достигается интеграция деформированных и непризнаваемых элементов опыта.
8. Согласие между структурой Я и опытом возрастает. Конгруэнтность увеличивается.
9. Пациент становится более способным испытывать безусловное позитивное уважение без чувства угрозы.
10. Он испытывает все больше и больше безусловное позитивное уважение по отношению к себе.

11. Он отдает себе отчет в том, что он центр оценки своего опыта.
12. Оценка своего опыта становится все более организми-ческой.

Для Роджерса это непреложные правила, которые позволяет терапевтическому процессу реализоваться. Всякий организм живет благодаря своим возможностям развиваться и использовать этот потенциал таким образом, чтобы благоприятствовать его сохранению и обогащению.

Отметим, что мы могли бы представить недирективную терапию в главе «Диверсификация психотерапии», так как она составляет часть постпсихоаналитических психотерапий, которые мы объединили под этим названием. Однако в той мере, в какой она сконцентрирована на эмпатическом понимании, она является продолжением с более ранним намерением, которое оказывает доверие силам «естественного» возрастания (и которое находим, например, выраженным в произведениях Ж.-Ж. Руссо). Недирективное направление проявилось вне психотерапии, например в педагогике.

Экзистенциальное направление

На наш взгляд, опыт экзистенциальной психотерапии — это в основном попытки реализовать одновременно более открыто и более глубоко понимание больных, которые позволяют интегрировать их в высший человеческий план, где их свобода будет в состоянии реализоваться. Необходимо отметить, что экзистенциальная психотерапия может быть более или менее близкой к экзистенциальному психоанализу.

Возьмем в качестве примера «логотерапию» В. Франкла¹. Он, в отличие от Фрейда, подтверждает существование духовного бессознательного, «Я», которое существует на всех планах (сознательном, предсознательном, бессознательном). Впрочем, в то время как граница между сознательным и бессознательным относительно важна, различие между разумом и инстинктом фундаментально.

«Я» духовное, центр морального сознания и ответственности, это истинно центр индивида. То что можно было бы назвать «Я-личность», а не «Я-психофизический аппарат». Экзистенциально-духовный элемент не является полностью сознательным: это единство, которое преломляется на всяком интроспективном раздвоении. Но решения морального сознания — это всегда действие в конкретной ситуации, единственной и специфической для индивида. Моральное сознание, таким образом, не может быть инстинктивной природы: инстинкт схематичен и ригиден; он не знает особенностей индивида и мгновения.

Так как человек свободен в той мере, в какой он может избавиться от того, что он «имеет» — от инстинктов, — поле его свободы простирается за пределы его собственной личности, и моральное сознание трансцендентно. Религиозность больного не должна использоваться как терапевтический способ, она лишь является динамичным источником актов, посредством которых «Я», обретая себя, реализуется и вступает в отношение с трансцендентностью. Однако экзистенциальный психотерапевт не должен становиться «предвестником теологии». Сам больной

¹ Viktor E. Frankl, *Aerzliche Seelsorge*, 1946, Franz Denticke, éd.; *Der unbewusste Gott*, 1948, Amandus, éd., Vienne. Présentation du dernier ouvrage dans *L'Evolution psychiatrique*, 1948, IV; p. 229.

приступит к рассмотрению проблем, решение которых зависит от уровня его ответственности¹.

К экзистенциальному психоанализу относятся также идеи Binswanger (L.), *Der Fall Ellen West et Ueber die dasein-analytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie*, Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie, 1944–45 et 1946, vol. 57.

Применение психологических терапий. У каждого из вышеописанных психотерапевтических направлений есть свои проблемы. Но вопрос применения — общий для всех. Большинство специалистов, использующих тот или иной метод, настаивают, что именно этот метод является эффективным для большей части неврозов (а некоторые даже утверждают, что именно их метод — единственно эффективный). Но есть ли смысл превозносить достоинства одного метода, нещадно критикуя все остальные?

Подобная точка зрения вряд ли приведет к позитивным результатам, скорее окажется тормозом для развития психотерапии. С другой стороны, мы уже отметили, что любая психологическая терапия может быть эффективной в одних случаях и неэффективной — в других. Некоторые симптомы, связанные с действием окружения или наличием тяжелой ситуации, исчезнут при уединении и простом отдыхе. В других случаях терапия деятельностью, осуществляемая в хороших условиях и с компетентным персоналом, позволит вернуть больных к удовлетворительной социальной жизни. Но случается, что никакой из этих методов не может дать действительно удовлетворительных результатов. Хорошо спланированное «перевоспитание» дает хорошие результаты во многих случаях, но

¹ См. также: L. Binswanger, *Introduction a l'analyse existentielle*, Paris, Ed. De Minuit; Allport, Maslow, Rogers, *Psychologie existentielle*, Paris, Epi éd.

оно не может быть достаточным для всех. Систематическая суггестия или даже гипноз также не универсальны, несмотря на широту их возможностей. Что касается психотерапии руководством и психотерапии понимания, наиболее применяемых на сегодняшний день, их эффективность зависит от многих условий. Наконец отметим, что различия, проводимые между техниками, являются весьма условными. Можно даже сказать, что существует некий общий «набор» процессов, который присущ любому из вышеописанных психотерапевтических методов. Впрочем, как и общая проблема: какой метод психотерапии будет самым эффективным в конкретном случае?

Мы, конечно, располагаем элементами оценки и общих знаний, которые нам позволяют в некоторой степени определить, какое лечение предпочтительно для данного субъекта. Но эти знания остаются не точными; их глубина эмпирична — наши элементы суждения нечеткие, изменчивой значимости, их интерпретация заставляет вступить в игру субъективные неоспоримые и значимые факторы.

Отсутствие точных правил, очевидно, не является достаточным предлогом, чтобы вообще отказаться от действия. Эмпирическое лечение, механизм которого сам по себе является предметом дискуссии, все же лучше, с необходимыми оговорками, чем отсутствие лечения. Все, что можно сказать, это то, что в такой ситуации как личность, так и принадлежность терапевта к тому или иному направлению играют очень важную роль.

А теперь обратимся к психоанализу.

Глава 3

Психоанализ

Мы уже знаем, что психотерапия невозможна без связи (взаимоотношений) между терапевтом и пациентом. Вероятно, некоторые аспекты этих отношений могут быть бессознательными, но они должны существовать в той или иной форме, для того чтобы терапевтическое действие имело место.

Основным вкладом психоанализа было, с одной стороны, установление взаимоотношений больной–психотерапевт, с другой стороны, исходя из детального анализа этих частных (личных, особенных) отношений, выявление определяющего аспекта отдельных человеческих «отношений» по отношению к человеческим взаимоотношениям в общем. Добавим, что среди этих «отношений» не следует пренебрегать отношениями человеческого существа с самим собой или его внутренними взаимоотношениями.

Психоанализ дает одновременно представление об общей психологической науке, которая позволяет нам понять формирование и эволюцию человека, а также терапевтический метод (способ, прием), которые в сумме образуют настоящее единство. Невозможно говорить о методе психоанализа, не ссылаясь на психоаналитическую науку. Перед тем как рассматривать психоанализ как психотерапию, мы должны рассмотреть его как психологическую «науку».

Объем настоящей книги таков, что мы должны быть чрезвычайно лаконичны. В таких условиях невозможны развернутая иллюстративность повествования, последовательность изложения и большое количество примеров. Наша цель — с максимальной краткостью рассказать, что собой представляет психоанализ, и показать, какое место он занимает в качестве психотерапии. Он складывается в отличие от предыдущих психотерапевтических направлений как одна систематизированная психотерапия. Вплоть до сегодняшнего дня можно считать, что она единственная существует развернутым образом и может предоставить обобщенные интерпретативные рамки другим психотерапевтическим техникам.

I. Психоаналитическая «наука»

Терапевтическая наука основывается на следующем.

- Определенное количество общих принципов должно управлять группой человеческих поступков.
- Должен быть произведен анализ эволюции детства и фактов этого периода, которые стали определяющими для формирования характера взрослого.
- Должна быть составлена динамическая схема физиологической системы органов (аппарата) человека.

Общие принципы

Психоанализ начинается с утверждения существования истинного психологического детерминизма. Он стремится изучать психологическое определение психологических фактов. Фрейд не уставал настаивать на этой точке зрения. Таким образом, при изучении снов (желаний) или

неудачных поступков необходимо заменять схемы, относящие данные феномены к проявлениям слабости или к случайностям, точными объяснениями, проистекающими из их природы. Небезразлично, мечтаем ли мы о той или иной вещи, так как то, о чем мы мечтаем, напрямую связано с тем, что мы собой представляем психологически. Что же касается изучения неврозов, нас интересует не столько описание болезни (по крайней мере, в первом приближении), сколько ее содержание, значение симптомов. Именно значение симптомов позволит нам установить причину их возникновения. В фобии мы должны изучать содержание фобии и искать то, что во внешней жизни больного может объяснить природу этого содержания. Наличествующие симптомы будут соотнесены с поведением, определенным предыдущим опытом. Психоанализ устанавливает существование истинного плана психологической причинности (каузальности) (что, очевидно, не исключает действие психологических факторов). Подчеркнем, что он «сводит» друг с другом определенные аспекты конкретных фактов, а не общих сущностей¹.

Нам кажется, что существование психологической каузальности вводит каузальность фактов, тенденций или бессознательных факторов. В действительности, если мы предположим, что психологические факты, определяющие другие психологические факты, всегда являются сознательными, так же как и их отношения, тогда невозможно будет создать психологию, эта наука в определенной степени будет сохраняться в нас, и для того, чтобы к ней

¹ Данная мысль была хорошо выделена Полицером в «Критике основ психологии». Термин *каузальность* использован здесь в первом приближении. Мы не можем рассуждать о природе этой «каузальности» за отсутствием места.

прикоснуться, достаточно будет непродолжительных размышлений. В результате можно подумать, что данная точка зрения долгое время являлась точкой зрения классической психологии, и утверждать, что последняя не занималась выявлением разнообразных отношений детерминации в той мере, в которой она полагала, что они были определены или, во всяком случае, к ним был свободный доступ. Заботиться о существовании психологической каузальности, это напротив означает провозгласить эту каузальность как «найденную» и в той мере, в какой она касается важных аспектов человеческой жизни, почти коррелятивно, рассматривать, что последняя подчиняется в большой степени действиям (воздействиям, эффектам, поступкам), к пониманию которых у нас нет прямого доступа. Второй принцип, полностью являющийся основным принципом психоанализа, выражается следующим образом: психологические мотивы наших поступков нам зачастую не известны. Добавим, что в той степени, в которой данные мотивы являются психологическими и одновременно действенными, они должны проявляться посредством некоторых аспектов нашего поведения, которые, если бы они были нам известны, при их эксплицитном выражении мы бы сделали их сознательными. Бессознательная мотивация поступков может существовать только в той степени, в которой эти поступки находятся в области бессознательного, и также поступок является сознательным только через сознательность мотивации.

На третьем месте мы представляем то, что можно назвать «динамическим» принципом психоанализа. Исходя из этого принципа мотивы, определяющие наше поведение, могут рассматриваться как направленные и более или менее интенсивные силы. Наше поведение будет зависеть

от характера этих сил, от их отношений, природы их равновесия и их структуры.

Нарушение этого равновесия повлечет за собой изменения, связанные с нашими поступками. Таким образом, психоанализ изучает способ организации и эволюции этих сил. Более того, в той мере, в которой эти силы преобразуются, перемещаются, он изучает их экономику. Динамическая точка зрения сопровождается энергетической точкой зрения (или включает ее в себя).

Сексуальное развитие ребенка в младенчестве (раннем детстве)

В психоанализе господствуют три основных принципа: психологический детерминизм, наличие бессознательных мотивации и феноменов, необходимость использовать динамические схемы. Их содержание не соответствует содержанию психоанализа. Теперь мы спросим себя: какие человеческие отношения, о которых естественно не знает человек, определяют природу его личности? Точнее в связи с нашей темой: какими могут быть бессознательные психологические мотивы неврозов?

Психоанализ отвечает на этот вопрос подробным изучением детского возраста и особенно младенчества. Эпизоды насилия или травмирующие события, произошедшие в детском возрасте, являются причиной возникновения неврозов. Эти факты находятся в области бессознательного и не известны больным. С другой стороны, они носят сексуальный характер в самом широком смысле этого слова. Действительно, изучение нормальных сексуальных составляющих, сексуальных составляющих сексуальных извращений как и точное изучение поведения ребенка, склонного к удовольствию, показывает нам, что сексуаль-

ное начало имеет гораздо более широкое распространение, чем половое (генитальное), и что его эволюция определяет созревание человека.

Сексуальное развитие ребенка отмечено тремя последовательными большими фазами: оральная фаза, анальная фаза и генитальная фаза (половая).

Целью оральной фазы является в первую очередь удовольствие от эротической стимуляции своих эрогенных зон и введения предметов. У взрослых поцелуи, некоторые более или менее извращенные действия, привычка пить или курить могут быть связаны с оральной фазой. Специфические детские страхи, например страх быть съеденным, также связаны с оральной фазой. В действительности в данный период единение с предметом происходит в процессе приема пищи или после его окончания. Следует также отметить, что поглощение объективно разрушает то, что было поглощено. Так, как только установилось восприятие предметов, объективно деструктивный характер включения упрощает отношения между поглощением и садизмом, в частности, если имели место определенные фрустрации. Таким образом, Абрахам смог вычленить два субпериода оральной стадии: субпериод, в котором существует только удовольствие сосать, и амбивалентный субпериод, наступающий после появления зубов, в котором можно выявить стремление кусать предмет. Фиксирующие факторы на данной фазе могут классифицироваться следующим образом: чрезмерное удовлетворение, которое делает отказ невозможным; чрезмерная фрустрация, которая уступает место постоянному защитному или требовательному поведению, невротическое повторение, чрезмерная снисходительность, которая может сделать небольшие лишения такими же значительными, как и боль-

шие, чередование фрустраций и чрезмерных сатисфакций, опыт инстинктивного удовлетворения, совпадающего по времени с впечатлением защиты от скуки и каких-либо пугающих импульсов. Тем или иным образом почти всегда мы находим на каких-либо ступенях оральные фиксации в неврозах. Однако именно маниакально-депрессивный цикл дает наиболее четкие проявления фиксаций на данной стадии.

Анальное удовольствие определено присутствует с начала жизни. Однако на втором году жизни анальная эрогенная зона становится доминирующей. Основным значением анального эротизма является чувство удовольствия, получаемое от выделений. Впоследствии к этому может прибавиться удовольствие сдерживания выделений, к которому добавляется эрогенное удовольствие защиты от тревожности, что может вызвать чрезмерное анальное удовольствие. Впрочем, сдерживание лишь подготавливает к большему анальному удовольствию. Садизм на анальной фазе возникает отчасти из деструктивного характера поглощений. Мы отмечаем также, что ребенок может воспользоваться восстановлением дисциплины сфинктера, чтобы противопоставить себя своим первым воспитателям. Наконец, прямая кишка является полым органом, который может активно выбрасывать или оставаться пассивным при прохождении по нему инородного тела. С другой стороны, если первые анальные склонности (тенденции) являются аутоэротическими, экскременты, возникающие как внешнее проявление, происходящие, однако из нас самих, представляют связь с внешним миром. Архаическим образом они могут быть проявлением нежности (долг, отданный матери) или, после их удаления, враждебность (например, арго). Абрахам разделил

анальную фазу также на два субпериода. В первой фазе экскременты не принимаются во внимание. Во второй фазе они представляют собой психологическую реальность, в которой их выход может сдерживаться или нет, либо они могут выбрасываться с ненавистью. Мы не можем здесь учитывать ни эротизм мочеиспускания, ни существование других эrogenных зон. Мы непосредственно перейдем к фаллической фазе. На завершающей стадии детской сексуальности интерес к гениталиям и к мастурбации приобретает преобладающее значение. Действительно, мастурбация является нормой в современных социальных условиях жизни для подростков, а также для взрослых, в том случае если объект их желаний недоступен. Мастурбация ребенка видится нам способом постепенного усмирения сексуального возбуждения. На данном этапе можно считать, что мальчик отождествляет себя со своим пенисом, «испытывающим» особенно острые ощущения. Страх остаться без этого органа называется «боязнью кастрации». Она идентична боязни быть съеденным на оральной стадии. Страх кастрации может быть вызван прямыми или косвенными угрозами, произносимыми взрослыми или наблюдением за женскими гениталиями. Интенсивность страха кастрации соотносится с высотой оценки важности этого органа. Она может выражаться в страхе перед врагом мужского или женского пола, в зависимости от того, кто из родителей выступает в качестве лица, вызывающего наибольший страх.

Часто выделяют фаллический этап у девочек. Действительно, клитор в данный период — орган, «испытывающий» самые острые ощущения, нагнетающий сексуальное возбуждение и дающий ему выход. С другой стороны, девочка разделяет всех на имеющих пенис и «кастриро-

ванных». Ей приходит в голову мысль, что раньше у нее тоже был пенис, который она утратила. Обладание пенисом кажется ей преимуществом, а наличие клитора — недостатком по сравнению с наличием пениса. В то время как мальчик думает «я боюсь быть наказанным», девочка думает «я была наказана». В качестве компенсации различного рода мужские тенденции могут прибавляться к желанию обладать пенисом, особенно после пережитых фрустраций и унижений. На данном этапе мы присутствуем при изменении отношений с внешним миром и родителями. В общем смысле такое развитие вытекает из состояния, в котором дискриминация внешних «объектов» мала, и целью которого является включение постороннего тела в свое собственное; проходит через амбивалентное состояние, при котором объект (предмет) является просто инструментом для доставления себе удовольствия, и, в конечном счете, достигает состояния «предметной» («объектной») любви.

Первым объектом любви является мать, и этот объект любви остается доминирующим на протяжении всего детства мальчика. Однако на фаллическом этапе любовь к матери, любовная идентификация с отцом, ненависть к отцу (я ненавижу своего отца, потому что он забирает мою мать для себя) вступают в конфликт. Этот конфликт называется эдиповым комплексом. Он проявляется к 3 годам и длится до 4–5 лет. Существует «обратный эдипов комплекс», когда любовь к отцу доминирует, и возникает ненависть к матери как объекту, вмешивающемуся в эту любовь к отцу. Любовь к матери и соперничество с отцом увеличивают страх кастрации. В конечном счете, страх кастрации должен привести к отказу от эдиповой любви к матери.

У девочек первоначальная привязанность к матери должна перейти в привязанность к отцу. Это изменение предмета любви происходит вследствие фрустраций, причиной которых является мать, а также вследствие желания иметь пенис. Мать действительно представляется виновницей утраты пениса, и девочка обращается к отцу. Эдипов комплекс у мальчиков переходит в комплекс кастрации; он оставлен из-за страха кастрации. Эдипов комплекс у девочек возникает из-за комплекса кастрации; вследствие разочарования, вызванного отсутствием пениса, любовь девочки направляется на отца.

Мы не можем подробнее останавливаться на данной теме. Однако далее приведена таблица, резюмирующая эволюционный процесс, описанный выше. В данной таблице также представлены уровни, на которых происходят фиксации, связанные с различными неврозами или психозами. Сразу отметим, что невроз возникает тогда, когда полный процесс эволюции не может осуществиться, когда субъект остается на одном из этапов или регрессирует к предыдущим этапам эволюции детской сексуальности. Чем больше срок фиксации, тем серьезнее болезнь; по крайней мере, лечение будет необходимым.

Психоаналитическая схема психического аппарата и его функционирование

Если точное видение терапевтических возможностей психоанализа для лечения различных психических болезней кажется нам возможным лишь при учете знаний о сексуальном развитии ребенка, общий механизм данной терапии может быть понят, с ортодоксальной точки зрения, только исходя из фрейдовского представления психического аппарата.

Стадии организации либидо	Стадии развития предмета любви	Доминирующая точка фиксации в
1. Первая оральная стадия (сосание)	Самостимуляция (предмет отсутствует, преамбивалентность)	Некоторые виды шизофрении
2. Вторая садистская оральная стадия	Нарциссизм: полное введение предмета	Маниакально-депрессивный психоз
3. Первая садистская анальная стадия		
4. Вторая садистская анальная стадия	Амбивалентны	Навязчивые неврозы, другие виды неврозов предгенитальной конверсии
5. Первая генитальная стадия (фаллическая)		
6. Завершающая генитальная стадия	Объектная любовь, ограниченная преобладанием комплекса кастрации	Истерию
	Любовь	Нормальность

В психоанализе различаются, с точки зрения организации психики, Оно, Я и Сверх-Я.

Оно формируется из комплекса примитивных тенденций, элементарных инстинктов. Оно активно, требовательно, алогично и сексуально. С другой стороны, Оно бессознательно. Оно находится под властью принципа получения удовольствия и чуждо принципу ощущения реальности. Я включает в себя сознательные и предсознательные процессы. Я представляет собой вторичную дифференциацию от Оно, происходящую под влиянием внешнего мира. Я учитывает принцип реальности, необходимый для адаптации к внешнему миру.

Сверх-Я — «наследство эдипова комплекса» (Фрейд). Во время освобождения от эдипова комплекса происходит компенсирующая «интроекция» знакомых изображений. Практика психоанализа показала, что Сверх-Я является бессознательным. Чаще всего Сверх-Я проявляется как сдерживающая сила, которая ограничивает потребности бессознательного (Оно). Сверх-Я, представляющее отождествление себя с родителем, рассматриваемым как источник решающих фрустраций в данных социальных условиях, причем отцовское Сверх-Я чаще всего оказывается решающим для обоих полов.

После своего установления Сверх-Я разделяется на то, что позволено, и на то, что не позволено. Я по отношению к Сверх-Я ведет себя так же, как вело себя по отношению к вызывающему страх родителю, развивая подлинную необходимость освобождения от наказания. Таким образом, необходимость наказания есть форма необходимости освобождения от наказания: жертва приносится во избежание более тяжких наказаний. Однако Сверх-Я не только вызывает страх у Я. Оно также является для Я источни-

ком защиты, любви и уважения. Сверх-Я наследуется от родителей не только как источник угроз и наказаний, но также как источник вознаграждений и поощрений.

С того момента, как мы отметили, что Сверх-Я может быть либо карательным и запрещающим, либо предлагать ценности, к которым должен стремиться субъект, можно считать, что Сверх-Я состоит из двух подструктур, с одной стороны из собственно Сверх-Я, с другой стороны — из так называемого идеала Я, выступающего в качестве модели. Можно также выделить с одной стороны идеал Я, с другой стороны — Сверх-Я: проблема их взаимоотношений остается открытой.

Следует отметить, что некоторые авторы выделяют Я идеальное. Это Я идеальное отличается от идеала Я, так как представляет собой всемогущество.

Предыдущие указания позволяют нам дать теперь схематическое определение невротического конфликта. Невротический конфликт существует, когда инстинктивная тенденция (Оно), стремящаяся разрядиться, борется против противоположной тенденции (Я). Тенденция направлена к миру, а противоположная тенденция стремится вернуть ее в область Оно.

Однако Сверх-Я может участвовать в конфликте, принимая либо одну, либо другую сторону. Например, мы имеем дело с борьбой объединенных Я и Сверх-Я против Оно. Однако специально для навязчивых неврозов Я должно не только бороться против инстинктов, но также против «анти-инстинктов»: Я должно бороться одновременно против Оно и Сверх-Я.

Общая схема невротического конфликта ведет к изучению, с одной стороны, мотивов защиты, и с другой — ее механизмов: каким образом защищается Я. Следует отме-

тять, что «механизмы защиты», если они составляют часть Я, являются, с другой стороны, бессознательными.

Мотивами защиты могут быть: страх перед Сверх-Я, боязнь внешнего мира, страх перед силой побуждений (желаний, импульсов), боязнь недостаточной устойчивости Я, страх перед аффектами. В страхе перед Сверх-Я желание Оно хочет стать сознательным и реализоваться благодаря поддержке Я, однако Сверх-Я этому противится, и Я уступает, вступая в конфликт с Оно, хотя у Я нет никаких причин это делать. Конфликт между Я и Оно возникает именно из страха перед Сверх-Я. Однако у маленького ребенка страх перед Сверх-Я может быть замещен боязнью внешнего мира. Часто побуждение (импульс) является опасным, если запреты исходят от воспитателей. Страх кастрации занимает у маленького ребенка место, сравнимое с местом моральной тревоги у взрослого. С другой стороны, защитный мотив может складываться из страха, внушенного силой желаний (импульсов) Оно. Тревога, которую ощущает Я перед силой инстинктов, сравнима с тревогой, которую вызывает страх Сверх-Я или страх перед реальной опасностью. Роберт Вэлдер считает, что «Я боится видеть свою организацию разрушенной или ушедшей на дно». К трем данным незыблемым мотивам защиты от инстинктов следует добавить тревогу, которая возникает из-за недостаточной устойчивости Я, из-за конфликта противоположных тенденций (Александр). Наконец, необходимо отметить страх перед аффектами. Этот страх может быть направлен на аффекты, связанные с импульсами, вызывающими тревогу. Он может быть направлен также на тяжелый аспект аффекта.

В качестве механизмов защиты можно выделить: вытеснение, регрессию, реактивные образования, изоляцию,

отрицание, проекцию, интроекцию, обращение против себя, преобразование в обратное. Десятый механизм психологической защиты (сублимация) принадлежит скорее полю нормальности. При механизме вытеснения тенденция отмечена отношением к сознанию: она не может иметь доступ к Я. Речь идет о механизме защиты, характерном для истерии, но который мы находим, однако, и в навязчивых неврозах. Механизм регрессии заключается в противоположность фрустрации в возвращении к внутренним более полным типам сатисфакции. Так, в типичных навязчивых неврозах пациент испытывает конфликт между эдиповыми фаллическими тенденциями и страхом кастрации и заменяет анальную садистскую тенденцию эдиповыми желаниями. Условием применения тенденции в качестве защитного механизма является определенная слабость организации Я. Отметим, с другой стороны, что чем интенсивнее были первые фиксации, тем больше риски регрессии. Реактивные образования состоят в жестком поведении, скрывающем выражение противоположного импульса. Так, маниакальная чистоплотность или чувство порядка в навязчивых неврозах скрывают инстинктивную потребность в нечистоплотности и беспорядке. Реактивные образования обеспечивают защиту от возврата к соответствующим импульсам. В изоляции (превалирующей при навязчивых неврозах) то, что было едино, разделяется, и пациент помнит об изначальной травме, но теряет все ее связующие звенья и ее эмоциональное значение. Достаточно вспомнить известные случаи раздвоения личности. Отрицание состоит в отчуждении тех частей реальности, которые кажутся нам неприятными. У маленького ребенка отрицание неприятных ему реальностей — явление очень распространенное, что является простым

выражением эффективности принципа удовольствия. В проекции субъект приписывает другому субъекту или внешнему миру принадлежащие ему лично характерные черты, которые он, однако, не хочет признавать у себя. Проекция есть выход первичного отрицания, выраженный в форме: «я хочу утаить это» или, по крайней мере, «я хочу увеличить расстояние между этим (Оно) и мной (Я)». Интроекция состоит в «подделывании» себя под образ другого. Ее основание лежит в инкорпорации (введение предметов) и, таким образом, имеет связь с очень архаичными тенденциями. В обращении против себя тенденции, первоначально направленные против внешнего мира, относятся к самому человеку (и обращаются, при рассмотрении процесса изнутри, на него). Это смещение происходит из страха перед Сверх-Я. Наконец, при преобразовании в обратное субъект выражает обратное инстинктивной тенденции. Так, ребенок, желающий наказать своего отца, боится быть наказанным отцом.

II. Психоаналитическая терапия

Итак, мы представили общую схему неврозов и невротических состояний, которая позволяет нам понять действие психоаналитической терапии. Последняя должна придать больше силы и мягкости Я по отношению к Оно, к Сверх-Я и к внешнему миру. В идеале Я нормальное должно в действительности стремиться «наилучшим образом удовлетворять элементарное бессознательное (принцип удовольствия), соблюдая внешние требования (принцип реальности), и противостоять критическому Сверх-Я». Таким образом, задачей терапии является: разрушить механизмы невротической защиты Я — помочь последнему при-

обрести бессознательные импульсы, интегрировать их, поддерживать Я в противостоянии Сверх-Я, изменить Сверх-Я, сделав его менее жестким. Для этого психоаналитик должен одновременно анализировать импульсы Оно, сопротивления Я и потребности Сверх-Я, так как, например, импульсы и сопротивления возникают в одно и то же время. Наконец, сопротивление есть «сопротивление чему-либо», оно зависит по своей организации от того, чему противостоит Оно, и от организации собственно Я.

Можно, однако, спросить себя, не ведет ли уничтожение невротических защитных механизмов к самоудовлетворению невротических тенденций. Результатом психоаналитической терапии является устранение нарушений. Но в действительности подавленные инстинкты сохраняют инфантильный характер только потому, что они были подавлены и не были больше связаны с единством личности. Предгенитальная сексуальность по мере развития превращается в генитальную сексуальность. Таким образом, психоанализ, «освобождая» инстинкты, позволяет Я организоваться более полным образом. Но все-таки у этого правила имеются исключения. Таков случай детей или пациентов, проявляющих большую степень тревожности перед силой инстинктов (Анна Фрейд).

А. Чтобы добиться осуществления основного действия, определение которому мы дадим позже, психоаналитику нужно: осознание, толкование, отрегирование, перенос, окончательное рассуждение.

1. Известно, что основоположником психоанализа был венский медик Жозеф Брейер. При лечении девушки-истерички Брейер заметил, что в «своем состоянии беспометства, психического повреждения с помешательством (спутанностью), больная имела привычку бормотать ка-

кие-то слова, которые, казалось, имели отношение к интимным занятиям. Врач восстановил эти слова и, погрузив больную в состояние, близкое к гипнозу, повторил ей их слово за словом, в надежде заставить ее высказывать мысли, которые ее занимали. Больная «попалась в ловушку» и принялась рассказывать историю, в которой слова бормотания во время состояний беспомысленности приобрели свою сущность. Это были фантазии глубокой грусти, часто даже определенной красоты, скажем «сны», темой которых была молодая девушка, ухаживающая за больным отцом. Рассказав определенное количество своих фантазий, она освободилась от них и вернулась к нормальной психической жизни. Патологические симптомы исчезли (навсегда), когда в состоянии гипноза больная вспомнила с аффективным внешним проявлением, при каких обстоятельствах впервые появились эти симптомы». Так восстановление травматического воспоминания в поле сознания с эмоциональной абреакцией достаточно для излечения симптома. Открытие Брейера вплоть до сегодняшнего дня составляет основу лечения психоанализом. Предположение, что симптомы исчезают, когда их бессознательное состояние становится сознательным, было подтверждено всеми последующими исследованиями, несмотря на самые странные и самые неожиданные осложнения, с которыми мы сталкиваемся при практическом применении психоанализа. Наша терапия действует, преобразуя бессознательное в сознательное, и действует только в той мере, в которой она способна на такое преобразование.

Однако Фрейд должен был прежде всего отказаться от гипноза, чтобы затем четко выделить данный метод из практики психоанализа. Он вводит в психоанализ правило «неумалчивания»: пациент должен говорить без исключе-

ния все, что приходит ему в голову, в течение всего сеанса. С другой стороны, психоаналитик использует ассоциативный метод анализа. Действительно, Фрейд отмечал, что травматическое воспоминание не приходит само по себе, ему предшествуют представления, в той или иной степени связанные с ним напрямую. Отказываясь от принуждения больного к поиску патогенных воспоминаний, он ограничивается тем, что просит больного прекратить всякую критику и волевое направление своих мыслей: таким образом можно выявить бессознательный аффективный предмет спонтанных ассоциаций. В потоке сознания проявляются сны: они также восходят к значимому предмету, имеющему отношение к бессознательным тенденциям. Наконец, появляются недостающие действия, выражающие также скрытый психологический детерминизм.

На практике больной находится в положении «лежа», чаще всего в благоприятствующем процедуре полумраке, а аналитик сидит сзади него. Больной говорит не всегда. Но и его молчание красноречиво. И то и другое помогают выявить болевые точки. В общем смысле, если пациент определяет основной сюжет сеанса психоанализа, то отнюдь не содержанием. Иногда — молчанием, иногда — манерой разговора или действиями.

Важное условие лечения психоанализом — это невмешательство психотерапевта. Последний не должен ни в коем случае судить о поведении пациента и давать ему советы. Лечение будет развиваться в нормальном русле лишь при нейтралитете психоаналитика. Психоаналитик должен, однако, в нужный момент интерпретировать слова и поведение пациента. Эти толкования должны быть общего плана, начиная с поверхностного: глубокие конфликты соотносятся с более общими (обычными, повсе-

дневными) конфликтами, и исходя из общих конфликтов пациенты могут лучше оценить свое существование. Если повседневные конфликты не проявляются, возможно, мы имеем дело с сопротивлением. Следует постоянно избегать слишком глубоких или слишком поверхностных толкований. Слишком глубоких толкований следует избегать, поскольку данные толкования не усваиваются пациентом в момент их воспроизведения. Слишком поверхностных толкований следует избегать, поскольку, опуская обоснованные толкования, терапевт разочаровывает пациента в той степени, в которой он предлагает ему толкования, к которым тот еще не готов.

2. С другой стороны, мы настаиваем на том, что осознание в психоанализе не есть абстрактное осознание. Оно должно сопровождаться настоящими эмоциональными (аффективными) реакциями, при помощи которых пациент переживает ситуации, произошедшие с ним в детском возрасте, вызвавшие невроз.

Мы затрагиваем здесь аспекты «отреагирования» любого психоанализа. «Отреагированием называют эмоциональную разгрузку, посредством которой субъект освобождается от давнего шока, который в момент его получения не спровоцировал полную реакцию». Отреагирование приводит к катарсису, о котором мы упомянули, когда речь шла о терапии Брейера. Необходимо, однако, избегать абстракции, а также очень бурных эмоций.

Одна из самых важных задач анализа — не приближаться ни к Сцилле бесчувственной вербализации, ни к Харибде бурных, но периодических эмоциональных порывов, которые в силу своей неуловимости с точки зрения «разума» не могут быть использованы.

Вербализация на самом деле есть защита Я против тенденций или эмоциональных переживаний, которых Я боится. Если слова являются в самом общем смысле лучшим способом коммуникации, которым мы располагаем, они могут также служить противоположной цели, т. е. скрыть нечто, обойдя его стороной, за многословием, «заговаривая зубы».

Страх перед теоретическими рассуждениями не должен, однако, приводить, как мы это видели, к переоценке эмоционального взрыва. Отреагирования могут также служить сопротивлением. В действительности достаточно интенсивные отреагирования изолируют пациента от психоаналитика и от себя самого. Полное погружение в технику возбуждения неконтролируемых отреагирований приближает нас к мысли о колдовстве. Терапия, которая старается использовать драматические или зрелищные события, кажется нам сродни колдовству и чужда нашему разуму (сознанию), так же как и психоанализ (Фенишел).

3. На некоторых стадиях развития психоанализа многие аналитики приходили к мысли, что терапевтическая значимость лечения зависела от того, насколько глубоки были затронутые слои психики. Терапевт должен был заниматься только глубокими вытесняемыми (отвергаемыми) тенденциями, связанными с сексуальным развитием в раннем детстве.

Однако при нынешнем положении вещей большое внимание уделяется самому Я. Мы уже видели, что недостаточно было толковать наблюдаемые проявления только влиянием Оно (бессознательного), необходимо было учитывать защитные механизмы Я.

До сих пор мы еще не коснулись такого фундаментального феномена, представленного в психоанализе, как феномен сопротивления.

При лечении психоанализом по прошествии некоторого времени мы наблюдаем более продолжительные паузы, или ассоциации внезапно меняют направление развития, или пациент впадает в интеллектуализацию, или испытывает изолирующее его эмоциональное переживание. При этом мы имеем дело с сопротивлением, которое может иметь различные формы проявления. Больной сопротивляется психоанализу. Следует предпринять анализ сопротивлений (хотя зачастую сложно бывает по некоторым причинам отделить анализ сопротивлений от анализа бессознательных тенденций). В общем виде можно сказать, что установлено: анализ сопротивлений предшествует толкованию содержимого. В действительности реальное соответствие между внутренними импульсами и их внешней интерпретацией может существовать, только если эти импульсы выражаются относительно свободным образом, что невозможно в том случае, если они изменяются достаточно интенсивными внутренними сопротивлениями. Даже если фундаментальным правилом психоанализа является высказывание без умалчивания всего того, что приходит на ум, и если это правило исключает любое вмешательство Я, оно все равно не приводит к окончательному успеху: самые сильные сопротивления остаются активными.

В самом общем смысле сопротивления есть сопротивления анализу бессознательного (Оно), которые, таким образом, совпадают с защитными механизмами, т. е. речь идет о «защитных сопротивлениях». «...целью психоанализа является обеспечение мыслям, представляющим собой вытесняемые импульсы, доступ к сознанию, т. е. имен-

но порождать подобные порывы, вследствие чего защитные меры, принимаемые Я против возникновения таких мыслей, автоматически принимают характер активного сопротивления против анализа» (Анна Фрейд). И все-таки различают другие виды сопротивлений: сопротивление, вызываемое вторичными приливами, перенос сопротивления, сопротивление, вызываемое Сверх-Я и сопротивление, вызываемое бессознательным (Оно). Будет интересно привести здесь пример, показывающий, почему более важным является анализ сопротивления, чем содержания.

«Однажды во время семинара аналитик столкнулся со случаем, который поставил его в тупик. Пациент не мог продолжать говорить на сеансе психоанализа, так как его переполняла агрессия. Аналитик ясно видел, что агрессивная тенденция, источники которой лежали в детстве, когда она не смогла найти выхода, была направлена против него путем переноса. Но это не помогало ему достичь какого-либо прогресса. “Что я могу сделать? — спрашивал он. — В течение нескольких недель я повторял ему, что он хотел меня убить, но он не принимает такое толкование”. Подобное толкование в такого рода ситуациях увеличивает беспокойство и таким образом повышает защиту Я вместо того, чтобы уменьшать их. Верным толкованием могло бы стать следующее: “Вы не могли говорить, поскольку вы боялись мыслей и импульсов, направленных против меня, которые вы можете ощутить”» (Фенишел).

Этот пример позволяет нам увидеть важность переноса. Действительно, во время сеанса психоанализа терапевт играет важную роль для пациента, который в конце концов вновь переживает ситуации, произошедшие с ним в детстве. Фрейд определяет перенос следующим образом:

«Это новые издания, копии тенденций или образов, которые необходимо вызвать в памяти и сделать сознательными при помощи этапов психоанализа, характерной чертой которых является замещение ранее известного лица личностью врача. Другими словами: большое количество пережитых ранее психических состояний продолжают жить не как пережитки прошлого, но как отношения настоящей с личностью врача».

Перенос без сомнения является фундаментальным элементом любого анализа («наилучшим инструментом» психоаналитика — «краеугольным камнем» лечения). Именно при помощи переноса больной вновь будет переживать свою боль и излечится. Когда психоаналитик возьмет на себя роль отца (или матери), больной попытается воспроизвести некоторые эмоциональные ситуации, происходившие с ним в детстве, и в таком случае повторит свои реакции (необходимость повтора). Анализ переноса в борьбе против сопротивлений и при показе одновременно присутствующих признаков поведения и ситуаций, произошедших в далеком детстве, лежащих в основе такого поведения, позволит прийти к благоприятной трансформации и консолидации (укреплению) Я.

Зачастую перенос сначала является позитивным: больной чувствует сильный интерес и проявляет симпатию к терапевту. Таким образом, он находит опору для противостояния Оно и Сверх-Я, чтобы чувствовать себя с ними относительно свободно. Однако терапевт не может и не должен удовлетворять эмоциональные переживания больного, и любовь последнего частично превращается в ненависть. За позитивным переносом следует перенос негативный. Зачастую мы можем видеть наложение обоих переносов (амбивалентность переноса).

Перенос, однако, не исключает опасности. Если детские фиксации были слишком интенсивными, Я слишком слабо и сила импульсов очень велика, если больной не может найти в настоящий момент удовлетворение тенденциям (нормализованным), перенос может превратиться в невроз переноса. Психоаналитики спрашивали себя, не следует ли ограничить или ориентировать перенос. Так Френч и Александер размышляли о том, чтобы ввести систему «плановой терапии», в которой психоаналитик определяет свое отношение к больному. Другие психоаналитики, однако, считают, что терапевт должен в некоторой степени отойти от строгого нейтралитета при угрозе невроза переноса.

Феноменом, природа которого мало изучена, но который явился материалом для многочисленных трудов и размышлений в последнее время, является феномен контрпереноса. Он возникает в результате активных попыток пациента ввести в игру психоаналитика. Но очевидно, что некоторые терапевты способны, реагируя на поведение анализируемого, построить по отношению к нему такое поведение, которое бы блокировало последствия лечения. Даже терапевт, удовлетворяя свои собственные тенденции, «дополняет себя» тенденциями своего пациента, создавая таким образом ситуацию больной–врач сложной природы. Таким образом, необходимо, чтобы сам психоаналитик был проанализирован, дабы быть свободным от любого мешающего поведения. Психоаналитик «пользуется своим бессознательным как инструментом» (Фенишел). Необходимо, чтобы этот инструмент был эффективным и безопасным.

4. Для многих психоаналитиков завершающая фаза самовнушения имеет второстепенную важность — или же

наблюдаемые при этом феномены не являются обязательно феноменами самовнушения. В любом случае, по окончании каждого удачного анализа проводится синтез Я (Нунберг), или синтез соответствия с реальностью (Нахт), который не обсуждается. В конце концов, можно подумать, что комплекс лечения психоанализом — это непрямые сильные внушения, эффективность которых становится достаточной. Но ясности по данным вопросам на сегодняшний день нет.

Б. Выше мы проанализировали общие принципы терапии методом психоанализа. Теперь мы отдельно рассмотрим случаи, в которых данная терапия может эффективно применяться. В завершение мы приведем некоторые сведения о противопоказаниях при лечении психоанализом.

1. Здесь было бы интересно сослаться на сведения, уже приведенные нами, с одной стороны, на классификацию психических синдромов, с другой стороны — на их собственно медицинские (биологические) терапии. Таким образом, значимость терапии будет определена по многим показателям.

Истерическая тревога. При невротической тревоге общая внутренняя тенденция проявляется в форме беспокойства беспочвенного (плавающего, колеблющегося), но постоянного или в форме предрасположенности к беспокойству. При истерической тревоге беспокойство специфическим образом связано с определенной ситуацией, представляющей невротический конфликт.

В общем смысле психоанализ желательно применять в случае истерической тревоги. Действие переноса (трансфера) — положительное.

Истерическая конверсия. При истерической конверсии вытесняемые тенденции определяют возникновение физических симптомов, в которых они находят свое не прямое выражение (галлюцинации, параличи, конвульсии, истерическая слепота, соматическое самолюбование в общих чертах).

Мы уже видели, что истерические припадки соответствуют фиксации на фаллической стадии. Несомненно, было бы ошибочным полагать, что эдипов комплекс непременно проявляется при анализе. Однако относительно недавно возникший невротический конфликт чаще всего находит разрешение.

Так, прогноз в случаях истерической конверсии по большей степени является благоприятным. Пациент реагирует на интерпретации с изменениями переноса, и, таким образом, легко можно наблюдать прогресс анализа.

Отнюдь не все физические изменения, имеющие психосоматическую природу, являются конверсиями. Бессознательное поведение может оказывать на наш организм физиологическое действие. Таким образом, симптомы при своей психологической природе не будут оказывать психологическое действие. Прогноз варьируется в зависимости от конкретного рассматриваемого случая. Психосоматические случаи, однако, могут рассматриваться (в той степени, в которой они не являются конверсиями) только косвенным образом.

Мы уже видели (см. гл. 1), что при ипохондрии больной поражен болезнью органически, болезнь овладевает им и вызывает несоразмерное беспокойство. Психоанализ различает истерическую и нарциссическую ипохондрии. Первая лечится легче, чем вторая.

Если эпилепсия определяется группой факторов и если психологические факторы могут входить в эту группу, в этом случае терапия будет более или менее эффективна. В действительности, лечение психоанализом было успешно осуществлено. Эксперимент выявил в эпилептической личности следующие признаки: нарциссизм, вытесняемые деструктивные тенденции, находящие выход в нападении.

Неврозы навязчивых состояний. В навязчивых неврозах Я должно вести двойную борьбу, с одной стороны — должно защищаться от детских сексуальных тенденций Оно, с другой — от требовательного и строгого Сверх-Я.

Выше мы продемонстрировали, что неврозы навязчивых состояний соответствуют фиксации или регрессии к анальной стадии. Импульсы Оно, таким образом, будут импульсами того времени. С другой стороны, нам известно, что крайне важно научить анальной дисциплине. При этом возникает ряд «контр-инстинктов», способствующих внедрению и поддержанию чистоты. Я должно защищаться от требований этих контр-инстинктов. Но с другой стороны, Я им подчиняется в определенном ритуальном поведении, более или менее стереотипном.

Психоанализ более труден в случаях невроза навязчивых состояний, чем в случаях истерии. С одной стороны, пациенты под строгим контролем Сверх-Я испытывают трудности при следовании правилам неумалчивания. С другой стороны, природа регрессии требует, чтобы анальные садистские тенденции выступали против аналитика. Наконец, она требует, чтобы психоаналитик проводил работу на более глубоком уровне. Эти трудности не являются непреодолимыми, но о них необходимо всегда помнить.

Перверсии. Явные перверсии имеют сексуальный характер. Такие больные сохранили детскую сексуальность. Но в то время как детская сексуальность неорганизована, перверсивная сексуальность организована вокруг конкретного инстинкта. Можно признать, что у них «недостаток любви» менее значителен, чем страх кастрации.

Особенная трудность, с которой мы сталкиваемся при психоанализе таких людей, заключается в том, что симптомы приятны. Наиболее благоприятные для лечения случаи, когда пациенты плохо себя чувствуют, т. е. когда существует сочетание с неврозом.

Психопатии (побеги, kleптомания, поджигательство, токсикомания). В случае психопатий импульсивное действие служит бессознательным средством предохранить себя от опасности или отрицать ее. Импульсы переживаются не в качестве таковых, а как желания, более или менее согласующиеся с Я, но «непреодолимые».

При этом психопатические симптомы (алкоголизм, кража и т. д.) не только служат источником удовольствий, но и обычный нарциссизм пациентов делает необходимым затрагивать глубинные слои психики. Здесь в классическую технику психоанализа могут быть внесены некоторые модификации. Зачастую необходимо предпринять лечение в специальном заведении.

В случае депрессий, маний и маний-меланхолий фиксация происходит на нарциссической стадии (вторая оральная садистская стадия). Если нарциссические потребности не удовлетворяются, уменьшается самоуважение и проявляется депрессия. В случае мании, наоборот, значительное увеличение самоуважения становится центром явлений. Торможение исчезает.

Невроз возникает, когда регрессия на нарциссическую стадию не зашла чересчур далеко, в противном случае возникает психоз. Прогноз будет различным, в зависимости от конкретного случая. В случае развитого нарциссизма, действительно, отношения трансфера обедненные, и даже если они устанавливаются, остаются амбивалентными. Наконец, в очень тяжелых случаях бывает, что разумное Я, на которое должен опираться анализ, практически отсутствует. Тем не менее, можно и должно пользоваться интервалами, которые разделяют кризисы, чтобы предпринять лечение, если его вид определен.

Шизофрения. Необходимо различать «шизофренические эпизоды» и шизофренический процесс. В целом, шизофреник возвращается к первой нарциссической фазе: он теряет контакт с объектами, но происходит это в разной степени и в результате различных влияний. В шизофрении относительная важность конституциональных факторов и психологических факторов представляет собой проблему.

Долгое время считалось, что психоанализ практически безоружен в случае шизофрении. Фрейд выражает эту идею, разделяя неврозы трансфера и нарциссические неврозы.

Психоанализ шизофреников, тем не менее, был осуществлен. В классическую технику необходимо внести изменения. Психоаналитик должен попытаться получить и сохранить позитивный трансфер. Психоанализ шизофреников осуществляется чаще всего в лечебных учреждениях.

Аномалии характера. Интерес психоанализа к аномалиям характера постоянно растет. Изучая неврозы, ученые отметили, что Я реагирует на невроз, адаптируясь к

нему. Я имеет различные виды защиты против невротических симптомов. Когда эти защиты полностью интегрированы в характер, может случиться так, что невротические симптомы исчезают или почти исчезают. Адаптация характера к неврозу и к миру произошла, но за счет изменения структуры характера.

Отношение пациента к своей аномалии характера отличается от отношения пациента с неврозом к своим невротическим симптомам. Указанные аномалии характера часто не воспринимаются как внешние «случайности», от которых субъект хочет избавиться, а связаны с его личностью.

Аномалии характера, впрочем, не представляют настоящего единства. Базовые механизмы могут различаться, и предписания к психоанализу могут сильно варьировать. В целом, необходимо считаться с глубиной регрессии, с волей к изменениям, с тем положительным, что привнесла аномалия, с желанием сотрудничать и с гибкостью Я. В целом, анализ характера происходит дольше, чем анализ невроза.

2. Могут также существовать противопоказания к психоаналитическому лечению. Приведем основные их типы.

- Возраст: в принципе, идеальный возраст для психоанализа — между 15 и 40 годами. Анализ предполагает некоторую гибкость всей личности и существование разумного Я.
- Малая значимость невротических проявлений. Психоанализ требует много времени, усилий и денег.
- Срочный характер вмешательства. Но в дальнейшем психоанализ остается возможным.
- Серьезные нарушения речи.

- Отсутствие сознательного Я, способного сотрудничать в ходе лечения (психотерапии детей могут допускать специальную технику).
- В случае шизоидной личности сложно принять решение. Действительно, анализ может спасти этих людей от будущего психоза, но он также может послужить толчком к психотическому процессу.
- Может случиться, что пациент представляет значительные трудности в работе психоаналитика. Необходимо помнить о составе команды «психоанализируемый–психоаналитик».
- Наконец, необходимо помнить, что классический психоанализ — значительное начинание. Он длится несколько лет по несколько сеансов в неделю (каждый из которых — по 45 минут).

Глава 4

Символическая эффективность

В предыдущей главе мы говорили о психотерапевтических методах. Адлер и Юнг основываются на психоанализе, но в дальнейшем в большей или меньшей степени отходят от него, разрабатывая каждый самобытную доктрину.

С точки зрения Адлера, сексуальная этиология неврозов ошибочна. Для него отправная точка неврозов — чувство неуверенности и неполноценности. У страдающего неврозом чувство неполноценности поработочает его. Больной противодействует, пытаясь найти цель, которая делает его жизнь терпимой, он также чрезмерно использует все психические способы, которыми располагает. Из этого стремления к фиктивной цели могущества и превосходства проистекает комплекс невротических симптомов. Основа чувства неполноценности — органическое несовершенство. Ребенок, имеющий какой-либо физический недостаток, испытывает сильное чувство неполноценности, которое сопровождает его физическое развитие. Он будет реагировать с враждебной агрессивностью или иногда с обдуманной пассивностью. Также страдающий неврозом стремится всегда выделиться, демонстрируя испуг или плача. Симптомы невроза — это плохой способ защиты, но они, по крайней мере, являются способом защиты,

вызванным самолюбием, стремящимся предохранить субъект от грубого контакта с жизнью. Адлеровская терапия основана на анализе воспоминаний, ассоциаций идеи и снов/мечты. Анализ, необязательно глубокий и продолжительный, дублируется психотерапией, которая, по сути, является почти психагогией. Терапевт должен продемонстрировать, что есть инфантильного в поведении больного. Он должен стремиться ослабить чувство неполноценности. Когда терапевт встречает сопротивление пациента, он показывает, что речь идет о поведении чрезмерного утверждения, имеющего невротические корни.

Мы не можем детально изложить доктрину Адлера, просто отметим: он придерживается идеи, что все страдающие неврозами есть или были физически неполноценными. Что касается психотерапии руководством, если она может иногда давать ощутимые результаты, то она находится, тем не менее, по своему принципу в состоянии регрессии по отношению к психоанализу.

Юнг, в отличие от Фрейда, считал, что случаем, определяющим невроз, чаще всего является актуальный конфликт. Например, разница в возрасте может послужить источником конфликта. (Не следует также забывать, что объяснения Фрейда и Адлера обращены только к определенным группам больных. Интроверсия (замкнутость на себе) будет в основе неврозов, описанных Адлером; экстраверсия (действие, направленное к внешнему миру) в основе неврозов, описанных Фрейдом.)

С точки зрения Юнга, бессознательное может играть позитивную роль, в некотором роде перспективную. Наряду с индивидуальным бессознательным, следует учитывать коллективное бессознательное. У индивидов разных народов в действительности появлялись образы более или

менее схожие, сгруппированные по специальным темам. Существуют также «архетипы», которые выражают бессознательное при помощи образного и символического языка. Психология Юнга предпринимает обширные исследования на базе мифов или легенд, которые могут дать нам знание истории и социологии первобытных людей.

Мы не можем здесь представить концепции Юнга по организации психологии человека (самость, Я, Тень, персона, анимус и анима, индивидуальное сознательное и бессознательное, коллективное бессознательное). Концепции эти очень сложны и, с нашей точки зрения, не представляют интереса с терапевтической точки зрения. Тем не менее, отдавая должное важности символических феноменов, рассмотрим их с точки зрения психотерапевтического метода.

I. Символическая эффективность в целом

Небезынтересно показать, чем может являться символическая эффективность в магически-религиозной терапии, и попытаться определить наиболее типичный способ действия. Это то, что попытался совершить Клод Леви-Стросс¹, начав одну из своих статей с очень старого и длинного заклинания, предназначенного для оказания помощи при тяжелых родах².

Когда повитуха испытывает затруднения, вмешиваются ведун. Описываются реакции повитухи, появление

¹ *L'Efficacité symbolique*, Revue de l'Histoire des religions, 1949.

² Nils M. Holmer и Henri, Mu-Igalf or the way of Muu, a medicine song from the Cunas of Panama, Göteborg, 1947.

шамана и подготовка к его визиту (окуривание, подготовка культовых образов). Затем шаман берет головы духов-защитников (культовые образы), чтобы их увезти к местопребыванию *Muu* — силы, определяющей зарождение плода: предполагается, что сложность родов вызвана тем, что плод отделен от души будущей матери. Заклинание описывает искания потерянной души (*purba*), преодолевающей многочисленные трудности (препятствия, дикие животные, *Muu* и его дочери). Победенный, *Muu* позволяет открыть и освободить *purba* больной: происходят роды. Песнь заканчивается произнесением предостережений, принятых, чтобы *Muu* не смог выскользнуть за посетителями.

Представляется интересным, что путешествие шамана, описанное в заклинании, отнюдь не мифическое. «Путь *Muu*» и местопребывание *Muu* не воображаемые: они символизируют влагалище и матку беременной женщины, в глубине которых шаман и духи, подчиняющиеся ему, ведут борьбу. Леви-Стросс великолепно продемонстрировал это.

В действительности, туземный текст, «бессвязный, как может показаться на первый взгляд, присоединяет аффективное содержание физиологического расстройства к сознанию больной». Он демонстрирует «лечение чисто психологическое, потому что шаман не касается тела больной и не выписывает лекарство; но в то же время он напрямую и эксплицитно затрагивает патологическое состояние и его местонахождение; можно сказать, что песнь составляет психологическое управление больным органом и что при помощи этого управления достигается выздоровление». Лечение заключается в том, чтобы выразить словесно и мысленно изначально неуправляемую боль. Шаман владеет языком, в котором могут символично выразиться

состояния, иначе не формулируемые. Речь идет о том, чтобы сделать настоящими для сознания конфликты, которые по своей природе кажутся обязательно бессознательными, потому что они органичны, или которые не могут быть сознательными как чужеродные для больного. Легко заметить, что символическая эффективность идет дорогой, обратной биологическому лечению: она пытается придать драматическое человеческое чувство фактам, которые естественная наука отделяет от человека.

II. Детская психотерапия

Мы не можем даже предположить возможность изучения основных проблем символической эффективности в работе такого типа. Эти проблемы нам не кажутся, впрочем, четко решенными при современном положении вещей. Но нам представляется, что текст, который мы только что вкратце изложили, послужит отправной точкой для размышлений читателя.

Вновь обратившись к предыдущей главе, заметим, что аналитическая терапия сегодня концентрируется вокруг двух доминирующих точек зрения. Психоаналитики, приверженцы первой, настаивают на значимости Я, доказывая, например, что всякая терапевтическая работа обращается к Я с целью сделать его более гибким и сильным. Сторонники второй подчеркивают значение трансфера, конкретных отношений пациент–психоаналитик, благоприятное развитие которых должно привести к выздоровлению. Но обе эти идеи не должны позволить забыть, что незыблемым принципом терапии всегда остается осознание. Таким образом, анализ механизмов защиты Я должен выражаться как осознание этих механизмов. Так, пациен-

ту, если он должен пережить свои отношения с аналитиком, необходимо осознать то, что он переживает.

Что же все-таки подразумевается под осознанием? Всегда ли оно должно заканчиваться четкой формулировкой и детализованным объяснением или может быть просто трансформацией символов, при помощи которой они становятся более или менее понятными? С другой стороны, разве нельзя, используя символический язык, так же как и отношение пациентов к символическим объектам, воздействовать на них, не реализуя осознание полностью и однозначно? Эти вопросы особенно важны в том, что касается психотерапии детей, потому что осознание у них не может быть реализовано таким же образом, как у взрослого.

С начала детского психоанализа отмечают связанные с ним сложности: с одной стороны — лингвистическое препятствие, с другой — хрупкие отношения с реальностью. Мелани Кляйн была первой (статья «Психологические принципы анализа маленьких детей»; 1926), кто разъяснил, в чем игра составляет инструмент для анализа детей. Если Анна Фрейд в известной дискуссии и выступает против научных воззрений Мелани Кляйн, то она не оспаривает значимости игровой техники. Лечение детей может базироваться на игре и действии.

Так, например, Мадлен Рамбер использует игру в кукольный театр¹. Кукольный театр Мадлен Рамбер состоит из неизменных персонажей: Жандарм, Черт, Смерть, Колдунья и несколько животных. Дама представляет маму, другие — тетю, учительницу, бонну. Отец выбирается по профессии из трех или четырех мужчин. Затем следуют

¹ Madeleine L. Rambert, *La vie affective et morale de l'enfant*, Delachaux & Niestlé.

многочисленные дети, мальчики и девочки всех возрастов. Ребенку предлагается придумать историю и сыграть ее, и чаще всего он придумывает по мере того, как играет ее.

Для этого автора символическое выражение тенденций сформирует осознание и прямое отреагирование (абреакция), которых часто будет достаточно для достижения терапевтической цели. Затем вмешивается слово, затем все движется к привычным психоаналитическим условиям.

Рисунки тесно связаны с психотерапией детей. Терапевт, снабдив ребенка карандашом и бумагой, говорит ему: «Сделай мне красивый рисунок, не школьный рисунок, а рисунок, который доставит тебе удовольствие». Рисунок интерпретируется и зачастую допускается, с точки зрения общей символики, что он может частично рассматриваться как эквивалент фантазии. Было бы несправедливым представлять себе рисунок как испытание, которое помогает в постановке диагноза и больше не ассоциируется с лечением. Это ассоциации, направленные ребенком на свой рисунок и его отношение к нему, которые дают одновременно способы исследования, контакта и лечения.

Если предпринята более или менее длительная психотерапия, можно продолжать использовать рисунок. Он позволяет выразить бессознательное, благоприятствует выявлению конфликтов, отреагированию аффективности и катарсису.

III. Психотерапия шизофреников

Если детские психоаналитики решают оригинальные задачи и бросают вызов специальным техникам, то лечение шизофреников представляет собой особую проблему и вынуждает аналитиков к модификации их привычного от-

ношения к способам лечения. В классическом варианте в первой фазе терапевт должен попытаться провести позитивный трансфер, «соблазнить» пациента, адаптировать его язык так, чтобы можно было вступить с ним в коммуникацию. Затем он пытается заставить последовательно вернуться своего больного в реальность и предпринимает собственно сам анализ. Психоанализ может быть постигнут только начиная с анализа отношений анализируемый—аналитик, очевидно, очень сложно предпринять психоанализ, когда по определению пациенты не могут иметь отношений с другими.

Можно с этого момента задаться вопросом, не может ли коммуникация с пациентом установиться чисто символическим образом, без того, чтобы анализ этой коммуникации был всегда эксплицитным, немедленно осуществляемым на практике. Может ли психологическое лечение шизофреников дать ценные примеры символической эффективности? Мадам Сешеайе дает на этот вопрос позитивный ответ, приводя пример длительного и замечательного выздоровления. Далее мы кратко изложим этот эксперимент. Но нам кажется необходимым предварительно отметить, что метод Мадам Сешеайе является не только методом символической реализации, но еще и истинным методом *пере-воспитания*, при котором терапевт ведет себя активно по отношению к пациенту. Мадам Сешеайе ведет себя очень строго в течение активных периодов лечения, как вела бы себя хорошая воспитательница, за исключением того, что ее поведение развивается на символическом плане (который является планом реальности для больной).

Лечение предназначено для больной, классифицируемой многочисленными психиатрами неоспоримым образом как больная шизофренией. При этом все врачи дали

фатальный прогноз. Начиная с семнадцати лет расстройства усиливались (безразличие к окружающему и событиям, отсутствие любопытства, страх, потеря интереса к еде, апатия, абулия, ступор, стереотипия, автоматические действия, неудержимые кризы, побег, галлюцинации, голоса). В начале лечения, по мнению психиатра, вмешательство должно временно облегчить состояние больной.

Мадам Сешеайе начинает лечение с получения некоторых результатов при помощи психоанализа. Таким образом, пациентка получает школьный аттестат, и она принята на работу в бюро. Но внутреннее состояние не улучшается, и болезнь, кажется, продолжает свое глубинное развитие: бред организуется и систематизируется, ужасы увеличиваются, больная слышит голоса, лишены смысла. После отправления ее в дом отдыха, затем в клинику, состояние ухудшилось. Она вышла из клиники с искусственно стабилизированным поведением. Когда возбуждение вновь становится интенсивным, пациентка снова отправляется в психиатрическую клинику, где ее состояние стабилизируется в безразличное, и она выходит из этой клиники все в том же состоянии.

По истечении трех лет больная все время изолирована «стеной виновности». Сложность состоит в том, чтобы заставить ее есть: она может принимать только зеленые овощи (поскольку они не питательны, они не провоцируют «виновность»). Она, однако, может также есть яблоки, лишь бы они были зелеными. Она их рвет с дерева, за что ее строго отчитывает фермерша. Мадам Сешеайе приносит ей вкусные яблоки, от которых та отказывается. Хозяйка (она находится в деревне) желает заставить ее есть как всех остальных, но она убегает и приходит к психотерапевту, сильно напуганная.

Психотерапевт предлагает ей яблоки, больная вскрикивает: «Да, но это, это же яблоки торговца, яблоки большого человека, а я хочу яблоки мамы, вот такие, — она указывает на грудь психотерапевта. — Эти дает мама, только когда хочется есть».

Процитируем теперь решающий отрывок работы Мадам Сешеайе: «Мы поняли, наконец, что нужно было делать! Так как яблоки символизировали материнское молоко, мы должны ей их давать как мать, которая кормит младенца: мы должны сами дать ей символ, напрямую и без посредников — и в фиксированное время. Чтобы проверить нашу гипотезу, мы тотчас подчинились: пошли за яблоком, и, отрезав кусочек, протянули ей со словами: “Время попить вкусного молочка *маминных* яблок, мама сейчас тебе это даст”. Тогда Р., склонившись к плечу терапевта, приложила яблоко к ее груди и съела, закрыв глаза, удовлетворенная и очень счастливая».

У пациентки, в действительности, в раннем детстве был очень сильный шок на почве кормления (см. гл. 3): «Надо было исправить ошибку: чтобы символическая пища была представлена в форме вскармливания (кормления грудью)». Здесь необходимо подчеркнуть, что больная должна была получить символ, а не реальность: она бы рассердилась, если бы ей предложили настоящее молоко.

Этот новый метод произвел сильное впечатление, и с тех пор он применяется с неизбежными взлетами и падениями, но уверенно прогрессируя, с применением того же принципа. Больше не будем на нем останавливаться. Он в любом случае приведет к стабильному излечению.

Итак, ясно, что в случае, когда конфликт предшествовал формированию Я и речи, коммуникация была разработана только при помощи символических знаков жеста

и движения. Было допустимо также позволить Я реально сформироваться: Мадам Сешеайе в течение длительного периода как настоящая символическая мать символически воспитывала своего ребенка. Результаты оказались убедительными и «символические реализации не только принесли облегчение больной, но они ей позволили установить контакт с реальностью»¹.

IV. Вызванная символическая проекция в психотерапии

Вышеописанные методы являются техниками, имеющими эмпирическую основу. Они, без сомнения, ставят и теоретические задачи, но те остаются в основном на заднем плане научных трудов и дискуссий. Чего не скажешь о методе, о котором пойдет речь. Робер Десуаль ввел понятие вызванной символической проекции в психотерапии, одновременно он экспериментально развивал этот метод и поставил ряд задач, касающихся обоснований психотерапевтического действия. Техника вызванной символической проекции сопровождается вполне конкретными концепциями относительно способа ее воздействия.

С другой стороны, когда речь идет о детских психотерапевтических методиках или методе символических реализаций, символическое действие проявляется в некотором роде временно. Рисунок служит для установления диагноза, при необходимости даже благоприятствует отреагированию, но ни в коем случае, например, терапевтическое действие не осуществляется, прямо или косвенно

¹ М.-А. Sechehayе, *La Réalisation symbolique*, Hans Huber, Berne. Также см. работы этого автора: *Journal d'une schizophrène*, P. U. F.

воздействуя на манеру рисования пациентов. В методе Мадам Сешеайе символы служат для установления коммуникации с больной, и в случае необходимости действия психотерапевта, но нет действия на символах, активной манипуляции символами. Речь идет о терапии посредством символов, а не о терапии, обращенной к символам. Напротив, в методе вызванной символической проекции символы используются не только как способ коммуникации, постановки диагноза и осознания, но также осуществляется воздействие при помощи трансформации символов и их динамики. Речь идет о реализации истинной символической эффективности.

Метод вызванной символической проекции применяется на практике следующим образом. В помещении полумрак, пациент находится в положении «лежа», в состоянии полной мышечной релаксации. Ему предлагают «отправной» образ, который он должен описать и, в случае необходимости, дополнить. Однако, когда лечение достаточно продвинулось, субъект исходит из спонтанного образа, или образа ночного сна/мечты. Когда отправной образ уточнен, пациенту предлагается передвигаться в воображаемом пространстве, которое он создал. Здесь следует отметить, что в некоторых случаях может быть применена активная суггестия¹. Ему, например, могут предложить найти лестницу, подняться по ней, открыть дверь; пред-

¹ Робер Десуаль запретил использовать суггестию. Предложения, сделанные субъекту, являются простыми стимулами воображения, позволяющими заинтересованному лицу полностью выразить свои чувства и раскрепоститься. После смерти Десуаля (1966) была создана международная группа последователей методики вызванной символической проекции, концепции которой казались приближенными к психоаналитическим перспективам.

ставить, что он рядом с рекой, пересечь ее; пройти стену, которая только что возникла перед ним, и т. д. Говоря в общем, символическая проекция стимулирует воображение идеей движения. Практически во всех случаях отмечается, что восхождение связано со светлыми образами, сопровождаемыми чувством эйфории, тогда как спуск связан с темными образами, сопровождаемыми чувством страха. Субъекты должны письменно изложить рассказ о каждом сеансе: таким образом, их подталкивают к размышлению и самостоятельной попытке уточнить природу чувств, выраженных в сценах, которые они вообразили.

Очевидно, что символическая проекция должна управляться, а не навязываться. Терапевт чаще всего играет только роль системы «перевода стрелок». Он предлагает образ, позволяет развить тему, время от времени вмешивается, чтобы указать действие. В этих условиях богатый материал будет раскрыт так, что его можно будет использовать в рамках фрейдовского анализа.

Символическая проекция никоим образом не запрещает прибегать к осознанию, напротив, последнее считается весьма полезным, однако не расценивается как необходимое. То что является действительно необходимым, так это тренировка, которая приводит субъекта к принятию других аффективных привычек.

Мы не можем дольше останавливаться на технике вызванной символической проекции. Мы уже продемонстрировали, что именно она реализовала настоящую символическую эффективность. Она не только реализовала осознание символами, но еще и предложила субъекту активную позицию по отношению к ним и при помощи позитивной трансформации символического отношения предприняла попытку установления новых аффективных привычек.

Отметим, что психоаналитики обвиняют Десуаля в том, что он недостаточно учитывает феномены трансфера. Однако очевидно, что обучение, даже символическое, это образ действия субъекта в отношении к обучению и к тому, кто ему его предлагает. Следовательно, проблема отношений и внутреннего действия между пациентом и терапевтом не может быть оставлена без внимания.

Глава 5

Групповая терапия

Важный практический недостаток психотерапевтических методик (и, в частности, психоанализа) состоит в значительном количестве времени, которое зачастую необходимо для благополучного завершения лечения. Так, психоанализ может длиться от 1 до 2 лет, из расчета 3–5 сеансов в неделю. Поэтому идея лечения одновременно нескольких больных в подобных условиях представляется вполне оправданной. Кроме того, не вызывает сомнения, что при работе в группе выявляются особые факторы, действие которых может быть использовано в терапевтических целях.

В Америке и в Англии последняя война стала поводом к интенсивному развитию групповой терапии, и с тех пор эти методы получили распространение во многих странах.

Но при этом необходимо отметить, что психотерапия деятельностью уже позволила нам затронуть в некоторой мере групповую терапию.

I. Групповые сеансы

Они заключаются в объединении определенного числа больных в конференцию под руководством психотерапевта. Число больных в среднем около 10, хотя некоторые авторы допускают наличие групп, в которых количество больных достигает 50 и более.

В группе допускаются незначительные различия в типах заболеваний, но в общем она должна быть диагностически однородной. Каждый больной должен пройти предварительный осмотр. В принципе, больные, на которых этот метод оказывает наибольшее воздействие, — это те, кто сохранил некоторый контакт с реальностью (депрессии, нарушения характера, неврозы, психосоматические расстройства).

Зачастую сеансы начинаются с легко воспринимаемого представления. Затем ведущий устраивает дискуссию и дает необходимые объяснения.

Самое главное — речь действительно идет о диалоге, дискуссии, а не о лекции. В данных условиях первый результат будет заключаться в прекращении или в смягчении изоляции больных. Конкретный больной, даже если он не участвует в обсуждении, обычно склонен идентифицировать себя с тем, кто говорит. Путем создаваемых таким образом идентификаций совершается первый шаг к социальной реадaptации. Каждый больной, к тому же, смягчает ощущение оторванности от мира, слыша, как другие люди говорят о проблемах, похожих на его проблемы, и он чувствует, что входит в менее враждебное общество. Наконец, изложение конфликта само по себе ведет к снятию напряжения.

Заметим, что некоторые терапевты практически устраняются от всякого личного вмешательства. Групповые сеансы могут быть также задуманы в психоаналитическом аспекте¹.

¹ *Quelques principes d'une méthode psychanalytique de la thérapie de groupe*, H. Ezriel, Contribution à un colloque du Congrès international de Psychiatrie, Paris, 1950. J. W. Klapman, Group psychotherapy, S. R. Slawson and P. Schleidinger, Group psychotherapy.

Здесь стоит сказать о работах прикладного характера, выполненных психосоциологами в области усовершенствования отношений между людьми, начиная с изучения групповой динамики.

Без сомнения, в подобном случае цель не является психотерапевтической. Но вся совокупность выявленных теоретических и практических знаний и усовершенствованных методов может явиться ценной поддержкой практике групповой терапии. Однако вынуждены отметить, что психотерапевты достаточно часто оставались вне этих работ, и, используя групповые методы, не стремятся лучше узнать явления, на которые должно опираться их воздействие.

К сожалению, мы не можем здесь представить психосоциологическую технику «групп роста».

При этом не стоит умалять и важный вклад в групповую терапию, осуществленный различными специалистами.

Насколько известно, первый вклад в групповую терапию как метод лечения восходит к 1905 году. Пратт попытался лечить группы соматических больных в рамках класса путем направленных дискуссий. Со временем число подобных попыток возросло как в области психотерапии, так и (в большей или меньшей степени) в психоанализе.

Первое применение групповой терапии в лечении детей было проведено Славсоном в 1934 году, в *Jewish Board of Guatdians* в Нью-Йорке. Позднее под руководством того же специалиста развились группы действий, группы дискуссий, терапия аналитической группы и направленные (руководимые) группы.

Славсон, без сомнения, основывается на принципах психоанализа. Очевидно, оценка терапевтом роли дина-

мического элемента в развитии личности влияет на то, как он проводит лечение. Славсон, например, анализирует, каким образом общие для всякой «серьезной» психотерапии элементы проявляются в групповой психотерапии.

Например.

Трансфер: проблемы трансфера особенно сложны в групповой психотерапии. Можно прежде всего выделить либидинозный трансфер, он обозначает установки и чувства, переносимые на терапевта. Для Славсона данный трансфер не обладает ни интенсивностью, ни глубиной трансфера при индивидуальной терапии. С другой стороны, братским (фратеральным) трансфером называют трансфер, соответствующий тому сплетению чувств, которое объединяет между собой членов группы терапии. Наконец, встречается также трансфер идентификации. Он позволяет людям в группе познакомиться независимым образом и увеличивает способность поддерживать отношения между субъектом и объектом. Он служит основой единства группы в фазе негативного трансфера на терапевта. Мультиполярность трансфера, о которой мы только что сказали, смягчает его воздействие.

Осознание: в конкретной группе представление общих проблем и спонтанная интерпретация ее членами сил, движущих каждым членом группы, помогают каждому понять самого себя и другого. При помощи подобных явлений развивается взаимная поддержка, которая способствует движению к осознанию. К тому же, когда пациенты обнаруживают, что другие люди испытывают схожие проблемы, эта «универсализация» способствует терапевтическим процессам. Но при этом интерпретация в группе представляет трудности, с которыми не приходится встречаться в индивидуальном лечении. Серьезной про-

блемой является иная степень подготовки; тот факт, что пациенты не обязательно дошли до конца своего сопротивления в одинаковой мере и, таким образом, не готовы к одинаковому осознанию¹.

Спутниц и, в особенности, Сибулкин изучали эмоциональные потоки в группе. Согласно данным авторам, в групповой ситуации зачастую появляются три констелляции сил. Констелляция силы позитивного воспроизводства (позитивных репродуктивных сил) включает в себя силы, которые задействованы в желании сексуального соединения (совокупления), зачатия, рождения ребенка. Под констелляцией сил инадаптации понимают эмоциональную инадаптацию и недостаток интеграции, которые отвлекают репродуктивные силы. Групповое поведение, согласно указанным авторам, связано с равновесием, существующим между данными констелляциями сил.

Когда доминируют силы констелляции недостаточности, в группе, стремящейся к распаду, возникает взрывоопасная ситуация. Подрывные силы соответствуют негативной констелляции репродуктивных сил².

В. Бион, говоря о парадигме, близкой к воззрениям Мелани Кляйн, использует некоторые понятия, выдвинутые последней, с целью выявления так называемых «базовых гипотез». Они соответствуют нижеследующим схемам, которые, согласно данным авторам, ориентируют и организуют жизнь в группе. Бион выделяет три типа организационных схем: зависимость, «спаривание» (подбор пары), бегство—атака.

¹ S. R. Slavson, *Psychothérapie analytique du groupe*, 1953.

² H. Spotnitz, *Thérapie de groupe en tant que technique psychothérapeutique spécialisée: Techniques spécialisées de la psychothérapie*.

Упомянутая зависимость — зависимость от обожаемого лидера, «питающего» и защищающего группу, который является источником всех ценностей (понятия о ценностях) и по отношению к которому организуется ее жизнь.

В поиске пары внимание и надежда обращаются к связям симпатии, которые устанавливаются между двумя членами группы. Одновременно внимание обращается к связи и к чувству надежды. Развиваются, например, следующие темы: женитьба может положить конец психологическим трудностям, групповая терапия может восстановить социальные отношения, может быть создано новое сообщество, которое будет большой поддержкой для всех... В данном случае важной является зарождающееся воплощение надежды. Это личность или идея, которая должна спасти группу от ненависти, от разрушения, от отчаяния... И для представленной таким образом мессинской надежды важно не быть реализованной.

Побег-атака соответствует чередованию этих двух форм поведения. Группа действует таким образом, как если бы было необходимым избегать и атаковать что-либо или кого-либо¹.

Помимо направлений, которые изначально определились как групповая психотерапия, а именно: работ Биона, на которые мы ссылались выше, или работ Фоулкса², в 1950 годах в Соединенных Штатах развивается такое направление, как «групповая динамика»¹. Оно изначально не является групповой терапией, ее цель — внести прак-

¹ *Experiences in groups*, London, 1961.

² S. H. Foulkes, E. J. Antony, *Psychothérapie de groupe*, 1969.

тический вклад в восприятие групповых феноменов и в улучшение человеческих взаимоотношений.

Тем не менее, сложно поддержать гипотезу о том, что существуют, с одной стороны, феномены, свойственные «группам здоровых», и с другой — феномены, свойственные исключительно группам психотерапии, и что при этом между одними и другими не могут быть выявлены общие закономерности. Однако сторонники «групповой динамики» успешно работают как групповые психотерапевты, а психотерапевты занимаются «групповой динамикой». И это, в том числе, позволяет утверждать, что пропасти не существует. По мнению Даркина², психологи и психоаналитики, вторгающиеся в область терапии «групповой динамики», сочетают «групповую динамику» с известным терапевтическим процессом. Для них «групповая динамика» является новым и определяющим элементом.

Необходимо отметить, что сам Фрейд затрагивал групповые феномены (*Psychologie collective et analyse du moi*, 1921). Задумав идеал Я как модель, которой субъект должен стремиться соответствовать, он полагал, что эта инстанция позволяет понять любовное восхищение, зависимость от гипнотизера, а также подчинение лидеру. В свете последнего замечания «первичная толпа представляется собранием индивидов, заменивших свое идеальное Я одним и тем же объектом». Тот факт, что лидер занимает место идеального Я членов группы (первичная идентификация), влечет за собой взаимную идентификацию между членами группы (вторичная идентификация).

¹ J. Maisonneuve, *La dynamique de groupe*.

² Н. Е. Durkin, *Le groupe en profondeur*

Затем Фрейд для объяснения власти в группе ссылается на аналогию с примитивной ордой.

Теория орды, которую невозможно верифицировать, в целом была отвергнута. Научно более приемлемой представляется аналогия с семьей. Но в этом случае Даркин сомневается, что должны «возродиться» (реанимироваться) отношения с отцом, в то время как в человеческом опыте первая власть, перед которой невозможно устоять, принадлежит матери. Во главу угла необходимо поставить, согласно данному автору, предэдиповы факторы, и прежде всего фактор власти в отношениях мать–ребенок.

Мы бы хотели уточнить, что отличает аналитическую психотерапию группы внутри психотерапии группы в целом. «Классическая» психотерапевтическая группа подчинена следующим основным условиям: группа основывается на речевой (вербальной) коммуникации, объектом лечения является каждый член группы, сама группа является основным средством терапевтического воздействия. В аналитической психотерапии группы спецификация направлена на следующие моменты: вербальная коммуникация становится «свободной дискуссией», которая соответствует «свободной ассоциации» в психоанализе; все, что происходит и производится в группе, интерпретируется и изучается, частью терапевтического воздействия являются не только процессы, но и анализ процессов; объект дискуссии рассматривается в плане своего бессознательного содержания, в соответствии с принципами психоанализа.

В недавнем прошлом во Франции появились работы, касающиеся аналитической психотерапии группы. Именно в их рамках Д. Анзье постарался развить аналогию

между группой и сном (мечтой), описывая основные фантазматические процессы, имеющие место в группе¹. Изучая «групповой психический аппарат», Р. Каэс прежде всего хотел установить некоторую обратимость между группой и личностью: личность, согласно его работам, является «группологией», по крайней мере в некоторых из ее структур, а группа — построением, зависящим от «психических организаторов»². Со своей стороны, мы попытались показать особенности существования «групп роста», а именно «говорить—действовать» — то, что говорится каждым, отчасти говорится вне осознания дальнейшего воздействия (не замечаемого) на группу, — и показать, что «групповой трансфер» может существовать лишь в связи с конфликтным построением группы, что влечет за собой конфликтность самого трансфера³.

II. Психодрама

Кажется, именно Аристотель первым отметил «катартический» эффект драматического действия на зрителя.

Но при этом можно задаться вопросом, не маркизу ли де Саду мы обязаны первым использованием театра в собственно психотерапевтических целях (в Шарентоне, см. *Maurice Heine, Le Marquis de Sade, Gallimard*, p. 112). Тем не менее, в чистоте его намерений существовали сомнения.

Но именно Морено создал настоящую психодраматическую технику (в Вене, начиная с 1921, затем в Америке,

¹ D. Anzieu, *Le groupe et l'inconscient*, 1978.

² R. Kaës, *L'appareil psychique groupal*, 1976.

³ G. Palmade, *Groupes d'évolution et psychanalyse*.

с 1926 г.). Первые идеи пришли ему в голову после конфиденциального разговора с мужем одной актрисы. Эта актриса-инженю, в противовес своему амплу, в семейной жизни вела себя очень негативно. Морено предложил ей новую пьесу, в которой она должна была сыграть мегеру. Инженю оказалась великолепно мегерой. Муж рассказал Морено, что дома она продолжала вести себя как обычно, но в тот день, когда была импровизирована указанная сцена, она, напротив, была нежной. Морено продолжил эксперимент, заставляя супругов разыгрывать различные моменты семейной жизни.

Психодрама разворачивается в зале без декораций. Таким образом, воображению актеров предоставляется полная свобода. Они должны вновь пережить эпизоды личной жизни, и при этом не чувствовать себя на сцене перед зрителями. Морено, опираясь на многочисленные личные теоретические и философские концепции, видел в психодраме активную тренировку импровизации. Для него импровизация является функцией, такой, как интеллект или память, которая при этом слабо развита в нашей цивилизации. У Морено можно найти детальный анализ развития импровизации.

В психодраме больной должен стать актером. Он обязан действовать, «выходить» за рамки своей болезни, а не присутствовать при ней. Он живет и выражает свои мысли, последовательно проходя через различные этапы развития импровизации.

В ходе развития ребенка формируется «вспомогательное Я». Вспомогательное Я ребенка — его мать. Оно играет двойную роль: воплощает личность человека и руководит им. В психодраматическом лечении задействованы

различные вспомогательные Я. Они остаются нейтральными и играют свою роль в соответствии с распоряжениями субъекта. Если он не способен принять решение, роли распределяет терапевт. После сцены больной вслух разговаривает со своим вспомогательным Я.

Обычно терапевт играет роль вдохновителя игры. Вспомогательные Я, а также вдохновитель-психотерапевт должны быть подвержены анализу психодрамы. Вспомогательные Я должны быть обоих полов и представлять различные личности. Больной выбирает свою роль и свои вспомогательные Я.

Психодрама использовалась в лечении детей, в лечении нарушений характера, неврозов, возможно также в случае психозов. С другой стороны, ее используют в целях ориентации или разрешения затруднительных ситуаций заинтересованных лиц.

Необходимо отметить, что сеансы психодрамы далеки от того, чтобы действительно являться групповой терапией. Зачастую это лечение лишь некоторых индивидов в группе. В других случаях психодрама продолжается вне группы.

III. Театротерапия в целом

Психодрама Морено — терапия, отправной точкой для которой явились собственные идеи автора. Но при этом можно использовать спонтанную драматическую игру, не прибегая к той совокупности концепций, которые формируют основу собственно психодрамы.

Так, Р. Дрейкурс (*Chicago Medical School*) разработал групповую психотерапию в русле работ Адлера, в то вре-

мя как во Франции развивался метод, в основу которого лег психоанализ. Необходимо также отметить, что групповая терапия Дрейкурса выходит за рамки чистой театротерапии.

Во Франции Ж. Моро-Дрейфус и С. Лебовичи (*Service de neuro-psychiatrie infantile du Dr Heuyer*) использовали, помимо театротерапии, другие методы (свободная дискуссия, ассоциация идей в рисунке, театр марионеток, изготовление марионеток). Но именно драматическое действие при этом формирует сердцевину их терапии.

Для каждой сцены сценарий вводится с использованием различных методов (совместная подготовка сценария, начало с мимической сцены без слов, начало с тестовой ситуации, предложение общей темы, сценарий на основе гравюры и т. д.). В ходе драматического акта каждый член действует в соответствии с собственными склонностями. В подобных условиях действие вскоре отклоняется от заданной темы. Тем не менее, иногда терапевты меняют сценарий, с тем чтобы способствовать абреакции (отреагированию). Высвобождение агрессивности становится возможным. «Фактически, тот, кто присутствовал при психодраме (без сомнения, более правильно было бы говорить о театротерапии), видел, каким бывает взрыв агрессивности, и это даже в случае внешне заторможенных детей».

Интересной проблемой является проблема трансфера. Как и в групповой терапии, его воздействие отличается от наблюдаемого при индивидуальном анализе. Пациент зачастую выказывает позитивный трансфер одновременно по отношению к группе и к тому или тем терапевтам, которых он знает. Театротерапия и в самом деле является большим источником удовлетворения: отчасти она позво-

ляет каждому реализовать ту личность, которой он хотел бы стать.

Негативный трансфер выражается в драматическом действии: разыгрываемый терапевтом персонаж наказывается, зачастую подвергается жестокому обращению, убивается.

Трансфер сам по себе действует терапевтически (смягчение позитивного трансфера). Но прежде всего, поскольку терапевт всегда сохраняет нейтральную доброжелательность, происходит разрушение комплементарности между действием больного и реакцией среды, так что больной вынужден менять свое поведение.

С другой стороны, существует трансфер в группе, и каждый больной, последовательно идентифицируя себя с членами группы, которые активно действуют, действительно получает пользу от выполняемых ими действий.

С точки зрения эффективности воздействия, авторы считают, что при частоте 1 раз в неделю терапевтическое воздействие должно длиться несколько месяцев, прежде чем можно будет констатировать ликвидацию конфликтов. Техника, которую мы только что описали, особенно рекомендуется в отношении детей в случаях эмоциональности с торможением и ощущением заброшенности. Эта техника также снимает следующие симптомы: слабые тики, заикание, энурез, мягкие антисоциальные проявления. Из групп театротерапии должны быть исключены: заторможенные взрослые нарциссисты, дети, страдающие извращениями и садизмом, нестабильные взрослые.

Лечение, осуществляемое Моро-Дрейфус и Лебовичи, направлено на детей и подростков. Во Франции Ф. Паше использует театротерапию значительно шире.

Десять больных собираются перед небольшой сценой и говорят о своих проблемах. Когда один из них рассказывает об интересной проблеме, которую можно разыграть, им предлагается это сделать. Таким образом, пациент всегда выбирает сюжет, который он будет играть. Он также выбирает своего партнера или партнеров среди ассистентов. После драматического действия даются интерпретации. Но эти интерпретации относятся прежде всего к сопротивлению, к негативному трансферу.

IV. Социодрама

Тем не менее Морено продемонстрировал, что зачастую в групповой терапии терапевты обращаются в большей степени к знаниям о межличностных взаимоотношениях, чем к знаниям о закономерностях групп. Но при этом очевидно, что одним из условий настоящей, честной терапии группы является знание структуры групп, действующей в них «социодинамики». Без знания об организации групп групповая психотерапия может в некотором отношении показаться случайностью. И в самом деле, концепты, значимые для межличностной психотерапии, не обязательно могут распространяться на групповую терапию. «Исследования по организации масс, по положению каждого индивида в группе, психологические процессы, которые протекают в ней, и силы притяжения и отталкивания, которые она возбуждает в отношении других масс, обязывают нас сформулировать новые понятия и специальную терминологию, лучшим образом адаптированную к новым проблемам» (Морено). Индивиды, которые участвуют в группе, в данный момент находятся в новом плане, и начинают появляться различные феномены. Групповая те-

рапия, понятая как терапия, действующая при помощи группы, должна считаться с этими феноменами.

Благодаря Морено и социометрическим исследованиям появился интересный метод изучения групп. Этот метод позволил выявить некоторые феномены, с которыми нужно считаться при групповой терапии. Так, с одной стороны, всякое действие, направленное на группу, должно учитывать ее формальную организацию и ее спонтанную организацию, и, с другой стороны, выбор техники должен зависеть от психосоциальной организации группы больных.

Выше мы рассмотрели групповую терапию как способ лечения людей в группе при помощи «групповой динамики». Но интерес может быть направлен не только на проблемы индивидов, но и на проблемы самих групп. Нестабильность, раскол, антагонизм, всякого рода напряжение или, наоборот, апатия могут возникнуть в различных социальных группах, спровоцировать возникновение особых проблем, требующих специфического решения.

Социометрия разработала две основные техники социальной трансформации: тест популяции и социодраму. «Тест популяции является техникой, которая функционирует на месте; он приводит популяцию к выражению своего коллективного Я и своей воли по отношению ко всем основным видам деятельности, в которую она является включенной или когда-либо будет включена.» Популяция — это могут быть жители городка, заводской коллектив и т. д. «Социодрама является техникой, позволяющей выявить истинное лицо социальных проблем в группе, т. е. аффективную истину, которая зачастую скрывается под реальной социальной структурой и вызываемыми ею конфликтами; указать направление желаемых трансфор-

маций при помощи драматических методов». Мы не будем далее развивать эту тему, которая выходит за рамки настоящей книги.

Глава 6

Диверсификация психотерапии

На сегодняшний день можно констатировать тот факт, что мы являемся свидетелями настоящей диверсификации психотерапии. Однако остается открытым вопрос, что может принести эта диверсификация: больше гибкости в адаптации к отдельным случаям или же рисков?

Попытаемся выделить основные тенденции диверсификации: появление директивных установок и активное вмешательство в большинстве направлений в психотерапии, все более важную роль групп в различных методах, во многих случаях — смягчение (или даже исчезновение) «терапевтического» аспекта психотерапии.

В то время как в рамках психотерапевтических направлений, предшествовавших психоанализу, традиционно было принято советовать, поучать, направлять, морализировать, гипнотизировать, установкой психоаналитика являлся «благожелательный нейтралитет». Хотя для более «молодой», чем психоанализ, недирективной психотерапии его методы считаются даже слишком директивными, поскольку психоаналитик может *указывать* пациенту. Напротив, в более поздних формах психотерапии (телесная, поведенческая, семейная, терапии «парадоксального предписания» и многое другое) вмешательство осуществляется весьма активно и директивно. Тем не менее во многих современных работах, посвященных но-

вым направлениям в психотерапии, принято настаивать на свободе пациента в процессе лечения, на его необходимой автономии, а ярые сторонники строжайшей недирективности обратились к практике, характеризующейся значительным вмешательством, при этом они доказывают, что смысл такого вмешательства сводится к отсутствию директивности!

Мы посвятили одну из глав групповой психотерапии¹, которая получила значительное развитие. Но другие направления психотерапии, которые не используют слово «группа» в своем названии, также используют ее. Это характерно для семейной психотерапии, трансактного анализа, институциональной психотерапии.

Другая важная характеристика многих направлений психотерапии, которые развились начиная с 1960 года и после, заключается в том, что границы понятия «больной» стали весьма размытыми; понятие выздоровления через психотерапию заменено, например, идеей обретения более реалистичного и рационального поведения или же идеей осознания телесных функций, до тех пор неизвестных субъекту, поддержания «лучших отношений» с собственным телом, самореализацией личности, установления более «аутентичных» отношений с другими и с самим собой.

Появление потенциальных клиентов, которые не страдают от психических нарушений — во всяком случае, в классическом значении, — но которые находятся в сложной ситуации или/и не удовлетворены своим существованием (в различных формах и по различным причинам) — должно связываться с указанным развитием «не-

¹ Она должна бы называться «психосоциотерапией», если бы это слово не было таким длинным.

терапевтической психотерапии»; и само ее появление должно быть связано с культурной и социальной революцией индустриального общества.

Однако подобное расширение «сферы деятельности» психотерапии не помешало ее традиционным направлениям (включая классический психоанализ) продолжать свое существование и развитие. Например, использование психотропных препаратов сделало возможной коммуникацию с некоторыми больными, с которыми ранее она была невозможна. С другой стороны, в целом выздоровление продолжало рассматриваться как цель, которую необходимо достичь в случае неврозов и психопатий.

Здесь мы можем коротко представить лишь ограниченное число «свежайших» психотерапевтических направлений — те, которые нам представляются особенно важными, а именно:

- институциональная психотерапия;
- поведенческая психотерапия;
- телесная психотерапия;
- психосоматический подход;
- психотерапия методом двойного ограничения;
- семейная терапия;
- наркоанализ.

Институциональная психотерапия

Институциональная психотерапия не может рассматриваться — если только мы откажем любой психотерапии в праве быть терапевтической — как одна из форм психотерапии, которая не обращается к больным. Как показывает сам термин, она развивается внутри институтов, где всегда найдутся люди, страдающие от значительных нарушений.

Как мы уже видели, активные психотерапии (эрготерапия, терапия занятостью) входят в институциональную психотерапию в той мере, в которой они должны быть интегрированы в социотерапию¹.

Распространением (с 1900 г.) активных терапий в группах эрготерапии мы обязаны немецкому терапевту Герману Симону, кроме того, он первым подчеркнул: команда, отделение, больница — это отдельные единицы, которые могут иметь свою собственную патологию.

Институциональная терапия представляет себя как разрыв с традиционной психиатрической больницей и ее тоталитарной, замкнутой на себе самой природой; ее цель — сделать институт местом ресоциализации. Именно институт должен сам оказывать благотворное воздействие, и при этом подчеркивается, что институт не является простой суммой своих составляющих, он должен рассматриваться как система в своей целостности.

Поле деятельности, организация и программа должны определяться в зависимости от глобальной цели дезальтации. А значит, необходимо принять во внимание участие пациентов и таким образом, чтобы механизмы «реставрации», «ремонта», «учета» заработали в коллективах. Организация основывается на контрактном принципе, который подразумевает интенцию сотрудничества. Различные виды деятельности (работа, искусство, игра и спорт, туризм и т. п.) осуществляются обычно в маленьких группах. Собрания (коллектива медработников, психотерапевтов, собрания отделения или собрания по вопросам управления) вне функциональных аспектов должны

¹ Термин «социотерапии» нам представляется не слишком верным. Лечение осуществляет не общество само по себе, но институт.

быть также местом катарсиса и символического выражения. Психотерапевтические группы, включающие постоянное ядро участников, могут принимать различные формы и используются достаточно часто, имея различный ритм. В целом, циркуляция информации внутри института, обмена, различные формы выражения поощряются. Отметим, что институциональная психотерапия не исключает использования фармакотерапии.

Институциональная психотерапия использовалась в различных вариантах (например, в варианте, более сконцентрированном на терапии занятостью, или на социотерапии, или на психоанализе). Что касается тех видов, которые развились под влиянием психоанализа, перед ними встает проблема связующего звена между психоаналитическими перспективами и перспективами теории организаций: какова природа бессознательных коллективных явлений, связанных с институтами феноменов трансфера, каким образом можно учитывать и интерпретировать их?

В заключение добавим, что более полное представление психотерапевтических организаций должно было бы принять во внимание сообщества взаимопомощи и, в частности, некоторые ассоциации наркоманов, что мы не можем осуществить здесь.

Поведенческие терапии

В радикальной форме сторонники поведенческой терапии считают, что нарушения поведения не являются выражением внутренних феноменов, какой-либо скрытой болезни, но что отдельные формы поведения, имеющие определенную природу, являются нарушениями. Это значит, что нарушения рассматриваются в качестве «выученных» тем или иным образом, на основе чего делается вывод, что если

человек чему-либо научился, то он может и «разучиться» либо приобрести новый навык.

Таким образом, можно сказать, что поведенческие терапии представляют собой терапии при помощи воспитания, если считать, что воспитание сводится к усвоению навыка, а усвоение навыка — к операциональному обусловливанию.

Известно, что если мы будем сочетать с безусловным (то есть тем, который «естественно» вызывает у человека и животного определенную реакцию, например слюноотделение) раздражителем другой раздражитель (условный — например, звук колокольчика), через некоторое время путем ассоциации условный раздражитель (колокольчик) сам по себе сможет вызывать «естественную» реакцию (слюноотделение). Мы только что определили обусловливание «по Павлову». «Операциональное» обусловливание отличается от него. В его случае реакция не вызывается изначально безусловным раздражителем, с которым ассоциируется презентация условного раздражителя. Безусловный раздражитель предъясвляется после реакции (подкрепление), и таким образом реакция определяется своими последствиями. Механизм реакции (например, рычаг) приводится в действие (реакция), что влечет появление пищи (безусловный раздражитель, подкрепление).

Таким образом можно поставить некоторую единицу поведения под контроль подкрепления.

И с этого момента можно считать, что научение происходит согласно корреляциям, которые для окружения, обладающего некоторой структурой, существуют между поведением индивида и его последствиями. Терапевтические методы, основанные на операциональном обусловли-

вании, должны иметь целью улучшение поведения путем создания структур, которые автоматически используют ресурсы окружения.

В лечении психических заболеваний методом инструментального обусловливания сначала разделяют соответствующую болезнь на серию четко определенных форм поведения и затем подбирают методы, предназначенные для изменения составляющих ее форм поведения. В аверсивной терапии, где речь идет об удалении желаемого поведения, как на это указывает и название метода, терапия обращается к стимулам отвращения (наказания). «Систематическая десенсибилизация» используется для смягчения страха и тоски — но процесс, действующий здесь, сложнее, чем тот, который мы только что изучили.

Поведенческие терапии в последние годы стали достаточно распространенными, но также вызвали немалую критику, особенно со стороны сторонников динамической психологии.

Телесная психотерапия

Интерес к терапии тела в книге, посвященной психотерапии, может показаться парадоксальным. Мы действительно определили психотерапию как терапию через психологию — вне зависимости от того, что она лечит, в то время как телесная терапия, даже если целью ее является лечение духа, по определению не имеет психологической природы. Но если мы рассмотрим существующие телесные терапии, то увидим, что они сочетают с воздействием на тело и через тело бесспорные эффекты психологической индукции, и что обычно считается, что не следует отделять телесную сферу от аффективной. Общая идея, которая движет «телесными психотерапиями», заключается

в том, что следует узнать «мудрость» своего тела, дать свободу примитивным, интенсивным энергиям, забыть дух для того, чтобы вернуться к чувствам.

В. Райх (который сначала был психоаналитиком, известным своим характерным анализом), создатель вегетотерапии, считал, что либидо (поток жизненной энергии) у невротиков блокируется по причине репрессивной защиты, и что путем телесного контакта (массажа и упражнений) можно высвободить указанные силы более эффективно, чем с использованием психоаналитических приемов. Под названием «биоэнергетика» А. Лоуэн разработал один из вариантов вегетотерапии, призванный бороться с образованием мышечного «щита» («панциря») у пациентов, чтобы высвободить их энергию. В биоэнергетике пациенту предлагается совершать любые (по желанию) резкие (даже агрессивные) движения и рычать (громко кричать, ворчать). Психолог А. Янов, создавший «примальную терапию», считает, что невроз является защитой против примального (фундаментального) страдания, пережитого в детские годы. Переживание подобных моментов зачастую является серьезным испытанием (откуда выражение «примальный крик»), но согласно Янову имеет целебное действие, поскольку вытеснение этого страха лежит в основе невротического поведения.

«Гештальт-терапия» (Ф. Перлз) делает акцент на том, что происходит «здесь и сейчас» и на осознании. Но указанное осознание (неосознанного материала, вытесненных воспоминаний) должно происходить в аффективном и сенсомоторном плане. Этот метод можно отнести к телесной терапии лишь потому, что его цель — дать субъекту новое осознание своего тела через физические упражнения. Она включает и многие психологические аспекты.

Было бы справедливо поместить «группы встреч» в разряд групповых терапий, на что указывает и ее название, — отметив при этом, что здесь мы сталкиваемся с тем, что было определено как «нетерапевтическая психотерапия». Группы встреч развились внутри различных направлений, прибегая к разнообразным опытам, но при этом очень большое влияние на них оказали телесные терапии, вот почему мы упоминаем об этом течении именно здесь. Движение встреч, с одной стороны, является как стилем жизни (разновидностью контр-культуры), так и психотерапией.

Методы релаксации (Шульц, Кречмер, Якобсон) имеют отличные от только что перечисленных терапий корни. Термин «релаксация» означает состояние мышечного расслабления, физического и психического снятия напряжения, которое, по мнению авторов, должно дать возможность процессам регуляции самостоятельно (аутогенно) восстановить функциональную гармонию.

«Аутогенный тренинг» Шульца включает в себя упражнения по мышечной концентрации, по вазомоторной концентрации, упражнения, имеющие целью интеграцию сердечного ритма, дыхательного ритма и вегетативной регуляции брюшной полости. Вследствие данных упражнений становится возможным бороться с симптомами путем «углубления» упражнений, связанных с нужным органом, а также вербальными формулами гипнотического типа (речь идет о самогипнозе).

Психосоматический подход

Если вопрос о реальной принадлежности «телесных психотерапий» к области психотерапии можно дискутировать, психосоматический подход (или психосоматическая

медицина), напротив, действительно (в том, что нас интересует) относится к психотерапевтическому типу. В широком смысле термин «психосоматика» подразумевает, что биологическое и психологическое начала дополняют друг друга и должны рассматриваться вместе. В более узком, но широко распространенном значении психосоматические нарушения означают нарушения соматические, причина которых, как считается, лежит в аффективной сфере прошлого и/или настоящего. С точки зрения терапии (а на данный момент это и есть наша точка зрения), психосоматический подход специфически соответствует психологическому лечению соматических нарушений (при том, что он не исключает органическую терапию).

Развитие в последние годы психосоматической медицины обусловлено, с одной стороны, общей эволюцией идей, которая привела к смягчению дуалистического противопоставления тела и духа (о котором мы уже говорили в разделе, посвященном телесным психотерапиям), и, с другой стороны, прогрессом психотерапии и наличием множества случаев, в которых психоаналитическое лечение позволило смягчить соматические нарушения¹.

Кроме того, трудности, с которыми столкнулась современная медицинская практика, несмотря на ее прогресс, подталкивают к учету психосоматических феноменов. Мы уже говорили о том, что на современный момент в Соединенных Штатах причиной каждой второй смерти среди взрослых, не достигших пятидесятилетия, являются сердечно-сосудистые заболевания или заболевания печени,

¹ Но как мы видели, психологический аспект некоторых «чудесных исцелений» или некоторых форм лечения был выявлен еще до появления психосоматической медицины.

причем во многих случаях причина гипертензии остается неизвестной (Dunbar, *Psychosomatique Diagnosis*).

Нахт, в свою очередь отметив, что расширение медицинских знаний привело в итоге к уменьшению острых заболеваний, указывал: «Данный эффект, явившийся следствием прогресса в медицинской науке, тем не менее привел к серьезному кризису в медицинской практике, поскольку в девяти из десяти случаев врач не знает, что делать с теми знаниями, которые он приобрел во время обучения».

С точки зрения психосоматики, необходимо различать клинические симптомы, которые на уровне тела *выражают* невротические нарушения (симптомы конверсии), и нарушения, которые сами по себе не выражают неосознанных психологических установок и привычек, но являются их прямыми или косвенными последствиями.

Александр и Френч в начале своей работы *Studies in psychosomatic medicine* (1948) изложили фундаментальные положения психосоматической медицины:

- расстройства вегетативных функций являются одновременно результатами конституциональных наследственных факторов и влияния среды;
- относительная значимость указанных двух групп факторов меняется в зависимости от случая внутри одной клинической сущности;
- усилия по выделению определенных болезней в группу чисто психосоматических обречены на неудачу. Термин «психосоматический» обозначает прежде всего методологический подход;
- нельзя с большой точностью установить соответствие некоторых аффективных расстройств и поражения

определенных органов. Напротив, существует зависимость между некоторыми эмоциональными совокупностями и эволюцией некоторых вегетативных функций¹.

Психосоматическая медицина подразумевает, что врач не останавливается на классических исследованиях (история болезни, клинические и лабораторные исследования), но добавляет к ним исследования личности больного, поскольку пытается найти психические факторы, которые могут лежать в основе (полностью или частично) функциональных нарушений, выявить роль данных факторов в специфике и эволюции соматических заболеваний.

Основные сферы деятельности психосоматической медицины: заболевания пищеварительного тракта, дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, дерматозы.

Если рассматривать психосоматический подход в целом, можно увидеть, что он располагает различными приемами воздействия: психотерапия, нейропсихиатрическое лечение, биологическое лечение, соответствующее соматическому заболеванию. Но если мы рассмотрим каждую из этих форм, то из вышеперечисленного только психотерапия (в той мере, в которой она направлена на лечение нарушений, проявляющихся в соматической форме) может быть названа психосоматической.

Это не является суждением о более точной природе указанной терапии, и любая из терапий, которые мы рассматривали, *a priori* способна стать психосоматической (или получить психосоматическую направленность). Тем

¹ F. Alexander, *La médecine psychosomatique : ses principes et ses applications*, Paris, 1962; P. Marty, M. de M'Uzan, C. David, *L'investigation psychosomatique*, Paris, 1963 ; T. von Uexküll, *La médecine psychosomatique*, Paris, 1966.

не менее представляется, что чаще всего используется психоанализ (классический либо психотерапии на его основе).

Психотерапия методом «двойного ограничения» (парадоксального предписания)

Нам известен классический парадокс, знаменитый пример которого — человек, который говорит о себе: «Я лжец». Однако если мы отметим, что данное утверждение включает в себя два определенных уровня языка: первый уровень, уровень «языка-объекта» (я устал, я грустный...), и второй уровень, направленный на то, что говорится в языке-объекте (то, что я только что сказал, является ложью): метавысказывание. Мы наблюдаем, таким образом, тип рефлексивности, которая рождает утверждение, лишённое смысла.

Но парадокс может проникнуть в повседневную жизнь и породить «прагматические парадоксы». Например: «действуйте произвольно..., я хочу, чтобы ты руководил мной..., да не будь же таким смиренным...» Таким образом, мы оказываемся перед «парадоксальным предписанием», таким, что если мы подчиняемся ему, мы тем самым проявляем неподчинение, и если мы ему не подчиняемся, тем самым мы подчиняемся ему — что создает ситуацию «двойного ограничения». Даже если логически высказывание лишено смысла, оно обладает прагматической реальностью: нельзя на него не отреагировать, но нельзя и отреагировать на него адекватно. Двойное ограничение имеет психогенный эффект, и Г. Батесон (и др.) сказал в 1956 году, что больной шизофренией «должен жить в мире, где последовательность фактов такова, что виды коммуникации, свойственные данному миру и выходя-

щие за пределы обыденного, могут в одном смысле рассматриваться как адекватные».

Терапевтическая задача заключается в том, чтобы вывести больного из замкнутого круга, внушенного ему двойной связью.

Согласно принципам данной психотерапии, в этом можно преуспеть, если мы создадим терапевтическое двойное ограничение, противопоставляя парадоксу «контр-парадокс», а для этого необходимо предписать симптомы.

Полученный эффект изменения в результате предписания симптомов (в условиях ограничений, направленных на их исчезновение) объясняется в той мере, в которой подобное предписание является эквивалентным парадоксу «действуйте произвольно». Считается, что если попросить человека принять поведение, которое является его собственным и до того момента воспринималось как произвольное, оно уже не сможет являться произвольным, поскольку требование делает произвольность невозможной. Так как симптом не может больше переживаться так, как это было ранее, он больше не может существовать согласно первоначальным свойствам. В то время как пациент ожидает, что терапевт заставит его изменить поведение, терапевт, напротив, просит усилить его, создавая, таким образом, парадокс: изменять, не изменяя. Если пациент подчинится, он уже не сможет сказать: «Я не могу себя сдерживать», поскольку он «играет» свой симптом, а это — согласно вышеизложенному — делает данный симптом невозможным. Если же пациент отказывается подчиниться предписанию, он может достичь этого, лишь прекратив вести себя в соответствии с симптомом, а это и есть цель психотерапевта. С другой стороны, психотерапевт выстраивает ситуацию так, чтобы помешать пациен-

ту выйти из игры или разоблачить парадокс, критикуя его. Опыты показывают, что, с одной стороны, все происходит действительно так, и с другой — что мы получаем желаемое изменение.

Семейная терапия

Представляется справедливым рассказать о семейной терапии сразу после психотерапии парадоксального предписания, поскольку значительная доля первой в разной степени и разным образом основывается на разработках второй.

Тем не менее семейная терапия типа «контр-парадокс» характеризуется не только этим признаком. Обычно она обращается также к теории систем¹.

В рамках данной точки зрения основной является идея о том, что семья не является суммой своих членов и их отношений, что она должна рассматриваться как целое, которое имеет свои собственные характеристики. Данная «система» разложима на подсистемы, которые идут в ход в процессе тотализации (образования целого). Взаимодействия «циркулярны», и именно указанная структура совокупности круговых взаимодействий осуществляет тотализацию, которая управляет системой. Ни один человек, составляющий группу, в итоге не имеет ведущей роли в системе; это, например, сама семья в ее целостности реагирует на то, что происходит с одним из ее членов. Существование феномена взаимозависимости лежит в основе эффектов обратного действия (*feed-back*), которые, в свою очередь, могут лежать в основе регуляции (феномен гоме-

¹ По этому вопросу см. J.-L. Le Moigne, *La théorie des systèmes général*, 1977; а также вводную работу L. von Bertalanfy, *Théorie générale des systèmes*.

остаза). Тем не менее, стабильность семьи обеспечивает не просто феноменами регуляции, но и правилами функционирования, которые были выработаны в ходе ее развития.

С терапевтической точки зрения делаются попытки показать, что если мы хотим добиться парадоксального вмешательства, необходимо дать «позитивную коннотацию» всем формам поведения, наблюдаемым в группе. Действительно, с одной стороны, как можно предписать симптом, если некогда он подвергался критике, с другой стороны, как можно получить доступ к системе во всей целостности, если мы делим ее на то, что «хорошо», и то, что хорошим не является? С другой стороны, если бы мы давали системе коннотацию в целом негативную, мы бы обрекли гомеостатические тенденции системы и лишились возможности быть принятыми ею. Наконец, необходимо помнить, что терапевт не должен входить в установки, которые являются комплементарными установкам пациента, и что он не должен давать интерпретации семье¹.

В рамках семейной терапии, помимо парадоксального предписания, существуют и другие направления, основные из которых — психоаналитическое, системное, экзистенциальное.

Именно в русле психоаналитической перспективы, дополненной перспективой социологической (под влиянием теорий Т. Парсонса), Т. Литц провел исследование семнадцати семей, среди членов которых были больные шизофренией. Л. Уайн также предложил психодинамическую интерпретацию шизофрении с опорой на семью.

¹ M. S. Pallazolli, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata, *Paradoxe et contre-paradoxe*, 1979.

Во Франции различные авторы пытались показать, что аналитическое лечение может быть применимо к анализу всей семейной группы. Терапевтическим рычагом в таком случае является трансфер семейной группы и ее изменение.

Направление, опирающееся прежде всего на знание структуры семьи (Сальвадор Минухин), не должно отказываться от попыток выработки активной стратегии вмешательства в нее (стратегический подход Дж. Хейли). В обоих случаях представление семьи системно. Согласно первой точке зрения, изменения семейной структуры способствуют изменениям в поведении и внутренних психических процессах членов данной системы. Поэтому терапевт должен «присоединиться» к семье, чтобы привести («он ведет, потому что он следует») ее членов к «обыгрыванию» всех имеющихся у них возможностей в режиме «здесь и сейчас».

Экзистенциальный подход, в общих чертах, характеризуется, с одной стороны, через значение, которое он придает тому, что пережито, с другой стороны — через доминирование движения по отношению к стагнации. Но данные общие тезисы не возбраняют сторонникам экзистенциального направления использовать системное понимание, искать более разработанной формы подачи своей концепции. В рамках последнего Боссормени-Наги стремился показать, что именно система «невидимой лояльности» создает единство семьи, а также ее конфликты и противоречия, ее постоянство и динамику изменений.

Отметим в заключение, что анализируя отношения между поколениями (например, способ действия невидимой лояльности от поколения к поколению), семейная терапия стремится к изучению интергенерациональных феноменов.

Терапия пары

Здесь дело обстоит также, как и с терапией группы, или, в некотором отношении, терапии семьи. Выражение указывает на «объект-посредник» (группа, семья, в данном случае — пара), на которого направлено терапевтическое воздействие, но ничего не говорит о методах, использованных для этого. С другой стороны, один из супругов или оба могут проходить ту или иную индивидуальную терапию, участвовать в групповой терапии или в одной из форм семейной терапии.

Собственно говоря, терапия пары — это терапия, в которой прямое терапевтическое воздействие направлено на пару и только на нее, и чаще всего принимает форму совместной беседы.

Развитие семейной терапии связано с семейным консультированием. Это можно понять, если отметить, что данный термин «семейное консультирование» не является точным, поскольку речь не идет о консультировании в обычном понимании, но при этом данный термин необходимо понимать в значении «недирективности». По меньшей мере во Франции в своих «малых» формах семейное консультирование близко к недирективным (роджерсовским) методам — внимание сосредоточено на отношениях партнеров; в своих более широких формах оно может в той или иной мере «склоняться» в сторону психотерапии, основанной на психоанализе.

Психоаналитики же ставят перед собой проблемы, рассмотрение которых здесь не является возможным: насколько глубоким может быть анализ, каким образом происходит трансфер, как предложить интерпретацию, приемлемую для обоих супругов, как определяется роль

психотерапевта по отношению к каждому из партнеров, какую позицию занять в индивидуальной психотерапии и психотерапии группы...

Трансактный анализ

Трансактный анализ иногда предлагают как средство, которое якобы дает результаты при шизофрении, алкоголизме и делинквентном поведении. Но как и психотерапия без терапии, данный подход более всего развит в области семейных и matrimониальных проблем, в области человеческих отношений. Хотя трансактный анализ не исключает полностью индивидуальную психотерапию, практикуется он чаще всего в группе. Тем не менее нам представляется затруднительным рассматривать его как групповую терапию, поскольку данное направление изучает в основном трансакции (обмены) между людьми внутри группы.

В практике трансактного анализа постоянно используются разработанные им приемы, связанные с структурным анализом, трансактным анализом, изучением игр и сценариев.

В основе структурного анализа лежит разграничение (Э. Берн) трех состояний Я: Родитель, Взрослый, Ребенок. Состояние «Я-ребенок» остается неизменным по завершении детства; когда данное состояние господствует в человеке, он чувствует и действует, как ребенок. Родитель соответствует копии настоящего отца или матери (или людей, которые выполняли эту роль), когда состояние «Я-родитель» господствует, мы можем наблюдать «правильные», «приличные» схемы поведения. Взрослый развивается постепенно, он характеризуется способностью принимать взвешенные решения, находящиеся в эффективных отношениях с реальностью. Отношения между данными состо-

ниями играют важную роль: это могут быть отношения исключения, если одно из состояний Я играет настолько доминирующую роль, что исключает другие состояния, заражение соответствует вторжению одного из состояний Я в другое. Некоторые установки, которые пациент считает справедливо отражающей реальность точкой зрения, отражают «заражение» Взрослого Родителем. В терапевтических целях обеззараживание должно быть быстрым и стойким.

Трансакция является элементарной единицей социального обмена. Она включает в себя транзактный стимул со стороны X и транзактный ответ Y . Простая трансакция, таким образом, обращается лишь к двум состояниям «Я» (по одному у каждого из партнеров). Трансакция называется дополнительной (или параллельной), когда оба состояния, соответствующие стимулам (например, Взрослый $X \rightarrow$ Ребенок Y), являются теми же, что и состояния, соответствующие ответу (в указанном примере Взрослый $X \leftarrow$ Ребенок Y). Трансакция называется перекрестной, если пары состояний, которые определяют транзактный стимул и транзактный ответ, не одни и те же. Например, стимул Взрослый $X \rightarrow$ Взрослый Y и ответ Ребенок $X \leftarrow$ Родитель Y определяют перекрестную трансакцию. Перекрестные трансакции соответствуют конфликтной, несогласованной коммуникации.

Трансакции могут быть сложными и скрытыми, в подобном случае одновременно реализуется трансакция в социальном плане (например, Взрослый—Взрослый) и трансакция в психологическом плане (например, Родитель—Ребенок). Игры, транзактный анализ которых предоставил многие типовые примеры, основаны на скрытых трансакциях. Они составлены из серии скрытых трансак-

ций, имеющих четко определенный психологический смысл. Игры должны являться сегментами более широких и сложных транзактных совокупностей — сценариев. Сценарий является для субъекта адаптацией реакций и детского опыта, которая (на более или менее долгих периодах) организует некоторую разновидность предсознательной жизни.

Транзактный анализ имеет целью помочь людям освободиться от потребности в игре и заменить ее более глубоким удовлетворением, которое дарит интимность. Что касается сценариев, терапевтическое воздействие становится полезным или необходимым, если они ведут к неудачам или разрушению. В таком случае речь идет об одной из наиболее длительных и сложных операций транзактного анализа.

Наркоанализ

Необходимо различать наркоанализ и наркодиагностику. Наркодиагностика является «фармакодинамическим вмешательством в целях постановки диагноза». Легитимность использования наркодиагностики в легальной медицине является спорным вопросом.

Наркоанализ использует состояние, близкое ко сну, в которое больного погружают искусственно (барбитураты быстрой эвакуации, возможно также сочетание амфетаминового шока и барбитуратного субнаркоза), но сохраняет возможность общения с внешней средой. В определенной мере наркоанализ можно сравнить с гипноанализом.

Собственно терапевтическим моментом наркоанализа является «наркосинтез». Он «состоит в осознании события или травмирующей ситуации в сочетании с эмоциональным реагированием и в апперцепции зависимости

между патологическим поведением и его психологической мотивацией». В итоге мы имеем дело с ускоренным психоанализом (частичное снятие барьеров при помощи субнаркоза), упрощенным и схематизированным. Но при этом отметим, что наркоанализ не позволяет терапевту занять действительно нейтральную позицию. Положительный трансфер значительно облегчает наркоанализ.

Использование субнаркоза (пограничного наркоза) не указывает на психотерапию (являющуюся активным терапевтическим агентом), которая может быть применена. Но чаще всего речь идет о психотерапии, основанной на психоанализе.

Разумеется, мы не претендуем на полное описание всех практикуемых психотерапий, о которых можно найти какие-либо публикации.

Для сведения читателя приведем список (неполный) названий, под которыми «скрываются» различные формы «новых терапий»: биоэнергетика, биодинамика, терапия криком, гештальт-терапия, гипнотерапия, метод Гордона, группы встреч, интенсивная иллюминация, музыкотерапия, примальная терапия, психосинтез, аналитическая психология (Юнг), ребефинг (*rebirthing*; новое рождение, возрождение), релаксация, сексотерапия, софрология, взаимная поддержка, медитация, дзен, тай-ши-хун, йога, вегетотерапия.

В данном списке мы перечислили методы, которые обращаются к телу, поскольку они являются частью некоторого «разбухания» психотерапии, характерного для недавнего времени, корни которого находятся прежде всего в Соединенных Штатах. Как мы уже видели, данные формы психотерапии стремятся объединить телесное и аффективное.

Слово «разбухание» употреблено не случайно. Как только мы начинаем рассматривать все, что осуществляется и представляется в качестве психотерапии, мы видим, что речь идет уже не о диверсификации, а об умножении, имеющем некоторые анархические признаки. Первоначальное разбухание продолжается и развивается, поскольку некоторые из «новых психотерапевтов» в ходе своего образования и профессионального совершенствования обращались к многочисленным и разнообразным практикам, из которых они всякий раз извлекают лишь то, что считают нужным, дабы затем скомбинировать их в качестве собственного метода. Подобное разбухание некоторыми расценивается как богатство, но для других оно является источником беспокойства. В любом случае, рассматривать его необходимо в контексте культурной и социальной эволюции.

Софрология была основана в 1960-х годах А. Кайседо, профессором медицинского факультета Барселонского университета. Он пытался осуществить синтез гипноза, релаксации и медитации (софрология — «поиск гармонии сознания»). Мы не описали этот метод, поскольку неизвестно, рассматривать ли его на основе примеров его практической реализации (основанной на различных видах релаксации) или же на основе декларируемых стремлений, согласно которым цель софрологии — интегрировать все позитивное в человеческой судьбе в некую разновидность общей философии.

Заключительные замечания

Представив, на наш взгляд, самые важные из современных методов психотерапии, остановимся на композиции данной небольшой книги, а также на практических возможностях применения психотерапевтических методов.

Что касается композиции, то, очевидно, что в качестве отправной точки мы избрали психоанализ. Сразу же следует оговориться, что психоанализ не является только лишь психотерапией; психоанализ включает в себя психотерапию в том смысле, в котором этот термин был нами определен. Между тем существует распространенная тенденция, в частности, среди психоаналитиков, различать психоанализ и психотерапию. Это лишь подчеркивает значимость психоанализа и его специфичность.

Мы же не станем придерживаться этой традиции, и не только потому, что психоанализ содержит в себе психотерапию в собственном смысле этого слова, но также потому, что целостная эволюция других методов, на наш взгляд, не может быть понята без ссылки на то, что является сущностью психоанализа. Это происходит то ли потому, что эти методы продолжают психоанализ, то ли потому, что они испытывают определенное влияние с его стороны, то ли потому, что (в определенном смысле) они ему противостоят.

В качестве «продолжений» можно назвать психоаналитическую психотерапию внушения, представляющую собой развитие институциональной терапевтической техники аналитической ориентации; аналитическую психотерапию групп, наркоанализ, а также методы психосоматического направления, в которых (что бывает наиболее часто) используется психоанализ. Трансактный анализ, который не может расцениваться как непосредственное продолжение психоанализа (многие, пожалуй, увидели бы в нем скорее вульгаризацию или девиацию психоанализа), тем не менее во многом находился под его влиянием. Среди терапевтических техник, эксплицитно противостоящих психоанализу, отметим недирективную психотерапию (ее сторонники считают психоанализ чрезмерно директивным — но это не единственное противоречие между ними), а также терапию парадоксальной интенции (она, напротив, чрезвычайно директивна, носит характер манипуляции). Отметим, что терапия двойного принуждения исключает всякие интерпретации или осознание.

Небольшой объем данной книги, к сожалению, не позволил нам представить все внутреннее многообразие психоаналитического направления. О большинстве из них мы вынуждены были рассказать кратко и, так сказать, в «ортодоксальном» аспекте, тогда как, например, лакановский психоанализ в некоторых аспектах абсолютно не соответствует данной «ортодоксальности».

Иначе говоря, отсутствие описания (или хотя бы упоминания о нем) какого-либо метода или направления отнюдь не означает, что мы отказываем ему в праве на жизнь. Просто учитывая все многообразие и сложность выбора, мы вынуждены были остановиться только на самых «типичных».

I. Показания для различных психотерапевтических техник

Представив «психотерапевтические методики без систематизированного обоснования» (см. гл. 2), мы указали, что проблема, поставленная специфическими показаниями для каждого из этих психотерапевтических методов, не имеет, по-видимому, общего решения и что каждый психотерапевт в значительной степени должен довериться собственной интуиции и своему клиническому опыту, находя решение в каждом конкретном случае.

Без сомнения, психоанализ предоставляет нам гораздо более организованное понимание психически больных (в особенности больных неврозами и лиц с девиациями характера), так же как и самого способа психотерапевтического воздействия. Позволяет ли он, между тем, судить обо всех психических расстройствах? Разумеется, нет. В течение длительного времени считалось (отчасти так считается и в настоящее время), что психозы или, по крайней мере, большая часть психозов не являются объектами классического психоанализа.

В отношении лечения детей либо при изучении деятельности в случае шизофрении, некоторые психоаналитики ориентированы на методы символической эффективности. В подобных случаях возможны отдельные дифференцированные показания. И совсем по-другому дело обстоит в отношении адлерианской или юнговской терапии либо в случае применения вызванной символической проекции. В действительности во всех этих случаях речь идет о психотерапии, основанной на общих концепциях, показания к применению которых являются множественными, и которые не могут быть представлены в качестве

разновидностей психоанализа, имеющего специальные терапевтические показания. Добавим, однако: что касается символической проекции, то она используется психоаналитиками именно в психоаналитической перспективе. В особенности она представляется полезной при лечении.

Групповая терапия была представлена в качестве техники, позволяющей выиграть время, воздействуя одновременно на нескольких пациентов. Но идет ли при этом речь о некоторой дополнительной технике? В гораздо большей степени, чем экономичные способы лечения, она выступает в качестве оригинального терапевтического метода, использующего групповую динамику в терапевтических целях. Какими могли бы быть между тем специфические показания к применению этого метода? Следует ли их рассматривать в качестве способов воздействия, имеющих все показания психоанализа и более могущественных, чем психоанализ, либо, напротив, менее могущественных? Согласие нам кажется далеким от тех ответов, которые даются на эти вопросы.

Что же касается тех многочисленных психотерапевтических техник, которые были представлены в главе о диверсификации, было бы трудно судить об их дифференцированной эффективности и даже увидеть эту эффективность. Иногда исследователи упоминают о сногшибательных результатах, но смутно, и поэтому результаты представляются даже слишком «сногшибательными». В другом случае это принципы, которые по большей части упоминаются, и они являются просто сопровождающими некоторые фрагментарные иллюстрации. Даже в тех случаях, когда мы приводили некоторые конкретные примеры психотерапевтического лечения, это позволяло нам лишь указать на идею действующего в данном типе пси-

хотерапевтической методики процесса, но не давало никаких окончательных данных о его эффективности. Следует добавить, что психотерапевты формировались зачастую под воздействием лишь одной психотерапевтической техники, которую они впоследствии и практиковали, и что эффективные случаи успешного сравнительного опыта не были такими уж частыми.

Мы видели, что наркоанализ действует как ускоренный психоанализ и показан в тех случаях, когда, поскольку конфликт является поверхностным, истинный психоанализ оказывается бесполезным. Что же касается некоторых форм несистематизированной психотерапии (внушение, терапия руководством, понимание), то они представляются полезными в идентичных случаях, т. е. когда психоанализ по той или иной причине невозможен. Часто они используются в качестве дополнения биологической терапии (дополнительная психотерапия).

В целом, легче брать направление в каждом отдельном случае, после детального анализа этого случая, чем формулировать универсальные правила.

II. Контроль эффективности психотерапевтических методик

Может ли терапевтическая ценность метода быть установленной в полной мере после очень детального анализа нескольких клинических случаев? Большая часть психотерапевтов, скорее всего, ответят на этот вопрос позитивно. Отсутствие навыков научного анализа, которое наблюдается у некоторых практиков, отчасти объясняет нам подобную установку. Подобное отсутствие научных критериев наблюдается по крайней мере в той степени, в кото-

рой думают о первоначальных аспектах практических требований всякой психотерапии. Это приводит к отсутствию всякой точной техники «доказательства».

Такая важная и серьезная работа, как «Психоаналитическая теория неврозов» Отто Фенишеля, посвящает только лишь полстраницы (из шестисот) «статистическим исследованиям результатов психоанализа» — чтобы в конечном счете не дать в этом тексте никакого достаточного точного отчета.

В течение длительного времени не существовало ни одной по-настоящему точной работы по эффективности психотерапевтических методик. Какими бы детальными они ни были, описания эффективности лечения не являются в достаточной степени показательными: о неудачах — ни слова. Впрочем, если бы они и упоминались, этим проблема не исчерпывается. Что в действительности является важным, так это вариации соотношения между неудачами и успехами в сравнимых условиях, и, более того, в точности сравнимых друг с другом.

Отсутствие точной статистики не должно, однако, приводить к отказу от того или иного психотерапевтического метода. Иначе говоря, в отношении психотерапевтических методик не следует занимать позицию отказа, но следует проводить исследования поиска и контроля.

Подобные исследования, следует отметить, сопровождаются многочисленными проблемами. Например, выборка для оценки эффективности различных курсов лечения не может быть достаточно большой. Кроме того, эти группы должны быть схожими по ряду признаков, чтобы различия в результатах вытекали из различий в техниках, а не из различий в самих группах. Наконец, следует сделать сравнимыми сами результаты, в связи с чем в пол-

ный рост встает проблема измерений в динамической психологии. Одним словом, нужно отдавать себе отчет в том, что мы столкнулись с очень сложной проблемой.

III. Психотерапия и психология

Необходимо отметить, что существуют случаи, которые находятся вне компетенции психотерапии, а скорее в области психологической консультации: речь идет о помощи индивидам, осознающим свои проблемы и стремящимся к их разрешению. Речь идет о том, чтобы обрести более аутентичный образ жизни, установить более полные отношения с другими и с самим собой, научиться лучше решать проблемы, связанные с окружением, в крайнем случае — чтобы трансформировать существующий образ жизни, открыть для себя новую культуру.

Более того, в целом психоанализ является психологической наукой (особого характера), которая должна быть использована, например, также в области воспитания, как и в области психотерапии.

Профессиональная ориентация, и, если угодно, личностная ориентация, которая стремится находить наиболее благоприятные для гармоничного развития нашей личности условия, должна быть осуществлена на основе психологической и характерологической науки, отличающейся от тех психологических форм, которые вмещаются в психотерапевтический процесс.

При сложившемся положении вещей, по меньшей мере, очевидно, что нельзя всех без исключения пациентов, испытывающих воздействие разрушающих внутренних конфликтов в процессе жизни, безоговорочно подвергать психотерапии. Напротив, можно пытаться поместить

их в условия, которые наилучшим образом соответствуют их характеру. Также, для профилактики возможных нарушений во взрослом возрасте, было бы полезно создать психотерапевтическую методику, применимую в процессе формирования личности ребенка.

Все эти проблемы имеют немало общего, что приводит к формированию такого подхода в психологии, который позволил бы решать их в комплексе. О чем бы мы ни говорили — о психологии труда, психотехнике, психопедагогике или психотерапии — речь всегда идет прежде всего о психологии. Последняя является наукой о связях одного человека с другими людьми и с самим собой, она присутствует везде, где изучаются или используются эти связи. Очевидно, что психотерапия относится к прикладной психологии, что не исключает того факта, что психология как наука строилась и строится на основе психологических техник.

IV. Формирование и выбор психотерапевтов

Один из первоочередных вопросов в этой области: должны ли психотерапевты обязательно быть врачами?

Что касается психоанализа, ответ Фрейда был предельно ясен: совсем необязательно быть врачом, чтобы стать психоаналитиком. Напротив, некоторые врачи не допускают мысли о возможности отсутствия у психотерапевта специального медицинского образования.

Фактически психотерапия является психологической техникой; следовательно, она требует психологических знаний, компетентности и качеств, которые не обязательно присущи врачам. Медицинское же образование и прак-

тика — это формирование в основном биологическое, не претендующее, в частности, на обучение психологическому воздействию.

Однако мы не раз упоминали, что психотерапевтическое воздействие может быть показано в случаях психических расстройств, имеющих органические причины. Также верно, что зачастую, при почти идентичных симптомах (которые могут соответствовать то ли биологической этиологии и лечению, то ли психологической этиологии и лечению), следует рассматривать оба аспекта подобных случаев таким образом, чтобы в точности отразить их природу. В более общем виде, бесспорно, бывает полезным взять себе за правило рассматривать все болезни как феномены, разрушающие человеческую целостность, одновременно в психологическом и в физиологическом плане. Даже если речь идет об органических заболеваниях, желательно рассматривать их с психосоматической точки зрения, и также неплохо было бы оценивать психологические факты с биологической точки зрения.

В заключение отметим, было бы желательно, чтобы психотерапевты-«неврачи» имели бы не только фундаментальную подготовку в области социологии, социальной психологии, патологической психологии и психопатологии; но также чтобы они осуществляли бы практические и теоретические исследования в области медицины и психиатрии. И наоборот, чтобы врачи, в особенности те, которые будут применять на практике психологические методы, обладали соответствующей подготовкой.

Мы, без сомнения, затронули лишь «верхушку» этой проблемы. Зачастую важнее, чтобы личностные характеристики психотерапевта (даже в большей мере, чем полученные знания) соответствовали его профессиональному

назначению. Иначе говоря, психотерапевт должен выбирать тот метод терапии, воздействие которого он испытал на самом себе. Подобный подход, без сомнения, дает нам гораздо больше гарантий, чем диплом.

Итак, на сегодняшний день мы можем констатировать тот факт, что в психотерапии нерешенными остаются немало проблем, требующих от нас напряженной работы как в области теории, так и эксперимента.

Мы надеемся, что в данной книге нам удалось продемонстрировать, каким был прогресс в психотерапии и каковы перспективы ее дальнейшего развития.

Ги Палмад
Психотерапия
11-е издание

*Перевели с французского И. Кружилина, М. Малеева,
С. Соловьева*

Главный редактор	<i>Е. Строганова</i>
Заведующий редакцией	<i>Л. Винокуров</i>
Руководитель проекта	<i>И. Карпова</i>
Научный редактор	<i>С. Соловьева</i>
Литературный редактор	<i>М. Терентьева</i>
Художник	<i>Р. Яцко</i>
Корректоры	<i>С. Беляева, Н. Соломина</i>
Верстка	<i>О. Бельмас</i>

Лицензия ИД № 05784 от 07.09.01.

Подписано в печать 03.09.03. Формат 70×100/32. Усл. п. л. 6,45.

Тираж 4000 экз. Заказ № 602.

ООО «Питер Принт». 196105, Санкт-Петербург, ул. Благодатная, д. 67в.

Налоговая льгота – общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
953005 – литература учебная.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Печатный двор» им. А. М. Горького
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания
и средств массовых коммуникаций.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

Ги Палмад

КНИГИ СЕРИИ

ПСИХОТЕРАПИЯ

«Не может существовать психотерапии, если не может существовать связи и контактов между нормой и патологией. Психосоциальная эволюция психиатрии, сделав отношения психиатра и пациента более гуманными, сделала постижимым психологическое отношение, посредством которого первый воздействует прямо или косвенно на второго. Становление гуманизма отношений психиатр-пациент не должно восприниматься только в "гуманитарном" смысле — процесс состоит также в выяснении патологического поведения, которому находят человеческое объяснение, заново вводя больного в мир людей. Эволюция психиатрии в этой перспективе готовила и возвещала психотерапию».

Ги Палмад



Заказ наложенным платежом:

197198, С.-Петербург, а/я 619
e-mail: postbook@piter.com
для жителей России

61093, г. Харьков-93, а/я 9130, ООО «Питер»
e-mail: piter@tender.kharkov.ua
для жителей Украины

ISBN 5-94723-428-9

