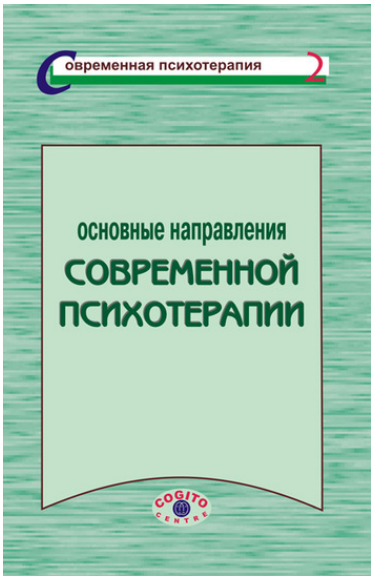
Современная психотерапия
2
основные направления
СОВРЕМЕННОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ
COGITO
CENTER

Современная психотерапия (Когито-Центр)

Коллектив авторов

Основные направления современной психотерапии

«Когито-Центр»
2000

авторов К.

Основные направления современной психотерапии / К. авторов — «Когито-Центр», 2000 — (Современная психотерапия (Когито-Центр))

Цель данного учебного пособия – дать читателю содержательное представление о современных психотерапевтических методах, путях овладения профессией психотерапевта и стандартах качества психотерапевтической помощи, а также очертить границы профессиональной практики.Рассматриваются такие подходы, как психоанализ и психоаналитическая терапия, аналитическая психология Юнга, нейролингвистическое программирование, человекоцентрированный подход, системная семейная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная психотерапия, психодрама и гештальт-терапия, а также освещаются этические основы психотерапии и изучение ее проблем за рубежом.

© авторов К., 2000
© Когито-Центр, 2000

Содержание

Предисловие 6
Часть первая 11
Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле 11
Постановка проблемы: кому и зачем нужны исследования по психотерапии? 11
История исследований по проблемам психодинамической психотерапии 12
Изучение эффективности психотерапии 16
Методы изучения психотерапевтического взаимодействия 21
Библиография 24
Н. Д. Семенова 27
Конфиденциальность 28
Перенос 28
Зависимость 30
Злоупотребления психотерапией: интимные отношения психотерапевта с пациентом 31
Как избежать двойственных отношений 33
Прикосновения в психотерапии: этические аспекты 36
Этические аспекты оплаты психотерапевтических услуг 39
Библиография 40
Часть вторая 43
С. Г. Аграчев, И. М. Кадыров 43
Введение. Основные понятия, термины и определения 43
Технические приемы классического психоанализа 45
Общая характеристика современного состояния психоаналитической техники 46
Формы психопатологии и виды психоаналитической терапии 52
Конец ознакомительного фрагмента. 55

Основные направления современной психотерапии

© “Когито-Центр”, 2000

* * *

Предисловие

Предлагаемое вниманию читателя учебное пособие представляет те направления современной психотерапии, которые успешно практикуются в России, имеют свои институты с обучающими программами и профессиональные объединения.

Сегодня психотерапия – это активно развивающиеся области теории и практики во всем мире. У нас в стране остро стоит вопрос о границах профессии. Психотерапия до сих пор не имеет полноценной «прописки» в общественном сознании. Ее отождествляют либо с психиатрией, либо с магией и шаманством. В первом случае у человека возникает страх несмываемого пятна в биографии и профессиональных злоупотреблений, во втором – наивные ожидания немедленного чуда. Самое печальное, что от этих заблуждений в определенном смысле не свободны некоторые люди, считающие себя профессиональными психотерапевтами, поскольку они невольно стремятся отвечать ожиданиям людей, обращающихся за помощью. Именно поэтому ясное понимание своей профессиональной позиции и профессиональной ответственности так необходимы для заключения психотерапевтического контракта с клиентами. Уточнение ожиданий, согласие относительно цели психотерапевтической работы, определение границ ответственности психотерапевта и клиента – необходимые условия эффективной помощи.

Цель данного учебного пособия состоит не только в том, чтобы дать читателю содержательное изложение современных психотерапевтических подходов, но и в том, чтобы показать существующие во всем мире пути овладения профессией (речь идет о необходимом базовом образовании, сроках и программе обучения), стандарты качества оказания психотерапевтической помощи (сеттинг, критерии эффективности), то есть ясно и однозначно очертить границы профессиональной практики.

Вопрос, представители каких профессий могут практиковать психотерапию, является одним из наиболее давних вопросов; он по-разному ставился и по-разному решался на разных этапах развития психотерапии. Во многом решение этого вопроса зависит от того, определяется ли психотерапия как раздел медицины, как область психологии или как смежная дисциплина.

С конца XIX века и в первые десятилетия нашего столетия, когда преобладающей формой психотерапии являлся психоанализ или родственные ему виды психотерапии, ей преимущественно занимались врачи-психиатры. Путь в профессию психотерапевта через высшее медицинское образование со специализацией в области психиатрии представлялся наиболее прямым и естественным. Образование и профессия врача давали неоспоримые преимущества: фундаментальную подготовку в области биологических наук, чувство ответственности, максимальную «приближенность» к тайнам жизни и смерти, способность понимать язык тела – неотъемлемую часть эмоциональной жизни человека, а также способность адекватно реагировать и помогать в ситуациях страдания и боли.

Вместе с тем зарождавшаяся психотерапия встретила достаточно большое сопротивление у представителей биологически ориентированной медицины и психиатрии (как части медицины начала века). Например, в Германии, где биологические традиции психиатрии, опирающиеся на труды Э. Крепелина и др., были особенно сильны, психотерапия пробивала себе дорогу через общую медицину и концепции психосоматической природы различных заболеваний. Чисто биологическая обусловленность психических расстройств (генетическая, биохимическая и т. д.) долго не ставилась под сомнение. Однако даже специалисты, работающие с соматическими заболеваниями, стали вычленять психологические факторы как вносящие свой вклад – иногда определяющий – в возникновение и развитие соматического заболевания. Чем очевиднее становилась роль психологических механизмов в возникновении и течении различ-

ных болезней, тем больше возрастала роль психологии и психотерапии в теории и практике современной медицины.

Первые видные психотерапевты, такие, как З. Фрейд, К. Г. Юнг, А. Адлер, были врачами. До Второй мировой войны клиническая психология была весьма молодой и относительно неразвитой дисциплиной, практические задачи которой преимущественно сводились к диагностике. И все же уже тогда психотерапия понималась гораздо шире, чем просто одна из областей медицины. Даже если она и трактовалась как *лечение*, то принципиальным при этом было признание, что лечение это по задачам и методам является *психологическим.* Не случайно, например, Юнг назвал созданную им теорию и практику психотерапии *аналитической психологией*, а Адлер – *индивидуальной психологией*. Связь возникших позже других направлений психотерапии, например гештальт-терапии, поведенческой психотерапии или когнитивной психотерапии, с классическими направлениями академической психологии (гештальт-психологией, бихевиоризмом или когнитивной психологией) очевидна.

Весьма интересной по этому вопросу была позиция З. Фрейда, создателя первого психотерапевтического метода – психоанализа. В 1926 году Фрейд открыто выступил в защиту знаменитого венского психоаналитика Теодора Райка, психолога по образованию. В соответствии со старым австрийским законом, запрещающим неврачам лечить пациентов, против Теодора Райка было выдвинуто обвинение в «шарлатанстве». Будучи врачом, Фрейд написал работу «К вопросу о неврачебном анализе. Разговор с непредвзятым собеседником». В этой работе Фрейд не только отдал должное высочайшему профессионализму Теодора Райка, блестяще работавшему с самыми сложными случаями, но и впервые заговорил о независимом от медицины статусе психоанализа. Фрейд писал: «Позвольте мне слову “шарлатан” дать то определение, которое ему должно принадлежать, а не то, как оно трактуется в праве. В соответствии с законом шарлатаном является любой, кто не имеет государственного диплома, подтверждающего, что его владелец – врач. Я вынужден предпочесть другое определение: шарлатан – тот, кто предпринимает лечение, не обладая необходимыми для этого знаниями и умениями». Далее Фрейд высказывается еще определенней: «В медицинской школе врач получает образование, которое так или иначе находится в оппозиции тому, что ему нужно в качестве подготовки для психоанализа… Было бы еще терпимо, если бы медицинское образование не давало бы врачам ориентации в области неврозов. Дело еще хуже: оно дает им ложную и вредную установку». Он завершает свою мысль следующим образом: «Я настаиваю на требовании, что никто не должен проводить анализ, не получив такого права вместе со специальной подготовкой. Является ли такой человек врачом или не является, – кажется мне несущественным»[1].

В послесловии к этой работе Фрейд дает ясную формулировку специфического статуса своего психотерапевтического метода, который, несмотря на наличие в нем медицинских или лечебных аспектов, «является не специализированной областью медицины… [но] частью психологии, конечно, не всей психологией, но ее подразделом…»

Нужно отметить, что психологическая «прописка» или «гражданство» психоанализа или психотерапии еще не означает автоматического признания любого психолога психотерапевтом. Академическое психологическое образование, хотя и является чрезвычайно полезным, все же остается явно недостаточным для практикующего психотерапевта.

В этом контексте вопрос: «Кто может практиковать психотерапию?», по-видимому, лучше всего переформулировать как вопрос: «Представители каких специальностей лучше всего подходят, чтобы получать дополнительную подготовку в области психотерапии?»

Фрейд, например, хорошо это понимал еще в 20-е годы. В частности, он писал Пфистеру: «Я хотел бы вручить его [психоанализ] профессии, которая пока еще не существует, профессии немедицинских целителей души, которые не обязаны быть ни врачами, ни священниками». В

[1] *Freud S.* Die Frage der Laienanalyse // G. W. XIV. S. 285.

другом месте («К вопросу о неврачебном анализе», 1926) Фрейд высказывается об учебной программе, которая, на его взгляд, была бы оптимальной для этой новой профессии: «Если, что сегодня может показаться фантастичным, стоял бы вопрос об основании психоаналитического колледжа, то там необходимо было бы обучать многому из того, что преподается на медицинском факультете: вместе с глубинной психологией, которая всегда оставалась бы основным предметом, необходимы также введение в биологию, как можно больше из науки о сексуальной жизни и ознакомление с симптоматологией психиатрии. С другой стороны, аналитическое образование включало бы области знания, весьма далекие от медицины, с которыми врач не встречается в своей практике: историю цивилизации, мифологию, психологию религии и литературоведение. Пока он не овладеет этими предметами, аналитик ничего не сможет сделать с огромной частью имеющегося материала… Значительная часть того, что он усваивает в медицинской школе, малопригодна для его целей»[2].

Сегодня во многих странах мира эта «фантазия» Фрейда о психоаналитическом и – шире – о психотерапевтическом институте, в котором *новую* профессию наряду с врачами-психиатрами получали бы психологи и даже представители других наук (антропологии, педагогики, социологии) стала реальностью. Например, в США, Германии, Великобритании, Франции психологи получили равное с врачами право на постдипломное образование и последующую практику в области психотерапии и психоанализа. Прежде всего это специалисты в сфере клинической, консультативной, семейной и школьной психологии. В ряде стран психотерапевтическое образование доступно для социальных работников в сфере охраны психического здоровья, педагогов, священников и представителей некоторых других профессий. Такое постдипломное образование будущего психотерапевта (независимо от того, является ли он врачом, психологом или социальным работником), как правило, предполагает, помимо фундаментальной теоретической подготовки, длительную супервизию опытных коллег над терапевтической практикой и прохождение личной терапии. При этом обучение занимает несколько лет. Психотерапевтам в России предстоит еще многое сделать, чтобы пройти этот путь.

Итак, психотерапия первоначально зарождалась как часть медицины, но позднее вышла за ее рамки и превратилась в самостоятельную область знания и практики, стоящую на стыке гуманитарных и естественных наук.

В наше время психотерапия стала неотъемлемой частью помощи населению во всех развитых странах мира и фактически давно вышла за пределы медицинских учреждений. При этом, однако, возникает опасность игнорирования клинических аспектов при оказании психотерапевтической помощи. Поэтому глубокая подготовка в области психиатрии является обязательным элементом образования психотерапевта. Даже если психотерапевт ограничивает свою работу проблемами психически здоровых людей, знания в области психиатрии ему необходимы, чтобы отличить психически здорового человека от больного и переадресовать последнего специалистам, имеющим соответствующую подготовку. Кроме того, невротический уровень расстройств присущ большей части людей, обращающихся за психотерапевтической помощью. Многие известные терапевты отмечают рост числа более глубоких личностных расстройств среди обращающихся за помощью клиентов, нередко они нуждаются в комбинированном лечении (имеется в виду сочетание психотерапии и психофармакологии), поэтому психотерапевту важно иметь постоянный контакт с квалифицированным психиатром. Нередко психофармакологическое лечение выступает на первый план (например, у многих больных шизофренией). В процессе постановки диагноза психотерапевт должен руководствоваться имеющимися классификациями психических болезней, что требует их глубокого изучения. Наличие общих классификационных ориентиров, таких, как МКБ-10, позволяет

[2] Там же.

профессионалам более эффективно обмениваться опытом и координировать свою работу. От диагноза и глубины психического расстройства зависят мишени, тактика и стратегии психотерапии. Важно помнить, что нет универсальных психотерапевтических подходов и каждый их них имеет свою область применения и свои ограничения. Так, вряд ли гештальт-терапия может быть рекомендована для работы с больными шизофренией. Для больного с тяжелым нарциссическим расстройством наиболее адекватна динамически ориентированная долговременная психотерапия, а для больного в тревожном и депрессивном состоянии без личностного расстройства может быть рекомендован краткосрочный курс когнитивной психотерапии. Нередко эффективно подключение семейной психотерапии, групповых форм работы и т. д. Наконец, в зависимости от специфики проблем клиента необходимы существенные модификации одного и того же метода. Так, психодрама с больными шизофренией существенно отличается от психодрамы с пациентами, имеющими невротический уровень расстройств.

Выбор конкретной формы работы, с одной стороны, определяется особенностями состояния и проблемами клиента, а с другой – каждый психотерапевт выбирает для профессиональной специализации то направление, которое в наибольшей степени соответствует его личностным особенностям и взглядам. Поэтому нередко возникают случаи, когда имеет смысл переадресовать обратившегося за помощью клиента коллеге, использующему подход, более адекватный его проблемам. Это могут быть рекомендации получить семейную консультацию (если проблема и состояние клиента в значительной степени обусловлены семейными проблемами) или же рекомендации групповых форм работы (если одной из важнейших мишеней является дефицит социальных навыков) и т. д. Нередко, как уже отмечалось, необходимы подключение психофармакотерапии и назначение комбинированного лечения. Овладение каждым из подходов психотерапии требует много времени и сил, поэтому универсальных специалистов не существует.

Тенденция к интеграции является существенным фактором развития современной терапии, и мы надеемся, что она будет способствовать развитию психотерапии и в нашей стране. По сравнению с западными коллегами у нас есть одно существенное преимущество: из-за отсутствия у нас давно существующих школ и традиций нам присуща бóльшая свобода в интеграции подходов и не столь выраженная ангажированность. Важно лишь помнить, что интеграция не должна означать снижения серьезности и глубины подготовки; наоборот, она требует больших усилий в овладении различными подходами и специальной дополнительной работы по их совмещению.

Занимаясь психотерапией, невозможно игнорировать социальные условия, такие, как культура общества, которые существенно влияют на то, какие именно факторы терапевтического процесса окажутся наиболее эффективными. Например, российская социокультурная среда придает определенное своеобразие психотерапевтической помощи.

Россиянин воспринимает социальную среду как враждебную, опасную и непредсказуемую. По словам Шустермана, «законодательство, государственная, финансовая и фискальная политика во все времена оценивались практически всеми слоями общества как нелогичные, грабительские, противоречащие интересам… людей, препятствующие им реализовывать свои цели. Особенностью последнего десятилетия оказывается к тому же высокая скорость изменения среды – законов, политики, – нестабильность существования. Постоянное изменение “правил игры”, при неизменно сохраняющемся игнорировании государством интересов и целей… людей, требует ответного поиска защиты от воздействий среды, новых способов выживания»[3].

Вездесущесть доносчиков, поощрение предательства, последовательное разрушение семейных и родственных связей в годы советской власти привело к появлению определенного менталитета, который характеризуется прежде всего высокой тревожностью, подозрительно-

[3] *Шустерман Д. М.* Придуманная власть // Политический маркетинг. 1998. № 1. С. 27.

стью, стремлением скрывать свои проблемы. Наличие психологических проблем считается признаком слабости, обращение за помощью к постороннему человеку – акт большого личного мужества. От психотерапевта ждут конфиденциальности и эффективности так же, как во всем мире, но представления о конфиденциальности и эффективности в России иные. Ощущение конфиденциальности возникает при очень близкой межличностной дистанции. Психотерапевт должен восприниматься «своим» – другом, единомышленником, верным соратником. Клиенты часто пытаются звать психотерапевта в гости, предлагают ему услуги, расспрашивают о его собственной жизни, пытаются «породниться» любыми возможными способами. Психотерапевт оказывается в сложной ситуации – он должен вызывать доверие и снимать фоновую тревогу и в то же время быть дистантным. Часто это противоречие снимается с помощью авторитарного стиля общения «сверхродителя» с клиентами. При такой профессиональной позиции сотрудничество с клиентом крайне затрудняется, и ответственность за эффект психотерапии целиком ложится на психотерапевта. Вероятность эффекта в этом случае снижается. При психотерапевтической работе независимо от школы и традиции этап построения партнерских отношений с клиентом, когда клиент также вносит свой немалый душевный труд в психотерапевтический эффект, становится отдельной задачей. В России решение этой задачи занимает значительно больше времени и требует специального контракта, который психотерапевт заключает с клиентом. Конкретные формы такого контракта могут быть разными в зависимости от школы, направления и личной манеры психотерапевта, но суть его заключается в установлении границ ответственности всех участников терапевтического процесса, а также в согласовании представлений о целях и возможных будущих результатах психотерапевтической работы. Понятно, что в процессе психотерапии такой контракт заключается несколько раз в связи с изменением первичного запроса, мотива обращения за помощью и представлений о результате.

Вторая особенность психотерапевтической практики в России состоит в том, что работать приходится в обществе, где личное здоровье не является главной ценностью. Терпеть и страдать привычнее и достойнее, чем искать помощи. За помощью обращаются в крайнем случае, когда ситуация и/или состояние становятся невыносимыми. Часто приходится иметь дело с запущенными случаями. Психотерапевты также несвободны от особенностей российского менталитета. Им также свойственно низко ценить человеческое здоровье и благополучие. Плохо подготовленные парапрофессионалы отличаются снисходительно-презрительным отношением к своим клиентам; обращение за помощью они расценивают как свидетельство личного банкротства клиентов, что в свою очередь используется этими «психотерапевтами» для самоутверждения, для снятия собственной фоновой тревоги. В наше время засилья дилетантов представляется крайне важным становление высокого профессионализма и ответственности психотерапевта. Мы надеемся, что это учебное пособие будет способствовать решению данной задачи.

По содержанию эта книга состоит из двух неравных частей: первая часть касается общих проблем психотерапии, таких, как вопросы профессиональной этики и оценки эффективности психотерапевтического воздействия; вторая часть посвящена конкретным направлениям и школам психотерапии.

Мы начинали эту работу вместе с замечательным психотерапевтом, сделавшим очень много для возрождения психоанализа и возникновения профессионального сообщества психотерапевтов в России, – Сергеем Григорьевичем Аграчевым. Его всегда отличали незаурядный ум, широкая образованность, мягкий юмор, принципиальная и честная профессиональная позиция, и общение с ним превратило работу над этой монографией в важный экзистенциальный опыт. Его безвременный уход из жизни невосполним, последствия этой утраты не оценены до сих пор. Памяти его посвящаем эту книгу.

А. Я. Варга, И. М. Кадыров, А. Н. Холмогорова

Часть первая
Общие проблемы психотерапии

Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле
Психотерапия как объект научного исследования

Постановка проблемы: кому и зачем нужны исследования по психотерапии?

Главная цель всякого психотерапевтического лечения заключается в том, чтобы помочь пациентам внести необходимые изменения в свою жизнь. Каким образом это можно сделать? Ответ на этот вопрос каждое направление психотерапии дает в терминах собственных понятий (см. другие главы данного труда). Успешность или эффективность психотерапии оценивается в зависимости от того, насколько стойкими и в широком смысле благотворными для пациента оказываются эти изменения. Оптимальными будут те психотерапевтические меры, которые обеспечивают стойкий, продолжительный позитивный эффект. Разумеется, каждая психотерапевтическая школа убеждена, что предлагаемый ею способ помощи пациентам и является оптимальным, предоставляя сомневающимся проверить это на собственном опыте.

В настоящее время осуществляется на практике около четырехсот разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и около двухсот – для детей и подростков (см. Kazdin, 1994); с другой стороны, описано около трехсот психологических синдромов или констелляций симптомов, для лечения которых рекомендуется та или иная психотерапия (см., например, DSM-IIIR, 1987). Если поставить себе задачу эмпирическим путем установить, какой вид или виды, или какие сочетания видов психотерапии оптимальны для лечения одного расстройства, то придется опробовать астрономическое количество сочетаний, приблизительно равное двум в четырехсотой степени. Соответственно, чтобы получить возможное количество сочетаний для лечения всех описанных синдромов, это число надо будет умножить еще на триста. Эти занятия комбинаторикой должны убедить читателя, что научно обоснованное исследование психотерапии – не пустая игра изощренного ума, а жизненная необходимость, обусловленная, с одной стороны, многообразием форм и проявлений расстройств и способов их лечения, а с другой стороны – стремлением к нахождению наилучшего решения в каждом конкретном случае.

Исследование проблем психотерапии ставит перед собой две основные задачи: во-первых, поиск эмпирического обоснования психологических методов лечения, то есть выяснение того, что является полезным, для кого, при каких обстоятельствах; во-вторых, описание и постижение механизмов изменений, то есть как психотерапия в целом и ее разновидности в частности достигают позитивного эффекта. Разумеется, обе эти задачи взаимосвязаны; осуществление первой из них зависит от достижений в решении второй, причем именно вторая задача является наиболее увлекательной[4]. Понимание механизмов психотерапии требует также и объяснения того, каким образом соотносятся терапевтические трансакции между пациентом и терапевтом с реальными изменениями в жизни пациента вне приемной психотерапевта. Стайлз с соавт. (Stiles, Shapiro, Elliott, 1986) описывают «парадокс эквивалентности» прибли-

[4] Это, разумеется, авторская позиция.

зительно равнозначной эффективности разных видов лечения, в которых складываются, по всей видимости, существенно различающиеся отношения между пациентом и психотерапевтом. До тех пор, пока этот парадокс не будет разрешен, понимание механизмов лечения останется весьма ограниченным.

В данной статье мы намереваемся рассмотреть несколько вопросов. Прежде всего стоит задача обрисовать в общих чертах историю развития исследований по психотерапии; при этом акцент будет сделан на истории изучения психоаналитической или – более широко – психодинамической индивидуальной психотерапии взрослых пациентов в амбулаторных условиях; будет показано, как на протяжении десятилетий происходило постепенное смещение фокуса исследовательского интереса с одной задачи на другую. Далее более детально будет рассмотрена проблема эффективности психотерапии и основные результаты ее изучения, представленные в литературе на сегодняшний день. И, наконец, в силу личных предпочтений авторов, последняя часть статьи будет посвящена методам и подходам изучения процесса психотерапевтического взаимодействия, в частности, методу структурного анализа социального поведения (SASB) Лорны Бенджамин (Benjamin, 1974) и возможностям, которые он открывает для построения модели психотерапевтического процесса. К сожалению, практически все работы, посвященные этим вопросам, проводятся за рубежом; в силу этого и наш труд является, по существу, обзором зарубежных исследований по психотерапии.

История исследований по проблемам психодинамической психотерапии

С самого начала исследования по психотерапии были направлены как на прикладные цели (в первую очередь на выяснение эффективности психотерапевтического воздействия), так и на фундаментальные – на научную валидизацию психотерапевтического процесса и его результатов. С течением времени фокус исследовательского интереса смещался от чисто прагматического вопроса «Приносит ли психотерапия какую-либо пользу?» к вопросам «Кому какая психотерапия помогает?» и «Как работает та или иная психотерапия?»

В соответствии с исследовательскими задачами можно выделить несколько этапов развертывания изучения психотерапии (см. Kächele, 1992; Kächele, Strauss, 1998). При этом необходимо иметь в виду, что, хотя выделяемые фазы хронологически следуют одна за другой, фактически их нельзя привязать к какому-то одному исследовательскому направлению или какой-то одной школе психотерапии. Их следует скорее понимать как эпохи в развитии исследований, причем на разных этапах то одно, то другое психотерапевтическое направление проявило наибольшую исследовательскую активность и достигло наиболее интересных результатов.

Самыми первыми исследованиями, относящимися к предварительному этапу, или «нулевому циклу», изучения проблем психотерапии, можно считать описания отдельных клинических случаев. В XIX веке это был излюбленный психиатрами методологический подход, и Фрейд естественным образом продолжил эту традицию. В то время детально описанный клинический материал являлся одним из самых надежных способов передачи и обсуждения опыта; однако в наши дни повального сциентизма этот метод подвергается весьма суровой критике. Д. Спенс (Spence, 1993) сформулировал основные черты психоаналитического исследования отдельных случаев, которые не соответствуют канонам научной объективности, как-то: описание случая представляет собой скорее «беллетризированное» захватывающее повествование, нежели научное сообщение; автор клинического описания ссылается исключительно на свой собственный опыт, который не поддается верификации, при этом, разумеется, чрезвычайно велика субъективность представлений и интерпретации материала; описываемый случай никоим образом не может рассматриваться как репрезентативный, поскольку для подобных целей авторы склонны выбирать чем-либо выделяющиеся из общего ряда примеры, и т. д.

Тем не менее трудно представить себе историю психоанализа и психотерапии без клинических описаний Фрейда, которые служат своего рода прообразом современной методологии изучения отдельного случая (single case study). Фактически и по сей день имеется еще достаточно сторонников описаний отдельных случаев, которые видят в них источник нового знания о том, как талантливым клиницистам удается находить новые решения сложных проблем. Следует ли считать, что это тоже исследования? По крайней мере необходимо не упускать из виду ряд позитивных сторон, присущих изучению отдельных случаев, а именно:

1) тщательное изучение единичного случая может породить сомнения относительно всей теории в целом и тем самым привести к ее пересмотру, дополнению, усовершенствованию и т. п.;

2) в ходе анализа отдельного случая может родиться эвристически ценная методика, которая окажется применима и для изучения психотерапии в рамках более строгого эмпирического исследования;

3) изучение отдельного случая дает возможность досконально проанализировать ряд редко встречающихся, но важных феноменов;

4) изучение отдельного случая может быть организовано таким образом, что полученная информация окажется достаточно объективированной и достоверной;

5) анализ единичного случая – это одно из вспомогательных средств, благодаря которым теоретический «скелет» более успешно «обрастает плотью», а теоретические принципы обретают реальное прикладное значение.

Следующая фаза исследований, которую можно считать первой в действительно научном изучении проблем психотерапии, началась приблизительно в 1930-е годы в русле психоанализа и достигла максимальной интенсивности и, соответственно, максимального успеха в 1950–1970-е годы. Точкой отсчета служат здесь материалы Берлинского психоаналитического института (Fenichel, 1930), в которых приведены катамнестические данные за десятилетний период работы института; появляются затем и другие аналогичные отчеты – Лондонского (Jones, 1936) и Чикагского (за пятилетний период: Alexander, 1937) институтов. На этом этапе первостепенное значение имел вопрос об эффективности психотерапии вообще независимо от конкретной формы психотерапии, диагноза пациентов и т. п. В 1952 году была опубликована обзорная статья Г. Айзенка (Eysenck, 1952), в которой обосновывался в высшей степени критический тезис о том, что психотерапевтическое лечение ведет к успеху столь же часто, сколь часто пациенты поправляются безо всякой помощи психотерапевта. Айзенк на основании сравнения данных об излечении пациентов и статистических материалов о так называемой спонтанной ремиссии показал, что 67 % (то есть две трети) людей, страдающих эмоциональными нарушениями, практически избавляются от этих нарушений в течение двух лет, тогда как психотерапия требует иногда более длительного времени (например, психоанализ), не говоря уже о финансовых и прочих затратах. Эта статья вызвала огромный резонанс – по разным причинам – и в конечном итоге стимулировала и психотерапевтов, и исследователей к более тщательному, продуманному и спланированному изучению результатов психотерапии.

Вскоре вышли из печати и другие работы; в некоторых из них также шла речь о магических двух третях «улучшившихся» пациентов, интересно отметить, что среди пациентов относящихся к одной трети, то есть «не улучшившихся», достаточно редко бывали упомянуты те, кто в результате психотерапии «ухудшился», то есть симптомы, с которыми пациент обратился за психотерапевтической помощью, в результате лечения не только не исчезли, а скорее усилились или же сменились другими, не менее мучительными. Систематическое исследование этой проблемы было впервые предпринято А. Бергином (Bergin, 1971).

На этот же период приходятся исследования К. Роджерса (Rogers, 1957), которые, по сути, представляют собой промежуточное звено между исследованиями результатов и непосредственно процесса психотерапии. Он же явился пионером в области записи на магнитофон

психотерапевтических сеансов. Роджерс искал и опробовал различные методы, которые позволили бы надежно зафиксировать позитивный результат психотерапии; одним из них стала широко известная методика Q-сортировки, при помощи которой Роджерсу удалось показать, например, позитивные изменения в представлении о себе у его пациентов.

Во второй фазе развития исследований центральной является проблема связи между процессом и результатом психотерапии. В этот же период уделяется большое внимание сравнительным исследованиям результатов воздействия различных психотерапевтических подходов.

В американском городе Топека на базе Меннингеровской клиники в 1950-е годы было разработано, а затем и проведено самое трудоемкое из всех имеющихся на сегодня исследований по психотерапии; завершающий отчет по этому проекту представлен в работе Р. Валлерстейна (Wallerstein, 1986)[5]. В основу данного исследования был положен методологический принцип, вытекающий из предшествующего хода изучения психотерапии: «Исходя из теоретических соображений, мы считаем, что процесс и результаты психотерапии необходимым образом связаны между собой и что эмпирическое исследование, которое позволит дать ответы на многие вопросы, должно уделять одинаковое внимание обеим сторонам. В любом исследовании, направленном на изучение результатов, должны быть сформулированы критерии улучшения, ориентированные на характер заболевания и процесс изменения» (Wallerstein et al., 1956).

Еще одно методологически важное положение Меннингеровского проекта заключалось в том, что исследование проводилось в естественных условиях, то есть таким образом, чтобы оказывать минимальное воздействие на течение клинического процесса (а лучше всего вообще никакого), и согласно этому положению пациенты были направлены для прохождения той или иной терапии не в случайном порядке, а в соответствии с клиническими показаниями. 22 пациента проходили клинический психоанализ, 20 пациентов – психоаналитическую психотерапию, причем 22 человека из всех обследованных в течение какого-то времени лечились стационарно, а остальные – только амбулаторно (из этого можно сделать вывод о тяжести заболеваний пациентов). Для обследования пациентов в начале и в конце терапии, а также по прошествии определенного времени после окончания лечения использовались различные методы, в том числе подробная клиническая оценка квалифицированными экспертами (психотерапевтами и психоаналитиками) каждого случая.

Основные результаты этого героического исследования сформулированы Кернбергом (Kernberg et al., 1972) и Валлерстейном (Wallerstein, 1986); Кернберг утверждает, что для всего спектра психоаналитически ориентированной психотерапии прогностически хорошим показателем является сила Эго пациента, независимо от компетентности терапевта; при меньшей силе Эго пациента исход лечения не зависит от того, делается ли акцент на интерпретативной или поддерживающей стороне психотерапии: в любом случае успех терапии незначительный. Клинически тщательная проработка результатов исследования позволяет Валлерстейну более дифференцированно проинтерпретировать результаты: в целом можно утверждать, что во всех сорока двух случаях психотерапия содержала больше поддерживающих компонентов, нежели предполагалось исходно, и что поддерживающие компоненты играют важную роль в обеспечении успеха терапии.

В методологическом отношении важным итогом Меннингеровского исследования является обнаружение того факта, что даже количественные результаты изучения психотерапии неоднозначны сами по себе: исследователи, как теоретики, так и клиницисты, стремясь найти подтверждение своей любимой идее, при анализе одних и тех же данных могут прийти к неодинаковым выводам.

---

[5] На протяжении последующих лет участники проекта продолжали публиковать все новые материалы, относящиеся к проекту; на русском языке вышла в свет одна из подобных работ, принадлежащая перу Валлерстейна (см. «Иностранная психология», 1997).

Третья фаза изучения проблем психотерапии преодолевает тенденцию к групповым и статистическим подходам, искусственно построенным экспериментальным условиям и обращается вновь к натуралистическим методам, сохраняя при этом стремление к контролю над процессуальными факторами, которые также подлежат изучению. Один из участников Меннингеровского проекта, Л. Люборски в 1968 году провел собственное исследование в рамках так называемого Пенсильванского проекта, подробный отчет о котором вышел спустя двадцать лет (Luborsky et al., 1988). В ходе этого исследования надлежало оценить эффективность прогностических показателей результатов психотерапии. Было обследовано 73 пациента, проходивших так называемую экспрессивно-поддерживающую психотерапию (длительностью от 8 до 264 сеансов), причем все сеансы были записаны на аудиокассеты.

Результаты изучения подтвердили ожидания относительно прогностических факторов: лучшими показателями являются:

а) показатель психологического здоровья (по шкале HSRS),

б) эмоциональная свобода,

в) сверхконтроль,

г) сходство между пациентом и терапевтом.

Тем самым еще раз подтверждается положение о том, что для психодинамической психотерапии исходная степень душевного здоровья пациента выступает в качестве наиболее надежного прогностического признака успешности психотерапии. Наиболее общие итоги Пенсильванского проекта выглядят следующим образом:

1) состояние большинства пациентов, прошедших хотя бы несколько сеансов психотерапии, улучшается;

2) базисные личностные паттерны изменяются в результате психотерапии, однако и после терапии центральный паттерн взаимодействия сохраняет свою конфигурацию в большей степени за счет незначительного изменения структуры, обозначаемой как «желание», при заметном изменении структур, называемых «реакция другого» и «реакция субъекта»;

3) лишь немногие заканчивают психотерапию в худшем психологическом состоянии, чем до лечения (см. таблицу 1).

Таблица 1

Сравнительная оценка эффективности психотерапии по оценкам терапевтов и экспертов

	Оценка терапевта	Оценка эксперта
Высокая степень улучшения	22	5
Средняя степень улучшения	43	51
Некоторое улучшение	27	27
Никаких изменений	7	14
Ухудшение	1	3

В целом исследование вновь подтвердило вывод о том, что мера душевного здоровья пациентов, или, иначе говоря, степень их сохранности, является статистически значимым прогностическим показателем будущего успеха психотерапии, что, разумеется, ограничивает возможности любого типа психотерапии.

Люборски, однако, не остановился на воспроизведении уже известных фактов; он также показал, что межличностное взаимодействие между пациентом и терапевтом в психоаналитической ситуации должно содержать факторы, благотворно воздействующие на процесс излечения. Еще в рамках Меннингеровского исследования он выделил восемь лечебных факторов психотерапии (Luborsky, Schimek, 1964):

1) опыт переживания отношений поддержки;
2) способность терапевта понимать и реагировать;
3) возрастающее самопонимание пациента;
4) уменьшение «навязчивости» межличностных конфликтов;
5) способность пациента интернализировать достигнутое в процессе психотерапии;
6) обретение пациентом большей терпимости по отношению к мыслям и чувствам;
7) мотивация к изменению себя;
8) способность терапевта предложить ясную, разумную и действенную технику.

В Пенсильванском исследовании в числе прочих методов применялся разработанный Люборски метод выявления центральной конфликтной темы отношений[6]. Было показано, что в успешных случаях терапии конфликтные отношения пациента утрачивают свой непременный и центральный характер, особенно если интерпретационная работа направлена на эти отношения. Это в свою очередь влечет за собой снижение интенсивности симптоматики. Тем самым в исследовании Люборски получил подтверждение один из центральных пунктов теории психодинамической психотерапии относительно связи межличностных конфликтов и невротической симптоматики.

В общем и целом в 70-е годы интерес исследователей, как уже отмечалось, сосредоточивался на изучении конфигураций отношений пациента в терапии и вне ее; при этом делаются попытки выделения различных структурных единиц отношений – уже упомянутый центральный паттерн отношений (Luborsky, Schimek, 1964), конфигурации отношений (Horowitz, 1979), структуры сознания (Dahl, 1988) и др. Наряду с ориентированным на структуру подходом разрабатывается подход, ориентированный на понимание процесса формирования отношений – Вайсс и Сэмпсон (Weiss, Sampson, 1986), Мертон Гилл и Ирвинг Хоффман (Gill, Hoffman, 1982). Кроме того, развиваются методы микроанализа невербальных аспектов психотерапевтического взаимодействия; так, например, работы Р. Краузе (Krause, 1988; Krause, Luetolf, 1988) по изучению тонких мимических взаимодействий между пациентом и терапевтом открывают путь к эмпирически обоснованному понимаю процессов переноса-контрпереноса. Сотрудничество психотерапевтов и лингвистов позволяет проводить дискурс-анализ протоколов психотерапевтических сеансов (Flader et al., 1982), благодаря чему понятийный аппарат лингвистики переносится в область терапевтического диалога, открывая тем самым возможность более осознанного использования вербальных и паравербальных средств взаимодействия в клинической работе.

Изучение эффективности психотерапии

Общий эффект психотерапии

Исследования результатов психотерапии – это одна из тех областей, где полученные данные допускают множественное толкование, во многом обусловленное методом сбора материала и понятиями, посредством которых данные интерпретируются. Наиболее объективными считаются результаты, полученные путем так называемого метаанализа отдельных исследований. Первые метаисследования, направленные на подтверждение благоприятного воздействия психотерапии в самых общих чертах путем сравнения результатов применения различных психотерапевтических техник, показали, что у тех, кто проходил психотерапию, улучшение наступает значительно чаще, чем у тех, кто психотерапию не проходил (Bergin, Garfield, 1994). Тем

[6] CCRT – Central Core Conflictual Theme; на русском языке об этом методе см.: *Калмыкова Е. С.* Об одном методе исследования изменений индивидуального сознания в процессе психотерапии // Психологический журнал. 1994. № 2.

не менее эти данные не находятся в противоречии с тем фактом, что у отдельных пациентов в результате психотерапии может наступить ухудшение. Таким образом, метаанализ, несмотря на претензии на объективность, в действительности приводит к противоречивым заключениям. Но все же он позволяет однозначно говорить о наличии психотерапевтического эффекта по сравнению с отсутствием лечения. К настоящему моменту почти не осталось сомнений в том, что психотерапия в общем и целом оказывает благотворное воздействие на пациентов, хотя признается также, что не всегда удается достичь позитивных изменений в желаемой степени.

Позитивные изменения при отсутствии лечения

Если психотерапия является эффективной, то изменения, вызываемые ею, должны быть более значительными, чем те, которые могут возникнуть сами по себе (так называемая спонтанная ремиссия). Это тот самый вопрос, который был поднят Айзенком (Eysenck, 1952) еще в 1952 году и который поставил под сомнение саму ценность психотерапии как способа лечения. Это послужило стимулом к развертыванию множества исследований, в ходе которых постепенно вырабатывалась современная методология изучения эффективности психотерапии. К сожалению, в большинстве ранних эмпирических работ не применялась, например, такая методология исследований, согласно которой пациенты в случайном порядке распределяются на тех, кто будет получать психотерапевтическое лечение, и тех, кто окажется в контрольной группе. В результате оказывается невозможным достоверно сравнить пациентов, проходивших и не проходивших лечение. Последовавшие после сенсационной работы Айзенка исследования, основанные на метаанализе той же литературы, которую использовал Айзенк, а также других источников, свидетельствует о том, что реальные показатели улучшения при отсутствии психотерапии были существенно ниже, чем указывает Айзенк. Исследования Бергина и Ламберта, например, показали, что спонтанная ремиссия возникала примерно у 40 % невротических пациентов (Bergin, Lambert, 1978). В другом исследовании, проведенном Ховардом с соавт. (Howard et al., 1986) на материале метаанализа отдельных работ, в которых в общей сложности приводились данные по 2431 пациенту, собранные за период около тридцати лет, была выявлена стабильная закономерность, отражающая взаимосвязь между количеством психотерапевтических сеансов, полученных пациентом, и степенью его улучшения.

В исследованиях с применением плацебо обнаружено, что состояние пациентов, получивших плацебо, улучшается в большей степени, чем состояние пациентов из контрольной группы, не получавших никакой терапии, но пациенты, прошедшие психотерапию, демонстрируют еще большее улучшение. В любой психотерапии присутствуют внимание, уважение, поддержка, которые оказываются важным лечебным фактором. Разумеется, имеются достаточно убедительные свидетельства того, что результаты даже краткосрочного психотерапевтического вмешательства могут быть стойкими и продолжительными. Так, Николсон и Берман (Nicholson, Berman, 1983) на материале метаанализа шестидесяти семи исследований эффективности психотерапии приходят к выводу, что на начальных этапах психотерапии возникает заметное улучшение, которое на последующих стадиях сохраняется и возрастает; оно сохраняется также спустя длительное время после окончания лечения.

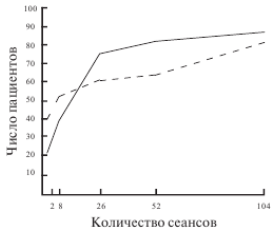

Рис. 1. Соотношение между количеством психотерапевтических сеансов и числом пациентов (в процентах), состояние которых улучшилось (сплошная линия показывает изменение объективных показателей улучшения в конце лечения; пунктирная линия – изменение субъективных показателей по ходу лечения).

Следующий вопрос, заслуживающий подробного рассмотрения, – это вопрос о том, какая психотерапевтическая техника оказывается наиболее эффективной. В настоящее время в психотерапии наблюдается тенденция к эклектизму или к интеграции различных технических и теоретических подходов в единый обширный подход к лечению, для которого характерно избегание какого-либо строгого правила, выработанного той или иной школой. Тем не менее сохраняется тенденция различать в психотерапии два течения: с одной стороны, это школы и направления, связанные с психодинамическими и гуманистическими теориями, а с другой стороны – с поведенческими, когнитивными, экспериментально-психологическими теориями и подходами. Это разделение отражается не только на применяемых техниках, но и на программах обучения психотерапевтов (акцент на анализе клинических случаев, личном опыте, штудировании теоретических работ или же на научных принципах, экспериментальных данных, «технологиях» терапевтических воздействий). Что касается эффективности обоих этих течений, то недавние сравнительные исследования различных авторов показали, что психотерапевтическая действенность многочисленных разновидностей лечения приблизительно одинакова. Хотя эти исследования проводились традиционными методами, применение более современной методологии метаанализа данных принесло в целом те же результаты (Bergin, Lambert, 1978; Beutler, 1979; Goldstein, Stein, 1976; Kellner, 1975; Rachman, Wilson, 1980; Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Shapiro, Shapiro, 1982; Nicholson, Berman, 1983).

Например, в так называемом Шеффилдском проекте (Shapiro, Firth, 1987) когнитивно-бихевиоральная терапия (обозначенная авторами исследования как «предписывающая»), включающая техники релаксации и совладания с тревогой, рациональное переструктурирование и тренинг социальных навыков, сопоставлялась с терапией (обозначенной как «эксплоративная»), ориентированной на отношения. Клиентами были рабочие и служащие, страдавшие от невротической депрессии или тревоги. В исследовании использовался «перекрестный» экспериментальный дизайн, согласно которому каждая пара «терапевт – пациент» работала по восемь недель (один сеанс в неделю) в одном терапевтическом жанре, после чего ровно столько же времени в другом жанре терапии. Такой дизайн позволяет с высокой степенью надежности контролировать переменные, связанные с личностью пациента и терапевта, благодаря чему возникает возможность оценить эффект терапевтического воздействия. Результаты показали небольшое преимущество «предписывающей» психотерапии по опросникам, оценивающим выраженность симптомов, и по стандартизованному психиатрическому интервью, однако из 30 случаев лишь в 7 различия по эффективности оказались статистически значимыми.

В целом многочисленные отдельные исследования и результаты метаанализа приводят к заключению, что различные техники психосоциальной терапии оказываются приблизительно равными по эффективности. Незначительное преимущество когнитивно-бихевиоральных подходов, которое обнаруживается в большинстве подобных работ, можно объяснить, например, тем, что методы измерения эффективности фиксируют в первую очередь поведенческие изме-

нения у пациентов, а не количество или качество инсайтов, пережитых ими в ходе терапии. Еще одно возможное объяснение: подавляющее большинство подобных исследований проводится психотерапевтами именно когнитивно-бихевиоральной ориентации, так что неудивительно, что результаты интерпретируются в пользу «своего» направления.

Однако более интригующим итогом исследований представляется как раз малая степень различий в эффективности столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям психотерапевтических школ; для объяснения этого факта предлагается три альтернативных гипотезы:

1. Различные психотерапии достигают сходных целей посредством различных процессов.

2. В действительности имеют место различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями.

3. Различные формы терапии включают в себя определенные общие для всех компоненты, которые оказывают лечебное воздействие, хотя и не занимают центрального места в присущем данной школе теоретическом обосновании психотерапевтического изменения.

В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно ни полностью доказать, ни полностью опровергнуть; пожалуй, наибольшее число сторонников собрала третья гипотеза, предполагающая наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу. К ним в первую очередь относятся: теплота и поддержка, внимание к пациенту, надежность психотерапевта, некоторая доля суггестии, ожидание улучшения и запрос на улучшение. Среди общих факторов наиболее исследованы так называемые «необходимые и достаточные условия» личностного изменения пациента, выявленные в рамках центрированного на клиенте подхода (Rogers, 1957): эмпатия, позитивное отношение, ненавязчивая теплота и конгруэнтность психотерапевта. Практически все школы психотерапии признают, что данные характеристики отношения терапевта к пациенту важны для достижения улучшения в терапии и являются также фундаментальными в построении терапевтического альянса. Ламберт и Бергин (Lambert, Bergin, 1994) предлагают следующий перечень общих факторов, сгруппированных в три категории – поддержка, научение, действие, – связанные с успешным исходом психотерапии:

Поддержка	Научение	Действие
Катарсис	Информация	Поведенческая регуляция
Идентификация с психотерапевтом	Аффективные переживания	Когнитивное совладание
Уменьшение изолированности	Ассимиляция проблематичного опыта	Совладание со страхом
Позитивные отношения	Изменения ожиданий в области собственной эффективности	Принятие риска
Снятие напряжения	Когнитивное научение	Подражание
Терапевтический альянс	Корректирующий эмоциональный опыт	Упражнение
Активное участие во взаимодействии	Исследование внутренних фреймов	Проверка реальности
Компетентность психотерапевта	Обратная связь	Опыт переживания успеха
Теплота, уважение, принятие, эмпатия, конгруэнтность терапевта	Инсайт	Проработка
Доверие	Принципы	

В последнее время становится также все более очевидно, что определенные личностные качества пациента играют существенную роль в формировании терапевтических отношений и, соответственно, влияют на исход терапии. Страпп (Strupp, 1980a, 1980b, 1980c, 1980d) сообщает о четырех сериях исследований, в каждой из которых два пациента проходили краткосрочную терапию у одного и того же психотерапевта, причем один из пациентов демонстрировал значительный прогресс, а терапия второго пациента была оценена как неудачная. Эти сообщения являются частью обширного исследования с использованием различных методов оценки эффективности психотерапии и анализа взаимодействий между пациентом и терапевтом. Во всех упомянутых случаях пациентами были студенты колледжа (мужчины), страдавшие от тревожности, депрессии, социальной отстраненности. Все терапевты, принимавшие участие в исследовании, обладали достаточно хорошими профессиональными

навыками, однако межличностные отношения с каждым из двух пациентов существенно различались. В восьми полученных отчетах (по два от каждого терапевта) пациент, достигший значительного успеха, характеризовался как более ориентированный на построение значимых отношений с терапевтом и действительно сумевший это сделать, тогда как «неуспешный» пациент не сформировал отношений с терапевтом и был склонен взаимодействовать на более поверхностном уровне.

Благодаря исследовательскому дизайну вклад психотерапевта в обоих случаях можно было считать более или менее константным, что позволяло приписать различия в результатах терапии переменным, привнесенным пациентами. Сюда можно отнести такие факторы, как организация Эго пациента, зрелось, мотивация, способность активно включиться в предлагаемый межличностный процесс. Страпп подчеркивает, что опыт прошлых межличностных отношений пациента играет важную роль для достижения им значимых изменений в ходе терапевтического взаимодействия. К сходным результатам приходят также Люборски (Luborsky et al., 1979), Кросс и Шихэн (Cross, Sheehan, 1982), Моррис и Сакермэн (Morris, Suckerman, 1974a, 1974b, 1975) и ряд других авторов.

В последние годы проявляется тенденция к сопоставлению не столько эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления. В результате этих исследований, с одной стороны, подтверждается ведущая роль «неспецифических» компонентов психотерапии; с другой стороны, удается обнаружить некоторые специфичные факторы; например, в случае лечения депрессии в контексте когнитивно-бихевиорального направления важным моментом является новый способ описания проблемы, предлагаемый терапевтом, а также постоянная «обратная связь» от терапевта к пациенту относительно продвижения последнего и т. п.

В целом изучение эффективности психотерапии позволяет прийти к ряду выводов, имеющих значение для теории и практики психотерапии, а также для дальнейшего развития исследований:

1. Многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на пациентов различного типа, причем это влияние является не только статистически значимым, но и клинически продуктивным. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями.

2. Результаты психотерапии, как правило, оказываются достаточно пролонгированными; хотя некоторые проблемы, как, например, наркотическая зависимость, имеют тенденцию возникать снова и снова; многие из новообразований, достигнутых в ходе психотерапии, сохраняются в течение долгого времени. Это объясняется отчасти тем, что многие виды психотерапии направлены на создание постоянно функционирующих изменений, а не исключительно на снятие симптомов.

3. Различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это отнюдь не является непреложной закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма невелика для определенного типа проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддаются краткосрочной психотерапии.

4. Несмотря на то, что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодействия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время придерживаются эклектического подхода. Это, с одной стороны, отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвержение существовавшей

прежде установки на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой стороны, это позволяет максимально гибко приспосабливать технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии.

5. Межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся общими для всех видов психотерапии, по-видимому, выступают как важные детерминанты улучшения состояния пациентов. При этом со всей очевидностью обнаруживается тот факт, что помогать людям справляться с депрессией, тревогой, чувством неадекватности, внутренними конфликтами, помогать им строить более живые отношения с окружающими и открывать для себя новые перспективы можно лишь в контексте доверительных, теплых, принимающих отношений. Дальнейшие исследования должны фокусироваться не столько на детерминантах отношений, общих для всех видов психотерапии, сколько на специфическом значении отдельных конкретных интеракций между пациентом и терапевтом.

6. И, наконец, необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия; одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, другой – личность пациента. Совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты непременно достигают успеха с любым пациентом. Из этого следует, что есть потребность в более тщательном анализе взаимосвязи между процессом и результатом психотерапии, основывающемся не только на клинических суждениях, но и на систематических эмпирических данных.

Методы изучения психотерапевтического взаимодействия

Методы исследования психотерапевтического процесса в целом и – более узко – психотерапевтического взаимодействия можно расклассифицировать в соответствии со следующими категориями измерений: методы прямого/непрямого измерения; фокус анализа; перспектива анализа; изучаемый аспект процесса, тип шкалирования, теоретическая ориентация (см. Lambert, Hill, 1994). Прямые методы подразумевают кодировку или оценку поведения в ходе реальных сеансов или их записей (транскриптов, аудио– или видеозаписей). Это обычно делают так называемые эксперты или судьи. Соответственно, непрямые методы – это опросники, заполняемые, как правило, сразу после сеанса непосредственными участниками терапевтического процесса и характеризующие их состояние в ходе сеанса.

Фокусов анализа может быть три: пациент, терапевт, диадическое взаимодействие; под перспективой же анализа понимается точка зрения, с которой описывается психотерапевтический процесс, соответственно, терапевта, пациента или же «независимого» эксперта. В прошлые времена предполагалось, что эксперты могут судить о процессе терапии объективно, поскольку они не задействованы в нем лично. В настоящее время нет сомнений в том, что эксперты могут быть не менее пристрастны, чем непосредственные участники взаимодействия, однако их пристрастия не обусловлены включенностью в процесс.

Эллиот (Elliott, 1991) предлагает различать четыре аспекта процесса взаимодействия: содержание (что именно говорится); действия (какого рода действие осуществляется – вопрос, просьба и т. д., то есть характер речевого акта); стиль/состояние (как именно говорится, например, эмпатически, осуждающе и т. д.); качество (насколько хорошо нечто говорится или делается).

При шкалировании используются чаще всего шкалы типа ликертовских – пяти-, семи– или девятибалльные. Другой способ описания – категориальная кодировка, когда все данные квалифицируются в соответствии с некой системой категорий. Наконец, время от времени применяется так называемая Q-сортировка, при которой эксперты оценивают психотерапев-

тический процесс в категориях, распределенных по оценочной шкале. Теоретическая ориентация, в рамках которой создавался метод, может существенно ограничивать возможности его применения для каких-либо других видов психотерапии; здесь важно учитывать методологический принцип «конгруэнтности проблемы лечения и результата»: вразумительность исследования психотерапии определяется изоморфизмом или конгруэнтностью наших понятий относительно клинической проблемы, а также процессом терапевтического изменения и клиническим результатом (Strupp, Schacht, Henry, 1988, p. 7).

Наиболее полные описания имеющихся на сегодня методов исследования психотерапевтического процесса представлены в сборниках под редакцией Гринберга и Пинсофа (Greenberg, Pinsof, 1986), Кислера (Kiesler, 1973), Рассела (Russell, 1987). В нашей статье мы коснемся лишь одного из них, направленного на анализ взаимодействий между психотерапевтом и пациентом. Речь пойдет о разработанном Л. Бенджамин методе САСП – структурном анализе социального поведения (SASB – Structural Analysis of Social Behavior, 1974), который широко используется для изучения интеракций между пациентом и психотерапевтом в индивидуальной и семейной психотерапии.

САСП основывается на так называемой циркулярной модели социального поведения, предложенной Т. Лири и получившей дальнейшее развитие в трудах Дж. Кислера (Kiesler, 1983). Согласно этой модели, все межличностное поведение можно описать в одной плоскости, на которой задаются две оси – ось аффилиации (любовь-ненависть) и ось взаимозависимости (независимость-контроль). Л. Бенджамин в своей модели предлагает различать три плоскости вместо одной в соответствии с фокусом внимания интеракции: любая интеракция может быть либо направлена на партнера (транзитивный фокус), либо является ответной реакцией на предшествующую интеракцию партнера (интранзитивный фокус), либо может выражать состояние «я» субъекта (интроективный фокус).

Межличностная теория, на которой базируется САСП, восходит к Г. С. Салливену (Sullivan, 1953). Согласно его точке зрения, личностная концепция Я вытекает из тех оценок, которые индивидуум получает в течение своей жизни со стороны значимых для него людей. Тем самым личность понимается как постоянно заново формирующаяся результирующая субъективно интернализированных прошлых отношений. На этой базе Бенджамин разработала единую динамическую модель межличностного взаимодействия и интрапсихических функций, включающую в себя сенситивную и в то же время удобную технологию соответствующих измерений. Для прогнозирования индивидуального поведения она стремится в первую очередь понять мироощущение субъекта.

Структурный анализ социального поведения выходит за грань вышеупомянутых плоскостных круговых моделей, выделяя в каждом коммуникативном акте с помощью различных фокусировок (с точки зрения действующего лица) три плоскости межличностного взаимодействия: транзитивную (активную), нетранзитивную (реактивную) и плоскость интроекта. Благодаря различению трех плоскостей межличностного взаимодействия, в особенности благодаря различению активного (транзитивного) и реактивного (интранзитивного) фокуса, то есть в зависимости от направленности коммуникативных действий, методика САСП решает хроническую проблему простых круговых моделей: в них, например, стремление доминировать над другими людьми оказывается прямой противоположностью желания подчиняться, при этом оба качества – активность и реактивность – оказываются на одном и том же полюсе контрольного измерения. Лишь различение коммуникативной направленности (фокуса), вводимое в САСП, позволяет избежать смешения активного и реактивного измерения человеческого общения, благодаря чему теперь можно сформулировать дифференцированные трансактные концепции комплементарности, антитезы и т. д.

САСП представляет собой не простой «тест», а систему, с помощью которой мы можем моделировать и анализировать межличностные трансакции, непосредственно увязывая их с

Я-концепцией рассматриваемого человека. Поэтому она особенно подходит для поддержания и понимания текущих терапевтических процессов. С точки зрения теории общения принято различать аспекты содержания и отношения в отдельном коммуникативном акте; метод САСП в принципе подходит для анализа обоих аспектов, все же в основном его применяют при изучении аспекта построения отношения, отвечая на вопросы: кто, как и к кому относится и как тот в свою очередь на это реагирует?

Ориентация на процесс построения отношений означает, что методика должна выявлять и кодировать межличностные интеракции между участниками. Кодирование таких интеракций по САСП производится феноменологически по наблюдаемым проявлениям, не допуская спекулятивных теоретических заключений о неосознаваемой «сути происходящего», которая якобы проявляется в определенной сцене. Благодаря этому при правильном понимании и применении метод САСП оказывается нейтральным по отношению к отдельным психотерапевтическим школам и именно поэтому предлагает им универсальный язык общения. Психоаналитики и поведенческие терапевты могут, таким образом, обмениваться мнениями без необходимости делать скидку на неприемлемые теоретические предпосылки позиций оппонента. Это означает, что применение метода САСП позволяет осуществить методологический принцип конгруэнтности «проблемы лечения и результата», обеспечивающий релевантность, валидность и сопоставимость получаемых данных.

Особо продуктивным оказывается этот метод при изучении различных составляющих психотерапевтического процесса. Так, в исследовании Хенри, Шахта и Страппа (Henry, Schacht, Strupp, 1986) было показано, что один и тот же психотерапевт, выстраивая различные межличностные отношения с тем или иным пациентом, может достичь успеха или потерпеть неудачу в терапии. Факт, что межличностный процесс коррелирует с успешностью терапии, подтвердился для различных психотерапевтических направлений. В успешных случаях психотерапевт осуществляет по отношению к пациенту в большей степени аффилиативный контроль и в меньшей – враждебный контроль и предоставляет бóльшую аффилиативную автономию; пациент, со своей стороны, демонстрирует в большей степени дружескую дифференциацию и в меньшей степени – враждебную сепарацию по отношению к психотерапевту. Далее, для успешных случаев характерна большая позитивная комплементарность взаимодействий психотерапевта и пациента, когда оба участника коммуникации действуют в дружеской манере, и значительно меньшая негативная комплементарность (один дружелюбен, другой враждебен), чем для неуспешных случаев.

Метод САСП благодаря наличию третьей плоскости (плоскости интроекта, то есть структуры, содержащей комплекс представлений о себе и средства саморегуляции) дает возможность также анализировать внутриличностную динамику пациента в связи с текущим интерперсональным процессом. С теоретической точки зрения именно изменение интроекта по направлению к большей адаптированности позволяет пациенту прийти к разрешению «проблемы» и, соответственно, определяет успех психотерапии. Исходя из этого, можно ожидать, что интернализация позитивного межличностного процесса обеспечит позитивное же изменение интроекта пациента, и наоборот; эта гипотеза была также подтверждена в другом исследовании (см. Henry et al., 1990).

Обобщенное представление о возможностях изучения психотерапевтического процесса, предоставляемых методом САСП, сформулировано в работе У. Хенри (Henry, 1996): САСП позволяет операционализировать психодинамические конструкты и понятия таким образом, что они становятся доступны для исследования в рамках принципа конгруэнтности «проблемы лечения и результата». Это открывает путь к сопоставлению различных видов психотерапии, к построению интегративной модели психотерапии и в конечном итоге – к пониманию механизмов изменений пациентов и к возрастанию эффективности и успешности психотерапевтического воздействия в целом.

Мы надеемся, наш краткий обзор исследований по психотерапии позволяет читателю прийти к заключению, что психотерапевтическая деятельность в целом становится предметом изучения фундаментальной науки – общей психологии, клинической психологии, психолингвистики. В то же время в среде психотерапевтов-клиницистов исследовательская работа часто воспринимается как нечто чуждое самому искусству психотерапии, гармонию которого невозможно «поверить алгеброй». Подобное отношение к научному исследованию достойно сожаления, и остается только уповать, что большая информированность о проводимых исследованиях поможет изменить сложившийся стереотип.

Библиография

Alexander F. (1937) Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932–1937. – Chicago, Institute of Psychoanalysis.

Benjamin L. S. (1974) Structural analysis of social behavior // Psychological Review. 81, 392–425.

Bergin A. (1971) The evaluation of therapeutic outcomes // *Garfield S. L.*, *Bergin A. E.* (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change. – N. Y.: Wiley, 217–270.

Bergin A. E., Lambert M. I. (1978) The evaluation of therapeutic outcomes // *Garfield S. L., Bergin A. E.* (Eds.). Handbook of psychotherapy and behaviour change: An Empirical Analysis. 2nd ed. – N. Y.: Wiley.

Bergin A. E., Garfield S. L. (Eds.) (1994) Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4th ed. – N. Y.: Wiley.

Beutler L. E. (1979) Toward specific psychological therapies for specific conditions // J. of Consulting and Clinical Psychology. 47, 882–892.

Cross D. G., Sheehan P. W. (1982) Secondary therapist variables operationg in short-term insight-oriented and behavior therapy // British J. of Medical Psychology. 55, 275–284.

Dahl H. (1988) Frames of mind // *Dahl H., Kächele H., Thomä H.* (Eds.) Psychoanalytic process research strategies. – N. Y., 51–66.

Dahl H., Kächele H., Thomä H. (Eds.) (1988) Psychoanalytic process research strategies. – N. Y.

Elliott R. (1991) Five dimensions of therapy process // Psychotherapy Research. 1, 92–103.

Eysenk H. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation // J. Consult. Psychology. 16, 319–324.

Fenichel O. (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930 // *Rado S., Fenichel O., Müller-Braunschweig C.* (Hg.) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, Poliklinik und Lehranstalt. – Wien: Int. Psa. Verl., 13–19.

Flader D., Grodzicki W. D., Schröter K. (1982) Psychoanalyse als Gespräch: Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. – Frankfurt/M, Suhrkamp.

Gill M. M., Hoffman I. S. (1982) Analysis of transference. Vol. II. Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. – N. Y.: Intern. Univ. Press.

Goldstein A. P., Stein N. (1976) Prescriptive psychotherapies. – N. Y.: Pergamon.

Greenberg L., Pinsof W. (Eds.) (1986) The psychotherapeutic process: A research handbook. – N. Y.: Guilford.

Henry W. P. (1996) Structural Analysis of Social Behaviour as a Common Metric for Programmatic Psychopathology and Psychotherapy Research // J. of Consulting and Clinical Psychology. 64, 6, 1263–1275.

Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1990) Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome // J. of Consulting and Clinical Psychology. 58, 768–774.

Henry W. P., Schacht T. E., Strupp H. H. (1986) Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome // J. of Consulting and Clinical Psychology. 54, 27–31.

Horowitz M. Z. (1979) States of mind: Analysis of change in psychotherapy. – New York/ London.

Howard H. I., Kopte S. M., Krause M. S., Orlinsky D. E. (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy // American Psychologist. 41, 159–164.

Jones E. (1936) Report of the Clinic Work. London Clinic of Psychoanalysis.

Kächele H. (1992) Psychoanalytische Psychotherapieforschung // Psyche. 46, 3, 259–285.

Kächele H., Strauss B. M. (1998) Approaches and Methods in Psychotherapy Research or Do we need Empirically Validated / Supported Treatments. – Motevideo.

Kazdin A. (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // *Bergin A., Garfield S.* (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change, 4th ed. – N. Y.: Wiley, 19–71.

Kellner R. (1975) Psychotherapy in psychosomatic disorders: A survey of controlled outcome studies // Archives of General Psychiatry. 35, 1021–1028.

Kernberg O. F., Bursteine E. D., Coyne L., Appelbaum A., Horwitz L., Voth H. (1972) Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation // Bull. Menninger Clin. 36, 3–275.

Kiesler D. (1973) The process of psychotherapy. – Chicago: Aldine.

Kiesler D. (1983) The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions // Psychol. Rev. 90, 3, 185–214.

Krause R. (1988) Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der «frühen» Störungen // Psychotherapy and Medical Psychology. 38, 77–86.

Krause R., Luetolf P. (1988) Facial Indicators of transference processes within psychoanalytic treatment // *Dahl H., Kächele H., Thomä H.* (Eds.) Psychoanalytic process research strategies. – N. Y., 241–256.

Lambert M., Bergin A. (1994) The effectiveness of psychotherapy // Bergin A., Garfield S. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4th ed. – N. Y.: Wiley, 143–189.

Lambert M., Hill C. (1994) Assessing psychotherapy outcomes and processes // *Bergin A., Garfield S.* (Eds.) Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4th ed. – N. Y.: Wiley, 72–113.

Luborsky L., Bachrach H., Graff H., Pulver S., Christoph P. (1979) Preconditions and consequences of transference interpretations: A clinical-quantitative investigation // J. of Nervous and Mental Disease. 167, 391–401.

Luborsky L., Schimek J. (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change: implications for assessment // *Worche P., Byrne T.* (Eds.) Personality change. – N. Y.: Wiley.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L., (1975) Comparative studies of psychotherapy // Archives of General Psychiatry. 32, 995–1008.

Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A. (1988) Who Will Benefit From Psychotherapy. – N. Y.: Basic Books.

Morris R. J., Suckerman K. R. (1975) Morris and Suckerman reply // J. of Consulting and Clinical Psychology. 43, 585–586.

Morris R. J., Suckerman K. R. (1974) The importance of therapeutic relationships in systematic desensitization // J. of Consulting and Clinical Psychology. 42, 148.

Morris R. J., Suckerman K. R. (1974) Therapist warmth as a factor in automated systematic desensitization // J. of Consulting and Clinical Psychology. 42, 244–250.

Nicholson R. A., Berman J. S. (1983) Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? // Psychological Bulletin. 93, 261–278.

Rachman S., Wilson G. T. (1980) The effect of psychological therapy: Second enlarged edition. – N. Y.: Pergamon.

Rogers C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // J. Of Consulting Psychology. 21, 95–103.

Russell R. (1987) Language in psychotherapy: Strategies of discovery. – N. Y.: Plenum.

Shapiro D., Firth J. (1987) Prescriptive versus exploratory psychotherapy. Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project // British J. of Psychiatry. 151, 790–799.

Shapiro D. A., Shapiro D. (1982) Meta-analysis of comparative theory outcome studies: A replication and refinement // Psychological Bulletin. 92, 581–604.

Spence D. (1993) Traditional case studies and prescriptions for improving them // *Miller N. et al*. (Eds.) Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice. – N. Y.: Wiley.

Stiles W. B., Shapiro D. A., Elliott R. (1986) Are all psychotherapies equivalent? // American Psychologist. 41, 165–180.

Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 1 // Archives of General Psychiatry. 37, 595–603.

Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 2 // Archives of General Psychiatry. 37, 708–716.

Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases-comparison 4 // Archives of General Psychiatry. 37, 974–945.

Strupp H. H. (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counsellor // Archives of General Psychiatry. 37, 831–841.

Strupp H., Schacht T., Henry W. (1988) Problem-Treatment-Outcome congruence: A principle whose time has come // *Dahl H., Kächele H., Thomä H*. (Eds.) Psychoanalytic process research strategies. – N. Y., 1–14.

Sullivan H. S. (1953) The interpersonal theory of psychiatry. – N. Y.: Norton.

Wallerstein R. S. (1986) Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. – N. Y.: Guilford.

Wallerstein R. S., Robbins L., Sargent H., Luborsky L. (1956) The psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report // Bull. Menninger Clin. 20, 221–278.

Weiss J. B., Sampson H. (1986) The psychoanalytic process: theory clinical observation and empirical research. – N. Y.: Guilford.

Н. Д. Семенова

Этические основы психотерапии

Этика (от греч. ethika, от ethikos – касающийся нравственности, выражающий нравственные убеждения, ethos – привычка, обыкновение, нрав) в узком смысле слова значит учение об основных принципах нравственности. Этика – нормативная наука о законах и нормах человеческого поведения.
Ф. А. Брокгауз, И. А. Эфрон. Энциклопедический словарь

Начнем с описания нескольких случаев из нашей психотерапевтической практики.

Марина, 24 года, замужняя, интеллигентная, очень ответственная, чрезвычайно привлекательная внешне женщина обратилась к нам, имея опыт предшествующей психотерапии у некоего специалиста, к которому обратилась с жалобами на депрессивное состояние, возникшее вскоре после рождения ребенка. С первых же встреч стала замечать, что нравится психотерапевту. На одной из встреч, попросив пациентку раздеться до пояса и объясняя свои действия терапевтической необходимостью, психотерапевт предпринял ряд носящих эротический оттенок прикосновений к телу пациентки. После этого пациентка вынуждена была прервать терапию у данного терапевта и искала другие возможности получения психотерапевтической помощи. На первой же встрече с нами пациентка призналась: «Я очень рада, что попала к женщине-психотерапевту…»

Людмила, 55 лет, жительница небольшого северного города, разведенная, мать двоих взрослых сыновей, один из которых прошел Афганистан и вернулся с посттравматическим стрессовым нарушением. Жалуется на депрессивное состояние с суицидальными тенденциями, отмечает также эпизоды алкоголизации. Все это связывает с состоянием сына, а также с собственной неустроенной жизнью. Приехала в Москву с целью получить психотерапевтическую помощь. Психотерапевт, занимавшийся с пациенткой телесно-ориентированной терапией, направил ее затем к нам. На одной из заключительных встреч пациентка, смущаясь, поведала нам, что однажды, после того, как ей был сделан общий массаж, они «согрешили» с терапевтом.

Александр, 28 лет, миловидный и добродушный молодой человек, женат, имеет грудного ребенка. Направлен лечащим врачом к психотерапевту по поводу психосоматического заболевания. Женщина-психотерапевт после сеанса попросила подвезти ее домой. Психотерапия продолжалась и в салоне автомобиля, когда машина была уже припаркована у дома терапевта. На протяжении курса психотерапии пациент, которому, как правило, назначалось время «под занавес» рабочего дня, отвозил терапевта домой. Однажды был приглашен в дом, где его угостили вином.

Что объединяет все эти случаи? Налицо нарушение этики профессиональных психотерапевтических отношений. Действительно, в последние годы в связи с широкой экспансией

психотерапевтических практик, а также в связи с исследованиями в области психотерапии все более и более заявляют о себе проблемы этические.

Многими профессиональными сообществами в этой связи разрабатываются этические основы психотерапии, в частности, так называемый «Этический кодекс психотерапевта» (Code of Conduct… British Psychological Society, 1993; Committee on Ethics…, 1988), предписывающий: не наносить пациенту вреда; не эксплуатировать отношений зависимости, возникающих в ходе терапии; действовать лишь в пределах профессиональной компетенции; опираться на согласие пациента, понимающего суть происходящего и осведомленного о возможных последствиях; соблюдать условия конфиденциальности. Общие этические предписания далее конкретизируются применительно, например, к условиям психотерапии, проводимой в групповом контексте (Gregory, McConnel, 1986; Moreno, 1991; Mullan, 1987; Lakin, 1991), к условиям комбинированной индивидуальной и групповой терапии (Lakin, 1986; Taylor, Gazda, 1991), к исследованиям в области психотерапии (Aubrey, 1987).

Конфиденциальность

Условие конфиденциальности – одно из важнейших в списке этических нормативов. Речь идет об охране частной жизни пациента, о конфиденциальности на предмет сообщаемой им информации. Полное имя, местожительство и другие позволяющие идентифицировать пациента детали обычно зашифровываются и раскрываются лишь с согласия самого пациента. Конфиденциальность ускоряет столь необходимое в психотерапевтическом процессе самораскрытие пациента. Между тем существуют условия, при которых происходит разрушение конфиденциальности. Это те особые случаи, когда существует реальная угроза здоровью или жизни пациента или других людей. В этих случаях терапевтом без согласия пациента могут быть предприняты шаги, необходимые для информирования третьих лиц или организаций. Причем делать это рекомендуется после консультации с более опытными коллегами. В данных случаях, связанных с ограничением конфиденциальности, могут переплетаться этические и юридические аспекты, когда речь идет о психотерапии пациента, склонного к имеющим циклический характер правонарушениям сексуального или педофилического свойства (Aubrey, Dougher, 1990). Этическая дилемма состоит в том, что, с одной стороны, терапевт принимает условия конфиденциальности, а с другой – он может нарушить обет конфиденциальности, чувствуя себя обязанным что-то сделать, а именно – предупредить, предостеречь. В ситуации потенциальной угрозы конфиденциальность неизбежно разрывается. Для этого необходим закон, регулирующий психотерапевтическую практику. Установка терапевта на гуманизм, равно как и право пациента на конфиденциальность, – все это должно быть соотнесено с устремлениями терапевта как профессионала и как гражданина.

Перенос

Этический кодекс психотерапевта предписывает ему не эксплуатировать отношений влияния и доверия в общении с пациентом в целях удовлетворения собственных личных желаний; воздерживаться от практики, будучи в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, переживая личностный кризис и т. п. Между тем по данным исследований (Quadrio, 1992), не менее 10 % психотерапевтов признано профессионально непригодными по следующим показателям: физическое и психическое нездоровье (депрессия, «синдром сгорания», супружеский или семейный кризис), алкоголизм, наркомания, связанная с возрастом и процессом инволюции неспособность выполнять профессиональные обязанности, утрата моторных навыков, и, наконец, вступление в сексуальные отношения с пациентами.

В последнее время в особый раздел этического кодекса выделяют, во-первых, так называемые «границы» в отношениях терапевта с пациентом, а также этические аспекты их нарушения, и, во-вторых, этику двойственных отношений.

Нарушения «границ» в отношениях терапевта с пациентом могут принимать самые разные формы и систематизируются в соответствующей литературе (Gutheil, Gabbard, 1993) по следующим рубрикам: «время», «место и пространство», «деньги», «подарки», «одежда», «язык», «физический контакт». Череда нарушающих границу поступков, приводящих к этическим проблемам, может иметь такую последовательность (Gabbard, 1989): переход в общении с пациентом на «ты»; далее вторжение в терапевтический диалог бесед личного или житейского характера; потом небольшой телесный контакт (например, похлопывание по плечу, объятия, массаж); затем прогулки вдвоем за стенами кабинета; сеансы во время обеда, иногда с алкоголем; поход в кино и иные социальные мероприятия; и, наконец, контакт сексуальный. Примеры размытости границ весьма многообразны. Это разного рода «треугольники» отношений (когда, например, терапевт и пациент имеют общего друга); более сложные варианты, когда, например, психотерапевт-супервизор, проводя групповое терапевтическое занятие, объединяет в одну группу молодого терапевта вместе с пациентами последнего.

«Двойственными» (или множественными ролевыми) называются такие отношения, в которых психотерапевт, помимо профессиональной, выступает еще по крайней мере в одной роли по отношению к пациенту (например, состоит с ним в браке). Об опасности установления двойственных или множественных ролевых отношений с пациентами писали еще классики психоанализа, предостерегая от лечения родственников, друзей, знакомых. Печально известен в этой связи случай отнюдь не платонических отношений Юнга с Сабиной Шпильрейн (Carotenuto, 1982; Kerr, 1993).

Рассмотрим некоторые этические последствия смешения границ и множественности ролевых отношений между пациентом и психотерапевтом. Так ли уж катастрофичен их исход? Кроме несомненных этических издержек, психотерапия в данном случае ущербна и с клинической точки зрения, поскольку ущербен сам *перенос* (перенесение, трансфер) пациентом на терапевта чувств, испытываемых им к другим людям, как правило, к родителям, то есть проекция ранних детских установок и желаний в отношении родителей на другое лицо. Перенос, как известно, обнаруживает себя не только в психоаналитической ситуации, но и в любой психотерапии, а также в жизни повседневной. Между тем чистота переноса есть необходимое условие реализации любой аналитической, и не только аналитической, техники; в противном случае последняя теряет свой смысл и свою силу.

Размытость, смешение границ психотерапии и установление множественных ролевых отношений между терапевтом и пациентом, по мнению Пеппера (Pepper, 1991), одномоментно разрушает этические стандарты и само пространство терапевтических отношений. «Размывание» границ лечения приводит к сдвигу от терапевтических отношений «как если бы» в плоскость реальных отношений.

Сексуальный контакт есть «квинтэссенция грубейшей эксплуатации трансферентных отношений» (цит. по: Quadrio, 1992). Вообще говоря, речь идет о неком «континууме отношений эксплуатации»: от длящихся многие годы и служащих скорее нуждам терапевта психотерапевтических отношений до собственно сексуальных контактов. Однако не всякое смешение границ ведет к сексуальному сближению и не всегда является пагубным для обеих сторон. Очевидное с точки зрения одной идеологической перспективы нарушение границ может и не явиться таковым, если на него посмотреть с позиций иной идеологической перспективы. Более того, с позиций последней это может быть стандартным проявлением профессиональной практики. Это прежде всего относится к «движению христианской психиатрии», когда психотерапевту отнюдь не возбраняется посещать церковные службы с пациентом или пациентами (Gutheil, Gabbard, 1993).

Эротизированный перенос

Каждый психотерапевт сталкивается с таким нарушающим душевное равновесие явлением, как эротизированный перенос, – доходящим до маниакальности желанием пациента установить физический контакт с терапевтом, озабоченностью тем, чтобы проникнуть в реальную жизнь терапевта. Существует несколько точек зрения на феномен эротизированного переноса. Кроме известной и достаточно хорошо представленной в литературе динамической точки зрения существуют и иные: экономическая, структурная, генетическая и адаптивная. Последняя, например, является фокусом статьи Петерсон с соавторами (Peterson et al., 1989). Речь в ней идет о пациентах, которые используют эротизированный перенос в качестве средства компенсации дефицита, что позволяет им, несколько смягчив боль одиночества, адаптироваться и выжить.

Примеры эротизированного переноса также разнообразны: пациент пишет стихи и посвящает их своему терапевту, называя его или ее каким-либо ласковым прозвищем; несколько раз в день звонит по телефону, может позвонить и среди ночи, желая в лучшем случае «услышать голос», в худшем – проявить интерес к подробностям интимной жизни и т. п.

Зависимость

Коль скоро человек обращается за помощью, он уже зависим. «Размывание» границ и появление множественных ролевых отношений неизбежно приводит к тому, что эта зависимость начинает нещадно эксплуатироваться, подпитывая нарциссизм и «грандиозное “я”» терапевта (Pepper, 1991). Такой терапевт, как мы уже говорили, может многие годы и даже десятилетия лечить пациента (есть случаи, когда продолжительность терапии доходила до двадцати пяти лет!). Отрицая собственную потребность в зависимости и не осознавая того, психотерапевт способствует развитию патологической зависимости у пациента, которая тем более усиливается, чем более ролевых отношений с ним установлено. Механизм здесь может быть таким: отрицаемые терапевтом аспекты собственного «я» (а именно потребность в зависимости) проецируются на пациентов, что приводит либо к обвинительным установкам по отношению к слишком «зависимым и беспомощным» пациентам, либо к скрытому удовлетворению от длительной по времени и способствующей регрессу терапии, либо к попыткам обрести утраченную часть Я в сексуальном единении с пациентом.

Проблему зависимости из психотерапии убрать невозможно. Возможно лишь установить необходимый баланс между интимностью и границами, между зависимостью и пассивностью, между зависимостью «хорошей» и «плохой» (Gagnier, Robertiello, 1991). Подобно тому, как разделяется «нарциссизм» на «хороший» и «плохой» («хороший» – это здоровая любовь к себе, тогда как «плохой» – центрированность на себе), разделяется и зависимость.

«Хорошая» зависимость – это присущая всем потребность «лелеять ребенка внутри нас», потребность в любви, тепле, восхищении, эмоциональной поддержке и эмпатии, исходящих от других людей. Потребность человека в зависимости проходит через все этапы его жизненного цикла. Эта зависимость способствует поддержанию самооценки на должном уровне, сохранению чувства благополучия и безопасности.

«Плохая» зависимость – это потребность в ком-либо или в чем-либо, что избавит нас от необходимости иметь дело с реальностью. При этом ответственность за собственную жизнь, бремя выбора человек перекладывает на другого. Эта зависимость сдерживает личностный рост, инфантилизирует пациента, снижает его самооценку. Описываемые нами психотерапевты как раз и способствуют развитию у пациентов такого рода зависимости. Жертвами такой зависимости могут стать и люди, связанные отношениями супружества с психотерапевтами.

Последние, продолжая свою квазипрофессиональную роль в сфере супружеских отношений, неизбежно начинают смотреть на супруга как на «еще одного пациента». Этому посвящена статья Робертиелло (Robertiello, 1978) «Профзаболевание психотерапевтов».

Злоупотребления психотерапией: интимные отношения психотерапевта с пациентом

Исход психотерапии как события, как «врачующего диалога» между терапевтом и пациентом во многом зависит от качества терапевтического альянса, предполагающего эмпатию, принятие, тесный эмоциональный контакт. Между тем интенсификация этих эмоциональных отношений может активизировать разного рода эротические фантазии обоих. Об эротизированном переносе мы уже говорили. Хуже эротизированного переноса может быть только эротизированный контрперенос. О нем мы и поговорим.

За последние несколько десятилетий увеличилось количество сообщений об имеющих место злоупотреблениях в психотерапевтической практике, выражающихся в сексуального характера действиях, простирающихся от эротически окрашенных высказываний, прикосновений, объятий до интимной близости психотерапевта с пациентом (Gabbard, 1994; Gartrell et al., 1986; Herman et al., 1987; Quadrio, 1992). Ни клятва Гиппократа, ни предписания «Этического кодекса», по мнению некоторых авторов (Pope, 1990), пока еще не способны регулировать такого рода проявления. Хотя в США в ряде штатов (например, в штатах Мичиган, Миннесота и Калифорния) и предусмотрены юридические санкции за психотерапевтические злоупотребления, стоящие в одном ряду с изнасилованием и инцестом по своим психопатологическим последствиям для жертв (Stone, 1984). Имеющиеся в настоящее время исследования (Gabbard, 1989) рисуют такую картину: 13,7 % мужчин и 3,1 % женщин-психотерапевтов признают эротический контакт с пациентами, причем каждый третий из них сознается еще и в том, что имел подобный контакт более чем с одним пациентом (по Габбарду, так называемые «рецидивисты»). Женщины составляют большинство среди жертв таких злоупотреблений. Среди злоупотребляющих своим положением терапевтов *психиатров* несколько больше (33 %), чем *психологов* и *социальных работников* (соответственно 19 % и 13 %). Однако в общей медицинской популяции доля *психиатров* ниже, чем, например, хирургов, гинекологов и врачей общего профиля.

Установка на сексуальный контакт с пациентом варьирует и в зависимости от теоретической ориентации терапевта: наиболее «воздержанными» оказались терапевты *психоаналитической* ориентации, наименее – разного рода гипнологи и лица, характеризующиеся «размытой» теоретической ориентацией, не имеющие специальной квалификации, лицензии.

Итак, как видим, в психотерапевтической практике нередки случаи, когда терапевт вступает в сексуальные отношения с пациентом. Причины такого явления сложны и полидетерминированы. Здесь недопустим редукционистский, упрощенный подход, навязываемый нарастающим феминистским движением с вытекающей из этого тенденцией «политизировать» данную проблему (действительно, в подавляющем большинстве случаев речь идет о паре: мужчина-психотерапевт и женщина-пациентка); недопустим также взгляд на данную проблему лишь сквозь призму коренящихся в культуре стереотипов, предписывающих определенные роли мужчинам и женщинам. Многие исследователи данного вопроса предпринимают попытки так или иначе типологизировать таких психотерапевтов. Остановимся на некоторых из наиболее известных типологий.

Психиатр и юрист Стоун (Stone, 1984) сконструировал следующий каталог из шести типов:

1) депрессивный средних лет терапевт, имеющий семейные и/или супружеские проблемы, эксплуатирующий «позитивный перенос»;

2) «манипулятивный социопат» с «плохим» характером;

3) терапевт с «перверсной сексуальной фиксацией»;

4) «сексуально свободный» терапевт (ярким примером такого типа мог служить Отто Гросс, один из первых психоаналитиков, которого Фрейд называл «романтическим демоном». Гросс, выступавший против моногамии и тирании института брака и проповедовавший так называемый «оргастический» подход к психотерапии, имел множество сторонников и последователей (см. Rosenbaum, 1982);

5) терапевт, который, реализуя свое «грандиозное Я», «любит» своих пациенток и желает быть любимым ими; он желает также, чтобы терапевтическая интимность стала интимностью «настоящей» (Rosenbaum, 1982); он наделен шармом, экспансивен и «агрессивно соблазнителен»;

6) «отчужденный, интровертированный» терапевт, считающий, что его соблазнили; испытывает чувство вины и скорее всего исповедуется о случившемся.

Иногда эти шесть категорий карикатурно преподносятся как «печальный», «плохой», «сумасшедший», «незрелый», «грандиозный» и «шизоидный».

Глен Габбард (Gabbard, 1994), наиболее известный исследователь данной проблемы и автор широко цитируемой здесь книги о сексуальной эксплуатации в профессиональных отношениях (Gabbard, 1989), полагает, что тех психотерапевтов, которые в той или иной форме переходят сексуальные границы с пациентом, можно отнести к одной из следующих категорий:

1) психотические нарушения;

2) психопатии и парафилии;

3) «тоскующие по любви»;

4) мазохистски капитулирующие.

Данные категории представляют собой скорее рубрики, нежели определенные диагностические типы, а саму классификацию, равно как и психодинамические рассуждения, ее сопровождающие, следует рассматривать как предварительную гипотезу, требующую дальнейшего подтверждения.

Наименее многочисленной является первая группа, тогда как остальные три широко представлены в популяции практикующих психотерапевтов. Так, под рубрикой «психопатии и парафилии» скрываются антисоциальные личности, лица, страдающие тяжелой нарциссической личностной патологией также с яркими антисоциальными включениями. Эти люди, как правило, резистентны к реабилитации. Будучи уличенными в нарушении этических норм, они настаивают на том, что они с пациентом действительно «любят друг друга», тогда как пациент для них – всего лишь объект сексуального или иного удовлетворения, объект для упражнений в силе и власти. Они полностью лишены эмпатии, а посему не могут взять в толк, что «плохого» они делают, когда всем так хорошо. У них нет и тени вины из-за вреда, наносимого пациенту своими деяниями.

«Тоскующие по любви» – наиболее интересная для исследователя категория (Gabbard, 1989). Они также говорят, что влюблены. Они также характеризуются нарциссической патологией, однако не столь тяжелой, как в предшествующем случае (то есть без антисоциальных включений). Они одержимы потребностью утвердиться в глазах пациента, испытывают настоящий голод, желая быть любимыми и идеализируемыми. Пациенты используются ими в качестве регуляторов собственной самооценки. Многие из них с диагностической точки зрения абсолютно нормальны, лишь переживают так называемый «кризис середины жизни». Наиболее частым сценарием здесь является следующий: психотерапевт средних лет, переживающий или переживший развод и вообще утративший иллюзии на предмет своей супружеской жизни либо переживший утрату значимого в жизни человека, влюбляется в пациентку много моложе себя. При этом он может начать с того, что просто поделится с пациенткой своими проблемами, представ, таким образом, перед ней как нуждающийся, уязвимый. Эта ролевая инверсия

и есть первая ступенька, приводящая к известному финалу. Находясь во власти эротизированного контрпереноса, при котором чувства по отношению к пациентке теряют свое качество «как если бы», терапевт настаивает на том, что его отношения с пациентом вообще выходят за рамки «переноса-контрпереноса». Психотерапевт убежден в том, что любовь сама по себе целительна, «любовь лечит», как сказал нам один из таких психотерапевтов.

Личностный профиль «жаждущего любви» терапевта, блестяще описанный Габбардом, дополнялся и развивался далее. Так, например, Бродски (см. Gabbard, 1989) добавляет: такой терапевт принимает преимущественно женщин, лечит женщин и мужчин по-разному; ему кажется, что он вполне компетентен, чтобы выходить за рамки стандартных практик, вводить «инновационные техники», включая установление выходящих за рамки психотерапии отношений; он не к месту раскрывает пациенту детали своих семейных и супружеских проблем, рассказывает о конфликтах на работе; пациенты и студенты расценивают его как «харизматического гуру»; он столь самодостаточен, что не считает нужным консультироваться с коллегами, искать психологической помощи в затруднительных ситуациях.

Весьма ярко данную категорию психотерапевтов описал также Ричард Чессик в статье под названием «Во власти дьявола» (Chessick, 1989). Своеобразное изложение материала статьи, служащее великолепной иллюстрацией феноменологического подхода, позволяет фактам, изложенным в статье, говорить самим за себя, без каких бы то ни было искажающих классификаций и формулировок. «Психиатр», роль которого исполняет специально подготовленный актер, представляет случай, в основе которого – его взаимоотношения с пациенткой тридцати пяти лет, имеющей диагноз «пограничное личностное нарушение». Рассказ «психиатра», то и дело перемежающийся непрофессиональными пассажами, центрируется главным образом вокруг «эдипова конфликта середины жизни».

Поднимается вопрос и о проблемах, возникающих уже после завершения терапии (Gabbard, 1989). Продолжают ли в этом случае действовать этические нормы отношений терапевта с пациентом? Представляется, что это так. Ибо перенос никогда полностью не разрешается (не снимается), и соображение о том, что надо «немного подождать, а затем вести себя так, как ни в чем не бывало», по меньшей мере наивно, ибо табу не снимается никогда, подобно тому как не снимаются никогда табу, существующие между родителями и детьми, несмотря на то, что дети вырастают и удаляются от родителей (Herman et al., 1987).

В заключение, касаясь так называемых «посттерапевтических браков» (Quadrio, 1992), следует отметить, что, представляя собой известное разрешение этической дилеммы, они несут на себе печать давно существующих в обществе тенденций, когда институт брака используется в качестве прикрытия свершившегося злоупотребления и эксплуатации («Как честный человек я должен на ней жениться…»).

Как избежать двойственных отношений

Профессиональные кодексы работников сферы охраны психического здоровья (American Psychological Association [APA], 1990; National Association of Social Workers, 1979; American Psychiatric Association, 1986; American Association for Marriage and Family Therapy, 1985 и др.) содержат ряд предписаний против установления множественных, в частности двойственных, отношений с клиентом/пациентом. Напомним, что «множественные ролевые» (или «двойственные») отношения суть отношения, в которых психотерапевт, помимо профессиональной, выступает для пациента еще по крайней мере в одной роли (научного руководителя, супруга, делового партнера и т. п.). Вместе с тем в новой редакции этических принципов Американской психологической ассоциации отмечено, что в определенных ситуациях «психологу нецелесообразно избегать социальных или иных выходящих за рамки профессиональных контактов с людьми из числа их пациентов» (APA, 1992, p. 1601). Следует, однако, воздерживаться от

вступления в такие отношения в тех случаях, когда «повышается вероятность того, что объективности психолога будет нанесен ущерб, что это помешает эффективному функционированию психолога в его роли, приведет к отношениям эксплуатации или причинит вред пациенту» (там же).

Двойственные отношения – «зона высокого риска» нарушений норм профессиональной этики. Выше мы рассмотрели некоторые этические последствия установления множественных ролевых отношений между пациентом и терапевтом. Теперь мы коснемся вопроса о том, какие шаги необходимо предпринять психологу, сталкивающемуся с данной дилеммой, чтобы оставаться в рамках профессиональных этических норм.

В этой связи различными авторами предлагаются те или иные *модели принятия этических решений*. Вуди (Woody, 1990) предложена модель, разработанная с привлечением понятий теории этики, профессиональных кодексов этики, профессиональных теоретических постулатов, социально-юридического контекста, переменных личностной и профессиональной идентичности. В рамках других моделей профессионалу предлагают ответить на серию вопросов, подготавливающих к принятию того или иного этического решения. Хаас и Мэлоуф (Haas, Malouf, 1989) представили модель, состоящую из нескольких стадий. Вначале необходимо определить, в чем, собственно, заключается релевантный случаю профессиональный, юридический или социальный стандарт и есть ли веские причины отступить от стандарта.

Гонсьёрик и Браун (Gonsiorek, Brown, 1989) предложили правила поведения психотерапевта с бывшим пациентом. Речь идет прежде всего об этической оценке отношений, носящих сексуальный характер. Все виды психотерапии разбиваются авторами на две категории: терапия категории А, где ведущую роль в процессе терапии играют отношения переноса; терапия категории В – кратковременная терапия с ограниченными возможностями для развития отношений переноса. Сексуальный контакт с бывшими пациентами терапии категории А безоговорочно непозволителен, сколько бы времени ни прошло с момента ее окончания. Вне зависимости от категории терапии сексуальный контакт с бывшими пациентами, имеющими серьезные личностные нарушения, всегда будет рассматриваться как неэтический и неприемлемый. После завершения терапии психотерапевту непозволительно выступать инициатором романтических контактов с пациентом. Сексуальный контакт с пациентом, получавшим терапию категории В, будет рассматриваться как неэтический, если он имел место в течение первых двух лет после ее завершения. Сексуальный контакт с пациентом, получавшим терапию категории В, будет все еще считаться непозволительным по прошествии двух лет, если терапевт оставил за пациентом право обращаться к нему за профессиональной помощью в случае необходимости. Если же вид терапии трудно соотнести с какой-либо из категорий, она автоматически будет считаться принадлежащей к категории А со всеми вытекающими последствиями.

Позицию вышеназванных авторов подкрепляют положения новой редакции этических принципов Американской психологической ассоциации: подобного рода поведение психотерапевта строго воспрещается в течение двух лет по завершении терапии и также остается под запретом по прошествии двух лет «за исключением особых случаев» (APA, 1992, p. 1605). При этом в фокусе внимания этических комиссий должны быть следующие моменты: время с момента завершения терапии, природа и продолжительность терапии, обстоятельства ее завершения, личная история пациента, текущий психический статус пациента, любые выдающие психотерапевта заявления, которые он делал в ходе терапии на предмет продолжения отношений по окончании терапии.

Предложенная недавно Готтлиб (Gottlieb, 1993) модель принятия решений основывается на положениях ролевой теории Китченер (Kitchener, 1988) и имеет ряд преимуществ перед представленными выше моделями: носит не столь общий характер, чтобы оставить профессионала без конкретной помощи, но и не столь прицельна, чтобы навязывать ему те или иные формы поведения; охватывает все потенциально существующие проблемы двойственных отно-

шений независимо от того профессионального контекста, в котором они рождаются. Автор исходит из того, что в реальности повседневной жизни профессионалу трудно полностью избежать ситуаций, в которых он выступает по крайней мере в двух ролях. А посему цель данной модели – помочь коллегам быть более сенситивными к такого рода отношениям, более эффективно управлять ими, коль скоро их невозможно избежать.

Модель включает следующие параметры: *силу, продолжительность отношений, ясность завершения*. Первый параметр (сила) представляет собой меру той силы или власти, которой наделен психолог или психотерапевт в отношениях с потребителем психологических услуг. Сила может широко варьировать. Так, например, психолог, выступающий с популярной лекцией перед аудиторией красного уголка ЖЭКа обладает меньшей «силой» воздействия на людей, составляющих данную аудиторию, по сравнению с «силой» его влияния на пациента, проходящего у него долговременную инсайт-ориентированную терапию. Продолжительность отношений имеет такие градации: кратковременные отношения, отношения средней длительности и продолжительные. Пропорционально времени усиливается и власть. Ясность завершения включает следующие градации: четкий момент завершения терапии, момент завершения неясен, момент завершения весьма неопределен (в случае, например, семейного психолога, полагающего, что его обязанности перед семьей никогда не закончатся).

Как только психотерапевт задумывается о том, что находится на пороге возникновения двойственных отношений с пациентом, тогда-то ему и следует воспользоваться данной моделью – оценить текущие отношения по трем вышеназванным параметрам. Если оценки попадут преимущественно в правую часть условной шкалы, то есть отношения психолога или психотерапевта с потребителем психологических услуг окажутся отношениями, сильными по своему воздействию, продолжительными, с весьма неопределенным моментом завершения, то данные отношения следует прекратить. Если же оценки попадут в среднюю или левую часть условных шкал, то следует двигаться дальше согласно сформулированному автором алгоритму, оценивая отношения в терминах ролевой совместимости/несовместимости и т. д. Так, согласно Китченер (Kitchener, 1988), чем более несовместимы ожидания, связываемые с ролями, и чем выше «дифференциал власти» между ролями профессионала и потребителя, тем более вероятность того, что отношения приведут к негативным последствиям (эксплуатации, злоупотреблениям и т. п.). В иных случаях отношения могут и не повлечь за собой каких бы то ни было негативных последствий. Так, психолог, оказавший помощь ребенку, подвергшемуся единичной болезненной медицинской процедуре, может затем подружиться с родителями этого ребенка. В этом случае, несомненно, большая власть психолога проявлялась лишь в течение краткого и четко очерченного периода времени. Новые отношения могут продолжаться длительное время, имея относительно малый дифференциал власти. Новые отношения могут быть приемлемыми и в том случае, когда оценки предшествующих отношений попадают в левую часть условной шкалы, а предполагаемые – в правую. Например, психолог после выступления с сообщением на родительском собрании может рассмотреть возможность психотерапии ребенка кого-либо из присутствующих. Приемлемы и такие ситуации, когда те и другие отношения попадают на середину или на левую сторону измерений, а ролевая совместимость достаточно высока.

Приведем два показательных случая, заимствованных нами из работы Готтлиб (Gottlieb, 1993).

> *Случай 1.* Х – частнопрактикующий клинический психолог, в течение шести месяцев консультировавший незамужнюю молодую женщину по проблемам, связанным с ее отношениями на работе. Терапия была прекращена по просьбе пациентки, считавшей свои проблемы в основном решенными. Спустя два года на неком социальном мероприятии Х случайно встретил пациентку. Завязалась оживленная беседа, в ходе которой пациентка предложила Х стать ее другом. Последний с радостью согласился,

заметив, однако, что их новые отношения отныне исключат возможность профессиональной консультации у него. Пациентка, казалось, поняла, в чем состоит проблема, и согласилась на предложение направить ее в случае необходимости к кому-либо из коллег X. Дружба их продолжалась недолго и в конце концов сошла на нет. Спустя год пациентка позвонила X, прося о помощи. Ссылаясь на их прежнюю договоренность, X отказал ей, предложив взамен помощь коллеги-специалиста. Пациентка с негодованием отвергла это предложение. Контакты между X и пациенткой более не возобновлялись.

Расценивая поступок данного психолога в целом как этически правильный, следует, однако, отметить, что им не были учтены такие существенные моменты, как «сила» отношений предшествующей терапии, огромная ролевая несовместимость установившихся двойственных отношений; не была также достаточно учтена потребность пациентки в отношениях с ним.

Случай 2. Преподаватель факультета психологии Y имела неформальную беседу со студенткой старшего курса одного с нею возраста. В ходе беседы Y упомянула о том, что овдовела и теперь у нее «никого нет». Месяц спустя студентка позвонила Y домой, напомнила об их беседе и предложила познакомить Y с мужчиной, который ей непременно понравится. Y согласилась с предложением, однако решила все же проконсультироваться у коллеги, которой доверяла. После консультации Y перезвонила студентке и отказалась от встречи.

Решение Y может показаться излишне консервативным. Студентка отлично училась, была одного с Y возраста, выполняла курсовую работу под руководством другого преподавателя. Дифференциал власти в данном случае средний с неопределенным завершением и долгой протяженностью. Y понимала, что до тех пор, пока присутствует дифференциал власти, ролевое несоответствие будет оставаться большим. Далее, если предположить, что отношения с предполагаемым мужчиной приведут к удовлетворительному результату, то Y неминуемо будет чувствовать себя обязанной студентке, что откроет в ней некую уязвимость для возможной манипуляции. Если же встреча с мужчиной ничем не закончится или приведет к разочаровывающей развязке, Y поневоле может перенести свои враждебные чувства на ни в чем не повинную студентку.

Прикосновения в психотерапии: этические аспекты

Рассматривая такой раздел этического кодекса, как установление границ в отношениях терапевта с пациентом, а также так называемый «эротизированный» перенос и контрперенос, мы лишь слегка коснулись проблемы прикосновения в психотерапии. Остановимся на ней более подробно.

Известно, что, помимо физиологических, кожа человека выполняет важные психологические и социальные функции, что показано в ставших классическими экспериментах Харлоу над приматами, в работах Шпица о депривации прикосновений у младенцев. Во взрослой жизни прикосновения продолжают играть существенную роль, включаясь в широкий социокультурный контекст. Несмотря на весьма широкую распространенность прикосновений в нашей жизни, споры вокруг приемлемого их использования в психотерапии до сих пор не утихают. Прикосновением может быть и легкое касание руки или плеча пациента, и полновесное объятие, и более обширное физическое действо (например, массаж); прикосновение может быть эротическим или неэротическим.

Если сделать небольшой исторический экскурс в проблему использования прикосновений в психотерапии, то можно обнаружить совершенно полярные суждения по типу «все или

ничего»: от табу на прикосновения к пациенту (в рамках раннего психоанализа) до полной допустимости и свободы в выражении чувств путем прикосновений (здесь можно упомянуть структурную интеграцию, более известную под названием «рольфинг», и телесно-ориентированные виды терапии). Как уже отмечалось нами выше, очевидное с точки зрения одной идеологической или теоретической перспективы нарушение границ при использовании прикосновений может и не явиться таковым, если на него посмотреть с позиций иной идеологической перспективы.

До возникновения психоанализа в психотерапии допускались прикосновения (существовал, например, прием «наложения рук»). На начальном этапе развития психоанализа прикосновения все еще допускались с целью облегчить выражение чувств пациентом. Фрейд делал пациентам массаж шеи и головы, вместе с тем позволяя им прикасаться к себе. Однако постепенно аналитически ориентированный терапевт все более и более ограничивался в «действиях». Считалось, что прикосновения мешают развитию переноса, служат удовлетворению желаний пациента, снижая его энергетический потенциал и приводя к стагнации процесса терапии. Те же аналитики, что придерживались иных взглядов на данную проблему (а среди них были Ференци и Райх), подвергались резкой критике или изгонялись из психоаналитического сообщества.

Делая отступление, скажем несколько слов о психоанализе и этике. Этические аспекты косвенно затрагивались в работах Фрейда и Фромма, касающихся природы характера, а именно этического измерения в понимании характера, Супер-Эго как вместилища моральных и этических ценностей. Традиционная точка зрения на взаимоотношения психоанализа и этики как системы норм нравственного поведения такова: психоанализ находится вне этики и морали. Так, Гартманн (Hartmann, 1960) в своем известном изречении о психоанализе и моральных ценностях подчеркнул, что единственные ценности, признаваемые психоаналитической ситуацией, – это так называемые «ценности здоровья». Вместе с тем, как замечает Мейснер (Meissner, 1994), автор посвященного данному вопросу эссе, в психоаналитической позиции моральной нейтральности внеэтическое отнюдь не является синонимом антиэтического, так же как и внеморальное не является синонимом антиморального. Аналитик не дает никаких оценок, а лишь старается понять мотивы и причины того или иного поведения анализируемого. То есть традиционная аналитическая позиция четко разделяла проблемы морали и проблемы мотивов.

Реальный аналитический процесс, однако, не может обойти этических моментов, подобно тому как нельзя обойти данные моменты в жизни. Практикующий аналитик не может адекватно функционировать в отрыве от этических проблем, так же как аналитик-теоретик не вправе рассуждать о сложности психических феноменов, полностью опуская этические и моральные их измерения. В самой психоаналитической ситуации заключен определенный кодекс ценностей, которые направляют и оформляют психоаналитический поиск и не могут быть просто сведены к уже упомянутым «ценностям здоровья».

Возвращаясь к проблеме прикосновений в терапии, отметим, что с некоторых пор данный вопрос стали увязывать с проблемой власти и статуса, особенно в тех ситуациях, когда психотерапевт-мужчина имел дело с пациенткой-женщиной. Как известно, для лиц с высоким статусом характерно прикасаться к тем, у кого статус ниже, тогда как последним отнюдь не позволительно отвечать прикосновением на прикосновение. К этому же времени относятся споры о том, какое прикосновение считать эротическим, а какое не считать таковым. С этим тесно связан и такой важный момент, как половые различия в восприятии прикосновений, активно изучавшийся Эбби и Мелби (Abbey, Melby, 1986). Даже если между терапевтом и пациентом не происходит никакого сексуального контакта, прикосновение, как полагал Эйлин (Alyn, 1988), увеличивая дифференциал власти между терапевтом и пациентом, наносит пациенту определенный вред.

В последние десятилетия использование прикосновений в психотерапии получает все больше и больше поддержки не только в рамках движения гуманистической психотерапии, традиционно использовавшей прикосновения, но и у терапевтов современной психоаналитической ориентации. Однако вопросам этики прикосновений уделяется все еще недостаточно внимания. Та или иная теоретическая установка на предмет использования прикосновений в психотерапии может быть, а может и не быть этически выдержанной.

Какова же этика прикосновений в психотерапии? В психотерапии применение прикосновений должно оформляться следующими этическими принципами (APA, 1990): защита благополучия потребителя (принцип 6), ответственность терапевта (принцип 1), необходимость жить в соответствии с моральными и юридическими нормами общества (принцип 3), наконец, компетентность терапевта (принцип 2).

Согласно Минтцу (Mintz, 1969), прикосновение может быть этически приемлемым, когда оно символизирует материнскую позицию, если пациент в силу тех или иных причин не способен к вербальной коммуникации; когда необходимо передать переполняемому чувствами пациенту принятие; когда необходимо усилить или восстановить контакт тревожного пациента с реальностью; когда прикосновение является естественным и искренним выражением чувств терапевта по отношению к пациенту, если известно, что такое выражение чувств полезно для целей психотерапии.

Особо оговариваются случаи специфических пациентов и специфических ситуаций. С пациентами, подвергшимися тем или иным злоупотреблениям в детстве, прикосновения используются с большой долей осторожности лишь после установления прочных терапевтических отношений. В ситуации кризиса прикосновение используется с целью подавить тревогу. Прикосновение используется с целью выделить сказанное, сфокусировать внимание пациента; с целью «перезарядить» блокированного пациента.

Никогда не следует использовать прикосновение лишь в качестве «техники». От прикосновений следует воздержаться, когда пациент, принимая позицию беспомощности, манипулирует терапевтом; когда терапевту не хочется, а пациент не готов к тому, чтобы к нему прикасались; когда есть хоть малая вероятность того, что прикосновение будет неверно истолковано пациентом (параноидным или враждебно настроенным); когда терапевт осознает, что испытывает враждебные либо сексуально окрашенные чувства к пациенту.

Согласно Виллисону и Мэссону (Willison, Masson, 1986), прикосновение нельзя использовать «слепо», оно должно быть соотнесено с нуждами клиента в данный момент. Ригидный, основанный на правилах подход в данном вопросе неприемлем. Допустимость прикосновения зависит от индивидуальности пациента, индивидуальности терапевта, уникальной динамики их отношений.

Керти и Ривьер (Kertay, Reviere, 1993) предлагают подход, касающийся приемлемого использования прикосновений в психотерапии. Рассматриваются следующие три уровня: этический, терапевтический, а также уровень, связанный с теоретическими основаниями терапевтического подхода. Последнее принимается во внимание в том случае, когда терапевт убедился, что прикосновение не противоречит законам этики (первый уровень) и соблюдены необходимые параметры отношений с пациентом (второй уровень).

Использование прикосновений должно быть «конгруэнтно» терапевту, должно быть истинным выражением его убеждений, ценностей и установок в настоящем контексте отношений. Прикосновение должно быть также «конгруэнтным» уровню интимности терапевтических отношений: терапевту должно быть ясно, что уровень физической интимности не превышает уровня эмоциональной интимности. Необходимость всякий раз спрашивать у пациента разрешения на прикосновения способствует тому, что прикосновения осознаются терапевтом, а у пациента возникает чувство контроля над ситуацией.

Этические аспекты оплаты психотерапевтических услуг

Касаясь проблемы нарушения границ в отношениях терапевта с пациентом, мы приводили ряд относящихся к данному разделу рубрик, в том числе и такие, как «деньги», «подарки». Попытаемся раскрыть эти рубрики, остановившись на этических аспектах оплаты психологических услуг.

Данная составляющая психологической практики, а именно ее финансовая сторона, приобретающая особую актуальность в связи с расширяющимся кругом частнопрактикующих психотерапевтов, подробно рассматривалась такими авторами, как Кнапп и Вандекрик (Knapp, Vandecreek, 1993). Авторы широко используют положения нового этического кодекса Американской психологической ассоциации (APA, 1992). Рассматриваются права и обязанности обеих сторон (психолога и пациента). Психолог берет на себя профессиональные обязанности по отношению к пациентам, а пациенты – финансовые обязанности по отношению к психологу. Проблемы возникают тогда, когда какая-либо из сторон не соблюдает взятых на себя обязательств. Этические принципы представляют собою попытку сбалансировать законное право психолога взимать деньги с пациентов или клиентов с правом последних быть свободными от отношений эксплуатации в такой момент своей жизни, когда они находятся в состоянии максимальной психологической уязвимости.

Частнопрактикующий психолог может отказаться принять пациента по той или иной причине, в том числе и потому, что пациент не способен или не желает оплачивать услуги. Принцип отбора пациентов на основании их платежеспособности, к сожалению, весьма распространен.

Во время первой встречи психолог может попытаться предсказать продолжительность психотерапии и способность пациента оплачивать услуги. Некоторые западные частнопрактикующие психотерапевты пользуют пациента до тех пор, пока последний способен платить, а затем переправляют его в обычные клиники. Подобная практика получила название «снятие сливок» или «демпинг». Все это отнюдь не в интересах пациента.

Как же надлежит вести себя психологу в случае возникновения финансовых коллизий? Финансовые условия необходимо оговорить заранее. Новый этический кодекс Американской психологической ассоциации гласит: «Как можно раньше в рамках установившихся профессиональных отношений психолог и пациент приходят к соглашению об оплате за услуги, а также о том, как это будет происходить» (APA, 1992, p. 1602). Психолог выносит на обсуждение следующие вопросы: какова цена сеанса; как оплачивать сеанс в том случае, если пациент не является на прием; каков покрываемый при этом спектр услуг (тестирование, телефонные звонки и т. п.); каково время оплаты (назначается ли определенный день или плата вносится по прошествии каждого месяца) и т. п.

Психологу необходимо задокументировать факт оповещения пациентов об их финансовой ответственности. Вуди (Woody, 1989) предлагает психологам распространять специальную брошюру, содержащую информацию о плате за услуги. Все это должно происходить на самой первой встрече с пациентом в кабинете психолога.

Сколько надо платить психологу за услуги? Часто психологи обращаются за советом и рекомендациями на сей счет в соответствующие профессиональные ассоциации. Однако ни одна профессиональная организация не вправе давать такие рекомендации. Психологи сами определяют плату, основываясь на показателях уровня жизни в регионе, экономических условиях региона, степени собственной компетентности, наличия специальных навыков или специальной подготовки, возможных расходов, связанных с пациентом (Woody, 1989). Психологи, практикующие в больших городах, как правило, взимают более высокую плату, нежели их сельские коллеги и психологи, работающие в маленьких городах; кроме того, психологи, имеющие

специальные тренинговые сертификаты, взимают большую плату, чем те, кто получил лишь базовую общепсихотерапевтическую подготовку.

Согласно новому этическому кодексу APA, «психолог обычно воздерживается от принятия подарков, услуг или иных не выраженных в денежном эквиваленте вознаграждений от пациентов или клиентов в качестве платы за оказанные услуги, поскольку все это неизбежно создает условия для возникновения конфликтов, отношений эксплуатации, иных нарушений профессиональных отношений» (APA, 1992, p. 1602). Тем не менее нередки случаи, когда «отношения бартера» принимаются.

Этически неверными могут быть и отношения некоторых западных психологов со страховыми компаниями. Движимый частично неосознаваемым желанием как можно дольше «задержать» пациента в психотерапии, такой психолог может поднять цену на услуги, получить от страховой компании большую часть суммы и «забыть» о небольшой доплате, которую должен вносить пациент. Такую практику, идущую, казалось бы, в русле интересов пациента, следует расценивать как неэтичную. Психологи, искусственно завышающие плату, нарушают этические нормы, неверно информируя соответствующие инстанции о реальной плате за услуги. Отказ от доплаты, однако, можно считать приемлемым в тех случаях, когда пациент испытывает финансовые затруднения. В этих случаях плата обычно не поднимается и страховые компании не обкрадываются.

Должны ли психологи требовать оплаты пропущенных пациентом сеансов? Вправе ли психолог требовать оплатить некоторое временное превышение сеанса? Нужно ли платить за контакты пациента с психологом по телефону? Ответ на каждый вопрос положительный, если все эти моменты оговаривались с пациентом заблаговременно. В противном случае ответ отрицательный. Первый раз пациента обычно прощают, но предупреждают. Превышение времени прощается тем пациентам, которые находятся в ситуации кризиса.

Психологи должны предвидеть возможное повышение платы за услуги как отражение объективных законов жизни и экономики. Особую осторожность следует проявлять при этом к тем пациентам, которые в настоящий момент уже проходят терапию, чтобы не ставить их в неловкое положение фактом повышения платы за услуги. Следует заранее уведомить их о возможном повышении платы.

В новом этическом кодексе психологам предлагается распределить свое рабочее время так, чтобы оставить определенную его часть на дела, приносящие малую или вовсе не приносящие личную выгоду (APA, 1992, p. 1600). Речь идет о бесплатной помощи пациентам либо о пониженной оплате, о работе в качестве консультантов в приютах для подвергающихся насилию в семье, в кризисных стационарах для жертв изнасилования, приютах для бездомных или о психологической помощи семьям и лицам, вернувшимся из зон боевых действий.

У пациента, проходящего психотерапию, могут возникнуть реальные финансовые проблемы. И нет ничего неэтичного в ситуации, когда психолог приостанавливает профессиональное взаимодействие с пациентом, вдруг переставшим платить. В тех же случаях, когда пациент находится в данный момент в весьма уязвимом с точки зрения психолога состоянии, последний может рассмотреть возможность снижения стоимости услуг, увеличения временного отрезка между сеансами, обеспечения бесплатных сеансов или направления пациента в иные инстанции. При этом рекомендуется прослеживать дальнейшую судьбу пациента.

Библиография

Abbey A., Melby C. (1986) The effects of nonverbal cues on gender differences in perceptions of sexual intent // Sex Roles. 15, 283–298.

Aly n J. H. (1988) The politics of touch in therapy: A response to Willison and Masson // J. of Counseling and Development. 66, 432–433.

American Association for Marriage and Family Therapy. (1985) Code of ethical principles for marriage and family therapists. – Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1986) Principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. – Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1990) Ethical principles of psychologists // American Psychologist. 45, 390–395.

American Psychological Association. (1992) Ethical principles of psychologists and code of conduct // American Psychologist. 47, 1597–1611.

Aubrey R. (1987) Ethical Issues in Psychotherapy Research // Counselling and Values. 31 (2), 139–140.

Aubrey M., Dougher M. (1990) Ethical Issues in Outpatient Group Therapy With Sex Offenders // J. for Specialists in Group Work. 15 (2), 75–82.

Carotenuto A. (1982) A Secret Symmetry: Sabina Spielrein Between Jung and Freud. The Untold Story of the Woman Who Changed the Early History of Psychoanalysis. – N. Y.: Pantheon.

Chessick R. (1989) In the Clutches of the Devil // Psychoanalysis and Psychotherapy. 7, 2, 142–151.

Code of Conduct, Ethical Principles, Guidelines. Published by The British Psychological Society, 1993.

Committee on Ethics (1988) Ethical Issues: I. Therapy Experience For Students // Canadian Psychology. 29 (3), 298–300.

Gabbard G. (Ed.) (1989) Sexual Exploitation in Professional Relationships. – Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard G. (1994) Psychotherapists Who Transgress Sexual Boundaries With Patients // Bulletin of the Menninger Clinic. 58, 1, 124–135.

Gagnier T., Robertiello R. (1991) The Clinical Usefulness of Distinguishing Between Two Types of Dependency // J. of Contemporary Psychotherapy. 21, 4, 247–255.

Gartrell N., Herman J., Olarte S., Feldstein M., Localio R. (1986) Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey, I: Prevalence // American J. of Psychiatry. 143, 1126–1131.

Gonsiorek J. C., Brown L. S. (1989) Post therapy sexual relationship with clients // *Schoener G. R., Milgrom J. H., Gonsiorek J. C., Luepker E. T., Conroe R. M.* (Eds.) Psychotherapists' sexual involvement with clients. – Minneapolis: Walk-in Counselling Center.

Gottlieb M. C. (1993) Avoiding Exploitive Dual Relationships: A Decision-Making Model // Psychotherapy. 30 (1), 41–48.

Gregory J., McConnell S. (1986) Ethical Issues With Psychotherapy In Group Contexts // Psychotherapy in Private Practice. 4 (1), 51–62.

Gutheil Th., Gabbard G. (1993) The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions // Am. J. Psychiatry. 150; 2, 188–196.

Haas L. J., Malouf J. L. (1989) Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics. – Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Hartmann H. (1960) Moral Values in Psychoanalysis. – N. Y.: International Universities Press.

Herman J., Gartrell N., Olarte S., Feldstein M., Localio R. (1987) Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Results of a National Survey, II: Psychiatrist's Attitudes // Am. J. of Psychiatry. 144, 164–169.

Kerr J. (1993) Most Dangerous Method: The Story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein. – N. Y.: Knopf.

Kertay L., Reviere S. L. (1993) The Use of Touch in Psychotherapy: Theoretical and Ethical Considerations // Psychotherapy. 30 (1), 32–40.

Kitchener K. S. (1988) Dual role relationships: What makes them so problematic? // J. of Counselling and Development. 67, 217–221.

Knapp S., Vandecreek L. (1993) Legal and Ethical Issues in Billing Patientsand Collecting Fees // Psychotherapy. 30 (1), 25–31.

Lakin M. (1991) Some Ethical Issues in Feminist-Orientated Therapeutic Groups For Women // Int. J. of Group Psychotherapy. 41 (2), 199–215.

Lakin M. (1986) Ethical Challenges of Group and Dyadic Psychotherapies: A Comparative Approach // Professional Psychology Research and Practice. 17 (5), 454–461.

Meissner W. W. (1994) Psychoanalysis and Ethics: Beyond the Pleasure Principle // Contemporary Psychoanalysis. 30 (3), 453–472.

Mintz E. E. (1969) On the rationale of touch in psychotherapy // Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. 6 (4), 232–234.

Moreno J. (1991) Group Psychotherapy in Bioethical Perspective // J. of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry. 44 (2), 60–70.

Mullan H. (1987) The Ethical Foundations of Group Psychotherapy // International J. of Group Psychotherapy. 37 (3), 403–416.

National Association of Social Workers. (1979) Code of ethics. – Washington, DC: Author.

Pepper R. (1991) The Senior Therapist's Grandiosity: Clinical and Ethical Consequences of Merging Multiple Roles // J. of Contemporary Psychotherapy. 21, 1, 63–70.

Peterson Ch., Levin R., Zweig R. (1989) The Erotized Transference: An Adaptive Point of View // Psychoanal. and Psychother. 7, 2, 129–141.

Pope G. (1990) Abuse of Psychotherapy: Psychotherapist-Patient Intimacy // Psychother. and Psychosom. 53, 191–198.

Quadrio C. (1992) Sex and Gender and the Impaired Therapist // Australian and New Zealand J. of Psychiatry. 26, 346–363.

Robertiello R. (1978) The Occupational Disease of Therapists // J. of Contemporary Psychotherapy. 9, 123–129.

Rosenbaum M. (1982) Intimacy and Group Psychotherapy // *Fisher M., Stricker G.* (Eds.) Intimacy. – N. Y.: Plenum, 231–246.

Stone A. (1984) Law, Psychiatry, and Morality. – Washington: Am. Psychiatry Press.

Taylor E., Gazda G. (1991) Concurrent Individual and Group Therapy: The Ethical Issues // J. of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry. 44 (2), 51–59.

Willison B. G., Masson R. L. (1986) The role of touch in therapy: An adjunct to communication // J. of Counseling and Development. 64, 497–500.

Woody J. D. (1990) Resolving ethical concerns in clinical practice: Toward a pragmatic model // J. of Marital and Family Therapy. 16, 133–150.

Woody R. (1989) Business success in mental health practice. – San Francisco: Jossey-Bass.

Часть вторая
Основные направления психотерапии

С. Г. Аграчев, И. М. Кадыров
Психоанализ и психоаналитическая терапия

Введение. Основные понятия, термины и определения

История психотерапии как научно-практической дисциплины начинается с появления в 1895 году книги австрийских врачей Й. Брейера и З. Фрейда «Очерки об истерии» (Breuer, Freud, 1895), в которой был предложен новый взгляд на невроз как на бессознательный интрапсихический конфликт и заложены основы первого психотерапевтического метода – психоанализа. За прошедший с тех пор век этот метод, усовершенствуясь и видоизменяясь, не только сохранил свое значение одного из главных теоретических и практических инструментов психотерапевтов, но и повлиял прямо или косвенно на создание и развитие большинства других психотерапевтических школ, в частности, группового анализа, гештальт-терапии и системной семейной терапии. Очевидно влияние психоаналитического мировоззрения на диагностическое и терапевтическое мышление клиницистов, на их представления о природе, протекании и лечении разнообразных психических и психосоматических расстройств.

С момента своего возникновения понятие «психоанализ» является очень широким и употребляется в нескольких смыслах: как теоретическое направление в психологии, как методология исследования психики и как психотерапевтический метод. В рамках настоящей монографии мы рассмотрим в первую очередь клинические аспекты психоанализа.

Ядром разработанной Фрейдом классической психоаналитической техники является метод свободных ассоциаций. Он заключается в том, что пациенту предлагается сообщать психоаналитику обо всех без исключения появляющихся у него на сеансе мыслях, чувствах, воспоминаниях и фантазиях (так называемое *основное правило* психоанализа). Со своей стороны психоаналитик *интерпретирует* психические продукты пациента, препятствия на пути ассоциативного потока и те чувства, которые возникают у пациента по отношению к нему. *Интерпретация* представляет собой основной инструмент психоаналитической техники. Это сообщение пациенту предположений психоаналитика относительно связи доступных сознанию психических и поведенческих проявлений пациента с их возможными *бессознательными* детерминантами. Особое значение придается при этом анализу сновидений пациента (Фрейд, 1913).

Понятие бессознательного Фрейд применял по отношению к тем психическим структурам и процессам, которые недоступны осознанию в силу работы *вытеснения (цензуры).* Кроме областей сознания и бессознательного, он выделял еще третью, промежуточную, сферу психики – *предсознательное.* Она содержит те психические продукты, которые, хотя и являются неосознанными в тот или иной момент, но не вытеснены и могут быть осознаны без помощи аналитических процедур.

В ходе психоаналитического лечения вытеснение проявляет себя как *сопротивление*, создающее препятствия на пути ассоциирования и психоаналитического процесса в целом. Термином «сопротивление» обозначается возникающее во время психоаналитического лечения противодействие превращению бессознательных процессов в сознательные (Райкрофт, 1995). Чувства пациента по отношению к психоаналитику во многом определяются *переносом*

(трансфером). Под этим понимают процесс и результат перемещения на психоаналитика переживаний, представлений, отношений и форм поведения, бессознательно адресованных значимым фигурам из прошлого опыта пациента (Фрейд, 1989; Greenson, 1967; Райкрофт, 1995). Перенос пациента вызывает ответные чувства и реакции у психоаналитика, которые Фрейд назвал *контрпереносом (контртрансфером).* Он полагал, что контрперенос отражает неразрешенные бессознательные конфликты не только пациента, но и самого психоаналитика и в силу этого является одним из главных тормозящих факторов психоаналитического процесса (Freud, 1910).

Наличие бессознательного внутреннего конфликта моральных, этических и интеллектуальных норм индивида и неприемлемых для него влечений ведет к возникновению тревоги и чувства вины, а также к формированию разнообразных невротических симптомов и патологических черт характера, составляющих суть невроза (см. Moore, Fine, 1968). Созданный Фрейдом клинический метод направлен на осознание и разрешение этого конфликта при помощи свободных ассоциаций, что должно привести к ликвидации невротических проявлений у пациента.

Важнейшей чертой психоаналитического процесса является спонтанное возникновение и развитие у пациента так называемого *невроза переноса,* при котором психоаналитик становится центральной фигурой в структуре внутреннего конфликта пациента (Moore, Fine, 1968). Пациент попеременно наделяет его свойствами и качествами противоположных сторон этого конфликта, превращая его то в носителя запретных импульсов, то в выразителя моральных требований и запретов. Невроз переноса перемещает невротическую проблематику пациента в «здесь и теперь» терапевтического сеанса, что делает ее очевидной для обоих участников психоаналитического процесса и позволяет интерпретациям аналитика достичь своей цели. Интерпретируя перенос, психоаналитик анализирует «прошлое в настоящем» (Malcolm, 1986), поэтому эти интерпретации составляют основу психоаналитической техники. Они позволяют пациенту осознать искаженность его восприятия аналитической ситуации и терапевтических отношений, ведут к успешному разрешению невроза переноса и невротического конфликта в целом.

В ходе сеанса психоаналитик слушает пациента, стараясь равномерно распределить свое внимание, не направляя его специально на тот или иной материал. Это позволяет ему непредвзято оценивать поступающую от пациента информацию, соотносить ее со своими собственными ассоциациями и теоретическими соображениями (Freud, 1912; Greenson, 1967). Он старается придерживаться позиции «технической нейтральности», то есть находиться на равном расстоянии от психических сил, участвующих во внутреннем конфликте пациента (Kernberg et al., 1989). Техническая нейтральность аналитика имеет огромное значение для успеха работы, так как в ее отсутствие интерпретации переноса утрачивают свою эффективность. Нейтральность ни в коем случае не означает безразличия к пациенту, это равномерная заинтересованность всеми аспектами его личности.

Резюмируя, можно сказать, что классическая психоаналитическая техника имеет три основополагающие черты: позиция технической нейтральности, использование в терапевтических целях спонтанно возникающего невроза переноса и применение интерпретаций в качестве основного терапевтического инструмента (Gill, 1954).

Психоаналитическое лечение требует особой организации терапевтической среды – времени, пространства, а также взаимоотношений пациента, аналитика и других заинтересованных лиц. Совокупность правил подобной организации называется в психоанализе *сеттингом*.

В настоящем разделе мы попытались кратко обозначить основные теоретические и технические понятия классического психоанализа. За длительное время развития психоаналитической теории и практики многие из них были существенно переосмыслены, изменены и наполнены новым содержанием. По многим теоретическим и практическим вопросам среди

психоаналитиков и сейчас существуют различные мнения. Ниже мы рассмотрим различные направления, существующие в современном психоанализе, и подробнее остановимся на практических вопросах психоаналитической техники.

Технические приемы классического психоанализа

Возникновение психоанализа как особой системы теоретических воззрений было неразрывно связано с появлением и особой терапевтической техники, пришедшей на смену гипнозу, который Фрейд практиковал до того, как начал создавать свое учение. Анализируемый пациент располагался лежа на кушетке, а аналитик сидел у изголовья вне его поля зрения. Можно сказать, что кушетка досталась Фрейду в наследство от его экспериментов с гипнозом, однако в соответствии с созданной им теорией положение обоих участников приобрело особый смысл: на кушетке пациенту легче ассоциировать, так как ослабевает влияние внешних стимулов, главным из которых служит сам аналитик.

Значительно проще в такой ситуации приходится и терапевту, который может свободно отдаваться потоку своих собственных ассоциаций, не заботясь о выражении своего лица и о том, какое влияние оно окажет на пациента. В результате ему легче играть роль своеобразного «нейтрального» экрана, на который пациент может проецировать свои чувства, мысли и стремления, большинство из которых в действительности адресовано значимым фигурам из его настоящего и, в особенности, прошлого. Как уже отмечалось выше, аналитик интерпретирует ассоциации пациента, пытаясь выявить их бессознательные источники. При этом он стремится сохранять нейтральность, не критикуя пациента, но помогая ему осознать его вытесненные импульсы (Фрейд, 1923).

Для сохранения терапевтической нейтральности и чистоты «экрана», которым должен являться для пациентов психоаналитик, Фрейд не рекомендовал им иметь на протяжении терапевтического процесса какие-либо иные контакты, кроме аналитических, и предупреждал о трудностях, возникающих, когда аналитик берется анализировать пациента, с которым у него есть личные отношения. В тех же целях аналитик должен соблюдать так называемое психоаналитическое инкогнито, то есть стараться сообщать пациенту как можно меньше информации о себе и своей жизни. Он пользуется правом не отвечать даже на прямые вопросы пациента, что не означает запрета для пациента их задавать (подобный запрет противоречил бы основному правилу психоанализа).

В классической психоаналитической технике основное правило дополнялось так называемым правилом *абстиненции*, которое устанавливало строгие ограничения на удовлетворение потребностей, возникающих у пациента на сеансе и в какой-то степени в ходе психоаналитического процесса в целом. В соответствии с этим Фрейд рекомендовал своим пациентам воздерживаться во время психоаналитического лечения от принятия решений, могущих серьезно изменить их жизнь (заключение и расторжение брака, смена профессии и т. д.). Одно из основных положений психоанализа состояло и состоит в том, что бессознательные тенденции пациента, которые реализуются в действиях («отыгрываются вовне»), тем самым дезактуализируются, остаются вне поля зрения анализа и сохраняют свое патогенное воздействие.

Фрейд отмечал (1923), что работа с бессознательным требует непрерывности, регулярности и стабильности. Из этого положения вытекают его рекомендации относительно пространственной и временной организации терапевтической среды. Сеансы должны по возможности проводиться в одном и том же помещении, и желательно, чтобы каждый пациент всегда приходил в одно и то же время. Обеим сторонам следует строго соблюдать расписание сеансов, а опоздания и пропуски являются примером бессознательно мотивированного отыгрывания вовне и в силу этого должны становиться предметом анализа. Фрейд полагал, что для успешной работы с бессознательным необходим постоянный контакт, и поэтому сеансы психоана-

лиза должны проводиться каждый день, то есть пять-шесть раз в неделю. Длительность сеанса – 45–50 минут. Со времени своего создания психоанализ был и остается длительной терапией, которая может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет.

Классический психоанализ в своей зрелой форме основывался на модели невроза как конфликта между различными структурами психики – Я, Оно и Сверх-Я (Эго, Ид и Супер-Эго) (Фрейд, 1989). В этой схеме Ид представляет собой бессознательную структуру, содержащую как врожденные инстинкты, так и вытесненные импульсы и влечения. Эго понимается как часть психического аппарата, которая развилась из Ид и приобрело относительную самостоятельность от него. Эго характеризуется осознанием себя и служит адаптации личности к импульсам, поступающим из Ид, а также требованиям Супер-Эго и внешней реальности. Супер-Эго – это обособившаяся в ходе дальнейшего психического развития часть Эго, которая, содержит моральные образцы и запреты и осуществляет функции контроля над Эго.

Структурный интрапсихический конфликт влияет на динамику влечений, приводя к их подавлению и вследствие этого к формированию невротических симптомов. В соответствии с подобным взглядом были разработаны технические процедуры, направленные на разрешение этого конфликта. Фрейдовская модель была создана на материале работы с невротиками, и ее практическое применение ограничивалось кругом соответствующих пациентов: их личность в достаточной степени устойчива, чтобы выдержать аналитические процедуры и связанные с ними фрустрации. Фрейд тщательно следил за тем, чтобы психоаналитические процедуры не применялись к лицам, страдающими тяжелыми расстройствами, в особенности психозами, так как им они могли принести не пользу, а только вред. Пациент классического психоанализа должен быть «достаточно больным, чтобы нуждаться в лечении, и достаточно здоровым, чтобы его выдержать» (Thomä, Kächele, 1987).

Общая характеристика современного состояния психоаналитической техники

В своих исследованиях и практической работе Фрейд уделял основное внимание сфере бессознательного и динамике влечений. Но логика развития психоанализа привела к тому, что еще при жизни основателя этого учения многие его последователи вышли за рамки первоначальной традиции или существенно изменили точку зрения на многие теоретические и практические проблемы. Это привело к значительному расширению круга психоаналитических пациентов и спектра используемых диагностических и терапевтических процедур.

Постепенно психоаналитики стали уделять все большее внимание такой структуре, как Эго. Развитие теории влечений – психологии Ид – само по себе создало необходимость разработки психологии Эго. Если Ид не способно к обучению и в бессознательном время не движется, то какая же личностная структура обеспечивает успех психоанализа и адаптацию пациента к требованиям жизни? Этой структурой, очевидно, является Эго (Pine, 1985).

Фрейд сам положил начало процессу смены акцентов во взглядах психоанализа на структуру личности – в его поздних работах (см., например, Freud, 1926) делается все больший упор на Эго и необходимость его укрепления. В результате этой линии развития психоаналитической мысли появилась так называемая Эго-психология (А. Фрейд, Х. Гартманн, Э. Якобсон), которая в первую очередь стремится к усилению Эго, противостоящего импульсам Ид, и адаптации пациента к внешней реальности. Своим возникновением Эго-психология во многом обязана работам первых детских психоаналитиков (в особенности А. Фрейд), поскольку для детского возраста характерно быстрое развитие функций Эго и проблематика этой личностной структуры выходит на первый план.

Эго-психология дала импульс развитию концепции защитных механизмов, с помощью которых Эго защищается от неприемлемых бессознательных стремлений. Сигналами для

запуска этих механизмов служит возникновение тревоги и чувства вины. К числу невротических защит относятся вытеснение, изоляция, отрицание (в фантазии, а также в слове и действии), невротическая проекция и т. д. (Фрейд А., 1993). Хотя почти все защитные механизмы являются бессознательными и в той или иной мере препятствуют здоровому функционированию личности, по своей интенсивности, объему и конкретным проявлениям они неравноценны с точки зрения их патогенности. Поэтому в контексте Эго-психологии процесс психоанализа есть не что иное, как переход пациента от более ригидных, менее адаптивных защит к более зрелым и гибким. Полностью отказаться от бессознательных защит для пациента вряд ли возможно, но можно добиться исчезновения симптомов и успешной адаптации.

В рамках Эго-психологии получила развитие теория и терапия так называемых *неврозов характера*. Эти личностные расстройства характеризуются устойчивой ригидностью поведенческих паттернов, которые, хотя и ведут к дезадаптации, не вызывают выраженного субъективного дискомфорта, то есть являются *Эго-синтонными*. Неврозы характера отличаются от *симптоматических* неврозов или *психоневрозов,* которые главным образом изучал Фрейд. К числу последних обычно относят обсессивные неврозы (неврозы навязчивых состояний), истерические и фобические неврозы. Они характеризуются *Эго-дистонной* симптоматикой, которая субъективно переживается пациентом как чуждая его «я».

Неврозы характера являются более тяжелыми расстройствами личности, чем симптоматические неврозы. Если невротический симптом затрагивает только часть личности, оставляя в ней области, свободные от конфликтов, то при неврозе характера страдает личность в целом, особенно функции Эго – устойчивость к фрустрациям, регуляция влечений и межличностные отношения. Эго слабеет и начинает прибегать ко все более ригидным и неадаптивным защитным механизмам.

Очевидно, что работа с расстройствами подобного рода требует от психоаналитиков расширения понимания их терапевтических задач и обогащения арсенала технических методов. Поскольку при неврозах характера первостепенной задачей терапии является укрепление Эго пациентов, интерпретации аналитиков в этих случаях не только раскрывают природу патогенных защитных механизмов, но и создают условия для усиления более адаптивных защит. Например, аналитик может предупреждать пациента о предстоящей работе с трудным материалом, тем самым заблаговременно включая сигнальную функцию тревоги и создавая условия для более мягкого и адаптивного проявления защит.

В терапии неврозов характера придается большее значение эмпатической поддержке и просвещающим интерпретациям аналитика, чем при работе с симптоматическими неврозами. Это, конечно, не означает, что интерпретация аналитического материала в классическом ключе в таких случаях теряет свое значение. Напротив, именно в русле Эго-психологии психоаналитическая техника получила дополнительное теоретическое обоснование, была детализирована и обогащена. Как уже отмечалось выше, интерпретация во всех случаях представляет собой основную психоаналитическую процедуру. Она представляет собой сложный процесс, в котором можно вычленить ряд этапов (Greenson, 1967; Kernberg, 1984).

Кернберг выделяет в процессе интерпретации *прояснение, конфронтацию* и собственно *интерпретацию*. Первый шаг в интерпретации – это прояснение. Это есть приглашение пациента к исследованию материала, который представляется туманным, загадочным или противоречивым. Прояснение преследует две цели – уточнить те или иные данные и оценить, до какой степени пациент способен их осознать. На этом этапе аналитик обращается к сознательному и предсознательному уровню психики.

Технически процедура прояснения выглядит примерно так: психоаналитик выбирает один из аспектов вербального или невербального поведения пациента на сеансе, фокусирует на нем его внимание и предлагает в качестве материала для ассоциирования. В результате в поле зрения анализа попадают новые, не проясненные до того феномены. Объектом проясне-

ния может быть перенос, внешняя реальность, прошлый опыт пациента и его защитные механизмы. Кернберг (Kernberg et al., 1989) приводит ряд примеров техники прояснения:

а) «Я заметил, что всякий раз, когда я двигаю свой стул, вы с тревогой поглядываете на часы. Если ли у вас какие-либо соображения по этому поводу?» (прояснение переноса);

б) «Я не вполне понимаю, что заставляет вас отказываться от продолжения любовной игры с вашим партнером, лишь стоит ему улыбнуться. Что вы имеете в виду, когда говорите, что это вас останавливает? Что вы при этом чувствуете?» (прояснение внешней реальности);

в) «Правильно ли я понимаю, что все эти яростные стычки с отцом возникали только тогда, когда вы шли куда-нибудь вдвоем?» (прояснение прошлого опыта пациента);

г) «Вы все время повторяете, что любая женщина поступила бы на вашем месте так же, как и вы, и что вы не видите ничего особенного в вашем чувстве отвращения к мужчинам. Не могли бы вы объяснить свою точку зрения?» (прояснение предполагаемого защитного механизма).

Вторым шагом в процессе интерпретации является конфронтация. Она подводит пациента к осознанию противоречивых и несогласованных друг с другом аспектов ассоциативного материала, привлекает его внимание к фактам, которые раньше им не осознавались или считались самоочевидными, но при этом противоречат другим его идеям, взглядам или поступкам.

В процессе конфронтации аналитик может соотносить материал текущего сеанса с внешними событиями в жизни пациента, тем самым выявляя возможную связь терапевтических отношений «здесь и теперь» с другими его межличностными отношениями. Объектом конфронтации, как и прояснения, может быть перенос, внешняя реальность, прошлый опыт пациента и его защиты. Вот примеры конфронтации:

а) «Вы без колебаний отвергли все соображения, высказанные мной во время сегодняшнего сеанса, и при этом несколько раз повторили, что ничего сегодня от меня не получили. Что вы думаете об этом?» (конфронтация, относящаяся к переносу);

б) «На меня произвел сильное впечатление ваш рассказ о том, что вы поделились материалами своей научной работы с тем самым человеком, которого подозревали в плагиате» (конфронтация, относящаяся к внешней реальности);

в) «Вы говорите, что испытывали злость по отношению к матери как раз в те моменты, когда она посвящала вас в свои секреты, тем самым оказывая вам предпочтение. Как вы это объясняете?» (конфронтация, относящаяся к прошлому опыта пациента);

г) «Возникает ощущение, что желание найти другую женщину появляется у вас каждый раз, когда вы неожиданно обнаруживаете в характере вашей партнерши приятные для вас черты» (конфронтация, относящаяся к защитам).

Как и этап прояснения, конфронтация адресуется к сознательному и предсознательному уровням психики пациента, готовя почву для интерпретации.

Интерпретация завершает собой единичный интерпретационный цикл, связывая сознательный и предсознательный материал пациента с предполагаемыми бессознательными детерминантами. Ее цель – достичь терапевтического эффекта, доведя до сознания пациента его бессознательные мотивы и защиты и тем самым сняв противоречивость сообщенного им материала. Интерпретация представляет собой психоаналитический прием, наиболее глубокий по своему воздействию на пациента. Аналитик может интерпретировать перенос, внешнюю реальность, прошлый опыт пациента и его защиты, а также связать все эти наблюдения с предполагаемыми бессознательными переживаниями пациента в прошлом (такие интерпретации называют *генетическими*). Рассмотрим некоторые примеры:

1) «Мне кажется, что вы стараетесь спровоцировать меня на спор с вами, чтобы отогнать сексуальные фантазии на мой счет. Что вы думаете об этом?» (интерпретация переноса);

2) «Ощущение усталости от вашего партнера именно тогда, когда он так счастлив с вами, отражает вашу попытку обесценить его, чтобы защититься от зависти к его способности любить» (интерпретация внешней реальности);

3) «Страх, который возникал у вас в детстве, когда из спальни родителей доносился шум, вероятно, связан с тем, что вы приписывали их сексуальным отношениям ту же агрессивность, которая была присуща вашим эротическим фантазиям» (интерпретация прошлого опыта пациента);

4) «Возможно, ваши попытки отрицать наличие скрытых нападок на вас в выступлении вашего политического противника говорят о том, как сильно вы боитесь накала собственной ненависти к нему» (интерпретация защит);

5) «Свойственное вам грубое обращение с женщинами и жесткий стиль поведения по отношению ко мне, судя по всему, имеют один и тот же смысл: следовать нарочито мужественным манерам отца в попытке устоять перед желанием вериться моей заботе и оказаться в моей сексуальной власти. Это воспроизводит ваше детское желание заменить мать для отца, подчинившись ему сексуально» (генетическая интерпретация).

К основным принципам психоаналитической интерпретации относятся следующие.

• В первую очередь следует интерпретировать материал, преобладающий на данном сеансе. При этом аналитик должен давать интерпретацию только тогда, когда, по его мнению, пациент не в состоянии сделать этого самостоятельно.

• Сначала интерпретируется материал, находящийся ближе к сознанию, а потом – более глубокий, менее осознаваемый. В соответствии с этим принципом психоаналитик вначале интерпретирует защиты и лишь затем скрытое за ними содержание.

• Интерпретируя тот факт, что пациент не осознает что-либо, аналитик должен включать в свою интерпретацию указание на возможные мотивы этого защитного «неосознавания». Предлагая пациенту объяснение того, почему он прибегает к подобной защите, аналитик тем самым помогает ему принять это отвергавшееся им содержание.

• Интерпретация должна включать в себя описание конфликтной природы психической динамики пациента.

• Психоаналитик должен давать интерпретацию только при следующих условиях:

а) он в состоянии более или менее четко сформулировать предположение о том, что стоит за высказыванием пациента;

б) он в достаточной степени уверен, что в случае согласия пациента с этим предположением уровень самосознания последнего повысится; если же интерпретация окажется неверной, она все же послужит прояснению ситуации;

в) представляется маловероятным, что пациент окажется в состоянии прийти к данному заключению самостоятельно, без помощи интерпретаций аналитика.

Пока все эти три условия не будут выполнены, психоаналитик или сохраняет молчание, или ограничивается применением техники прояснения и конфронтации. Когда же они возникают, интерпретировать следует как можно скорее.

Интерпретация не только представляет собой средство достижения терапевтического эффекта, но и позволяет оценить реакцию пациента, а именно: готов ли он выслушать аналитика, способен ли извлечь из его слов пользу и как он их бессознательно воспринимает – как наказание или поощрение, соблазнение или отвержение, свидетельство магической власти терапевта, его подарок или нечто малоценное.

Однако процесс интерпретации, как правило, не оканчивается тем, что пациент достигает единичного инсайта – эмоционально переживаемого осознания бессознательного патогенного материала. За осознанием, которое вызвано интерпретацией, следует *проработка* – «аналитическая работа, открывающая путь от инсайта к изменению» (Greenson, 1967). Часто, чтобы проделать этот путь, необходимо преодолеть значительное сопротивление личностному и пове-

денческому изменению. Технически проработка представляет собой ряд повторных циклов интерпретации этого сопротивления (Freud, 1914).

Успешная психоаналитическая работа требует, чтобы наряду с реакциями переноса в отношении пациента к терапевту присутствовал и относительно здоровый, рациональный компонент, позволяющий ему продуктивно работать в аналитической ситуации. В русле Эго-психологии этот компонент понимается как отношение между Эго аналитика и сотрудничающей с ним частью Эго пациента. Р. Гринсон дает этому компоненту название *«рабочий альянс»* (Greenson, 1967).

Рабочий альянс проявляется в готовности пациента следовать правилам психоаналитической процедуры и сотрудничать с аналитиком. Это не означает отсутствия реакций переноса: в ходе аналитического процесса пациент все время, так сказать, колеблется между состоянием рабочего альянса и переноса. Перенос дает материал для анализа, а рабочий альянс позволяет его проанализировать.

Другая линия развития психоанализа, помимо Эго-психологии, так называемая теория объектных отношений, также следовала общей логике развития этого учения, но в несколько ином ключе. Если сторонники Эго-психологии (как явствует из названия этого направления) перенесли фокус своего интереса от Ид к Эго, то представители теории объектных отношений (М. Кляйн, В. Бион, В. Фэрберн, Д. Винникотт, М. Балинт и др.) в каком-то смысле сделали еще более радикальный шаг.

Не ограничившись исследованием динамики влечений и связанных с ней бессознательных конфликтов, они задались вопросом: а что же происходит, когда влечения в реальности или фантазии все же находят для себя объекты (которыми в первую очередь являются фигуры из самого раннего детства индивида), какие отношения с этими «объектами» устанавливаются, как они развиваются и структурируют интра– и интерперсональный мир человека?

Эмпирической базой для развития этой теории послужили наблюдения над взаимодействиями матери и ребенка в течение первых двух лет его жизни, а также клиническая работа с пациентами, страдающими более серьезными расстройствами, чем пациенты аналитиков классической эпохи и Эго-психологов. Основатели этого направления предположили, что психопатология подобных пациентов связана именно с различными формами нарушений ранних объектных отношений. В разных классификациях эти расстройства определяются как нарциссические и/или пограничные (между неврозом и психозом). В отдельные периоды у таких пациентов возможны и психотические декомпенсации.

Кляйн (Klein, 1957) и Фэрберн (Fairbairn, 1952) рассматривали Эго ребенка как стремящееся к отношениям с «первичным объектом» – матерью. Сталкиваясь с нарушениями этих отношений вследствие различных причин (таких, как ранняя сепарация с матерью, те или иные заболевания матери и ребенка и т. д.), он переживает невыносимое чувство разорванности первичных связей. Эта фрустрация влечет за собой появление агрессии, которая в фантазиях переживается ребенком как угрожающая его собственной жизни и жизни матери.

С целью защиты от этой угрозы ребенок отщепляет те аспекты своего Эго, которые аккумулируют эту агрессию и поэтому воспринимаются им как неприемлемые. Подобным же образом расщепляется и первичный объект. В нем выделяется негативная часть, существенно усиленная собственными агрессивными фантазиями ребенка, спроецированными на объект, либо же целиком представляющая собой продукт этих фантазий. Подобная проекция является попыткой избавиться от своих агрессивных тенденций, аккумулированных в отщепленной части Эго. Наряду с этим ребенок вычленяет в первичном объекте позитивную часть, которая очищается им от всех негативных проявлений и, таким образом, грубо идеализируется.

В результате «позитивные», любящие аспекты Эго ребенка продолжают оставаться в контакте с любящими, заботящимися аспектами первичного объекта, а его «негативные», враж-

дебные стороны – с теми частями этого объекта, которые в фантазиях переживаются ребенком как ненавидящие и преследующие.

Таким образом, собственное Эго ребенка, его первичный объект и отношения между ними оказываются фрагментированными, и в целях защиты ребенок попеременно переходит от одного типа отношений к другому.

Такой тип функционирования обеспечивается целым рядом защитных механизмов (некоторые из них мы уже упомянули) – расщеплением, примитивной проекцией и интроекцией, проективной идентификацией, примитивной идеализацией, отрицанием, фантазией всемогущества и обесцениванием (см., например: Райкрофт, 1995). Ранние объектные отношения с матерью представляют собой матрицу для структурирования внутри– и межличностного мира ребенка.

Подобная двойственность восприятия себя, окружающих индивидов и своих отношений с ними представляет собой нормальный механизм психического развития ребенка и продиктована потребностью «безопасно любить и безопасно ненавидеть» (Ogden, 1990), то есть разделить позитивные и негативные чувства, смешение которых создало бы для ребенка ситуацию, невыносимую в силу ее слишком большой когнитивной и эмоциональной сложности. При условии устойчивых и благоприятных объектных отношений, а также нормального когнитивного и эмоционального развития приблизительно к трехлетнему возрасту ребенок преодолевает описанное расщепление и приобретает способность переживать амбивалентные чувства, адресованные к целостному объекту.

В случае же неблагоприятного хода развития примитивные защитные механизмы продолжают активно функционировать в психике взрослого индивида и становятся психологической почвой для нарушений нарциссического, пограничного, а также психотического уровня. Надо отметить, что именно теория объектных отношений сделала возможной психоаналитическую терапию подобных психических расстройств. Предпринятый в ее рамках углубленный анализ динамики отношений индивида с ключевыми объектами обеспечил и более полное понимание динамики и фундаментальной роли отношений переноса и контрпереноса в психоаналитической практике. Это новое понимание стало результатом того, что, расширив круг своих пациентов, психоаналитики обнаружили факт, имеющий колоссальное значение: чем глубже нарушена психика пациента, тем более сильное эмоциональное влияние он способен оказать на своего психотерапевта.

Работая с пациентами, страдающими нарциссическими и пограничными расстройствами, психоаналитики столкнулись с тем, что одним из преобладающих в этих случаях защитных механизмов является проективная идентификация. Можно даже сказать, что для этих пациентов проективная идентификация становится основным способом их коммуникации с ключевыми фигурами. Несколько упрощая, этот механизм можно представить в виде двух последовательных этапов: 1) у пациента возникает бессознательная фантазия о проецировании на другого человека аспектов своего «я», угрожающих его целостности, и о том, что эти импульсы овладевают личностью этого человека; 2) при помощи целого арсенала коммуникативных средств пациент бессознательно вынуждает аналитика думать, чувствовать и вести себя в соответствии с этой проекцией, то есть отчасти идентифицироваться с ней (см., например: Ogden, 1982).

Эта идентификация психотерапевта с проецируемыми на него аспектами личности пациента отличает проективную идентификацию от невротической проекции в теоретическом плане и является основным источником трудностей контрпереноса при работе с пациентами подобного рода. Но именно она представляет собой важнейший источник аналитической информации.

Открытие этих феноменов заставило психоаналитиков по-новому взглянуть на роль и значение контрпереноса в психоаналитическом процессе (Heimann, 1950; Money-Kyrle, 1956;

Joseph, 1987). Во-первых, этот термин стал использоваться более широко – для обозначения всей совокупности эмоциональных переживаний и бессознательно детерминированных реакций, возникающих у психоаналитика в терапевтической ситуации, а не только тех, которые отражают его собственную психопатологию. Во-вторых, контрперенос перестал считаться «Золушкой психоанализа» (Tomä, Kächele, 1987) и получил признание в качестве незаменимого аналитического инструмента.

Наблюдая за своими чувствами и фантазиями, возникающими как во время сеанса, так и между сеансами, аналитик может непосредственно ощутить, какие аспекты своего внутреннего мира пытается спроецировать на него пациент, какие защиты он актуализирует в тот или иной момент и в какие отношения бессознательно пытается его вовлечь. Таким образом, анализ контрпереноса органически дополнил традиционный анализ переноса, составив с ним единое целое (Joseph, 1985).

Например, пациент с садомазохистскими чертами личности может давать информацию о себе таким образом, что у психотерапевта возникает желание давать интерпретации обвинительного характера, бессознательно идентифицируясь с садистскими чертами пациента и подкрепляя его мазохистские ожидания. В подобной ситуации анализ контрпереноса приобретает огромное значение как для избежания возможной терапевтической ошибки, так и для понимания глубинной структуры интра– и интерперсонального мира пациента, в который в силу динамики переноса и контрпереноса вовлекается и сам терапевт.

Способность аналитика понимать своего пациента опирается не только на теоретические знания, но и на способность идентифицироваться с теми или иными аспектами его личности, в том числе и инфантильными (Money-Kyrle, 1956). При этом он должен постоянно осознавать динамику взаимодействия между собой и пациентом, выявлять вклад каждого из партнеров в динамику терапевтических отношений.

Необходимо подчеркнуть, что «реабилитация» контрпереноса в психоанализе отнюдь не означает снижения требований к личности психоаналитика, его способности справляться с собственными трудноконтролируемыми эмоциональными и поведенческими реакциями, сохраняя при этом доброжелательность и эмпатию к своему пациенту. Напротив, включение в психоаналитическую практику анализа контрпереноса привело к тому, что больше внимания стало уделяться такому обязательному компоненту обучения психоаналитиков, как их собственный психоанализ.

Возникновение и развитие теории объектных отношений привело к пересмотру основной метафоры психоаналитического взаимодействия. Роль психоаналитика уже не сводится к роли экрана или зеркала для бессознательных проекций пациента. Скорее он служит своеобразным «контейнером» (Bion, 1967), который вмещает и удерживает те переживания пациента, которые сознание последнего вместить не может и поэтому вынуждено отщеплять.

Формы психопатологии и виды психоаналитической терапии

Как уже упоминалось, развитие психоаналитической теории и техники шло рука об руку с расширением круга аналитических пациентов. Работа с более сложными случаями ставила перед аналитиками новые задачи, а созданные ими в результате теоретические модели давали возможность выработать новые диагностические схемы и терапевтические подходы.

Одной из широко признанных в современном психоанализе диагностических классификаций является структурная диагностическая модель О. Кернберга (Kernberg, 1984). В соответствии с ней весь диагностический диапазон, потенциально доступный для тех или иных форм психоаналитической психотерапии, подразделяется на три типа личностной организации – невротическую, пограничную и психотическую. В основу классификации положены три струк-

турных критерия: степень личностной интеграции, уровень зрелости преобладающих защитных механизмов и адекватность оценки реальности.

Невротическая личность, в отличие от пограничной и психотической, характеризуется относительно высокой степенью личностной интеграции, то есть иерархизированного и дифференцированного восприятия себя и других. Невротические защитные механизмы, главным из которых является вытеснение, оцениваются как относительно зрелые, то есть позволяющие личности сохранить приемлемый уровень целостности личности и адекватности оценки реальности. Оценку реальности Кернберг определяет как способность дифференцировать «я» от «не-я», а внутренние стимулы от внешних, а также способность оценивать собственные мысли, аффекты и поведение с точки зрения общепринятых социальных норм. Диагностические границы невротической личностной организации, по Кернбергу, включают в себя симптоматические неврозы и неврозы характера, о которых говорилось выше.

Пограничная организация личности, так же как и невротическая, характеризуется достаточно адекватной оценкой реальности (дифференциацией «я» и «не-я»), но наряду с этим преобладанием примитивных (то есть базирующихся на расщеплении и проективной идентификации) защитных механизмов. Соответственно, пограничная личностная структура отличается меньшей степенью интегрированности. Клинически это выражается в хроническом переживании чувства пустоты, взаимоисключающих представлениях о самом себе и окружающих, а также противоречивых поведенческих импульсах, которые пациенту трудно осмыслить и иерархизировать. Структурное понятие пограничной личностной организации соответствует таким диагностическим категориям, как различные виды психопатии, и ряду личностных расстройств, которые по DSM и ICD классифицируются как шизоидная, параноидная, нарциссическая, антисоциальная личность и пр.

Психотической личностной организации, подобно пограничной, свойственна слабая степень личностной интегрированности и преобладание примитивных защитных механизмов. Однако ее отличительной чертой является утрата адекватной оценки реальности, клиническими проявлениями чего служит продуктивная психопатологическая симптоматика.

Психоаналитическое лечение может проводиться в различных формах, которые отличаются друг от друга по терапевтическим целям (глубине проработки личностных проблем) и организации терапевтического процесса (частота сеансов, использование кушетки, характер и глубина интерпретаций и т. д.). Выбор конкретной формы лечения определяется как требованиями реальности (например, наличием времени и достаточных средств у пациента), так и типом психопатологии пациента.

В спектре психоаналитических методов можно прежде всего выделить собственно психоанализ и психоаналитическую психотерапию. Современный психоанализ представляет собой форму лечения, которая из всего спектра аналитических методов максимально близка к технике, разработанной и применявшейся Фрейдом. Психоанализ применяется в основном для лечения пациентов с невротической личностной организацией. Как мы уже говорили, этот метод предусматривает техническую нейтральность аналитика, использование невроза переноса в терапевтических целях и применение интерпретаций в качестве основного инструмента. Проведение психоанализа требует строгого соблюдения сеттинга, главными формальными характеристиками которого является использование кушетки и высокая частота сеансов (не менее четырех раз в неделю).

Понятие психоаналитической терапии включает в себя континуум аналитических методов, которые также базируются на психоаналитической теории, но видоизменены в тех или иных отношениях по сравнению с психоанализом в собственном смысле слова. Изменения могут выражаться в уменьшении глубины интерпретации (вплоть до полного исключения генетических интерпретаций), смягчении требования технической нейтральности (применение приемов эмоциональной поддержки, советы, а иногда и непосредственное влияние терапевта

на изменение жизненной ситуации пациента), сокращение числа сеансов, отказ от использования кушетки и т. д. Вместе с тем необходимо отметить, что провести четкую границу между психоанализом и психоаналитической терапией иногда бывает довольно сложно. В настоящее время психоаналитическая психотерапия получила широкое распространение, прежде всего потому, что в организационном отношении она значительно проще психоанализа, однако она уступает ему по глубине проработки личностных проблем пациента.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.