

*Психо[терапевт]ическая  
библиотека*

В.В. ЧУГУНОВ

**К**ЛИНИКА  
дисциплинарная  
**И** ИСТОРИЯ  
ПСИХОТЕРАПИИ

«Здоров'я» Киев  
«Око» — «Наука» Харьков  
2002

ББК 53.57вг + 88.6вг

Ч 83

УДК 615.851.001(091):616-07

*Рекомендовано к изданию Учёным советом  
Харьковской медицинской академии  
последипломного образования МЗ Украины*

**Рецензенты:**

*Б.Д. Карвасарский*, руководитель Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии РФ и отделения неврозов и психотерапии

Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, д-р мед. наук, проф., Главный психотерапевт МЗ РФ

*С.И. Табачников*, директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (Киев), д-р мед. наук, проф., акад. АН ВШ Украины

*Н.А. Марута*, заведующая отделом неврозов и пограничных состояний Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков), д-р мед. наук, проф.

*А.А. Мартыненко*, профессор кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, д-р мед. наук, проф.

**Ч 83 Чугунов В.В.**

**Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2002. — 758 с. — Библиогр.: с. 631 — 687. — (Психо[терапевт]ическая библиотека).**

ISBN 5-311-01350-8. — ISBN 966-526-079-0.

Монография представляет собой докторскую диссертацию, посвящённую обоснованию интрадисциплинарной концепции психотерапии и соответствующей ей клинике, а также разработанному методу симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии).

Настоящее исследование является логическим продолжением применения методологии клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа, результатом первого этапа апробации которого явилась работа «Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии» (2000).

Книга адресована врачам, прежде всего психотерапевтам, психиатрам и представителям смежных дисциплин, а также специалистам в области [клинической и нейро-] психологии, психофизиологии, истории [медицины], социологии, философии, науковедения, культурологии и педагогики.

*Всё проходит, — и [в этом] ты не можешь не согласиться со мной,  
Лишь то, что важно, остаётся,  
или же это просто [такая] смешная иллюзия [воспоминаний], déjà vu,  
не в этом суть,  
а время — что оно значит [для нас], ведь, как известно, amantes — amentes;  
Ты — моё время; если бы тебя [тогда] не было, я не знал бы, что это такое*

ISBN 5-311-01350-8 («Здоров'я»)

ISBN 966-526-079-0 («Око» — «Наука»)

© В.В. Чугунов, 2002

## ПРЕДИСЛОВИЕ

### 1

Настоящая книга — вторая часть всё того же диссертационного исследования *о клинике* — клинике психотерапии на этот раз; это всё та же *докторская диссертация*.

Тем и отличается метод, что он способен к экстраполяции; он просто-таки требует новых материалов и контингентов, он хочет подтвердить себя, проверить, утвердиться вновь и вновь.

### 2

В настоящей работе уже раскрываются теоретические положения и основные процедуры клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа<sup>1</sup>. Я хотел сделать это ещё в монографии, посвящённой клинике и истории сексологии; её первую часть («*Наука-медицина: клиника — дисциплинарная эволюция — дискурс (постановка проблемы)*») я планировал назвать несколько по-иному: «*Постановка проблемы клинко-дисциплинарно-эволюционных исследований в медицине*», однако, не будучи уверенным в правомерности денотирования метода, апробированного лишь на одной дисциплине, обрисовал основные концепты (клиники, дисциплинарной истории etc.) и определился с понятием медико-социального дискурса. Тем не менее вся логико-методологическая схема как первой, так и второй, настоящей, работы представляет собой именно последовательный клинко-дисциплинарно-эволюционный анализ, с поправкой на особенности и отличия [медицинской] специальности-дисциплины.

---

<sup>1</sup> Клинко-дисциплинарно-эволюционный анализ является частным случаем приложения — по отношению к медицине — общей аналитико-технологической теории-методологии, которую можно обозначить как «компетиционно-сентенционный архив-анализ (история) практик».

В силу этого [ауто]дисциплинарно-идентификационные концепты [психотерапии] — от дефиниции [предмета] до клинической феноменологии, специальной диагностики и, главное, специфической клиники — прописаны несравненно более [полно]объёмно, нежели аналогичные в упомянутом сексологическом тексте (хотя следует заметить, что сделать это в отношении психотерапии — по сравнению с дисциплиной-сексологией — гораздо сложнее).

## 3

В настоящей работе я счёл целесообразным сохранить некоторые технико-стилистические особенности [прочтения]; имеются, однако, и отличия — возможно, их даже больше.

Разведение *использованной литературы* и [основных] *источников*, ссылки на которые снабжены знаком \*, сохранено; как и прежде, оно означает разницу между в целом *достоверными* («истинными») суждениями и *анализируемыми текстами* (содержащими *дискурсивные мнения*, или *интерпретации-толкования*).

Однако резко уменьшилась — она сведена почти до нуля — практика цитирования; это связано как с особенностями настоящего объекта исследования — то есть психотерапии (тогда как история сексологии — это *история текстов*, история психотерапии — как я покажу далее — это *история методов*, возвращённых на специфических контингентах), так и с повышением плотности, предикативности, даже своеобразной экономичности протокольного языка клинично-дисциплинарно-эволюционного исследования<sup>2</sup>. Ещё одна причина — крайне низкое качество переводов<sup>3</sup>, а ведь большинство методов и методик психотерапии «new wave» («новой

<sup>2</sup> Непременным атрибутом *метатеории* — а с позиций формального науковедения клинично-дисциплинарно-эволюционный анализ и является самой что ни на есть образцовой метатеорией — я по-прежнему считаю *мета-язык*. Таковым и выступает, в общем-то, протокольный язык клинично-дисциплинарно-эволюционного анализа, с его особой позицией в отношении «истинных суждений» и манерой рефлексий.

<sup>3</sup> Более того, эти переводы не подлежат адаптации — в широком смысле понятия, поскольку порождённые вне-клинической практикой психологического консультирования подходы дискурсивно несовместимы с академической клинично-медицинской моделью психотерапии и, главное, теоретически ущербны.

волны») известны нам именно из таких посконных изданий. Исключения составляют те ситуации, когда цитата необходима для уточнения первоначального смысла высказывания, особенно в тех случаях, когда искажения укоренились и даже стали общеизвестными, — как это случалось с переводами, например, S. Freud'a с английского, а не с немецкого, языка оригинала (что значит неточность [перевода] в тексте, посвящённом интерпретациям, символике, оговоркам и ошибочным действиям, объяснять, думаю, не стоит). Полезно также иногда узнать мнение самого автора метода о неких концептах, которые сегодня представляются центральными, — что говорит, к слову, тот же Freud о пресловутых «комплексах» психоанализа.

В настоящем исследовании я не менее, чем в предыдущем, — а может быть, напротив, ещё более щепетильно подхожу к проблеме соблюдения истинности дискурса, сознавая меру ответственности за производство *истинных суждений* — что особо актуально в сфере *терапии души*. В силу этого я чрезвычайно тщательно обосновываю свои (редкие) области заимствований — в основном это *нейрофизиология*, *нейропсихология* и *нейрохимия*: хотя сами по себе они, пожалуй, и являются достоверными<sup>4</sup>, но их интерпретации — и прежде всего ситуативно-клинические — как правило, довольно произвольны<sup>5</sup>. Я стремлюсь, к тому же, опираться только на базовые, однозначные факты и сведения, стараясь их проверять, — [аппа-

Для переложения этих текстов в адекватный семантический план потребовался бы вспомогательный (применяющий толкование и сопоставление) аппарат, превосходящий по объёму сам текст. Однако это были бы, в большинстве своём, пустые усилия, — не стоят того эти прикладные психотехники, даже без учёта того факта, что психотерапия нуждается прежде всего в том, чтоб из своего status quo, совокупности практик, выйти на простор клинической теории, а отнюдь не в усилении дискурсивно-методической разногласицы.

<sup>4</sup> Мои обращения к этим [смежным] областям [истинного] медико-физиологического дискурса отнюдь не лишены известной критичности — только она касается не параметров дискурса (стилистики, аргументов и апелляций etc.), а условий, техники и интерпретации лежащих в его основе исследований и экспериментов.

<sup>5</sup> Более того, процесс заимствований клинично-значимых конструктов крайне редко бывает прямым; что касается, например, названных областей, то здесь он опосредован, в частности, далёкими от завершения статистико-корреляционными (и системно-структурными) исследованиями (для данных нейрофизиологии), [генеративной] лингвистикой, апплицированной — путём доказательств a contratio — на представления о мозговой ор-

ратная] электрофизиология, нейропсихологический эксперимент, отдельные биохимические анализы, этологическая регистрация — в постоянном соотношении с клиническим наблюдением.

Далее, под влиянием диссертационной практики — что означает *die Versohnung mit der Wirklichkeit*, пусть нелюбезной, — я всё более и более приходил к тому, чтобы всячески приуменьшить, нивелировать [в тексте] историю науки-психотерапии как таковую, подать её в ракурсе организации дисциплины, теоретической эволюции, стилистики медицинского дискурса и тому подобного; думаю, что мне вполне это удалось. История психотерапии, таким образом, получилась в ещё большей степени, нежели в случае с сексологией, центрированной вокруг проблем клинко-дисциплинарной аутоидентификации психотерапии, причём с отражением характерного для психотерапии *modus'a procedendi*, напоминающего о парадоксе Тяни-Толкая: «метод — контингент», минуя диагностику.

Справочно-библиографический аппарат работы более чем подробен: это традиционные *предметно-эпонимический* и *именной* указатели (первый фактически является сводом актуальной психотерапевтической терминологии; что касается эпонимики, равно как и именного указателя, то очевидно, что психотерапия — весьма персонифицированная дисциплина), выстроенный по тому же, что и ранее, принципу *глоссарий* (словарь устаревших и малоупотребительных слов),

ганизации (для выхода любого нейропсихологического эксперимента), нейро[психо]фармакологией (для результатов опытной нейрохимии), etc.

Помимо этого, факты (закономерности, механизмы, феномены), почерпнутые в различных областях апелляций, в большинстве своём относятся к какому-либо одному аспекту [работы] функциональной системы, и совсем уж редко — к межсистемному взаимодействию (апогей — нейрогуморальная доктрина), — а так это всё больше частные моменты (судьба метаболизма, проблема синаптического сродства, особенности нейроцепции и прочее подобное).

Не следует забывать и о том, что аргументы из названных, равно как и всех иных областей заимствования относятся к принципиально различным дискурсивным стилям, в силу чего их слияние — тем более в русле клинической практики, которая сама по себе суть особый дискурс — просто невозможно: *какова биохимия электрофизиологически немой глубинной структуры?* Дефекты теории, встроенной в аппарат позитивистской эмпирики.

перечень встречающихся в тексте *клинических наблюдений* и, впервые, указатель *географии психо[терапевтических] клиник* — акцент на топонимике психотерапии позволяет, в частности, представить некоторые аспекты эволюции её клиник (школ). Также к аннотациям на французском, английском и украинском языках добавлены резюме на немецком и испанском (очерёдность размещения основных европейских языков зависела от личных моих предпочтений).

Каждый из анализируемых методов психотерапии — а они приведены почти что в полном на сегодняшний день списке, равно как и объёме, по крайней мере основные из них (разумеется, избегая той *materia subtilissima*, которую различают только адепты), изложен в соответствии с единой методологической схемой, что позволяет, в известных пределах, провести их компаративный анализ. Эти рубрики описания методов таковы: *историко-персоналогическая справка, методолого-философские заимствования, феноменология, понятия и концепты, структура личности, профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта, физиолого-теоретическое обоснование, механизмы пато(сано)генеза, диагностические приёмы, процедуры и техники, формы проведения, а также [клиническое]<sup>6</sup> применение, осложнения и противопоказания<sup>7</sup>.*

Такому же аналитическому членению я подверг и разработанный мною метод *симультанно-мнестической психотерапии* (или *психометодологию*), — предпослав ему, правда, пошаговые клинические, экспериментальные, общие нейро-биологические, социо-культуральные, дискурсивные — достаточно солидные, надеюсь, — обоснования и, разумеется, доложив о результатах его апробации и повседневного клинического применения.

<sup>6</sup> Это акцентирование связано с тем, что ряд методик и психотехник имеет различные сферы не-клинического приложения (управленческий и социально-психологический тренинги, социальные технологии и прочее).

<sup>7</sup> Вопросы *показаний* [к применению], как таковых, излагаются как проблема [критериев] *пато-нозологической конкурентности методов и методик психотерапии*.

*Противопоказания* же, напротив, вполне подлежат неким обобщениям и унификации — в силу большего сцепления собственно с методом (методикой, психотехникой); то же касается и *осложнений*, которые ассоциированы непосредственно с психотехническими особенностями методов и методик психотерапии.

Для каждого из классических методов я подобрал тексты-описания клинических наблюдений — классических наблюдений, принадлежащих основателям метода или его наиболее видным эпигонам. Некоторые имена пациентов — благодаря, в основном, [экзегетике] психоанализа, — стали в истории психотерапии-психологии почти что нарицательными (это совсем не те безвестные жертвы истерии, какими предстают подлежащие гипнотической и суггестивной психотерапии контингенты Сальпетриера и других, менее громких, институций конца XIX — начала XX веков!), хотя собственно практика чудесных исцелений — практика, заметим, целиком суггестивная — восходит, по крайней мере, уже к библейским текстам, персонажи которых также хорошо знакомы.

(Для синтетических же методов подобная процедура не имеет смысла — ни в практическом, ни в теоретическом, ни в иллюстративном планах: какому-нибудь «случаю Агнесс» посвящена целая глава или даже вся книга, — конъюнктурная логорея вокруг тривиальной педерастии или банального шизофренического Schub'a с деликтами и эксцессами, снабжённая картонными откровениями и убогими нотациями американского позитивизма; вязкое описание десятилетий напряжённой терапии — и чудесное исцеление в силу достижения пациентом / клиентом какой-либо из разновидностей катарсиса / осознания / инсайта etc.)

Надеюсь, истории [болезни] моих пациентов (точнее, пациенток — Анжелики У и Ангелины М.), этих «болезненных ангелов», ничуть не бледнее, чем у «Анны О.» (Bertha Pappenheim), «Доры» (Ida Bauer), «маленького Ганса» (Herbert Graf), «Ratte-Mann'a» (Ernst Lanzer), «Wolf-Mann'a» (Сергей Панкеев), «заочного пациента» Daniel'я Paul'я Schreber'a или же miss Franc Miller, — хотя они и лишены эпатирующей символики, по рецептуре Freud'a, равно как и антуража кросскультурного великолепия — по методе Jung'a (да и мой терапевтический метод гораздо более коннотирован клинико-психопатологически, так же как психотехнически опосредован, — что, конечно же, лишает его популистских черт, равно как и caractère scandaleux).

## 4

Так получилось, что настоящая работа является моим первым масштабным исследованием (хотя скорее, конечно же,

первой крупной публикацией) в области психотерапии, поэтому я буду ссылаться не столько на свои психотерапевтические публикации [в периодике] (место им будет отведено, возможно, по ходу текста), сколько на первую монографию, посвящённую *клинико-дисциплинарно-эволюционному*, или же *клинико-дисциплинарно-историческому*, анализу — анализу сексологии<sup>8</sup> — и, преимущественно, в теоретико-методологических целях. Для краткости я буду называть её *«Клиника сексологии»*. Единичные ссылки будут на ещё одну небольшую монографию, которая была написана несколько позже последней, и восполняет её, главным образом в области обоснования понятия *преддисциплинарной истории*<sup>9</sup>, сокращённо — *«Сексуальная патология в истории»*. Следует, очевидно, сослаться также на программную работу, опубликованную в прошлом году в *«Медицинских исследованиях»* — коротко *«Клинико-дисциплинарно-эволюционные исследования»*<sup>10</sup>. Помимо этого, в отдельных случаях необходимы будут ссылки на намеченные в моей [медицинской] кандидатской диссертации<sup>11</sup> и развитые впоследствии положения — вновь-таки в целях простоты назовём её [автореферат] *«Клиническая динамика и патоперсоналогия шизофрении»*.

## 5

В отличие от *«Клиники сексологии»*, назвать эту работу, даже с оговорками, *«История и теории психотерапии»* можно лишь отчасти; слишком уж много содержится в ней клинических и экспериментальных материалов (пусть даже требующих дальнейшего клинического осмысления и дальнейшей верификации). Таким образом, практическое, клинико-тера-

<sup>8</sup> Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око, 2000. — 600 с. — (Сексо[Пато]логическая б-ка).

<sup>9</sup> Чугунов В.В., Белоус А.В. Сексуальная патология в истории медицины до XIX века. — Харьков: Основа, 2001. — 212 с. — (Сексо[Пато]логическая б-ка).

<sup>10</sup> Чугунов В.В. Клинико-дисциплинарно-эволюционные исследования медицинских дисциплин // Журнал «Медицинские исследования» (Харьков). — 2001. — Т. 1, вып. 1 (темат.). — С. 84 — 86.

<sup>11</sup> Чугунов В.В. Динаміка маніфестних проявів та постманіфестні зміни особистості при параноїдній шизофренії (клінічні, конфліктологічні та соціально-реабілітаційні аспекти): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16. — Київ: Укр. НДІ судової та соціальної психіатрії, 1997. — 20 с.

певтическое наполнение монографии превалирует — или, по крайней мере, сравнимо с историей-теорией-методологией, доказательством чему случит разработка нового — отнесённого к неоклассическим — метода психотерапии, центрированного на широком спектре пато-нозологических форм, проблемах индивидуального развития и социальной адаптации в госпитальной, амбулаторной и консультативной практиках.

## 6

Первая работа, посвящённая клинко-дисциплинарно-эволюционному анализу сексологии, вызвала определённый — и я пока не могу оценить его эмотивность — резонанс, как в отношении высказанного мной о самой сексологии (что, думаю, сто́ит опустить, ибо это не имеет значения для настоящего рассмотрения), так и в ракурсе истории-методологии клинической медицины.

Формализовать ряд аспектов помог академик Андрей Михайлович Сточик — пристрастное внимание весьма способствует мобилизации творческих сил.

Профессор Андрей Анатольевич Ткаченко прочитал работу и высказал ряд соображений — в отношении единых для медицинских специальностей дефинитивно-дисциплинарных концептов, — формально-правильных замечаний, с которыми я не мог не согласиться.

Я обязан профессору Александру Абрамовичу Грандо — его благосклонная оценка и моральная поддержка во многом побудили меня не оставить метод без продолжения.

Наконец, я был очарован общением с академиком Игорем Семёновичем Коном — его саркастическая эрудиция многое расставила на свои места, особенно в плане науковедения, а также авторских мотивов.

Однако слова благодарности я особенно хочу адресовать тем, с кем я контактировал в процессе подготовки, выполнения и собственно написания настоящей работы.

Когда профессор Аркадий Тимофеевич Филатов рецензировал мою *«Отечественную сексологию»*<sup>12</sup>, он сделал — возможно, ни к чему не обязывающее — замечание о желатель-

<sup>12</sup> Чугунов В.В. Система сексологии: В 4 т. Т. 1. Отечественная сексология в XIX — XX веках: (Историко-теоретическое исследование). — Харьков: Основа, 1995. — 346 с. — (Сексо[Пато]логическая б-ка).

ности написания подобной монографии в отношении психотерапии. И вот теперь — по прошествии семи лет — такая работа появилась (однако, повторяюсь, история [организации] дисциплины, при всей её новизне, играет в ней не более чем вспомогательную роль).

Я не могу также не вспомнить вновь профессора Иоганна Марковича Аптера: он так много рассказывал мне о И.П. Павлове, К.И. Платонове, И.З. Вельвовском и других основателях современной отечественной психотерапии-гипнологии, о [подоплёке] его дискуссии с рижскими специалистами — известный диспут о «природе гипноза», развернувшийся во второй половине 1970-х годов на страницах корсаковского журнала (в нём приняли участие также В.Е.Рожнов и М.Е. Бурно), о практике и технике гипно[психо]анализа и многом другом, — и, разумеется, о своих интереснейших клинических наблюдениях (одно из них, длившееся на протяжении более полувека (sic!), я привожу в тексте настоящей книги).

Я глубоко признателен рецензентам: профессору Борису Дмитриевичу Карвасарскому — его книги по неврозам, медицинской психологии и, конечно же, психотерапии всё равно всегда будут первыми — и, я знаю это по своему опыту, от их влияния потом уже невозможно освободиться; профессору Станиславу Исаковичу Табачникову — за выказанную поддержку и конструктивную критику; профессору Наталье Александровне Маруте — за ряд отрезвляющих замечаний; профессору Анатолию Алексеичу Мартыненко — за ценные практические советы и воспоминания-рассуждения.

Весьма благодарен профессору Александру Орестовичу Фильцу, который любезно предоставил материалы по групповому анализу.

Особая же моя благодарность — профессору Борису Владимировичу Михайлову: мало кто сочетает в себе высочайшую образованность, блестящее клиническое мышление и к тому же бескорыстен в намерениях, болея за медицинскую науку-дисциплину, как за глубоко личное дело. Я детально обсуждал с ним каждый шаг настоящего исследования, каждый эксперимент и клиническое наблюдение, каждую интерпретацию, вплоть до стилистики изложения [материала]. Это исследование, особенно в его организационно-клинической части, во многом было направляемо им — и, как правило, он понимал меня раньше, чем я начинал говорить.



## ЧТО ТАКОЕ ПСИХО-ТЕРАПИЯ?

Современная психотерапия предстаёт как медико-ориентированная совокупность практик, принадлежащих ряду доктрин и концепций, наиболее известными из которых являются *психодинамическая* и *нейродинамическая* парадигмы (старомодная *рациональная* парадигма несколько им уступает — правда, скорее в привлекательности и антураже; парадигмы *поведенческая* и развивающаяся *мнестологическая*, напротив, набирают вес).

Эти практики обнаруживают отчётливую склонность к различного рода взаимопроникновению, взаимодействии и взаимопотенцированию, что обуславливает трудности построения сколь-нибудь определённой типологии.

Выраженной и, в общем-то, негативной тенденцией в психотерапии следует признать формирование её *психологической*, а точнее — рафинированной *психотехнической* модели; последняя востребована в рамках [проблемно-]консультативной, педагогической, управленческой, поведенчески-тренинговой и прочих подобных практик.

В границах же клинической медицины психотерапия воспринимается как некая вспомогательная, параклиническая («терапевтическая») *специальность*<sup>13</sup>; в такой ситуации естественно, что эта дисциплина вроде бы лишена [собственной] клиники.

Серьёзные проблемы существуют и с дисциплинарной идентичностью психотерапии<sup>14</sup>: с одной стороны, неверно отождествляемая с отечественной физиологически-ориентированной гипнологией первой половины XX века, она будто

бы находится под патронатом клинической — *нейродинамической* — *психиатрии*, являясь её прикладной практикой, с другой — якобы ассимилируется то со стремительно развивающейся [медицинской] *психологией*, то с возвратившимся в отечественное медицинское пространство *психоанализом*.

Одновременно понятие психотерапии трактуется излишне широко: в число её «методов» включаются весьма далёкие от клинического и медико-социального, в том числе психопрофилактического и психогигиенического применения, психотехники религиозной, эзотерической, культурно-философской ориентаций. Наметившаяся тенденция — расширение понятия психотерапии и включение ряда маргинальных психотехник — также должна быть признана негативной<sup>15</sup>.

\*\*\*

В психотерапии существует выраженная дефинитивная неопределённость, заметная уже при денотации самого термина «психотерапия».

Согласно S. Leder'у [1]\*, разночтения в представлениях о психотерапии связаны с фактом существования её *медицинской*, *психологической*, *социологической* и *философской* моделей<sup>16</sup>:

- первая модель рассматривает психотерапию как метод лечения, влияющий на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности;
- вторая понимает психотерапию как метод оказания влияния или воздействия, приводящий в движение процесс научения;
- третья модель полагает психотерапию методом инструментальной манипуляции, служащим целям социального контроля;
- четвёртая модель расценивает психотерапию как комплекс явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

В русскоязычной литературе распространены вариативные, хотя довольно одноплановые, определения; взглянем на формулировки основных отечественных школ.

<sup>15</sup> Это вопрос об ограничениях содержания понятия «психотерапия»: что не является психотерапией, хотя и выглядит или преподносится как таковая?

<sup>16</sup> Разумеется, всерьёз говорить о неких *философских* и *социологических* моделях психотерапии нельзя — [социальная] философия представляет собой совершенно отличный тип дискурсивной практики, а что касается социально-управленческих подходов, то каждая политическая технология, например, просто-таки пропитана элементами психотехник, как, собственно, и вообще любые формы социо-психической практики.

<sup>13</sup> Таким образом, психотерапия признана медицинской *специальностью* — подобно физиотерапии, функциональной диагностике и прочим, — но не является клинической *дисциплиной*.

<sup>14</sup> Подробно этот вопрос рассмотрен в главе «*Дисциплинарные вариации психотерапии*».

Так, в рамках старейшей, Харьковской психотерапевтической школы психотерапия до сих пор была денотирована как система лечебного воздействия на больного, опосредованная через психическую сферу (А.Т. Филатов и соавторы, 1997 [2, с. 3]\*; Б.В. Михайлов и соавторы, 2000 [3, с. 3]\*).

В рамках Московской школы психотерапия — комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через неё на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде (В.Е. Рожнов и соавторы, 1985 [4, с. 12]\*).

Согласно позиции Санкт-Петербургской школы психотерапии последняя является системой лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (Б.Д. Карвасарский, 1985 [5, с. 7]\*; Б.Д. Карвасарский и соавторы, 2000 [6, с. 657]\*).

Эти определения, при их очевидной корректности *ad rem*, отражают несостоятельные в плане дисциплинарного статуса, но традиционные, закрепившиеся в течение десятилетий воззрения на психотерапию как на совокупность [опосредованных] методов, систему [направленных] практик, рафинированно терапевтическую специальность.

Что касается иностранной литературы, то дефиниции психотерапии, помимо тех же — связанных с игнорированием идентификационно-дисциплинарных положений — недостатков, имеют массу других, ещё более серьёзных; это, как правило, избегающие определения, — указывающие на внешние признаки психотерапевтического процесса, или даже просто денотирующие характер воздействия.

Во франкоязычной литературе под психотерапией понимается лечение с помощью психологических методов [7]\*.

В англоязычной литературе понятие психотерапия употребляется для обозначения методов лечения, не использующих приёмы психоанализа и отличающихся от психоаналитических способов терапии отходом от исследования глубинных слоёв психики больного (психотерапия же, проводимая с применением техник и приёмов работы с глубинными слоями психики, обозначается как «психоанализ») [8, с. 656]\*.

В американской литературе дается следующее определение: «В самом широком смысле мероприятие, называемое психотерапией, включает в себя: человека, который осознаёт, что ему необходима некая помощь; специалиста, который готов оказать эту помощь; и серию межличностных взаимодействий, довольно *intricate*, тонких и продолжительных, которые направлены на осуществление желательных изменений в чувствах и поведении пациента» [9, с. 3]\*.

В немецкоязычной литературе часто используется определение Н. Strotzka (1917 — 1994) [10]\*, согласно которому психотерапия — это взаимодействие между одним или несколькими пациентами и одним или несколькими психотерапевтами, прошедшими соответствующее обуче-

ние и подготовку, с целью лечения нарушений поведения или болезненных состояний преимущественно психосоциальной природы психологическими средствами на основе теории нормального и аномального поведения.

Таким образом, эта ситуация является не более чем частным проявлением нарушений дисциплинарной идентификации психотерапии, в том числе процессов её [клинической] институционализации.

\* \* \*

Необходимо, думается, рассмотреть особенности взаимоотношений психотерапии со смежными областями, — прежде всего с психиатрией и медицинской психологией, а также с такой специфической областью — точнее, ракурсом — приложения психотехник, как психокоррекция, ибо эти вопросы тоже влияют на понимание и определение психотерапии.

Как наглядно показывают предисциплинарная и начальные этапы дисциплинарной истории психотерапии, психотерапия, или «психическое лечение», тех форм психопатологии, которые впоследствии были квалифицированы как нозоформы-психозы, занимало подавляющую часть мероприятий, имевших отношение к терапии и лечебному душепопечению психики [и поведения] вообще. Это естественно, поскольку прошедшие сквозь века [лекарственные] снадобья — такие, например, как чемерица, мак, багульник, майоран, шафран, мандрагора, зверобой — были не только малочисленны, но и весьма неспецифичны.

Психиатрия же, таким образом, до развёрнутого введения [новых] методов так называемой «активной» терапии: маяротерапии (J. von Wagner-Jauregg (1857 — 1940), 1917 [1]), наркосна (J. Kläsi (1883 — 1980), 1922 [2]), медикаментозной судорожной терапии (L.J. von Meduna (1896 — 1964), 1934 [3]), инсулинокоматозной терапии (M.J. Sakel (1900 — 1957), 1935 [4]), электросудорожной терапии (U. Cerletti (1877 — 1963), L. Bini (1908 — 1964), 1938 [5]) и некоторых других, а может быть, и вплоть до наступления «психофармакологической эры» (1952), являлась ничем иным, как той же психотерапией, «психическим лечением» — дидактическая речь да дисциплинарная педагогика, с обособленными, но в то же время подчинёнными диагностическими задачами. Заметьте, что эти тенденции отстоят довольно далеко — по сравнению, разумеется, с различной историей современной психиатрии, как мы её знаем, — от процессов и даже рефлексий патологической идентификации дисциплины-психиатрии.

Получается, что «психотерапия» и «психиатрия» — разные имена одной и той же социетально-медицинской практики, если вести их происхождение в контексте связки «клиника [поведения] — изоляция — лечение». Однако психотерапия, как будет наглядно показано ниже, имела [и] другие истоки, причём изоляционистски-пенологический компонент здесь находится на втором плане; как бы то ни было, она всё-таки старше, объёмней, разветвлённей психиатрии, с каких бы позиций — разумеется, не грешаших *contra jus et fas* — ни рассматривали мы её генеалогию.

Всё же, уходя от тонкостей [реконструкции], констатируем: очень быстро разрыв между психотерапией и психиатрией стал необратимым (хотя ретроспектива эта весьма подвижна); *ψύχω-θεράπεια* и *ψύχω-ιατρεια* теперь — принципиально различные мировоззренческие системы; из богатейшего риторического, душесловного, поведенческого, морально-дидактического, аппаратного, лицедейского, эстетического, средового, психоортопедического, трудового — разномастным эпитетам несть числа — психо-терапевтического арсенала психиатрия сохраняет теперь только несколько последних аспектов. Дата этого раскола — а её, пожалуй, следует искать в периоде нозологических деклараций [везаний] — лежит где-то ближе к закату XIX столетия.

Основные вехи этой дивергенции очевидно связаны с упомянутыми «активными» методами — новыми, повторю, активными методами, — и психотропной фармакологией (о лежащей же меж ними психохирургии [психозов] говорить, думаю, не стоит — она получила широкий, и кстати, негативный, общественный резонанс, затмивший даже анти-электрошоковый аболиционизм).

Я делаю акцент на том факте, что речь идёт о новой генерации «активных» методов — перманентном для психиатрии процессе: разве не являются таковыми хорошо известные процедуры, в том числе медикаментозно сочетанные, вмешательства подчас весьма радикальные — кроме механо-аппаратных, это также кровопускания, диеты и, разумеется, всевозможные стеснения-депривации, водяные и болетворные, тошнотные и слабительные, устрашающие и удушающие «терапевтические» мероприятия (в зависимости от этиологических, а часто и дидактических воззрений)? Однако все они, эти куративные изыски, были жёстко сопряжены с психотерапией или, скорее, понимались как психотерапия, в крайнем случае психотера-

пия *sui generis* (сейчас бы мы сказали — *опосредованная*), даже в формальном смысле лечения-воздействия *психологическими средствами*.

Так, в период увлечённости различными «активными» манипуляциями — в рамках и чисто медикаментозных, и [психо]физиологически-нагруженных, и смешанных, каково большинство из них, технологий — расхождение меж психотерапевтической и психиатрической практиками потенцируется ещё и специфической институционализацией, в том числе юридическим почти что закреплением контингентов.

Ещё большие ожидания связывают с синтезом хлорпромазина [гидрохлорида] («ларгактила» — в силу широкого [спектра] действия; для нас привычнее название «аминазин»), применённого впервые — речь, естественно, идёт о первом официальном, санкционированном клиническом применении — во Франции, в 1952 году (J. Delay (1907 — 1987) и P. Deniker (1917 — 1988) [6]). За производными фенотиазина открываются всё новые и новые препараты и целые их классы (алкалоиды раувольфии, тиоксантены, бутирофеноны и прочие); транквилизаторы и антидепрессанты, психостимуляторы и ноотропы входят на правах *heres ab intestato* в психиатрическую клинику<sup>17</sup>. Конечно же, этот психофармакологический бум исключительно сильно повлиял на шаткое равновесие между клинико-социальными статусами психиатрии и психотерапии; последняя фактически была удалена в пограничную психиатрию-психоневрологию и общесоматическую практику (а также в спортивную медицину и, отчасти, наркологический приём), — куда вслед за ней очень скоро устремилась и психофармакологическая рецептура.

Однако по прошествии нескольких десятилетий, когда спадает первоначальный восторг перед нейрорептиками, когда всё заметнее становится [нивелирующий] патоморфоз психических болезней, когда всё чаще требуются новые редакции нозографий и клиника как таковая перемещается в инструкции к препаратам, когда всё отчетливей проявляется терапевтическая стагнация — тогда подобное положение вещей осознаётся, наконец, как очевидная несуразность, и в психиатрию — уже во вспомогательном контексте — приходит

<sup>17</sup> Разумеется, опыт применения всевозможных [натуральных] психотропных средств, особенно наркотических и психотомиметических, имеет почтенную, даже древнюю, историю — но встроено он (кстати, культурально почти монотонный), как правило, в совсем иные типы социетальных практик.

(а не абилитируется, как следовало бы ожидать) психотерапия — новая специальность в terra incognita aliena.

Медицинская психология по отношению к психотерапии играет несколько иную, нежели психиатрия, хотя также негативную, роль: тогда как благодаря последней психотерапия почти утратила [госпитальную] клинику, психология узурпировала право на [построение] теорий личности (nudum jus, в общем-то) — а ведь для любой клинически-ориентированной психотерапии персонология является не то что базовой компонентой, но тем грунтом, на котором только и возможно обоснованное, оправданное, легальное развёртывание разноплановых психотехник (более того, персонологические воззрения зачастую санкционируют применение [строго] определённых техник, приёмов и формул). И ещё — претендующая на клиническую институционализацию психология попыталась, путём конъюнктурно искажённого обоснования понятия и практики *психокоррекции*, отобрать у психотерапии ещё и jus utendi et abutendi в отношении целого ряда известных психотехник (за исключением разве что элементарных, физиологически-ориентированных суггестивных воздействий), — главным образом через придание особого статуса так называемому «психологическому консультированию».

Однако нет и быть не может некоей автономной психологии — в клиничко-медицинской ли, нейро-лингвистической или, например, экзистенциальной ипостаси. Этот навязанный принципат «нормативной» дисциплины — ведь аморфная, всеохватная синтагма ψύχω-λόγος действительно допускает любые толкования — тем более неправомерен, что любая, соприкасающаяся с клиникой и на клинические же констатации претендующая отрасль психологии черпает прежде всего из пространства [повседневной] интроспективной психопатологии и / или патологии поведения. Очевидно, это как раз тот частый случай, когда давнишняя и, в целом, произвольная денотация — а словопрепятия в отношении названий и, заодно, сфер компетенции «психохических» дисциплин относятся к числу излюбленных приёмов — несёт столь мощный дифференцирующе-семантический потенциал, что способна инспирировать противоестественную дисциплинарно-идентификационную дихотомию («психотерапия — [клиническая] психология»), теперь уже в плоскости нормо(сано)логии.

Что касается взаимоотношений психотерапии и непосредственно *психокоррекции*, то последняя, конечно же, является практикой подчинённой и зависимой — хотя, в целом, она в самом деле имеет более широкое [не-медицинское] распространение — в педагогике, управленческой деятельности, пенитенциарной и прочих сферах.

\* \* \*

Так что же следует понимать под *психотерапией*?

Синтагма психотерапия (дорическое ψύχω — дыхание, дух, душа и греческое θεράπεια — служение, уход, забота, попечение) в дословном переводе может означать как *лечение души*, так и *лечение душой*.

Согласно указаниям Б.Д. Карвасарского [и соавторов] [6, с. 656]\* термин *психотерапия* был введён в конце XIX века Daniel'ом Hack'ом Tuke'ом (1827 — 1895); в его книге «*Illustrations of the Influence of the Mind Upon the Body in Health and Disease, Designed to Elucidate the Action of the Imagination*» (1872) [11]\* так называлась одна из глав.

Однако слово *психотерапия*, и даже в качестве титульного, употреблялось и ранее, — именно так была озаглавлена вышедшая в 1853 году работа Walter'a Cooper'a Dendy (1794 — 1871) — «*Psychotherapeia, or the Remedial Influence of Mind*» [12]\*.

Тем не менее при обращении к истории медицины, в том числе — а может быть, и в первую очередь — к истории психиатрии, становится ясно, что *психотерапией* именовались, как уже говорилось выше, все методы, направленные на *лечение души, терапию психики*; число их, предложенных в рамках медицинской, социально-философской, пенитенциарной, конфессиональной, морально-дидактической и других практик, практически необозримо. Вопрос о том, кто же [впервые] ввёл в употребление собственно синтагму ψύχω-θεράπεια, — вопрос не медицинского, а синтаксического первенства, обнаруживающий прямую зависимость от распространённости неоклассицизмов, в частности эллинизмов, в [медицинском] языке конкретной эпохи, правил [приемлемого] терминологического образования, религиозно-этических установок в отношении духовного пастырства и прочих подобных вещей.

В древней истории, Средних веках и Новом времени мы видим по крайней мере три самостоятельные эпохи психотерапии — *греко-римскую эпоху, эпоху схоластики и эпоху госпитальной психотерапии*.

Предмет психотерапии в её первую, греко-римскую эпоху — психическое лечение, и большинство позиций созвучно современным подходам *психотерапии в клинике* — от охранительных режимов и [дифференцированного] опосредования до индивидуально-личностного подхода.

Психотерапия эпохи схоластики — это попечительство души; в русле такой идентификации практики покаяния, исповеди, например, подчас напрямую увязывают (M. Foucault, 1976 — 1984) [13 — 15]\* с позднейшим психоанализом S. Freud'a.

В эпоху госпитальной психотерапии XVI — первой половины XVIII веков возникает пенитенциарно-дисциплинарная психотерапия, в которой, как и в позднейшей механо-[психо]терапии (германских, в основном, психиатрических заведений) первой половины XIX века, легко угадать поведенческую [психо]терапевтическую парадигму.

В обозримое — и, в общем-то, уже понятное для нас — Новое (и новейшее) время (а точнее — XVIII, XIX, XX века) обращает на себя внимание ряд относительно проявленных периодов, каждый со своими предметно-дефинитивными особенностями.

Для *протодисциплинарной психотерапии* второй половины XVIII — первой половины XIX века характерно появление первых, ещё аморфных, форм психотерапии как таковой, но уже с почти что зрелой тенденцией — метод, приложимый ко всему, уместный всегда, рекомендованная панацея, когда эффективность сокрыта в сущности самого метода (эта тенденция хорошо видна и сегодня); это прежде всего магнетизация, в том числе групповая.

*Психотерапия — пока как hobby, — это театрализованное, демонстративное психическое лечение; её предмет — немногочисленные условно отграниченные и искусственно гомогенизируемые варианты патологии, признаваемые единой нозологической формой.*

Для психотерапии периода *методистского пуризма* (вторая половина XIX века) характерно возникновение различных, на сегодня уже «классических», методов психотерапии — гипнотизации, суггестии, психоанализа и некоторых других — практикуемых в довольно «чистом» виде.

*Психотерапия — уже занятие; она всё ещё остаётся психическим лечением, и её предмет — всё те же «болезни»; но каждый метод получает своё дефинитивное истолкование (тем не менее психоанализ, согласно раннему S. Freud'у, — это область невропатологии), хотя все они — пока ещё малочисленные — фиксированы на одних и тех же [конверсионных] контингент-симптомах.*

В период *институционализации практик* (первая треть XX века) — происходит социетальное оформление и даже некоторая дисциплинарная аранжировка различных методов и методик психотерапии, которые уже становятся *практиками*.

*Психотерапия теперь — деятельность; она определяется как таковая и её применение подлежит упорядочению — согласно дифференцированным показаниям: в одних случаях показано императивное внушение, в других — рациональная психотерапия, иногда же требуется психоанализ, и тому подобное; возникают комбинации методов, хотя каждый из них уже имеет свой предмет, сферу компетенции и, пусть пока слабые, дефиниции. Предмет психотерапии получает своеобразное вторичное опосредование через концепты метода (психоанализ, например, проводит терапию «комплексов»).*

Следующий период — *доктринальный* (вторая треть XX века), когда происходит оформление идеологически нагруженных — и, следовательно, конфронтирующих — психотерапевтических доктрин.

*Это период психотерапии ex cathedra: психотерапия — предмет преподавания и даже профессия, и, таким образом, она уже облигатно наделена принципиальной дефиницией. Предмет психотерапии широк — все саногенные воздействия, которые [целенаправленно] опосредуются через психику, — и психотерапия, несколько эмансипировавшись [от клиники психоневрологии], отыскивает грани своего предмета в клиниках акушерства и терапии, и многих других.*

Пятый период — *диссолютивный*; в последнюю треть XX века появляются различные, довольно многочисленные, методы психотерапии, собирательно обозначенные как психотерапия «new wave». Одновременно отмечаются тенденции к интегративной психотерапии, периодически перемежающиеся идеями психотерапии *эkleктической* (сегодня этот — strafwürdig — агностицизм гордо называют мультимодальностью [16]\*).

*Психотерапия — далеко не единое целое, но уже — [врачебная] специальность; её предмет — omnia et nihil, — лечение / коррекция, опосредованные через психическую сферу; одновременно с этим вновь оформляются, а точнее, жёстко вменяются (психотерапии) некие специфические, при этом весьма редуцированные, области клинического — причём сугубо терапевтического — приложения, прежде всего всё те же пресловутые «пограничные нервно-психические расстройства», некоторые из них.*

Наконец, настоящий период может быть обозначен как *аутодисциплинарно-идентификационный*. Для него характерны тенденции к построению *интрадисциплинарной* модели (концепции) психотерапии. В свою очередь, в её рамках появляются методы, которые не могут быть определены иначе,

как *неоклассические* — по своей фундаментальной, [клинико-] нейрофизиологической, ориентации, а также и скрупулёзной проработке технических приёмов.

*Психотерапия становится дисциплиной, и её предмет — пато-нозологические формы, подлежащие почти исключительно психотерапевтическому лечению (они-то и составляют клинику психотерапии), с сохранением и даже укреплением позиций психотерапии в клинике (во всяком случае, в большинстве клиник) и оформлением ряда специальных и социальных приложений.*

\* \* \*

В настоящей работе психотерапия впервые представлена как самостоятельная, структурированная клиническая дисциплина, со своей специфической клиникой, дисциплинарной историей, клинической феноменологией, диагностическим аппаратом, эксклюзивным терапевтическим арсеналом, теоретико-методологической базой, аутодисциплинарно-идентификационной теорией и прочим.

Таким образом, можно дать следующую дефиницию психотерапии.

*Психотерапия — медико-ориентированная дисциплина, в сфере компетенции которой входят разработка и направление теории и практики нативной клиники, психотехнического арсенала, теории [денотата] [здоровой / патологической] психики, теории личности и аутодисциплинарно-идентификационной (интрадисциплинарной) теории.*

Предмет психотерапии имеет сложнокомпонентную структуру — «нормальная» психотерапевтическая феноменология (прежде всего ассоциированные с методами-методиками психотерапии саногенные феномены), клинические психотерапевтические эффект-синдромы с коррелят-механизмами и психотехнические пути их достижения (*общая психотерапия*), пато-нозологические формы и вообще патология психической сферы (и поведения), подлежащие преимущественно психотерапевтическому лечению и квалифицируемые в категориях специфического психотерапевтического диагноза (*клиническая психотерапия*), вторичные нозо-синдромальные психопатологические формы при не-

психических заболеваниях (*психотерапия в клинике*) и ряд специальных и социальных приложений (*специальная и социальная психотерапии*).

Уточним некоторые важные дефинитивные и денотационно-сущностные характеристики-требования [к] психотерапии:

1. Психотерапия — клиническая дисциплина, со своей, древней, генеалогией, дисциплинарной историей, сферой пато-нозологической компетенции, диагностическим аппаратом и солиднейшим терапевтическим арсеналом, равного которому нет ни в одной из психо[нейро]наук.

2. Психотерапия неразрывно связана с [пато]персоналогией, [социальной и клинической] психиатрией, психоневрологией и [медицинской] психологией, а также с психофизиологией и психофармакологией (что не исключает, но, напротив, определённо подразумевает ревизию компетенционно-статусных позиций).

3. Психотерапии надлежит использовать собственный, вероятно полидименсиональный, [психо]диагностический аппарат, позволяющий построить (сформулировать) специфически психотерапевтический диагноз, — с его особыми логикой-методологией, семиотикой и феноменологией, структурой, сопряжённостью и прогностикой.

4. Психотерапия — идеологически независима и внеконфессиональна. Интегрирующиеся в психотерапию элементы духовных традиций и практик должны быть клинически обоснованы и лишены каких бы то ни было религиозных или эзотерических черт; семантическая окраска и антураж при этом должны быть транскрипированы в социо-культуральный план и соответствующим образом узнаваемы.

5. Психотерапии надлежит стать единой дискурсивной областью; использование обоснованного, стилистически выдержанного, прозрачного [профессионального] дискурса относится к основным требованиям аутодисциплинарной идентификации, во всём многообразии её воплощений, и является залогом полноценного функционирования протокольного языка и клинико-терапевтической успешности дисциплины-специальности в целом.

6. Психотерапия защищает права на клинично-медицинское использование разработанных методик и, особенно, психотехник, и ограничивает их распространение, а также информацию о них<sup>18</sup>.

*Часть I*

**ТЕОРИЯ И ПРОЦЕДУРЫ  
КЛИНИКО-  
ДИСЦИПЛИНАРНО-  
ЭВОЛЮЦИОННОГО АНАЛИЗА.  
ЧАСТНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

---

<sup>18</sup> Речь идёт о необходимости установления контроля над перманентным несанкционированным процессом заимствования (сепарации) психотехник — прежде всего в политике и образовании — в виде, а точнее, под маской *социальных технологий*.

По [мере] реконструкции дисциплинарной истории, анализа дискурса и разработки клиники *сексологии* (а в настоящее время уже и *психотерапии*) всё более обнаруживалась возможность экстраполяции предложенного подхода (метода, методологии), который уместно, думается, назвать *клинико-дисциплинарно-эволюционным* [анализом]; подобное обозначение указывает на тип аналитики, подразумевающий исследование и технологию клиники (как сферы пато-нозологической компетенции дисциплины), в тесной связи с изучением эволюции дисциплинарно-организационных форм, а также теоретических и аутоидентификационно-атрибутивных конструктов, с учётом особенностей дискурсивного пространства.

Таким образом, принципиально такое исследование, несмотря на всю специфику сексуально-сексологической или психо[терапевт]ической проблематики, может быть проведено по отношению к любой иной [медицинской] дисциплине.

Более того, подобное исследование, без сомнения, как я уже говорил в «*Клинике сексологии*», может быть реализовано также на примерах различных *социологий*, *истории медицины* (и *науки* в целом), вариаций *педагогики*, множества не-медицинских *психологий* и ряда иных научных областей.

Этому никак не противоречит *клиническая* составляющая клинико-дисциплинарно-эволюционного исследования, так как клиника понимается как *сфера* [пато-нозологической] *компетенции*, и аналогичное понятие может быть сформулировано для любой области научно-практического знания.

Напомню, что клинико-дисциплинарно-эволюционное исследование является частным примером применения, на модели медицины, *компетиционно-сентенционного архив-анализа практик*.

Известные трудности с денотацией последнего привели к использованию в разное время таких его наименований, как «компетиционно-рецептурный анализ», «профессиональная денотационно-дискурсивная текстология», «компетиционно-категориальный анализ».

Наименование «компетиционно-сентенционный архив-анализ (история) практик» содержит указания на составляющие метода, или его структурно-логические блоки.



Предикат *компетиционный* означает, что изучается сфера компетенции (применения) практик, — отграниченное поле, признаваемое *профессиональным*; это также определённые экспертные или властные полномочия и / или претензии.

Предикат *сентенционный* указывает на анализ *пропозиций*, — прежде всего *истинных суждений*, и *стилистики текста* вообще; в целом речь идёт о *дискурс-анализе*.

Об *истории* говорится прежде всего в первоначальном значении (греческое *ιστορία* — исследование, расспрос; рассказ; знание, наука); это также *эволюция* (дисциплины, идей, практик, конструктов и прочего). Употребление синонимичного термина *архив-анализ* призвано восполнить или, скорее, акцентировать аналитичность, исследовательскую активность, деятельность метода.

Наконец, под *практиками* понимаются сформировавшиеся в истории и п[р]оявляющиеся в повседневности способы и механизмы производства, существования и воспроизведения стилей реального поведения, повседневных механизмов [феноменов] и их интерпретаций.

Метод обладает тропностью к большинству дисциплинарных образований (наук) в силу специфики *внутренней мотивации* (имманентности) методологии.

Аналитические процедуры «встраиваются» в тезаурус, концепты, понятия метода, отделяя их от феноменологии (клинической и психофизиологической, логической и математической, социетальной и физической etc.).

Но возвратимся к *materia tractanda*. Эта часть исследования, его обще-теоретический — в рамках, естественно, тотальной логики-методологии, так как будут ещё и теории личности, психо(пато)- и саногенеза, концепция диагностики и прочее — раздел посвящён описанию теории и основных процедур клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, а также абрису частных исследований, часть из которых (анализы *сексологии* и *психотерапии*) выполнена и даже опубликована, часть (анализы *медицинской психологии* и *психиатрии*) выполняется и часть (анализы *неврологии* и *нейро[психо]хирургии*) пока ещё только в проекте<sup>19</sup>. Что касается *наркологии*, то её исследование в целом представляется неинтересным, так как фактически поначалу это был всего лишь [специфический] раздел психиатрии, выделившийся в отдельную дис-

<sup>19</sup> Развёрнутому, полномасштабному выполнению исследований препятствуют как чрезмерный объём работы, так и ограничения, налагаемые моей специализацией, — в рамках медицины это *психиатрия*, *сексологическая психология*, *психотерапия*, *медицинская психология*, *наркология*, а также *социальная медицина*, но пока ещё не *неврология* и вряд ли будет — *нейрохирургия*.

циплину в силу социального заказа; тем не менее существенное развитие специальности вынуждает провести определённые разыскания и в этом направлении.

Названные дисциплины — очевидно, что все они имеют отношение к *мозгу* и *психике* — составляют [полный] круг<sup>20</sup> так называемых «нейро[психо]наук», — разумеется, *нейро[психо]наук клинических*, так как есть ещё и *нейро[психо]физиология*, *нейроморфология*, *нейрохимия*, а также *психо[нейро]фармакология*. Существует ряд нейропсихически-ориентированных междисциплинарных (*психоника*, *нейрокибернетика* и другие) и «смежных» (например, *психогигиена*) областей, а также разделов, выделившихся в самостоятельные дисциплины в силу социального заказа (помимо той же *психиатрии-наркологии* или, точнее, *психотерапии-наркологии*, это *психогериатрия*) или требований клинической практики (*нейроофтальмология*, *нейроэндокринология*, подчинённая *нейровегетологии*).

Важным является то, что все дисциплины, выбранные для проведения клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, являются самостоятельными врачебными специальностями и большинство — за исключением психотерапии и сексологии — даже имеют самостоятельные шифры [научных специальностей].

<sup>20</sup> По странному совпадению, их число оказывается равным *семи*, в силу чего напрашиваются ассоциации с *семью свободными искусстваами* (*septem artes liberales*) — учебными предметами («науками») Средневековья: это *грамматика*, нужная для понимания [церковных] книг, *риторика* — необходимая для составления [церковных] проповедей, *астрономия* — полезная для вычисления пасхалий, *диалектика* — требующаяся для споров с еретиками, *арифметика* — в большинстве своём пригодная для [мистического] толкования чисел, а также несколько менее идеологически коннотированные *геометрия* и *музыка*. Однако это всего лишь *licentia poetica*.

## Глава 1

**ТЕОРИЯ И ПРОЦЕДУРЫ  
КЛИНИКО-ДИСЦИПЛИНАРНО-  
ЭВОЛЮЦИОННОГО АНАЛИЗА<sup>21</sup>**

Теоретические положения и технология клиничко-дисциплинарно-эволюционного анализа разработаны, разумеется, отнюдь не *ex nihilo*; полные рефлексий анналы истории медицины протяжённые, почти бесконечны, так же как многочисленные, вариативны типы внимания к прошлому этой разноплановой социетальной практики.

Взглянем коротко на те подходы к истории медицины, которые имеют место [быть] — и, одновременно, поговорим о понятии «дисциплинарной истории», — и прошу принять мои извинения, если я в чём-то повторюсь (поскольку я уже вплотную касался этих вопросов — как в «*Клинике сексологии*» [1], так и в работе «*Сексуальная патология в истории*» [2]), — оправданием здесь выступает важность предмета.

Есть история медицины *en gros*, пишущаяся исходя из того исторического подхода / принципа, который принято называть «формационным». Это та привычная история медицины, которую преподают в медицинских вузах. Она изложена в работах, носящих описательный характер, всеобъемлющих *συνοπτικῶν*, где медицина давних эпох поделена по национально-этническому / географическому признаку, и по мере приближения к новому времени добавляются отдельные течения, доктрины и персоналии.

<sup>21</sup> Как теория, так и отдельные процедуры клиничко-дисциплинарно-эволюционного анализа рассматриваются не безотносительно, а на примере дисциплины-психотерапии, поскольку подобный анализ — всегда конкретное исследование, обращённое к реальной дисциплине (дисциплинарной области).

Тем не менее логика-методология настоящего исследования, в её конкретном воплощении и клинических, экспериментальных, науковедческих и прочих оттенках, отражена отдельно, в соответствующей части.

Другая, *частная* история медицины составляется из историй образования и деятельности обществ и учебных или научно-исследовательских заведений, историй кафедр, «клиник» и школ, анатомо-физиологических и клинических учений, и даже отдельных понятий (явлений), нозо-синдромальных форм и инфекций.

Особняком стоят работы по истории медицинской литературы; отдельное место отведено истории медицинских энциклопедий. Не остаётся без внимания и становление медицинского образования. Имеются пособия по технике и методам историко-медицинских исследований.

Существуют и *предметные* истории: их имеет каждая почти что отрасль [медицинского] знания. Многие из них даже снабжены историографией. *Ex abrupto*, из крупных медико-ориентированных работ можно назвать истории *психиатрии, неврологии, трансплантологии, урологии, эндокринологии, общей и социальной гигиены, генетики, биологии, психологии, физиологии, морфологии, терапии, диетологии, педиатрии, психоанализа, биохимии, офтальмологии, хирургии, анестезиологии, акушерства* и других, — и это будут только специальные работы ([докторские] диссертации, крупные монографии или разделы в руководствах и тому подобное). Большинство из них — это традиционные истории знаменательных дат, вех и персоналий, событий и фактов; истории открытий, классификаций и техник, обращённых к телу. Это, в общем-то, позитивистские истории, безыскусные летописи достижений.

Число этих предметных историй естественным образом увеличивается, так как в последние десятилетия появились новые специальности-дисциплины — не то чтобы совсем уж неизвестные, но, кажется, вчерашние, чьи дисциплинарно-идентификационные притязания оформились не так уж давно, отчего их и называют «дисциплинами новейшего времени». Разумеется, что эти дисциплины не имеют своих [написанных] историй; последние же представляются исключительно интересными — прежде всего потому, что мы имеем возможность непосредственного, живого наблюдения за формированием сферы клинической компетенции и инфраструктуры клиники, протеканием разноуровневых процессов институционализации, оформлением теоретических и методологических, в том числе дисциплинарно-аутоидентификационных, концептов.

Несмотря на то что факт отсутствия историй у подобных дисциплин сам по себе достаточен для обоснования актуальности их изучения / написания, практическая, и в частности клинико-теоретическая, ценность таких историй, в случае написания их в ключе банальной истории медицины, будет невелика: прибавление очередной частной истории науки к долгому ряду подобных исследований способствует увеличению объёма, накоплению научного знания, но отнюдь не его интенсификации. Сегодня же особенно требуются работы, которые дают возможность не только систематизировать внутри-дисциплинарный (или внутри-отраслевой) материал, исторический и современный, и установить некоторые линейные зависимости, показать последовательную хронологию и выявить черты неуклонного прогресса, но и выстроить специфическую, ориентированную как на теорию, так и на практику [здравоохранения], «эргономичную» концепцию истории медицины; её можно было бы обозначить, исходя из интересов реальной клинической и организационно-медицинской практики, как «дисциплинарная история медицины». Эта концепция также позволила бы по-новому обосновать взаимоотношения истории с теорией и методологией медицины, в формулировке «**дисциплинарная история медицины как теория-методология медицины**»<sup>22</sup>, сколько бы идеалистически это ни звучало.

Осуществить такую разработку можно в рамках *клинико-дисциплинарно-исторического*, или же *клинико-дисциплинарно-эволюционного*, исследования. Однако для реализации этих положений, помимо, разумеется, общих принципов построения исследования (прежде всего его специфической логики-методологии), весьма важен обоснованный выбор объекта исследования, то есть той дисциплины (хотя, скорее, это должна быть всё-таки группа дисциплин), которая будет принята в качестве модели, на чьём примере и будет разработана эта дисциплинарная история.

<sup>22</sup> Нужно прийти к пониманию, что история медицины не является ни чем-то вроде архива, константного и однозначного, ни сборником анекдотов для поучения юных медиков, ни собранием трогательных, но вредных заблуждений; эта история — поле представлений, из которого может и должна исходить действенная, живая методология медицины, и в котором лежит её, медицины, долгожданная теория.

\* \* \*

Полагается, что такую — дисциплинарную — историю возможно разработать на модели любой [медицинской] дисциплины; особенно привлекательны, правда, в этом отношении именно *дисциплины новейшего времени* (в частности, напомним, в силу наглядности происходящих в них клинико-дисциплинарных процессов).

О каком же классе дисциплин идёт речь?

Из новых дисциплин — хотя многие из них дисциплинами могут считаться, конечно же, лишь очень условно — называют *онтофизиологию, сексологию, соматологию, типологию высшей нервной деятельности, эргономику, семиотику, аксиологию, эвристику, науковедение, психолингвистику, характерологию* (Б.Г. Ананьев, 1968) [1, с. 5 — 16]\*; к этому ряду можно добавить *кибернетику, бионику, соционику, репродуктологию* и многие, многие другие<sup>23</sup> (естественно, по-прежнему приводятся дисциплины, имеющие отношение к медицине-психологии). Большинство этих дисциплин представляется «науками на стыке», междисциплинарными областями, где более или менее органично сочетаются данные «пограничных» или даже весьма далёких друг от друга наук, которые сегодня уже традиционны, хотя совсем недавно, кажется, их рождение вызывало жаркие дискуссии.

Некоторые из новых (в том числе оставленных за скобками) дисциплин обязаны своим появлением успехам аппаратной медицины (как, например, *ангиология*) и ряда биотехнологий (те же *генная инженерия*, [медицинская] *криобиология*); они не имеют какой-то особой дисциплинарной истории, отличной от предметных историй иных дисциплин.

Другие же возникли не вдруг; эти дисциплины долгие годы имели свою практику, рассеянную в повседневной врачебной деятельности; тесно связанные с обыденной жизнью, они появились, отвечая неким онтологическим предпосылкам, из которых естественный порядок развития научного знания играет, конечно же, не последнюю, но зачастую формальную, вспомогательную роль. Извините за парадокс — они возникли не из потребностей врачебной практики — во всяком случае, не в такой мере, как иные медицинские дисциплины. Это — роскошь по отношению к здоровью, доведок к модной валео(сано)логии, излишество для пресыщенных соматическим благополучием.

(Есть и ещё один класс обозначившихся относительно недавно квазидисциплинарных образований, появившихся вследствие введения в современный — европейский, заметьте — курс анатомии

<sup>23</sup> Только в силу удобной возможности — ссылки на классика отечественной психологии-человекознания, к тому же на работу третьёвковой давности — этот ряд столь короток, поскольку в рамках той же науки-медицины перечень «новых» специальностей и дисциплин весьма долог, да и пополняется он едва ли не ежегодно.

ческих куративных (и диагностических) практик, которые даже претендуют на некую [принципиальную] альтернативность — подобно, например, *гомеопатии*<sup>24</sup> Samuel'a Hahnemann'a (1755 — 1843), или современной *уридодиагностике* Ignatz'a von Péczely (1826 — 1907(11)), или [азиатской] *акупунктуре*, переложенной на европейский лад и вошедшей в число методов клинически институционализированной *рефлекторной терапии*.<sup>25</sup>)

Мне всё же хотелось бы акцентировать внимание на том факте, что дисциплины более устоявшиеся, более старые, со вполне определённой, даже хрестоматийной, историей, не менее интересны в плане клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, просто здесь приводится в действие несколько тормозящих моментов: во-первых, переложить тривиальную предметную историю в дисциплинарный план нелегко (особенно если именно по ней ты учился); во-вторых, новая, дисциплинарная, история старых дисциплин вызывает известное неприятие со стороны тех, кто имеет свои, устоявшиеся представления относительно прошлого (и, кстати, родословной) этой дисциплины<sup>26</sup>.

Итак, как было указано выше, клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ оказался вполне применим ко всем [клиническим] дисциплинам психо[нейро]логического круга: первой из них проследовала сексология, «дисциплина новейшего времени» с древней преддисциплинарной историей, а вслед за тем он обратился к архаической практике психического лечения, в одном из её старейших компетенционно-дисциплинарных воплощений.

\* \* \*

Каково же местоположение клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа среди иных теорий (концепций, гипотез)?

<sup>24</sup> Официальная же («остальная») медицина именуется *аллопатией*!

<sup>25</sup> Их рассмотрение не входит в круг наших интересов, поскольку это исследование располагалось бы скорее в плоскости *истории идей* — для архаичных европейских практик, или же свелось бы к обсуждению механизмов акцентирования инокультуральных практик (здесь напрашивается пример с [восточными] эротологиями, который я приводил в *«Клинике сексологии»* [1, с. 155 — 156].

<sup>26</sup> Хотя, как показывает практика, далеко не все старые специальности-дисциплины, в которых дисциплинарная история достаточно солидна (наглядный пример — наша психотерапия), завершили свои аутодисциплинарно-идентификационные процессы, — более того, они порой не имеют своих написанных историй, даже предметных!

тез)? Имеет ли он аналоги и / или прототипы в современном поле медико-ориентированных рефлексий? Есть ли какие-нибудь сущностные отличия, заставляющие предпочесть именно такой метод (путь) анализа?

Сразу оговорю, что, поскольку клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ реализован пока только на примерах психодисциплин, сравнение его с развёрнутыми, имплантированными, ориентированными на биологию-биохимию-среду (каково большинство из них) общемедицинскими теориями носило бы произвольный характер<sup>27</sup>. Кроме того, такое исследование почти всегда некорректно в силу резчайшего дискурсивно-апелляционного диссонанса; нельзя сравнивать *human ecology* R.E. Park'a (1864 — 1944) [2]\* и *учение о стрессе* (и общем адаптационном синдроме) H. Selye (1907 — 1982) [3]\*, *психосоматическую доктрину*, в [первых] современных трактовках H.F. Dunbar (1902 — 1959) [4]\* и S.E. Jelliffe (1866 — 1945) [5]\*, и *этологию, геронтолого-пресбиатрические концепции* [6]\* и *теорию «болезней цивилизации»* [7]\* (ведь подобная процедура всегда подразумевает наличие неких общих оснований).

Мне могут возразить, что единый и единственный критерий для любых медико-ориентированных теорий — клиника, в смысле практики здравоохранения. Однако вопрос о том, как подобные теории воплощаются клинически и какое значение имеют они для врачебной практики, неправилен (и, к тому же, необозрим) — поскольку даже частные, специальные, прикладные концепции теряются в процессе сложных метаморфоз, претерпеваемых ими на пути [госпитального] клинического внедрения, не говоря уже об использовании в повседневной амбулаторной практике. Кроме того, интраклиническая судьба «общих» теорий строго индивидуальна для каждой из них.

Таким образом, клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ не имеет аналогов среди иных базисных теорий; он столь же, если не более, индивидуален (его описание, следовательно, тяготеет к монографичности).

Однако, невзирая на исключаящую сравнения разноплановость, есть одно существенное отличие, Hauptdata, бросающиеся в глаза даже пристрастному наблюдателю: медицинские (или, если позволено так сказать, пато-компетиционно-

<sup>27</sup> Подчеркну ещё раз, что речь идёт о признанных, развитых, интегрированных в медицинскую сферу теориях, достойных апелляций к ним и / или заслуживающих критики.

организационные<sup>28</sup>) теории, как правило, [историко-]культурально и [археолого-]социально интактны, чему виной всё те же сохраняющиеся позитивистские установки (давно заложенные уже в саму систему высшего медицинского образования).

Исключение составляют только некоторые психоически-ориентированные теории, в частности, *концепция эволюционной психиатрии* (В.П. Самохвалов, 1993 [8]\*), где *этнопсихопатология* введена в базис реальной клинико-теоретической концепции через представления об *историогенезе* (психических функций и их патологических изменений, в частности бреда). Более того, специфической «дисциплиной» эволюционной психиатрии называется *историческая психиатрия*, родственная *палеопсихологии*. Реликтовая клиника («клиника предшественников») при этом — важнейший источник, равноправная участница повседневного отправления психиатрической практики. (Известный, в общем-то, феномен [бреда] *одержимости* рассматривается не в ренессансно-стохастическом, казуистически-редукционном ключе, но выступает в качестве важнейшего клинического аргумента *гипотезы эволюции психозов*.)

В рамках современного психотерапевтического движения, по-прежнему несущего выраженные диссольвентные черты, выделяется попытка представить так называемую *позитивную психотерапию* (N. Peseschian) в качестве некоей транскультуральной технологии [9]\*.

Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ, напротив, активен в этом отношении, что позволяет уравнивать в методологическом плане клинический и социетальный дискурсы и проинспектировать достоверность, генеалогию, мотивы последнего; отрицание лекарской камерности, герметичности медицинского знания, протест против превращённого в удобную догму *judicium difficile Ἰλλοκράτης*'а в сочетании со стремлением к логико-методологическому пуризму, а также ориентацией на внутреннюю мотивацию клинической практики, позволяют сделать её полноценной и независимой.

\* \* \*

Коснёмся, наконец, проблемы претворения клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа в практику.

Итак: каким образом понимание дисциплинарной истории может помочь повлиять на клинику (и организацию) дисциплины?

<sup>28</sup> То есть оговаривающие патологию, которая входит в сферу компетенции медицинской специальности-дисциплины, и, главное, имеющие единую теорию этой патологии.

Для осознания этих тонких отношений рассмотрим составные части анализа, его главные структурно-логические блоки, каковы суть *клиника — дисциплинарная история* (эволюция) — *дискурс*<sup>29</sup>.

Мне хотелось бы привести данное в «*Клинике сексологии*» [1, с. 27] определение: *клиника — это оформленная в виде дискурса (или организованная как дискурс) сфера пато-нозологической компетенции дисциплины — методически нагруженная область [практики, заботы,] внимания, которая одновременно является формой и способом закрепления дисциплинарной институционализации. И ещё раз повторюсь: изменчива и непостоянна сокрытая под именем медицинской дисциплины совокупность клинико-диагностических технологий и лечебно-реабилитационных процессов, повседневных клинических конструкторов и медико-ориентированной феноменологии, лежащих в сфере её дисциплинарной компетенции. И ещё: очертания этой подвижной институционализации постоянно смещаются, прихотливо меняя сферы компетенции и контингенты, классификации и диагнозы, перспективы и прошлое дисциплины.*

Клиника — это тот спектр нозоформ, который, в рамках специальности-дисциплины, соразмерен [физикальным] диагностическим процедурам, подлежит некоей организационно-юридической регламентации, поддаётся теоретической (чаще патофизиологической) рефлексии, реагирует на профильные терапевтические шаблоны.

Следует отметить, что, хотя речь по-прежнему идёт об актуальной (то есть современной), узнаваемой клинике, располагающейся преимущественно в пределах дисциплинарной истории, в отличие от сексологии, для которой, как я показал в «*Клинике сексологии*», нижней границей является [конец] XVIII века, для психотерапии века XVII (Z. Lusitanus, F. Sylvius, Th. Bonet и, особенно, V. Greatrakes) и даже XVI (Paracelsus, G. Cardano) отнюдь не являются древней историей, — хотя, конечно, я рассматриваю эту историю как преддисциплинарную.

Для всех вариативных, изменчивых клиник, которые составляют современную медицину, есть одно основополагающее правило, о котором никогда не следует забывать, некое

<sup>29</sup> Взглянем на эти части в их взаимосвязи, акцентируя внимание на клинике, поскольку именно она является содержанием и целью любой медицинской деятельности; кроме того, отдельно о каждой из составляющих я уже писал в «*Клинике сексологии*» [1, с. 21 — 66].

condicio sine qua non: истоки клиники, каждой, любой клиники — в истории. Признание этого очевидного факта позволило бы преодолеть ту нелепую практику демаркации, которая как-то исподволь установилась между историей медицины и клиникой — установилась вопреки обычно декларируемому уважению к истории, в значении *прошлого*; клиника принадлежит своей истории чуть ли не в большей степени, нежели системе неких откровений-новаторств, которые часто являются пресловутым *хорошо забытым старым*: их можно увидеть, просто заглянув в историю.

[Дисциплинарная] история показывает, откуда эта конкретная клиника появилась, какой она была, какой она может стать, на основании чего, наконец, возможны прогнозы, — и всё это касается как организационных форм, так и сугубо клинических вопросов. Кроме того, — и клиника, и история могут быть поняты только в пространстве дискурса.

На нашем примере психотерапии мы вскоре отчётливо увидим доподлинную историю status quo ad praesens в этой области психоического дискурса, но несколько примеров (точнее, клинико-дискурсивно-исторических иконок) приведу сейчас<sup>30</sup> — скорее, правда, с агитационно-занимательной целью.

Со времен Breuer'a и Freud'a психотерапевты опасаются оставаться наедине с пациентками: бессознательная реплика Анны О. — «Выходит ребёнок доктора Breuer'a!!!» — прочно засела в сознании<sup>31</sup>.

Психотерапевты не лечат психозы, sic fata voluerunt. Почему? А отчего психиатры не применяют психотерапию? Да потому, что якобы [в данном случае] гипносуггестия вредна, психоанализ бессмыслен, рациональная психотерапия бесполезна, поведенчески-дисциплинарная же терапия антигуманна (и это не беря во внимание застывшие взор возможности биологической и медикаментозной терапии). Правильно ли это?

В силу каких таких причин аранжировка директивности стала вдруг вызывать — в рамках клиники! — неприятие, хотя это давняя и обязательная традиция, неперемное условие отправления многих видов [медицинской] практики, не говоря о старой, периферийной, психиатрии (и душепопечении вообще), и уж тем более —

<sup>30</sup> Выше я уже рассмотрел один из вопросов этого плана — об особенностях взаимоотношений психотерапии со смежными областями, как-то: *психиатрией, медицинской психологией*, а также — подчинённой ей *психокооррекцией*.

<sup>31</sup> Хотя на самом деле это не более чем переложение седых басен о *похотливых духовниках*, снобизм, равно как и незнание культурной истории заставляют многих искать прецеденты где-то в пределах новейшей истории институционализации психотерапии.

о библейском ещё чуде исцеления посредством внушений? Как могло случиться, что в антитезу к *психотерапии директивной* стали — весьма императивно, кстати, — указывать некое «*гуманистическое*» направление [в психотерапии] (проводя почему-то при этом отождествление последнего с некими *экзистенциальными* подходами)?

Почему психотерапия в *неврологии* — её последнем клиническом наделе — далеко не всегда эффективна? Не потому ли, что «клиническое видение» не позволяет различить существующую разноплановость диагностики и терапии?

Где следует искать причины эквивалентности любых методов и видов психотерапии — не в проблемах ли ориентационно регламентированного, диссоциировавшего в «здесь и сейчас», персонологически-индифферентного, клинически дистанцированного психотерапевтического дискурса? Не во внедрении ли во врачебную практику психофизиологически дефектных, чуждых клинической психотерапии психотехник? Не в интервенциях ли вулгарного психологизма, заместившего нормативные саногенетические воззрения?

Имя этим проблемам — легион, и все они отчётливо видны в плоскости клинико-дисциплинарно-эволюционного исследования; на анализе десятков и сотен подобных ситуаций метод, собственно, создавался и совершенствовался.

В целом, составные части анализа — которые действительно более чем тесно переплетены — дают возможность и даже диктуют необходимость построения весьма жёстко детерминированной концепции специальности-дисциплины — которую, по совокупности признаков, следует обозначить как *интрадисциплинарная*.

Так, по отношению к психотерапии, предмету настоящего рассмотрения, при построении подобной интрадисциплинарной концепции подразумеваются следующие [поступательные] моменты:

- адаптация клинико-дисциплинарно-эволюционной методологии к особенностям конкретного объекта, в том числе к условиям его клинико-организационной, дискурсивной, конкурентно-правовой (например, экспертиза) институционализации, образовательному цензу;
- анализ психоического, в частности психотерапевтического, дискурса — с целью вычленения «истинного» и, что немаловажно, однородного (или хотя бы подлежащего гомогенизации) дискурса, на всех уровнях, от организационного и текстологического до психотехнического и катанестического, а также элиминации или сепарации инодискурсивных стилей;

- реконструкция дисциплинарной истории — той живой истории, которая проглядывает в чрезмерности эпоники и излишествах техник, избегании персонологии и стремлении к протрептике, патернализму аранжировок и обстановке приёма, — именно той истории, что есть *vita memoriae*, сквозящей в порядке речи, просодике интонаций, прагматике жестов, кинетике поз, константах дистанций, символике откровений; той самой истории, что располагает клинические реликты и клиническую же прогностику в единый умопостигаемый ряд, *sine qua non*;
- отграничение психотерапевтической клиники, в том числе организационное<sup>32</sup>, и соответствующая квалификация контингентов<sup>33</sup>;
- разработка клиники психотерапии, прежде всего сано(пато)генетическая; в первую очередь это построение клинической теории, фактически — теории *пато(психо)генеза*, и в этом случае акцент падёт не на плоскость так называемых *вторичных развитий* (в том числе наиболее проблемных — постпроцессуальных и некоторых других — их классов), а на клинико-психо(нейро)физиологические (а также нейрохимические и прочие) корреляции конвертирующих[ся] *психогений*;
- идентификация теории пато(психо)генеза как отправной точки теории *саногенеза*, с признанием её определяющего влияния на психотехнические пути достижения эффекта;
- перевод непосредственно наблюдаемых проявлений (главным образом эксплицитных, но также латентных и интерпретируемых) этого эффекта в плоскость клиническую, что, по сути, является предварительной верификацией *эффективности психотерапии*;

<sup>32</sup> Для этого есть реальные — и именно организационные — предпосылки: давно пишут о так называемых *психотерапевтических отделениях*, не говоря уже о повсеместном распространении клиник «пограничных форм» (отделения неврозов, психосоматических расстройств и прочие).

<sup>33</sup> Процесс, в общем-то, обыденный, рефлексивный, клинико-теоретический, пока не коснётся нозоформ-психозов (он тогда сразу превращается в ажитированный клинико-терапевтический, истинностно-достоверностный диспут), а также, в меньшей степени, специальных приложений (здесь также присутствует определённая озабоченность, но иного, конкурентного — по отношению к [педагогической] психологии — плана).

- реализация другой, сопряжённой с дисциплинарной институционализацией [клиники], процедуры — выработки дискурсивно-идентичной диагностики, конгруэнтной современным психиатрической и патопсихологической (имеющим, особенно первая, силу реальности), но в то же время специфичной и, главное, позволяющей напрямую определиться с терапией, без традиционного посредничества рецептуры (в широком смысле понятия)<sup>34</sup>;
- наконец, создание, в одном понятийном поле, в единой системе аргументов и апелляций, специального, базирующегося на психотерапевтической феноменологии, сано(пато)генетических механизмах и принципах конгруэнтности пато-нозологической и клинических эффект-синдромов, метода психотерапии.

\* \* \*

Почему предложенный метод анализа касается именно [клиник] дисциплин?

В теории клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа [клиническая] медицина как таковая рассматривается как один из видов социетальной практики, в её конкретных, клинических, воплощениях — в совокупности клиник частных специальностей-дисциплин.

Факт деления медицины на отрасли, графы специальностей — каковы хирургические и терапевтические науки-дисциплины, в рамках клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа не то чтобы игнорируется — позади любой дисциплины всегда стоит её родовая принадлежность, — просто причины появления этих родов очевидны и весьма хорошо иллюстрированы в банальной истории медицины. Здесь нет клинически значимых откровений — во всяком случае, в реальном измерении, — хотя вопрос этот безусловно исключительно интересен.

Разделение специальностей на *оперирующие* и *не-оперирующие* — назовём это даже *конфронтацией* — имеет свои ис-

<sup>34</sup> Также имеет значение, что подобная стилистически однородная диагностика вынуждает [психо]терапевта соблюдать требование нивелирования своих методических предпочтений.

торические корни: не секрет, что хирургии, со времён [схоластического] преподавания медицины-герменевтики на медицинских факультетах средневековых университетов, отводилась не более чем вспомогательная роль (как известно, это касалось даже выпускников организованной в 1260 году хирургической школы «Fraternité (confrérie) Saint-Côme» — «chirurgiens à robe longue»); к врачебному сословию [цех] цирюльников причислили только в 1745 году, когда основанная в 1731 году Парижская хирургическая академия была приравнена к медицинскому факультету Парижского университета. (Фактически же, — абстрагировавшись от актуальной повседневности, — попробуем взглянуть на основные различия этих — хирургической и не-хирургической — практик, поскольку теперь именно хирургия претендует на исключительное положение. Итак, дистанцируясь от неких ап[осте]риорных реалий au jour d'aujourd'hui, можно констатировать, что главное отличие хирургии — главное её отличие как практики, *differentia specifica quid sit* — состоит в том, что она отправляется в особых условиях, каковы суть два: *асептика* и [общая] *анестезия* (наркоз)<sup>35</sup>, — хотя давно известны прецеденты гипно-суггестивной анальгезии.)

С делением столь принципиальным и жёстко регламентированным, практически институционализированным различием практик поделаться нельзя ничего, — радикальные изменения возможны только в случае взрывного развития ветви медико-генетических / биохимических дисциплин (в частности, например, это решение проблем регенерации, [поточного] органного клонирования и тому подобных). (Тем не менее, если оставить в стороне травму (повреждение) и ургентную [хирургическую] патологию, то становится очевидно, что *оперативные* и *консервативные* методы [лечения] (а следовательно, и специальности-дисциплины, арсеналами коих они являются), отправляемые на одних и тех же клинических контингентах<sup>36</sup>, находятся в отношениях перманент-

<sup>35</sup> Владение определённым набором специфических — оперативных — техник, разумеется, не может быть отнесено к сущностным, различающим признакам, поскольку каждая [медицинская] специальность знает тысячи телесно-ориентированных техник, не говоря уже о приёмах и техниках психически-опосредованных, доскональное знание (и навыки) которых относится к облигатным условиям психотерапевтической деятельности.

<sup>36</sup> Практически все терапевтические специальности имеют свои «хирургические» аналоги; *fiasco* в своё время потерпела лишь печально извест-

ной конкуренции, причём последним всегда отдают предпочтение, — по привлекательности к ним приближаются только так называемые *неинвазивные* методы.)

Однако повлиять возможно на иной процесс, также дисперсионно-дивергентный — более, правда, нативный, побуждаемый, в большинстве своём, запросами практики [здравоохранения] — речь идёт о тенденциях к *дифференциации* и *специализации*<sup>37</sup>. Au premier coup d'œil обыденный и даже незаметный, но гигантский по своим истинным масштабам, этот процесс далеко не однозначно-позитивен, каким его пытаются представить — и, кстати, именно для повседневной практики здравоохранения, закономерным следствием-результатом которой он вроде бы является<sup>38</sup>.

ная «психохирургия», одна из тысяч монотонных проб хирургической интервенции в медицине. (Психотерапии же, кстати, на протяжении долгих веков *саһин-саһа* удавалось оградить свои контингенты.)

<sup>37</sup> Тем не менее здесь налицо тот порочный круг, те врожденные тенденции к экспансии, которые свойственны медицинским дисциплинам вообще; о частных приёмах / процессах, каковы *искажающая эпидемиология, тенденции к тотальной дистансеризации, специфической ракурс диагностики, конъюнктурные систематики-классификации* и некоторые другие, я уже говорил в «Клинике сексологии» [1, с. 171 — 174; 410 — 414]. Таким образом, эту естественность, эту детерминацию клинической практикой только отчасти можно расценивать как простую культивацию традиционного набора мероприятий, сосредотачиваемых вокруг всё более и более узкого спектра патологии (как, появляются, например, *маммология, проктология, неонатология, вертебрология*, та же *наркология* и другие), — поскольку паттерны экспансии играют здесь немаловажную роль. В качестве ещё одного производящего фактора следует назвать непрерывное, экстенсивно-интенсивное развитие-накопление научно-медицинской информации, которая в один прекрасный день превышает некую критическую массу и начинает требовать специального оформления уже как [квази]дисциплинарная область.

<sup>38</sup> Это те давние проблемы, почти сразу выступившие оборотной стороной узкой специализации, когда теряется целостное видение большого, и специалист диагностирует какой-либо из видов подвластной ему, различной в его системе критериев патологии, и лечит её конгруэнтными — относительно этого диагноза — методами. Если обратиться к нашим дисциплинарным областям, то это случаи психоаналитической терапии объёмных процессов головного мозга [10, с. 86]\*, квалификация фуги, к тому же в аранжировке иных эпилептиформных реакций, в плоскости [континуума] «неврозоподобных — шизоформных» расстройств, сексологическая диагностика старой доброй «*metamorphosis sexualis paranoica*» как патологии, требующей [хирургической] коррекции пола (транссексуализм) [3], долгая дифференциальная диагностика псевдопаралитической деменции (с конфабляторными и парафренными включениями) на фоне гипертонической болезни в сочетании с церебральным атеросклерозом — с метасифилитиче-



Как известно, *gutta cavat lapidem non vi sed saepe cadendo*, — и понятный, во многом даже прогрессивный процесс дифференциации-специализации действительно оказывает мощное диссоциирующее и дезидентифицирующее влияние на терапевтическую, в широком смысле слова, практику<sup>39</sup>; одно из важнейших, правда, ларвированных, его проявлений — опережающее развитие дескриптивной диагностики и связанных с нею статистик-классификаций при существовании терапевтических мероприятий, почти идентичных для совершенно различных — не только диагностически, но и клинико-дискурсивно — форм патологии.

Всё описываемое относится именно к *клиникам* — на их уровне, собственно, эти процессы и происходят — и на клиниках-то, как раз, можно и должно воздействовать, поскольку они, как уже говорилось, весьма изменчивы и непостоянны, даже прихотливы; находящиеся в основе институционализации современной медицины, но, как правило, незавершённые, они легко поддаются влияниям (особенно когда принимают их за *quelque chose de nouveau*<sup>40</sup>), — при всей ригидности, например, психиатрической клиники она периодически модифицировалась<sup>41</sup> (уже после распада «душевных болезней») в *клинику психоневрологическую*, со всеми вытекающими последствиями.

ским и иными (инволюционным, [поздним] шизофреническим, маниакально-депрессивным) психозами [4] и многие другие. Поясню, что речь идёт о конфронтации дисциплин (или их почти самостоятельных разделов) уже из круга нейро(психо)наук, — это соответственно [психоаналитическая] психотерапия и нейрохирургия, психиатрия-эпилептология и неврология, психиатрия и сексология, психоневрология и геронтопсихиатрия.

<sup>39</sup> Существование этих проблем подтверждают и современные отечественные тенденции к построению системы «общей практики — семейной медицины», — неогиппократизм достиг, наконец, родных берегов (хотя именно эти функции реально уже давно были возложены на участков врачей, терапевтов и педиатров).

<sup>40</sup> Хорошая иллюстрация — периодически возобновляемые попытки дискредитации клинико-психопатологического метода и соответствующие трансформации психоических клиник (даже не касаясь непосредственно плана терапии) в направлении эндокринной патологии, патоконституциологии, изменений «основного обмена», пато(нейро)физиологии, биохимической синдронологии / иммунологии, патопсихологии, биоритмологии, психоанализа и многого другого.

<sup>41</sup> Эти изменения были вызваны различными причинами — искренними попытками «объективизации» специальности («рефлексология»), засильем нейродинамической доктрины, в другом случае — социальными катаклизмами; *facta concludentia* — эти модификации происходили.

Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ и является тем инструментом, который позволяет познать клинику, в её компетенционно-дисциплинарной сущности — идентифицировать, исследовать, изучить, выявить генеалогию, подспудные влияния, отношения референтности — и, главное, повлиять на неё, — правильно её сориентировать, восполнить недостающие концепты, элиминировать несвойственные или отжившие части, разработать новые типологии, теории, методы диагностики и терапии, в случае нужды ограничить; bref, познать её и повлиять на неё *изнутри*.

\* \* \*

То, что в «*Клинике сексологии*» [1, с. 69] я показал в качестве сложившейся в процессе исследования *общей методологической схемы*, в основных чертах и составляет сегодня содержание (а во многом и последовательность) *клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа* (во всяком случае, это практически тот же набор процедур, хотя — *ahoga* — он расширен).

Реализация метода, таким образом, состоит в том, что постепенно (и последовательно) анализируются следующие структурно-логические блоки (эти процедуры также несколько ориентированы на психотерапию):

- *клинические реалии* (пато-нозология, диагностика, терапевтический арсенал, общий протокол и прочее);
- *распространённость (эпидемиология)*, с поправкой на особенности диагностики, групп [психических] расстройств (или, что предпочтительней, *структура обращаемости*) и, что весьма важно, традиционный профиль обслуживания контингентов;
- *клинические концепции* и другие подобные конструкты;
- *методологическое и научно-методическое обеспечение (атрибутика) дисциплины*, в том числе наличие / отсутствие определённости со сферой её [пато-нозо-синдромологической] компетентности;
- *изучение истории существующего положения вещей, сопровождающееся исследованием дискурсивной области в целом, и перерастающее в реконструкцию дисциплинарной истории*;
- *рекомендации, реальные предложения и шаги по изменению, модификации клиники*: обоснование клинической компетенции (в отношении покрываемого спектра патологии-нозологии), гипотезы пато- и саногенеза, теория диагноза, сис-

тематика феноменологии, концепция терапии и, возможно, новые клинические классификации;

- осознание [частной] методологии исследования, её каллиграфия, подбор / **разработка конгруэнтных методов**;
- **апробация** на характерных материалах и традиционных контингентах, **пилот[аж]ные исследования**, качественная / количественная обработка результатов и коррективка;
- основной **массив исследований**; формирование баз данных; проведение аналитических процедур; подготовка и оформление отчётов / написание и публикация текстов;
- **разработка, апробация, внедрение и оценка** лечебных, диагностических, организационных, институциональных и прочих технологий.

\* \* \*

Весомым постулатом клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа является разведение представлений о *предисциплинарной* и *дисциплинарной* историях [конкретной] специальности-дисциплины.

Разделение это, разумеется, условное, однако оно позволяет отграничить клинику в тех её ранних формах, когда она уже приобретает какие-то современные черты (подбор сохраняющихся по сей день контингентов, открытие специфических методов лечения, появление схожих организационных форм)<sup>42</sup>.

Тогда как *предисциплинарная история* представляет собой несколько умозрительное, набросанное наиболее крупными штрихами, абрисовое освещение основных тем, типов проблематизаций и практик, имевших место в истории, *история дисциплинарная*, напротив, — это собственно детальная реконструкция эволюции разнообразных рефлексивно-теоретических концептов, дисциплинарно-идентификационных элементов и былых реалий клиники. Если роль [изучения-написания] предисциплинарной истории вспомогательна, то значение дисциплинарной истории исключительно велико (как уже отмечалось, вплоть до [обеспечения] прогностики).

<sup>42</sup> Для клиник современных психических дисциплин, равно как и некоторых других (клиники, например, *дерматологии-венерологии* и *эндокринологии*) это действительно актуальный и практически значимый вопрос, поскольку те, начала, клиники, кажется, всё ещё живут в сентенциях, подходах, оценках.

Что касается технико-процедурной стороны дела, то и здесь имеются отличия.

Так, в процессе рекреации предисциплинарной истории вполне допустимо использование неких традиционалистских моментов; возможно и применение приёмов условности, приближения, огрубления, поскольку то прошлое отстоит столь далеко, что уже не может служить источником возмущающих влияний.

Так, утверждение F.G. Alexander'a и Sh.Th. Selesnick'a: «Святой Августин ... был провозвестником не только феноменологии Гуссерля и экзистенциализма, но также и предшественником психоанализа» [11, с. 85]<sup>\*</sup>, при всей его фривольности и ошибочности, не влечёт за собой транслитерации картины современного психоического мира, переложения его принятой истории. Как ни парадоксально, но современная «экзистенциальная» психотерапия — будь то «логотерапия» V.E. Frankl'a, «Daseinanalyse» L. Binswanger'a или другие, более юные — кажется, не знает S. Kierkegaard'a и M. Heidegger'a, тем более безразличен ей гиппонский епископ.

Или возьмём средневековые духовные практики [пастырства] — прототипы психоанализа-психотерапии, как думает, например, M. Foucault [12]<sup>\*</sup>. Одно ли стремление к тотальной осведомлённости в поступках, мыслях, оттенках побуждений (невзирая на то, на какую сетку координат — религиозную ли, физикальную ли, властную ли — они будут нанесены) позволяет опознать в психоанализе те самые, средневековые, способы контроля? Да и это ли главное? Разумеется, нет — средневековые насквозь экзегетично, интерпретативно, оно также пронизано символикой — и какой символикой! Или это — не черты психоанализа? (Готика вообще весьма психологична, даже в современном понимании, если угодно — психо-аналитична.)

А как быть с аттической трагедией? Ведь психо-анализ и аналитическая драма обнаруживают — как, надеюсь, мне удалось показать в небольшом культурологическом тексте<sup>43</sup> (фрагмент я привожу в главе «*Этно-культуральная дифференциация психотерапии*»), — ярко выраженные отношения наследования.

Так важно ли — для современной, напомним, клинической практики, чьё мнение будет принято за истину — мэтра Foucault или моё? Нет, конечно, важно иное, а именно констатация того факта, что практика психоанализа — отнюдь не открытие; выстроенный скорее по архаичным социетальным (даже не касаясь личностно-психологических), нежели клинико-психопатологическим, ориентирам, он не может быть развёрнут — в качестве полноценной теории — в пространстве психотерапевтической клиники.

Остановимся на этом, поскольку можно найти бесконечное множество подобных — или даже более наглядных — иллюстраций.

<sup>43</sup> Я назвал его «*Страники Эдип: Драматургия Инцеста*»; опубликован он под популистским названием «*Царь Эдип: Прошлое Одной Иллюзии*» [5] (и, кстати, под псевдонимом Erich Weber).

Дисциплинарная же история требует точности, единой системы координат и оценок; она реконструируется путём разнокалиберной ретроспекции, [исходя] из реалий сегодняшней клиники, причём далеко не одних только организационных форм, — но и клинической феноменологии, свежих следов патоморфоза, недавней классики нозографии, саногенных эффектов и прочего.

Например, отрицающее суждение «магнетизация не есть ранняя форма гипнотизации»<sup>44</sup> и суждение утвердительное «гипнотизм был открыт Braid'ом» делают непонятным происхождение того же психоанализа, поскольку отказ Freud'a от гипнотической техники во многом был обусловлен негативным отношением к этой считавшейся шарлатанской (и набившей [ему] оскомину) практике. Собственно же гипнотерапия таким образом утрачивает своё эпатирующее прошлое, она становится выдающимся научным открытием, и история её клинической институционализации выглядит совсем по-другому. Очевидно, и групповая психотерапия должна будет выводиться не из новаций Mesmer'a — я имею в виду групповые сеансы, посредством «магнетического бака (чана)».

Или вот такая сентенция: «психиатрия в последние несколько столетий не являлась изоляционистской практикой», — сентенция, которая делает необъяснимым появление многообразных модификаций поведенческой, а затем и когнитивно-поведенческой терапии, которые развились прежде всего из процветавших в стенах психиатрических заведений, «госпитальных» дисциплинарно-дидактической психотерапии и [механо]психотерапии. Акцент смещается на вторую, новейшую составляющую, а именно *условно-рефлекторную теорию*, и павловский эксперимент вкупе с бехтеревскими опытами вроде бы органично ложатся в основу всех тренингов поведения — так сегодня и пишут [13, с. 113]\*. Пусть J. Wolpe и является эпигоном И.П. Павлова, но как быть с «rééducation intensive» Cl. Vincent'a, «Überrümpelungsmethode» F. Kaufmann'a, «Gewalt- oder Zwangsexerzieren» F. Kehrger'a и другими (современными, кстати, «сочетательно-рефлекторной терапии» В.М. Бехтерева и весьма близкими ей по духу)? Таким путём, видимо, поведенческие методы и были выведены за пределы психиатрической клиники.

Если постулируется, что рациональная психотерапия по P.-Ch. Dubois возникла «как альтернатива терапии внушением» [14, с. 769]\*, то это имеет по меньшей мере одно негативное последствие: она предстаёт как новейший метод, разработанный якобы специально для лечения психоневрозов — что, разумеется, не так, ведь это всего лишь один из десятков приёмов госпитального психического ле-

<sup>44</sup> Я привожу как книжные примеры — и при этом обязательно ссылаюсь на источник, — так и казусы, известные мне из повседневной психотерапевтической практики; гипотетических же ситуаций я пытался, по возможности, избежать (хотя начинаю, кстати, именно с такой).

чения, и линия её развития, с момента пересечения рубежей дисциплинарной истории [психотерапии], прочно увязана по крайней мере с «моральной терапией» Ph. Pinel'я.

Невинное на первый взгляд высказывание: «Аутогенная тренировка по J.H. Schultz'у представляет собой упражнение по системе йоги» — вместо указания на то, что это всего лишь уподобленная [йоге] психофизиологическая компонента, — ведёт к появлению парадоксальных формулировок типа «йоговская аутогенная тренировка»<sup>45</sup>.

То же касается иного культурального заимствования, где проводятся аналогии с конкурирующей — но уж никак не альтернативной и тем более не синтонной — душепопечительной практикой: в основе некоей *православной психотерапии* — а именно о ней идёт речь — «лежат опытно-теоретические знания православной антропологии, гомилетики, аскетическое и святоотеческое учение о духовной жизни, о страстях как источнике болезней, о подвижничестве как духовной брани, а также многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения и понимание нравственного христианского долга в духе Святого Евангелия» [14, с. 518]\*. Epistolae obscurorum virorum — иные комментарии, думается, излишни.

Хотя два последних примера касаются скорее дискурсивных нарушений, но и они напрямую связаны с ленью, а может быть, и нежеланием обратиться к [дисциплинарной] истории психотерапии — провести ретроспективную реконструкцию, исходя из реалий клиники.

В целом, в дисциплинарной истории значительно больше истинного (но не истинных суждений!) — истинного с позиций адаптивного, закрепившегося, живого, что позволяет не отказывать ей в достоверности и, главное, клинической весомости.

\* \* \*

Важнейшими процедурными особенностями клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа являются *реверсивность* и *сопряжённость*, тесно связанные одна с другой. Эти черты свойственны любой, самой частной и подчинённой, процедуре анализа.

Так получается, что, всесторонне изучив понятие (термин, концепт, гипотезу), реконструируешь затем его историю, а после добытая родословная изменяет видение, и это побуждает к новому обращению к его прошлому, в изменённом уже ракурсе. Это постоянное возвращение (*реверсия*) к предыдущим структурно-логическим блокам (а часто — и [предварительный] просмотр последующих), в общем-то, и отражается в понятии *сопряжённых шагов*.

<sup>45</sup> Мне приходилось видеть подобное — прописанное, к тому же, в качестве *функциональных обязанностей* профессионального психотерапевта!

В качестве иллюстрации<sup>46</sup> рассмотрим процесс изучения концепт-метода «психагогики» по А. Kronfeld'у; подразумеваются, например, следующие репризные апелляции:

- *этимология, хронология, эпонимика* —  
*сопряжённые шаги: анализ протокола профессионального (внутридисциплинарного) терминологического образования; ретроспективное изучение появления / использования понятия, корректности ассоциирования с эпонимом, поиск близких (идентичных) понятий и тому подобное;*
- *библиография-историография [метода]* —  
*сопряжённые шаги: анализ документов; дискурс-анализ;*
- *идентификация в иерархическом ряду «метод — методика — психотехника»* —  
*сопряжённые шаги: сопоставление с денотированной градацией; анализ уровня развития пато(сано)генетических, персонологических концептов, клинических рефлексий и прочего;*
- *местоположение в общей психотерапевтической систематике [методов]* —  
*сопряжённые шаги: выявление генеалогического, содержательного, институционального, антуражного, ситуативного, саногенного родства; компаративный анализ данного дискурсивного стиля;*
- *характеристики содержания, в континууме «феномен — понятие — концепт»* —  
*сопряжённые шаги: соотнесение понятий, концептов с психофизиологией, [пато]персонологией, клинико-теоретическими позициями; поиск и опознание опорных феноменов; изучение клинической результативности заявленных [саногенных] эффектов;*
- *генеалогия: клинико-терапевтическая, психолого-педагогическая, морально-дидактическая, вероисповедная и иные сферы* —

<sup>46</sup> Настоящая иллюстрация призвана показать только некоторые из названных свойств анализа — весьма заметные даже на плоском, незначительном примере. Несколько выше была изложена последовательность [процедур] клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, а также порядок построения интрадисциплинарной концепции как составной его части; думается, всестороннее переплетение, даже взаимное перетекание, структурно-логических блоков просто бросается в глаза.

- сопряжённые шаги: обращение к топологии и архитектонике психо[терапевт]ического дискурса, послыйный историко-хроникальный анализ последней;*
- *современные реминисценции и, возможно, дискурсивные интерпретации* —  
*сопряжённые шаги: дискурс-анализ; археология дискурса;*
- *клиническая (социально-педагогическая, психокоррекционная) компетентность и прочее* —  
*сопряжённые шаги: верификация феноменологии; изучение альтернативной принадлежности контингентов; сравнительная оценка эффективности применения [метода];*
- *возможности / наклонность / перспективы [к] ассимиляции / комбинации / интеграции с другими методами* —  
*сопряжённые шаги: обращение к генеалогии; исследование генетического, психотехнического, организационного средства, а также свойств комплементарности.*

Описанные свойства [процедур] клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, более чем наглядные, повторяюсь, уже на таком мизерном, несравнимом с масштабом специальности-дисциплины, примере, позволяют достичь голографического — включая и качество достоверности — изображения дисциплины (и адекватной ей клиники), хотя и делают такой анализ затруднительным в силу исключительно большого объёма разноплановых задач<sup>47</sup>.

\* \* \*

Надеюсь, мне удалось ответить на вопрос, в известной мере риторический, а именно: что позволяет клинико-дисциплинарно-эволюционному анализу претендовать на декларацию неких теоретико-методологических начал, императивных для науки-медицины и, отчасти, [реальной] практики здравоохранения.

<sup>47</sup> Действительно, здесь пересекаются науковедческие, психофизиологические, клинико-диагностические, экспериментальные, терапевтические, историко-археологические, дискурсивно-стилистические и прочие плоскости исследования, и лишь их слияние позволяет получить искомый результат.

## Глава 2

АБРИС ЧАСТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
КРУГА КЛИНИЧЕСКИХ НЕЙРО[ПСИХО]НАУК

Итак, специфическими — предметными — областями приложения клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа на сегодняшний день являются следующие дисциплины (я называю их в порядке хронологии проведения этих частных исследований, уже выполненных и только начатых): *сексология, психотерапия, медицинская психология, психиатрия, наркология, неврология, нейро[психо]хирургия* — полный круг, повторюсь, клинических нейро[психо]наук. Повторю также, что методология клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, без сомнения, приложима практически к любой дисциплине, сформированной на базе клиники или в рамках клиники нашедшей свою институционализацию.

Важной проблемой, требующей хотя бы Blitz-рассмотрения, являются основные характеристики названных дисциплинарных образований; определённое значение имеет также вопрос их *этно-географической детерминации* (то есть — в какой мере они универсальны?).

Вкратце можно сказать, что истории названных выше дисциплин имеют существенные отличия (при том, что различия их клиник, столь очевидные на первый взгляд, отнюдь не чётки<sup>48</sup>); они действительно очень разные: для сексологии — это история *текстов*, для психотерапии — всё-таки история *методов* (и *психотехник*), хотя и фиксированных на определённых контингентах, для клинической психологии — история [признания] *умозрительного эксперимента* (точнее, его информативности), или *теста*, для психиатрии — это прежде всего история

<sup>48</sup> Конечно же, это не касается крайних, рафинированных дисциплинарных воплощений — так, например, *клиническая нейровегетология* всё-таки довольно далека от *геронтопсихиатрии*; в целом же сферы компетенции и клинические контингенты психодисциплин перетекают друг в друга: пожалуй, самый наглядный тому пример — клиника *психоневрологии*.

*организации [помощи]*, а также *систематик*, для наркологии — история перманентного потенцирования императивов и ассимиляция дезинтоксикационных, в том числе аппаратных, процедур, а также деклараций профилактики, для неврологии — история *наблюдений* (физикального обследования), а для нейро[психо]хирургии — это история [совершенствования] техники *операций*, [стереотаксического] эксперимента *in vivo*.

Вопрос отношения к этно-географическому принципу важен даже с формальной точки зрения, — по сути же он раскрывает существеннейшие внутренние структуры [истории-организации] дисциплин.

Если в случае клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа *сексологии* мне пришлось, тщательно обосновав свой выбор, прибегнуть — в качестве модели — к сексологии *отечественной* («русско-украинской», как охарактеризовал её впоследствии В.М. Блейхер (1930 — 1998)), то по отношению к *психотерапии* — при всей моей убеждённости в её превосходстве в плане клиницизма, академизма и прочего — подобный патриотизм уместен уже только в том смысле, что её дисциплинарная институционализация связана с организацией первой в мире — Харьковской — кафедры психотерапии. Что же касается *психиатрии* и *неврологии*, то здесь акцент в их клиническом и дисциплинарном становлении, возможно, придётся сделать уже именно на зарубежных достижениях (для психиатрии, например, это немецкая и, отчасти, французская школы).

Тем не менее характерно то, что даже если различные «психонауки» — на этапе своих дисциплинарных преформ — интенсивно развивались за рубежом, то в XX веке, особенно во второй его половине, они получали жёсткую дисциплинарную организацию, однозначную научную институционализацию именно в отечественном медицинском пространстве.

\* \* \*

В настоящей главе мне хотелось бы показать основные клинико-дисциплинарно-эволюционные контуры, если уместно подобное выражение, каждой из названных психодисциплин, так как не знаю, удастся ли мне опубликовать весь этот массив. И ещё: эта глава является как декларацией [о] намерениях, так и своеобразным постскриптумом к ранее опубликованным исследованиям.

### 2.1. Клиника и дисциплинарная история психотерапии

Говоря о клинике психотерапии в связи с её дисциплинарной (и, разумеется, также и предисциплинарной) историей, нужно определиться с самой этой клиникой: *каково же, пусть в самых общих чертах, прошлое пато-нозологической компетенции психотерапии?* Затруднения в ответе на этот вопрос касаются прежде всего разведения психотерапии и психиатрии — их клиники и истории, дисциплинарной организации и госпитального порядка, институций и инстанций, систем аргументов и апелляций и прочего.

Если взять психотерапевтическую клинику<sup>49</sup> как таковую — по сути, клинику *психогений*, где центральной фигурой является *психогенез* со всеми его путями и эквивалентами, то тогда останется лишь разделить написанную в целом общую (я имею в виду — не-дисциплинарную) историю психиатрии на историю «психиатрии психозов», от J.L. Vives'a (1492 — 1540), G. Mercuriali (1530 — 1606) и, особенно, F. Platter'a (1536 — 1614) до E. Краепелина (1856 — 1926) и [P.]E. Bleuler'a (1857 — 1939), В.Х. Кандинского (1849 — 1889) и К.Th. Jaspers'a (1883 — 1969), А.В. Снежневского (1904 — 1987) и А.С. Чистовича (1897 — 1980), или *большой психиатрии*, и историю «психиатрии неврозов», или *малой*, «пограничной», *психиатрии*, неврологии, от W. Cullen'a (1710 — 1790) и U. Trélat (1795 — 1879) до Г.К. Ушакова (1921 — 1981) и Ю.А. Александровского (род. в 1936) (намеренно минуя аналитиков), которая и будет как раз этой историей психотерапии. Можно также апплицировать на имеющиеся историко-психиатрические тексты ряд дисциплинарно-эволюционных положений, что позволит увидеть в этой банальной истории [психиатрии] дисциплинарные истории психотерапии и психиатрии (отдельные факты, несомненно, представят при этом в ином свете, а иные из них, о которых ранее даже не упоминалось, приобретут, возможно, ключевое значение). Мы также сможем увидеть те линии, по которым произошло разделение этих двух дисциплин.

Однако при всей определённости поставленных задач реализовать их весьма сложно, так как если развести истории психотерапии и психиатрии в области *методов* ещё возможно<sup>50</sup>,

<sup>49</sup> Актуальные представления о клинике психотерапии будут изложены и обсуждены в главе «Обоснование [сферы] пато-нозологической компетенции (клиники) психотерапии».

<sup>50</sup> Разумеется, эта констатация касается главным образом периода XX — XXI веков.

то, коснувшись *госпитальных* проблем — прежде всего клинико-госпитальных и госпитально-организационных, — упираемся в вопрос, ответ на который практически невозможен: *где госпитальная психиатрия и где — госпитальная психотерапия?*

В клиническую компетенцию психотерапии, невзирая на эту дисциплинарно-конкуренционную демаркацию *невротического* и *психотического* / *органического* регистров, входят и психозы как таковые, не говоря уже о трудо[психо]терапевтических, «психоортопедических», реабилитационно-ресоциализационных и многих других аспектах.

Особенно же тяжело поделить — между психиатрией и психотерапией — историю охранительных режимов, сиречь *психогигиены* и *психопрофилактики*, в широком их понимании.

\* \* \*

Таким образом, в целях разведения понятий под *историей психотерапии* я всё-таки буду понимать эволюцию *психического* лечения, а именно «не-активных», не-биологических его методов, с подчинённым вниманием к покрываемому спектру патологии<sup>51</sup> — психотерапевтической клинике, и рассмотрением [возникавших] диагностических и систематизационно-классификационных задач как преимущественно вспомогательных; кроме того, в число *objectorum quaestiones* будут входить тенденции к дисциплинарной организации, а также исторические и современные формы оказания психотерапевтической помощи.

Под *историей* же *психиатрии* будет пониматься прежде всего старинная умозрительно-теоретическая систематика-диагностика<sup>52</sup>, с присоединившейся в первой трети XX века активной терапией [психозов], с характерными чертами дисциплинарной институционализации и, главное, соответствующими вехами организации помощи вкупе с изоляцией, — древнейшей практикой, которая в истории этой дисциплины играет почти что основную роль.

<sup>51</sup> Не следует, кроме прочего, забывать, что слишком часто различные методы психотерапии фокусировались на одних и тех же контингентах и, соответственно, пато-нозологических проявлениях: как, например, гипнотизация, суггестия, психоанализ времён методистского пуризма — на [конверсионных] симптомах истерии.

<sup>52</sup> Кстати, [первичная] диагностика в психиатрии во многом фиксирована на выявлении / исключении роли психогений.

## 2.2. Клиническая институционализация и дисциплинарное оформление медицинской психологии

Клиническая институционализация и дисциплинарное оформление медицинской психологии довольно интересны, так как эта отрасль психологии, не имея, разумеется, какой-либо отдельной клиники, приобрела, однако, особые — а в чём-то даже и исключительные — права в последней. Момент начала клинической институционализации психологии — тогда ещё довольно разномастных, обособленных, нигилистически конкурирующих её ветвей — довольно отчетливо проступает в истории психоневрологии: «душевные болезни»<sup>53</sup> конца XIX века были весьма доброжелательно настроены к вторгавшейся в давнюю сферу их клинической компетенции психологии (и у клинической медицины бывают свои *lucida intervalla*, особенно когда она заходит в тупик, а психиатрия в таком тупике пребывала долгие столетия). Кроме того, медицинская психология, в том её виде, в котором в результате она была допущена-таки к пациенту, вполне отвечала духу единственно серьёзного занятия древней надзирающей психиатрии — дескрипции-систематизации; более того, она предлагала ещё один дискурсивный стиль, ещё одну манеру говорения на заданную тему, — к тому же более достоверную, более абстрагированную, более выгодную с точки зрения социальной политики. Не следует забывать и о том (а возможно, это и есть *causa efficiens*), что учёные доктора всё ещё были в известном смысле «универсалами» — и психологом, собственно, выступал сам специалист-психоневролог.

История психологии в целом писана-переписана; мне кажется, что здесь не следует обсуждать бесчисленные попытки её изложения; скажу лишь, что все они представляют собой различных степеней связности и полноты летописи [философски-][нейро]психоического дискурса, точнее — тех его областей, которые тяготеют к общим вопросам «психического».

<sup>53</sup> Хотя я уже упоминал эту протодисциплинарную группу в тексте настоящей работы, здесь будет уместно напомнить, что, как я показал в «*Клинике сексологии*» [I, с. 208, 224], «душевные болезни» образца конца XIX века охватывают психиатрию, неврологию (особенно в сфере теорий дегенерации и вырождения, наследственных форм нервной патологии), некоторые разделы антропологии, тяготеющие к психиатрии, клиническую и экспериментальную психологию, а также определённые проблемы сексологии.

Эти истории психологии бесконечно далеки от куративно-психоической практики; истории же *клинической* психологии, более-менее «чистой», как и истории психотерапии, вплоть до настоящего времени написано не было.

А сейчас перед нами стоит простой вопрос: *когда (и, в общих штрихах, как) психология вступила в клинику в качестве особой практики, выполняющей пусть вспомогательные, — но именно клинические — функции?*

В самом общем виде этапы клинической институционализации и сопряжённого с ней дисциплинарного оформления медицинской психологии представляются следующими.

**I период — инициальный** (некоторые идеи психологии — если так можно назвать разнообразные узконаправленные практики: поначалу экспериментальную психологию, а затем психологию дифференциальную, — привносятся в клинику самими психиатрами-исследователями).

**II период — клиничко-госпитальной экспансии** (в клинику уже широко проникают идеи и методы дифференциальной психологии; чуть позже эксперимент вылушивается из инструментального аппарата, и он приобретает, в основном, вид [батареи] всё более и более унифицированных тестов, с вариативными формами представления данных — от общепризнанных и общепонятных коэффициентов до наглядных графиков-профилей).

**III период — клинической адаптации** (психология осваивается в пространстве клиники, и обнаруживает тенденции к ассимиляции на концептуальном уровне; так, например, древние идеи конституциологии порой принимают почти что психологический вид — такова была более чем популярная *характерология*).

**IV период — интраклинической сегрегации** (разрастающийся инструментальный аппарат, математизация и, как следствие, усложнение обработки и интерпретации результатов требуют выделения квалифицированного специалиста; лечащий врач и психолог — уже не одно и то же лицо).

**V период — [психо]диагностический** (психодиагностика, дословно «психологическая диагностика» — а таковым, собственно, является клиническое обследование-дознание в любой из психодисциплин, — выступает уже прерогативой меди-

цинской / клинической психологии, причём приобретает некие черты экспертизы, со всеми вытекающими отсюда последствиями — облигатностью, императивностью, почти что недоступностью непосвящённым [психиатрам]; всё отчётливей звучат мнения о необходимости введения обязательного «психологического диагноза»).

**VI период — психологического консультирования** (психологию уравнивают в правах с психотерапией, и начинается незримая, но отчаянная борьба за контингенты и сферы влияния: психологическое консультирование столь часто подменяет клиническую психотерапию, — причём именно там, где необходима последняя, — что психолог и психотерапевт становятся практически неразличимы; статусы их почти идентичны).

**VII период — институционализационный** (медицинская / клиническая психология в целом оформляется как отдельная дисциплина, приобретая ряд дисциплинарно-идентификационных атрибутов, — причём гораздо легче, чем многие клинические психодисциплины).

Дисциплинарное оформление медицинской психологии происходит — как это ни парадоксально — более гладко, нежели аналогичные процессы, например, в психотерапии. Тому есть одна серьёзная причина: несмотря на то что это практика, с точки зрения клинических / интрагоспитальных процессов, подчинена медицинским задачам, она всё же имеет нечто такое, чего никогда не могла позволить себе медицина — глобальную теорию, точнее несколько парадигм, которые могут функционировать в качестве таковой (а на практике, особенно при наличии официозной идеологии, так чаще всего и бывает), и потому на фоне персонологического дилетантизма большинства медицинских специальностей (стыдно признать, но это нередко касается и психодисциплин) психология выглядит просто-таки естественной наукой<sup>54</sup>.

<sup>54</sup> Психологические теории, претендующие на достоверность и универсальность, — сколь бы бездоказательны, поверхностны либо односторонни они ни были, — очень часто заимствуются в качестве персонологических платформ различными психотерапевтическими течениями; иные методы психотерапии — это касается, главным образом, методик психотерапии «новой волны» — являются целиком и полностью дериватами психологических теорий: как, например, гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная [психо]терапия и другие (подробнее об этом см. в главе «Социально-философские, методологические и прочие заимствования психотерапии»).

**VIII период — экстрагоспитальной экспансии** (психология осуществляет своё распространение, свою социетальную экспансию уже с плацдарма клиники, конкурируя с психоической медициной в целом; она даже вступает с последней в своеобразные «патогенетические» и «терапевтические», — не говоря уже о «персонологических», — диспуты).

Наиважнейшим является тот факт, что уже довольно давно — и вполне чётко — оформились контингенты пациентов, в отношении которых почти обязательно проводится процедура постановки «психологического диагноза». Всё активней в клиническую психоическую практику внедряются так называемые «патопсихологические регистр-синдромы» [1 — 3]\*, — которые якобы позволяют сориентировать врача в сфере основного диагноза, а также провести правильную дифференциальную диагностику. Такова ситуация в сексологии и психиатрии; в рамках же последней, равно как и в психотерапии, сотрудничество со [штатным] клиническим психологом возведено в ранг официального правила.

Таким образом, сегодня сотрудничество медицинской психологии и [клинических] психодисциплин — которое всё больше напоминает конъюнктурный антагонизм — строится на своеобразных паритетных началах, и даже не столько в смысле разделения труда, сколько в том плане, что психология и клиническая психоическая практика независимо друг от друга отправляются на одних клинических контингентах и действуют в одном пато-нозологическом ареале, но производят отнюдь не конгруэнтные дискурсы; скоро, кажется, будут продекларированы претензии на то, чтобы она, психология, стала для [психоической] медицины чем-то вроде общей теории.

### 2.3. Клиника и дисциплинарное становление психиатрии

Если клиники (то есть сферы пато-нозологической компетенции) психиатрии и психотерапии — с позиций дня сегодняшнего — разделить, в принципе, возможно, хотя и трудно (а в настоящем исследовании отчасти и была предпринята такая попытка), то их дисциплинарные, и особенно предисциплинарные, истории, — в клиническом ракурсе, — подвергнуть такой процедуре достаточно сложно.

Как уже говорилось выше, обращение к истории показывает, что психиатрия до развёрнутого введения методов так называемой «активной терапии» (маляротерапии, наркосна,



медикаментозной судорожной терапии, инсулинокоматозной терапии, электросудорожной терапии), а может быть, и вплоть до наступления «психофармакологической эры» (50-е годы XX века) являлась ничем иным, как психотерапией, «психическим лечением», с подчинёнными диагностическими (точнее — диагностически-систематизационными) задачами.

В связи с этим было предпринято некое — повторю, достаточно условное — разведение представлений (я даже постарался придать ему чисто терминологические отличия) о *дисциплинарной истории психотерапии* и *дисциплинарном становлении психиатрии*.

Итак, история психиатрии — это в первую очередь история *организации* [психиатрической] *помощи*. Однако — это также история *психоической* (этико-психологически-поведенческой) *диагностики* и история *систематик-классификаций* [психических / поведенческих расстройств]. Всё прочее, касающееся древних [куративно-]психоических практик, как реальных, так и дискурсивных, — история психического лечения, или история психотерапии.

Предисциплинарная история психиатрии, на первый взгляд, хорошо известна: специальные труды и предваряющие её учебные и клинико-монографические тексты-зарисовки, а также редкие теоретические работы дают о ней разнообразную, но довольно плоскую — я имею в виду позитивистски-одностороннюю — информацию<sup>55</sup>. В них психиатрия — это всё то, что когда-либо предпринималось в отношении психически больных: с какой бы целью, каким бы образом и в каких бы организационных формах это ни делалось.

Традиционалистски эпохи психиатрии могут быть представлены следующим образом.

**I. Эпоха валоризации:** уста безумного считаются вещами — *os magna sonatūrum*.

**II. Эпоха девальвации** — юродивые и помешанные, их многочисленные касты, постепенно утрачивают доверие; безумие перемещается из пророческого (религиозного, мистического) в моральный и пенитенциарный контексты.

<sup>55</sup> Справедливости ради следует отметить, что совершенно иной ракурс демонстрирует исследование М. Foucault (1926 — 1984) «*Histoire de la folie à l'âge classique*» (русский перевод опубликован под названием «*История безумия в классическую эпоху*» [4]\*).

**III. Эпоха денотации** — крайне медленно, понемногу безумие выделяется из множественных, разноплановых его контекстов; сумасшедшие — особый вид, и они подлежат изоляции, которая оказывается действенной только при условиях концентрации и социально-территориального дистанцирования этих несчастных.

**IV. Эпоха одержимости** — приходят века психических эпидемий, индуцированного помешательства; хотя эпидемии вспыхивали как до, так и после, но именно в эту эпоху они послужили поводом к созданию особых социальных, даже социо-психических, стратегий.

Тем не менее эта кажущаяся определённая в отношении давних, предисциплинарных эпох психиатрии имеет место в силу того, что уже до нас много раз провели необходимые сличения, сверили названия и клинические проявления, идентифицировали все эти мании, меланхолии, паранойи, френи-ты; множество раз авторитетные уста уже изрекли: «*Sic et simpliciter!*», и мы учились уже на этих параллелях. Здесь — для каждого из нас — сокрыта некая основополагающая, дисциплинирующая истина: как бы ни менялись общества и культуры (*среда* и *условия жизни*), инфекции и интоксикации (*вредности*), воспитание и стили поведения (*личность*), — типы психопатологического реагирования (как стандартная реакция организма!) остаются неизменными на протяжении веков и тысячелетий (это якобы подтверждает тот факт, что показатели заболеваемости психозами вроде бы остаются относительно постоянными). Другое основание, на котором зиждется эта однозначность (и оно хорошо заметно непредвзятому наблюдателю): мы выросли на обломках той, древне-европейской, культуры, и античные медицинские свидетельства нам хорошо понятны, тем более что большинство терминов и общеклинического, и специальных тезаурусов — неоклассицизмы; архаичные же древнеславянские термины — да взять хотя бы тех же «бесных» — мы затруднились бы идентифицировать *ex abrupto*. Речь, таким образом, идёт об искажающем самую суть огрублении, о переписывании — кропотливом, повседневном, ненамеренном — истории психиатрии (впрочем, это общая проблема истории).

В отношении неоднородности (и это сказано весьма мягко!) контингентов, попадавших в поле внимания несовершенной,

мятущейся психиатрической практики, говорилось неоднократно — правда, только с конъюнктурно-монографическими целями (например, в кратком экскурсе при описании какой-нибудь классической нозоформы или модернового синдрома). Но ведь нам и вправду не известно, *какими были психозы* — и, главное, *каковы были социокультурные, дискурсивно-коннотационные матрицы, в рамках которых эти психозы дебутировали, манифестировали, разрешались?* Мы можем видеть только морализующую, констатирующую диагностику как составную — и весьма незначительную — часть некоей практики, причём практики второстепенной, второплановой, оправдывающей изоляцию и стеснение, надзор и дисциплинарные меры, поражение в правах и многое другое.

Всё это я говорю к тому, что названные выше эпохи преддисциплинарной истории психиатрии выглядят таковыми только на первый, неискушённый, обывательский взгляд. Велика, впрочем, вероятность, что такими они и останутся — слишком уж непродуктивны, да и опасны невольными искажениями, разыскания в стёртых ареалах архаичной психической патологии.

Обратимся теперь к дисциплинарной истории психиатрии — психиатрии как организации помощи страдающим душевными расстройствами и, одновременно, систематике-диагностике этих состояний, а также, что немаловажно, их экспертизе. Факт существования нескольких и, стоит признать, слабо взаимосвязанных оснований классификации весьма затрудняет задачу построения определённой периодизации. Следует также заметить, что, в силу близости организационных вопросов психиатрии к проблемам общественной безопасности и, вследствие этого, тесной связи с официальными структурами, развитие её в разных странах было далеко не соразмерным хронологически и сильно различающимся по существу, отчего выстроить сколь-нибудь однозначную и, главное, последовательную периодизацию довольно сложно.

Однако в дисциплинарном становлении психиатрии — с точкой её отсчёта я пока не определился — в целом всё же можно выделить следующие условные периоды (хронологические рамки большинства из них не могут быть, в силу очевидных причин, закрыты).

**I период** (XVI — XVII века) — *медиализации безумия*, или *препротодисциплинарный* (собственно, в эти два столетия можно проследить процесс превращения безумия, во всё многообразии его проявлений, в медицинскую проблему; отчётливо заметно всеобщее стремление к получению «живых» наблюдений: непосредственная обсервация ценится выше, нежели авторитетные мнения прошлого, появляются первые классификации (обычно указывают [на] типологию F. Platter'a) и активные терапевтические стратегии; кроме того, проводятся судебнопсихиатрические экспертизы).

**II период** (XVIII век) — *полифокальный*, или *протодисциплинарный* (обустраивается определённый госпитальный порядок, который даже привлекает к себе [общественное] внимание; разрабатываются подробнейшие систематики-классификации; появляются убежища нового типа).

**III период** (с рубежа XVIII — XIX веков) — *no-restraint'a*, или *первый организационно-атрибутивный* (происходит резкое изменение отношения к стеснению и, отчасти, изоляции психически больных — от снятия цепей Ph. Pinel'ем до отмены смиренных рубашек, осуществлённой J. Conolly (1794 — 1866)).

**IV период** (примерно с середины или даже первой трети XIX века) — *мультипликация безумия*, или *первый клинически-атрибутивный* (помешательство «приобретает» множество различных форм: с одной стороны, единый ранее пласт распадается на многочисленные подвиды, большинство которых впоследствии оформятся в нозологические единицы, с другой — психиатрию захлестывает поток «мономаний», и формы безумия бесконечно умножаются; психиатрия получает солидное текстологическое оформление, появляется периодика; ещё один момент: психиатрия начинает рефлектировать, и — даже если эти рефлексии имеют философски[-теологически]й, абстрактно-психологический или этико-дидактический характер — они всегда предпринимаются с терапевтическими целями).

**V период** (со второй половины XIX века, но особенно с рубежа XIX — XX веков) — *номотетический*, или *второй клинически-атрибутивный* (прописаны и обозначены почти все [современные] формы психической патологии, какими мы их знаем, начиная с гебефрении K.L. Kahlbaum'a (1828 — 1899) и заканчивая dementiae praecox E. Kraepelin'a).

**VI период** (20 — 30-е годы XX века) — *активной терапии*, или *первый терапевтически-атрибутивный* (наступает время активных психиатрических методов; я снова вынужден их перечислить: маляротерапия (1917), наркосон (1922), медикаментозная судорожная терапия (1934), инсулинокоматозная терапия (1935), электросудорожная терапия (1938) и другие).

**VII период** (вторая треть XX века) — *стагнационный (до-нейролептический)*, или *второй организационно-атрибутивный* (энтузиазм периода активной терапии исчерпан, и происходит смещение профессиональных интересов в сторону различных аспектов психогигиены, с целью профилактики психических заболеваний в широком их понимании).

**VIII период** (с середины XX века) — *нейролептический*, или *второй терапевтически-атрибутивный* (психиатрия получает наконец, долгожданную панацею; происходит простотаки взрывное синтезирование различных фармакологических рядов психотропных средств и массовая разработка психофармакологических терапевтических технологий).

**IX период** (с последней трети XX века) — *реабилитационно-реадаптационный*, или *третий организационно-атрибутивный* (остро встают вопросы реабилитации, реадаптации, ресоциализации пациентов психиатрических стационаров; вскоре речь ведётся уже о проблеме качества жизни психически больных).

**X период** (с рубежа XX — XXI веков) — *диссоциативный* (антипсихиатрические процессы наконец-таки начинают оказывать корродирующее действие на психиатрию, и происходит стремительная деградация классической клинической психиатрии, с инсталляцией в её теоретико-диагностический аппарат элементов неопсихоанализа и психоаналитически-инспирированной психиатрии-психологии; всё отчётливей проступает номотетическая диссоциация и, параллельно, проявляются тенденции гиперболизации — и, в то же время, схематизации — идиографических подходов и мультипликации описательных диагностических характеристик).

## 2.4. Клиника и дисциплинарная сепарация наркологии

Если взглянуть на процессы формирования наркологии — и, главным образом, её отграничения как самостоятельной дисциплины, — то она представляется результатом конвер-

генции двух, достаточно разнородных, клинических практик. С одной стороны, это клиника / терапия алкогольных (да и вообще всех, связанных с химической зависимостью) психозов, а с другой — [амбулаторная] психотерапия (прежде всего рефлекторная) этой химической (в первую очередь алкогольной) зависимости. Со временем к двум этим составляющим присоединяются эфферентные методы.

Вот какими представляются этапы дисциплинарной сепарации наркологии.

**I период** — *эгалитарный* (наркологическая практика растворена в клинической повседневности «душевных болезней»).

**II период** — *психокоррекции-дидактики* (проводятся довольно активные разработки в области психо[рефлекторной] терапии, в том числе её коллективных вариантов).

**III период** — *социальной профилактики* (активные, имеющие характер государственного заказа, социально-гигиенические исследования алкоголизма; построение системы профилактических мероприятий; принятие ряда законодательных мер).

**IV период** — *условно-рефлекторной терапии* (массовая практика антиалкогольной терапии, прежде всего краткосрочных психотерапевтических форм).

**V период** — *эфферентных методов* (привлечение методов и технологий эфферентной медицины при сохранении позиций психотерапии).

**VI период** — *аппаратный* (появление большого числа аппаратных методик, основанных на воздействии физических факторов и инструментально-опосредованной психотерапии).

**VII период** — *институционализационный* (наркология уже выступает как отдельная медицинская специальность; социальная значимость наркологических проблем позволяет стремительно сформировать основные дисциплинарно-идентификационные атрибуты, включая организацию кафедр, первичную специализацию (интернатуру), шифр защитной специальности и прочее).

**VIII период** — *социальной консолидации* (химическая зависимость приобретает невиданный ранее размах, её структура серьёзно изменяется; всё большее значение приобретают экспертные вопросы).

Сфера компетенции наркологии постоянно расширяется. Наркологическая клиника приобретает специфические особенности, отличающие её даже от клиник иных психодисциплин; она обнаруживает выраженные тенденции к сращению с социальной медициной и правоохранительной сетью, а также с клинической и социальной фармакологией<sup>56</sup>.

## 2.5. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии.

Проблемы клиники и дисциплинарной эволюции сексологии были рассмотрены в моей одноимённой монографии [1].

Однако никакое исследование — и, может быть, клинико-дисциплинарно-эволюционное более других — не стоит на месте. Спустя время — порой весьма непродолжительное — после выхода книги начинаешь, по мере накопления новых наблюдений, нахождения новых материалов, чтения изданного текста, страстно желать дописать её, прибавить какие-то уточняющие абзацы и сноски, замечать вдруг некие — невидимые другим — пустоты, которые хотелось бы заполнить, — хотя это повлекло бы определённую перестройку всего текста, может быть, даже в ущерб его нынешней, достигнутой с большим трудом, завершённости.

Так, в «*Клинике сексологии*», например, я не рассматривал важные (хотя скорее *sub specie* некоей формальной полноты) проблемы периодизации (точнее, я не написал: «*esse* периодизация», так как отдельные периоды, с соответствующими — специфическими — маркёрами демаркации, были названы уже в оглавлении)<sup>57</sup>; были опущены — может быть, действи-

<sup>56</sup> О проблемах *социальной фармакологии* я неоднократно писал ранее [2; 3].

<sup>57</sup> Да и вообще изложение материала было подчинено совершенно иной задаче: показать, как развивалась и совершенствовалась системность, обусловившая появление такого своеобразного типа клиники, как тот, что я анализировал и критиковал. Потому и встречаются некоторые, достаточно прозрачные, несоответствия: если *протодисциплинарный период* развития сексологии действительно обусловлен формированием и функционированием различных протодисциплинарных групп, то в *период дихотомический*, согласно разработанной периодизации (она приведена чуть ниже), попадают и монодисциплинарные подходы, и системные подходы первой трети XX века (я говорю об этом как о «совершенствовании системных подходов»), и некоторые системно-медицинские традиции; если *период «авторских сексологий»* достаточно плотно укомплектован «клиническими технологиями патосексологии», то *аутодисциплинарно-идентификационный период* открывается по частям и в «системно-медицинских традициях сексопатологии», и в «совершенствовании системных подходов».

тельно напрасно — традиционные *организационные вопросы*; не касался я, за некоторыми исключениями, и значимых, как представилось позже, вопросов *преддисциплинарной истории* сексологии и основных характеристик её «современного» периода. Не было предложено дефиниции сексологии, равно как не проведено её концептуальное членение как дисциплины.

Остановимся на этих и некоторых других вопросах теперь — кратко (более подробное изложение проблем периодизации, преддисциплинарной истории и прочих *см.* в моей работе «*Сексуальная патология в истории*» [4]).

\* \* \*

В медицине Древнего мира представления о сексуальных расстройствах были весьма неопределёнными. Кажущаяся же многочисленность дошедших до наших дней сведений связана, прежде всего, с тем обстоятельством, что половые расстройства, во всём многообразии их вариантов, не были во врачебном быту отделены от [иных] «болезней половых органов», главным образом венерических поражений, воспалительных и хирургических заболеваний, и патологии репродукции.

Относительно систематизированными в медицине Древнего мира являлись сведения об объёмном классе средств растительного и животного происхождения, которые обозначались как «*aphrodisiaca*» (греческое [*tà*] *ασροδισία* — [любовные] наслаждения) и «*an[t]aphrodisiaca*». Всевозможные «похотные средства» широко используются в сексологии на всём протяжении её истории.

Относительное развитие вопросы патологии сексуальности получают в средние века в арабской медицине [халифатов], когда появляется вполне завершённая система взглядов (Avicenna) на феноменологию сексуальности, сексуальную типологию [«натур семенных органов»], полезные и вредные стороны совокупления, половую слабость (её причины, признаки и лечение), «чрезмерную похотливость», избыточное и произвольное истечение семени и прочее; проблематизируется отклоняющаяся сексуальность (в частности, так называемая «убна»), а также разрабатывается обширная [поли]фармакотерапия сексуальной патологии и лечебное питание (в том числе «опотерапия»), даются рекомендации по гигиене соития, библио- и визуальной эротико-сексуальной стимуляции и прочее [5]\*.

В медицине позднего Средневековья и Нового времени фрагментарная разработка вопросов патологии сексуальности сопутствует изучению, в том числе экспериментальному, анатомии и физиологии половых органов и их функций (сосудистая природа эрекции известна уже Leonardo da Vinci (1452 — 1519) [6]\*).

В истории медицинского внимания к сексуальности до XIX века была разработана ставшая впоследствии специфически-сексологической проблема «сперматореи».

Только в средние века [могла быть] начата проблематизация отклоняющегося сексуального поведения. Очевидно, что в античности не могла произойти ни медицинская (патосексологическая), ни морально-этическая проблематизация сексуальных отклонений (в силу культивации, в частности, института *пαιδεραστια*).

Своеобразным ракурсом проблематизации *impotentio coeundi* следует признать разработку её денотата в каноническом праве, в связи с чем происходит интенсификация [развития] диагностических процедур: от физикальных экспертиз *cum inspectio ocularis* до публичных испытаний *du congrés* (Франция, с 1550 по 1675 годы).

Таким образом, несмотря на разработку специфически-сексологической [впоследствии] проблемы «сперматореи» и начавшуюся проблематизацию отклоняющегося сексуального поведения, процесс накопления сведений о патологии половой жизни в период до XIX века не может считаться предысторией сексологии как научной дисциплины, поскольку сексуальная патология не была проблематизирована в качестве таковой, но интерпретирована в категориях диететических («[животной] экономии организма»), репродуктивных («функции воспроизведения») и прочих, а также матримониально-юридических, — в силу чего не могла возникнуть и отграниченная область медицинской практики, в сферу компетенции которой входила бы эта патология.

\* \* \*

Основным вопросом, разрешение которого предшествует созданию периодизации истории сексологии, является вопрос о начале дисциплинарной истории сексологии.

Напомню, что в современной сексологии относительно «даты рождения сексологии» существует несколько гипотез.

Гипотеза, выдвинутая рядом исследователей, и развитая, в частности, К.М. Imieliński (род. в 1929), гласит, что «Рихард фон Крафт-Эбинг (1840 — 1902) — невропатолог, психиатр и криминалист, профессор Венского университета до сих пор считается создателем современной сексологии. Его труд “Сексуальные психопатии”, изданный в 1886 г., явился основой для развития современной медицинской сексологии» [7, с. 28]\*. Эта широко утвердившаяся гипотеза не может быть признана правомерной уже потому, что сам R. von Krafft-Ebing в качестве предшественника вполне определённо называет русского сифидолога В.М. Тарновского (1837(9) — 1906), широко ссылается на его работу «*Извращение полового чувства*» [8]\* (1884), опубликованную в 1886 году на немецком языке («*Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes*» [9]\*), и заимствует из неё массу клинических наблюдений. Вменяемое же R. von Krafft-Ebing’у в заслуги — «детальное описание и систематика перверсий» — встречает справедливые возражения, с указаниями на то, что D.-A.-F. de Sade (1740 — 1814) в области «дескриптивной сексопатологии» опередил R. von Krafft-Ebing’a по крайней мере на столетие [5, с. 6].

Другая, не менее известная, гипотеза, которой, в частности, придерживается И.С. Кон (род. в 1928) [10 — 13]\*, а вслед за ним и иные отечественные исследователи (Д.Н. Исаев и В.Е. Каган [14]\*, и другие), говорит о том, что «рождение» сексологии связано с именем I. Bloch’a (1872 — 1922), которому и принадлежит термин «сексология». Так, И.С. Кон пишет: «В 1907 г. в книге “Сексуальная жизнь нашего времени в её отношениях к современной культуре” Блох провозгласил создание новой “науки о поле” (Sexualwissenschaft), подчеркнув, что она должна синтезировать данные всех наук о человеке, включая общую биологию, антропологию, этнологию, философию, психологию, медицину и историю литературы и культуры» [10, с. 7]\*. Однако, во-первых, нельзя столь определённо утверждать, что именно I. Bloch’у обязана своим рождением сексология, так как эвфемизмы понятия «наука о поле» легко отыскиваются и в работах других энциклопедистов тех лет — например, А.-Н. Forel’я (1848 — 1931) «*Die sexuelle Frage*» («*Половой вопрос*» [15 — 17]\*), первое издание которого появилось ранее труда I. Bloch’a, в 1905 году. Более того, I. Bloch отнюдь не провозглашал создание новой «науки о поле», а говорил о том, что «нѣтъ ни одного обобщающаго труда, въ которомъ были бы критически переработаны многочисленныя и цѣнныя труды, появившіяся въ отдѣльныхъ отрасляхъ науки о половой жизни» [18, с. 2]\*. Таким образом, речь шла о систематизации и обработке материала, а также об изложении его с единой точки зрения. Определѣнная научная область, по признанию самого I. Bloch’a, как таковая уже существовала, и даже имела «отдельныя отрасли» и более чем обширную библиографию. Эта версия начала истории сексологии имеет даже чисто фактажные погрешности: цитированные И.С. Коном слова I. Bloch’a относятся не к 1907-му, а к 1906-му году, а именно к 18 ноября, когда в Шарлоттенбурге было составлено предисловие к первому изданию работы.

Гипотеза, более других отодвигающая момент начала истории сексологии, поддерживается Г.С. Васильченко (род. в 1921). Согласно ей

«рождение научной сексопатологии можно обозначить датой опубликования в Париже в 1836 г. трактата Клода Лаллемана “О непроизвольных потерях семени”» [19, с. 15]<sup>58</sup>. Эта гипотеза, однако, также не выдерживает критики.

Во-первых, в 1836 году была опубликована лишь первая часть труда М. Lallemand'a<sup>58</sup>, а последующие части публиковались вплоть до 1842 года; во-вторых, для вынесения столь определённого суждения оснований явно недостаточно, так как М. Lallemand не является создателем учения о так называемой «сперматорее» и имеет множество предшественников (и современников), как непосредственно в первой трети XIX века, так и до XIX века, о чём упоминалось выше.

Нередко встречается гипотеза, согласно которой датой рождения научной сексологии является 1905 год, когда в Вене были опубликованы «*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*» (в русском переводе — «*Три статьи о теории полового влечения*» [21]<sup>\*</sup>) S. Freud'a. Однако — и я многократно писал об этом — психоанализ не является сексологической теорией. В связи с этим оформление теории сексуально-травматической природы истерии или обоснование положений так называемой «психогидравлической» теории либидо не может считаться моментом начала дисциплинарной истории сексологии.

Таким образом, ни одна из предложенных гипотез при более тщательном анализе не может быть признана достоверной.

В связи с этим необходимо было разработать положения, касающиеся общих правил определения даты начала дисциплинарной истории, здесь — применительно к сексологии.

Они сложились в следующем виде:

- неправомерно связывать оформление дисциплины с именами исследователей, традиционно признаваемых «пионерами сексологии»;
- не следует отождествлять рождение сексологии с появлением какого-либо особенно выдающегося труда, посвящённого той или иной значимой или ранее не поднимавшейся сексологической проблеме;
- недопустимо соотносить момент начала дисциплинарной истории с отграничением определённой области врачебной практики, сколь бы специфична она не была.

<sup>58</sup> Разница в инициалах объясняется тем обстоятельством, что в доступной литературе профессора медицинского факультета в Монпелье Lallemand'a (1790 — 1853) (в русской транскрипции «Лаллеман», или «Ляллеман») называют Клодом-Франсуа (Claude-François), тогда как на титульном листе упомянутого труда «*Des pertes séminales involontaires*» [20]<sup>\*</sup> указано: М. Lallemand. Говоря об источнике, я — исходя из соображений библиографической корректности — ориентировался на имеющийся в моей библиотеке оригинал.

*Напротив, определяющим надлежит считать момент возникновения идей дисциплинарной организации, важнейшими составляющими которой являются [первые] дефиниции предмета дисциплины.*

Таким образом, началом дисциплинарной истории [сексологии] следует считать время появления первых дефиниций [предмета], в том числе самого термина-названия дисциплины и / или его эквивалентов.

Этот период можно достаточно чётко обозначить первым десятилетием XX века, когда в рамках энциклопедического творчества в сексологии появились первые дефиниции предмета [сексологии] и была предложена масса эвфемизмов названий дисциплины, наиболее распространёнными из которых являлись: «половой вопрос», «наука о половой жизни», «проблема пола», «сексуальная проблема» и некоторые другие, а затем стал использоваться и сам термин «сексология».

\* \* \*

Определившись с моментом начала дисциплинарной истории сексологии, следует перейти к вопросу о *периодизации* истории сексологии, который, как и ряд других, рассматриваемых здесь, был лишь косвенно затронут в «*Клинике сексологии*» [1, с. 34 — 38, 206, 207 — 402].

Разработанная периодизация становления и развития [отечественной] сексологии отображает реальный процесс её эволюции с учётом особенностей клинико-дисциплинарной идентификации.

**I период** (XIX век) — *протодисциплинарный*.

**II период** (первая треть XX века) — *дихотомический*.

**III период** (50 — 60-е годы XX века) — «*авторских сексологий*».

**IV период** (последняя треть XX века) — *аутодисциплинарно-идентификационный*.

**V период** (с начала XXI века) — *интрадисциплинарный*, или *метасистемный*.

Первым, *протодисциплинарным*, периодом развития сексологии следует признать формирование в XIX веке базовых протодисциплинарных групп, или «групп-родоначальниц», сексологии, в рамках которых патологическая сексуальность

впервые проблематизируется и становится специфическим объектом медицинского внимания, и чьё клинико-методологическое влияние серьёзно исказило процесс становления клинико-дисциплинарной аутоидентификации сексологии, приведя к появлению сохраняющихся и сегодня её монодисциплинарных модификаций.

Вторым, *дихотомическим*, периодом развития сексологии следует считать её становление в первой трети XX века, когда наряду с оформлением ряда монодисциплинарных подходов, наследующих основные концептуальные положения протодисциплинарных групп XIX века, начинают формироваться системно-медицинские традиции сексологии.

Третьим периодом развития сексологии — «*авторских сексологий*» — в целом продолжающим, после значительного временного разрыва, основные тенденции предыдущего периода, следует признать период формирования клинических технологий «патосексологии» в 50 — 60-е годы XX века.

Четвёртым, *аутодисциплинарно-идентификационным*, периодом развития сексологии следует признать становление форм её аутодисциплинарной идентификации в последней трети XX века.

Пятый, *интрадисциплинарный*, или *метасистемный*, период развития сексологии связан с разработкой интрадисциплинарной концепции сексологии [1, 6, 7], а также с оформлением ряда дисциплинарно-идентификационных конструктов (истории дисциплины, единого дискурсивного поля и прочего).

Указанные периоды разграничены довольно чёткими историческими вехами.

Так, первый и второй периоды становления сексологии ограничивает появление первых дефиниций [предмета] сексологии и самого термина-названия дисциплины.

Второй и третий периоды развития отечественной сексологии разделены двумя десятилетиями спада интереса к сексологическим исследованиям накануне войны и в военные годы (хотя при этом в отношении каждого из подходов действовали и особые условия, определяемые сферами сексологической компетенции, социокультурным резонансом и прочими моментами).

Демаркация же между третьим и четвёртым периодами развития отечественной сексологии определена появлением первых форм её клинико-дисциплинарной аутоидентификации.

Пятый период дисциплинарной истории сексологии позволяют отделить формирование и декларация интрадисциплинарной концепции сексологии.

\* \* \*

На основании результатов проведённых исследований были систематизированы дефинитивные и денотационно-сущностные позиции сексологии.

*Сексология — медико-ориентированная дисциплина, в сферу компетенции которой входят разработка и отправление теории и практики клиники [расстройств нормальной сексуальности], теории [денотата] [патологической] сексуальности и аутодисциплинарно-идентификационной теории.*

Комментарий: как самостоятельная дисциплина, сексология способна формировать основные концептуальные уровни, — то есть клинику, денотировать понятие нормальной / патологической сексуальности, следить за формированием и воспроизведением аутодисциплинарно-идентификационных конструктов (последнее означает возможность метатеоретической рефлексии).

В качестве структурных частей, или разделов, сексологии, таким образом, выступают *практическая сексология, теоретическая сексология, историческая сексология и социология сексуальности.*

В задачи *практической сексологии* входят: разработка и отправление теории и практики сексологической клиники [расстройств нормальной сексуальности], в частности, создание диагностического аппарата для унифицированного анализа моделей расстройств нормальной сексуальности; разработка протокольного языка [внутридисциплинарного дискурса] и описание клиники [моделей] расстройств нормальной сексуальности; разработка, апробация и внедрение новых технологий реадaptации и реституции расстройств нормальной сексуальности и их превенция.

Предметом *теоретической сексологии* является разработка теории [денотата] [патологической] сексуальности.

*Историческая сексология* посвящена историко-теоретическому исследованию дисциплинарной эволюции сексологии (и развития знаний о поле и сексуальности), а также разработке и обоснованию аутодисциплинарно-идентификационной теории сексологии.

*Социология сексуальности* исследует социетально- и медико-ориентированные варианты дискурса о сексуальности, куда попадает и анализ методолого-стилистических основ и повседневности сексологической клиники; в целом, социология сексуальности изучает исторические и повседневные формы, способы и механизмы существования практик социального пространства (экологии) сексуальности.

\* \* \*

Частные же результаты приложения клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа — помимо области психо[нейро]наук — таковы.

В настоящее время клинико-дисциплинарно-эволюционные исследования (диссертация) проводятся в области междисциплинарной клинической практики, которая может быть условно названа «хирургией гениталий». Эта область располагается на пересечении теории и практики *урологии, андрологии, гинекологии, оперативной и пластической хирургии, сексологии, ангиологии, онкологии, нефрологии* и прочих.

## Часть II

# МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ



Очевидно, что в качестве методологии настоящего исследования выступает клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ; повторю, что эта работа — его частное приложение.

Тем не менее я, как обычно, хотел бы открыть для аудитории те свои реальные шаги, которыми двигалось исследование, изложить их *verbis indisciplinatis* (хотя раскрыть их в полной мере — задача утопическая; постараюсь воссоздать лишь условную причинно-следственную хронологию); общую логику клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа — все структурно-логические блоки, все сопряжённые шаги и прочее — я изложил выше.

Разумеется, прежде всего я исходил из клинических реалий, из повседневной практики, выясняя: *какова психотерапия сегодня*; вот вопросы, которые я задал себе:

— почему психотерапия, формально прописанная в каждой из клиник, ютится на периферии пограничной психиатрии (имея, к тому же, *status pupillaris*)?

— почему психотерапевты, проводя *de facto* сложнейшие психодиагностические расчёты, многослойную дифференциальную диагностику (ведь часто речь идёт о пресловутых «трудных больных», о психосоматике как таковой!), действуя в жёстком соответствии с синкретической персонологией, выстраивая пути терапии, ориентируясь на тончайшие личностные сдвиги, *de jure* лишены права постановки диагноза и колеблются, словно на распутье, между диагнозом *психиатрическим* (выставленным психиатрами), [*психо*]сomaticким (что определён интернистами) и *патопсихологическим* («заключением по данным экспериментально-психологического исследования», в лучшем случае регистр-синдромами)?

— в силу чего рецептурность — терапевтические шаблоны и методические стереотипы — настолько застит глаза, тем более в области, где как нигде справедлива крылатая фраза: *medicina artium est*? (Эти вывернутые наизнанку рецепты — «гипносуггестия показана при...», «рациональная психотерапия рекомендуется для...» и подобные — особенно недопустимы в области психотерапии.);

— с каких пор отечественных психотерапевтов столь страстно влекут теоретически ущербные, клинически дефектные (и, очень часто, бесполезные практически, а иногда и небезопасные) дериваты психологических теорий, всё ещё представляемые под вывеской психотерапии «новой волны»?

— отчего психоанализ — виртуозный в диагностике ассоциаций (включая сомниологию), но отнюдь не оригинальный, сексуально заангажированный и, главное, терапевтически бесплодный — переживает в отечественном психоическом пространстве триумфальное «возрождение»? (Кажется, всё дело здесь в том, что, как известно, *fruto prohibido es el màs apetecido*.);

— почему в области клинической практики психотерапии больше белых пятен, нежели чётких представлений, — и об этом прямо заявляется в авторитетнейших профессиональных текстах: проблемы оценки эффективности психотерапии, вопросы методических ориентаций, суть механизмов реализации психотерапии и так далее, и тому подобное?

— в силу каких причин [научные] исследования как таковые в области психотерапии проводятся крайне вяло: в основном это интерпретация электроэнцефалографических изменений в различных стадиях гипноза, сомниологические эксперименты (внушённые сновидения с этологической регистрацией и постсомнической реконструкцией), социально-психологические эксперименты (с тестовым [инструментальным] обеспечением), а также редкие клинические диссертации на предмет терапевтической эффективности комбинированной (с рефлексотерапией, медикаментозным лечением или физическими методами) психотерапии?

Все эти печальные вопросы помогли увидеть главное: стало очевидно, что сегодня — впрочем, как и всегда ранее — психотерапия является грандиознейшим, но бессистемным, арсеналом клинически адаптированных психотехник, переживающих — как и всегда ранее — тяжёлые времена.

Затем я обратился к классификации методов и методик психотерапии, чтобы разобраться — почему их столь много, почему они так многоплановы, почему столь дискурсивно диссонантны? Я применял большинство базовых психотехник, наблюдал за их клиническим, коррекционно-педагогическим, социально-управленческим, пейтически-образовательным воплощением, провёл анализ психотерапевтического дискурса и постарался выстроить некую систематику.

Тщательный разбор традиционных клинических (а также некоторых других) областей применения психотерапии позволил сформировать представления о сфере пато-нозологической компетенции (клинике) психотерапии, а исследования в области пато(сано)генеза — значительно расширить ареал использования последней. Заявление психотерапии клинической дисциплиной потребовало разработки логики-семиотики (и алгоритма) психотерапевтического диагноза (что, по достижении исследованием некоторых программных результатов, и было выполнено).

После я пытался понять — как психотерапия действует: что, собственно говоря, происходит, — ведь каждый из методов предлагает своё — [пато]физиологическое, психологическое, экзистенциальное, социально-психологическое и прочие — обоснование.

Для прояснения ситуации я разработал клинический психотерапевтический эксперимент (его схема приведена ниже). (Я отдаю себе отчёт: чтобы провести его в полном объёме, требуются многолетние коллективные усилия, но определённые результаты мне удалось получить.) Проведение эксперимента потребовало колоссальной работы, которая, в частности, включала: исследование, описание и систематизацию «нормальной» и клинической психотерапевтических феноменологий; установление достаточно определённых

ных (чтобы не сказать *достоверных*) ассоциаций между методами (методиками) психотерапии и феноменами, которые полагаются са-ногенными; подбор (а зачастую — даже разработка и модификация) конкретных психотехник, используемых для достижения этого са-ногенного феномена; фармакологические студии; разработка самой методики эксперимента — и его конкретного инструментально-аппаратного воплощения (особо сложными оказались проблемы соблюдения «чистоты» эксперимента и регистрации коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов, но об этом ниже); сведение всего объёма полученных данных и их обработка.

Я обратился также к идее базового — к какой бы категориальной системе мы ни обращались — «психического» (психологического, нейробиологического и так далее) субстрата, на который ориентирована *любая* из психотерапий; оказалось, что он существует, и все многочисленные методы обращаются именно к нему, иначе нельзя... Так я пришёл к простой идее — *идее психотерапии, ориентированной на память*.

Затем я стал восстанавливать все те моменты применения психотерапии, которые встречались в моей практике, — разумеется, я имею в виду не основную свою деятельность в качестве штатного кафедрального психотерапевта-преподавателя, а те прикладные области, где психотерапия — не то воспитание-дидактика, не то развлечение-отдых, допустимые и даже приемлемые в процессе серьёзного психотропного / общесоматического лечения, не то общий психогигиенический режим для реализации просветительской политики. Я обратился также к своим интроспективным опытам — а подобная практика есть неотъемлемая часть профессионального становления каждого добросовестного психотерапевта. Все эти — а также некоторые иные, описанные ниже — моменты отнюдь не противоречили тому мнестологическому ракурсу, который приобрела идея нового метода психотерапии.

Следуя медицинским, да и общеисследовательским, традициям, я провёл также разыскания — они были мучительными и довольно долгими — в области проблемы памяти, коснувшись следующих, интересных психотехнически и клинически, сфер: общая нейробиология [интеллектуально-]мнестических функций, гнозис как интеллектуально-мнестический феномен, психологическое время, сновидение как хроно-мнестический феномен, хроно-мнестическая [пато]феноменология в клинике, фармакология памяти, её нейро-[психо]лингвистический, социо-психический и культуральный контексты и, наконец, возможности и пути хроно-мнестических влияний.

Дальнейшие шаги исследования — апробация и внедрение (и здесь — всё та же, лишь несколько преломлённая, методология); однако, как указывалось выше, *реверсивность* и *соп्राжённость* клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа заставляли постоянно возвращаться назад, — и буквально каждый этап исследования неоднократно повторялся, переосмысливался и переписывался.

Следует также отметить, что большинство обозначенных шагов имели — я прилагал к тому массу усилий — атрибутивный характер, — формируя и закрепляя дисциплинарный статус психотерапии.

Что касается методов, то я подбирал их из множества областей, не возводя между ними, как это обычно делают, некоторых дисциплинарных преград; главное то, что все эти методы методологически равноправны, дискурсивно одноплановы, гомогенны (насколько это возможно) и внутренне мотивированы, то есть ориентированы на имманентную сущность предмета / объекта исследования.

### Глава 3

## ЛОГИКА И МЕТОДОЛОГО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ. МЕТОДЫ И ЭКСПЕРИМЕНТЫ

Теперь же я вынужден повторить, с небольшими изменениями, приведённое выше описание общей логики-методологии исследования.

*Методология* настоящего исследования состоит в постепенной реализации следующих структурно-логических блоков, каковы суть:

- анализ **клинических реалий** (пато-нозология, система диагностики, терапевтический арсенал, общий протокол, включая организационные особенности, и прочее);
- изучение распространённости (**эпидемиологии**), с поправкой на манеру диагностики, групп [психических] расстройств (или, что предпочтительней, **структуры обращаемости**), и, что весьма важно, традиционных профилей обслуживаемых контингентов;
- систематизация и анализ **клинических концепций, теорий** и других подобных конструкторов;
- исследование методологического и научно-методического обеспечения (**атрибутики**) **дисциплины**, в том числе выявление наличия / отсутствия определённости со сферой её пато-нозо-синдромологической компетенции;
- изучение истории существующего status rerum, сопровождающееся исследованием дискурсивной области в целом, и перерастающее в **реконструкцию истории [дисциплинарной организации]**;
- выработка рекомендаций, реальных предложений и шагов по изменению, **модификации клиники**: обоснование сферы клинической компетенции (в отношении покрываемого спектра патологии-нозологии), гипотез пато- и саногенеза, теории диагноза, систематизация феномено-

- логии, разработка концепции терапии и создание новых клинических типологий;
- осознание [частной] методологии исследования, её каллиграфия; отыскание / **разработка конгруэнтных методов**;
  - **апробация** на материалах и контингентах, **пилот[аж]ные исследования**, обработка их результатов и внесение корректив;
  - проведение / накопление основного **массива исследований**; формирование баз данных; осуществление аналитических процедур; оформление отчётов и написание текстов;
  - **разработка, апробация и внедрение** терапевтических, диагностических, организационных, институционализационных и некоторых других **технологий**.

Повторю ещё раз, что основными процедурными особенностями клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, — а следовательно, и методологии настоящего исследования — являются *реверсивность* и *сопряжённость*.

\* \* \*

Определившись с логикой-методологией исследования, следовало выработать адекватное *методическое* обеспечение. Очевидно, что оно распадается на несколько страт, — в соответствии с методологическими уровнями исследования:

- дисциплинарный уровень: психотерапия, медицинская психология и сексология как клинические психодисциплины;
- аналитико-терапевтический уровень: методы и методики психотерапии и психокоррекции;
- каузально-этиологический уровень: синдромально-нозологические формы, объединённые по признаку их отношения к психогениям;
- клинический уровень: особенности клинических, клинико-психологических, психологических проявлений у различных контингентов.

Во избежание построения утомительной иерархии, просто назову основные группы задействованных методов.

Формальные требования, предъявляемые к диссертационным, да и иным научным исследованиям в области психо[нейро]наук, а также реалии повседневного отправления клинической практики, заставляют обратиться к следующим группам методов: *клинические*, *инструментально-функциональные* и *математические*. Сложноподчинённая структура объектно-

предметной сферы настоящего исследования вынуждает ввести ещё две группы: *формально-логические* и *социологические*.

Академические *клинические методы* были представлены клинико-психопатологическими и неврологическими, несколько различаясь для каждого контингента обследованных.

*Инструментально-функциональные* методы включали электроэнцефалографию, эхоэнцефалографию и реоэнцефалографию.

К *математическим* были отнесены методы обработки результатов (клинико-статистический анализ).

*Формально-логические* — как науковедческие, так и документально-библиографические — методы в целом ассимилированы различными процедурами конкурентно-сентенционного архив-анализа практик, и, в частности, клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа, в силу чего останавливаться на них (тем более давать их традиционно абстрактное, безотносительное описание) в данном случае не имеет смысла.

Как бы неожиданно это ни прозвучало, но социологические исследования вплотную примыкают к психоическим. Эти исследования всегда ориентированы на социо-психические феномены — достаточно взглянуть на структуру любой анкеты; их склонность к ассимиляции любых, без исключения, психологических конструктов (будь то поведенческие маркёры, индикаторы мотиваций, шкалы удовлетворённости, определители мнений и тому подобное) воистину неисчерпаема (если только не заглядывать в предысторию становления социологических исследований, в их современном понимании).

Формально же из *социологических* методов были выбраны: наблюдение (включённое, структурированное), традиционный и контент-анализ документов, метод экспертных оценок, а также ряд специальных медико-социологических методов.

Подчеркну, что это те методы, которые использовались для обследования контингентов пациентов и составили формальный раздел исследования, обязательный для клинической диссертации. Ещё одна, важнейшая, роль клинических и инструментально-функциональных методов — проведение дифференциальной диагностики, преследующей цели отграничения пато-нозо-синдромальных форм, лежащих в сфере клинической компетенции психотерапии, от состояний, подлежащих курации в клиниках психиатрии и неврологии.

\* \* \*

Несмотря на то что методически исследование в области психотерапии должно соответствовать общему плану [технологии]

исследований в области психо[нейро]дисциплин, совершенно очевидно, что ни клинико-психопатологическое исследование, ни экспериментально-психологическое, ни традиционное неврологическое не отвечают в полной мере специфике психотерапии.

Более того — диагностика, проведённая в одном из названных ракурсов и завершившаяся постановкой нозологического медицинского (психиатрического или неврологического) либо некоего «психологического» диагноза, не даёт оснований для полноценного развёртывания психотерапии: психиатрический диагноз, не говоря уже о неврологическом, психотерапию чаще всего исключает, а диагноз «психологический» переводит её в плоскость психокоррекции — той её живучей разновидности, которая апеллирует ко всевозможным областям психоического дискурса, кроме необходимой в данном случае клинико-нейробиологической.

В то же время, если мы берём какие-то частные, лишённые методологической агрессивности методики этих достаточно отграниченных и крупных методических стратегий и используем их в подчинённом целям психотерапии виде, то в итоге получаем результаты, на основании которых можно строить теорию и практику психотерапии, — более того, они приближают нас к собственно психотерапевтической диагностике и её практическому выходу — психотерапевтическому диагнозу.

В данном случае речь прежде всего идёт об использовании процедуры сбора *психоанамнеза* и элементов *нейровегетативного* исследования.

К ним примыкают методы *этологического* (рафинированная, снабжённая глоссарием и набором правил экзегетики диагностика поведения) и [*пато*]персоналогического исследований (идентификация личности пациента и идентификация личности психотерапевта), *нейропсихологического* эксперимента, а также исследований *клинико-фармакологических* — анализ терапевтического фармакологического фона и психофармакологические пробы (фон экспериментальный, или специальный).

Использовались и специальные, разработанные в рамках понятийного поля интрадисциплинарной концепции психотерапии или модифицированные методы, которые составили собственно *психотерапевтический* пласт [методов] исследования — и легли в основу процедуры психотерапевтической диагностики. Их можно номинировать как *клинико-психофеноменологические*, или *психометодологические*, методы. Это: психотерапевтическое собеседование, специальные диагностические (феноменные) приёмы, диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома (и метасиндрома), клинико-культуральное исследование.

Отдельную группу составили подчинённые методы *мнестологические*, а также направленные на исследование гнозиса и персонального времени; эти методы впоследствии были встроены в диагностический аппарат симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии).

(О специфике методов исследования дефектологического контингента см. в главе «Клиническое, специальное и социальное применение и противопоказания симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии)».)

\* \* \*

Особую группу составляют методы, использовавшиеся в рамках *клинического психотерапевтического эксперимента* (см. таблицу 1).

Применявшиеся в эксперименте методы — клинические (клинико-психофеноменологические), биохимический анализ, нейропсихологический эксперимент, ЭЭГ-картирование (и другие электро(нейро)физиологические методы), этологический (диагностика поведения). Эти исследования проводились с учётом существующего психофармакотерапевтического фона или на специально созданном (экспериментальном) фармакологическом фоне.

В этом эксперименте — точнее, то была целая серия взаимосвязанных экспериментов — предполагалось установить достоверные взаимосвязи в следующем ряду:

**метод / методика / психотехника → ассоциированный саногенный феномен → клинический эффект-синдром с соответствующими коррелят-механизмами ← терапевтический / экспериментальный (специальный) фармакологический фон.**

На подготовительной ступени эксперимента были определены саногенные феномены, ассоциированные с тем или иным методом психотерапии, — а каждый из основных методов и методик психотерапии<sup>59</sup> *volens-nolens* такой феномен называет (см. таблицу 2).

Следующим шагом стал подбор (из числа существующих) и разработка / модификация методик / психотехник, которые позволяют достичь этого саногенного феномена. Основным критерием выбора — за исключением, разумеется, факта принадлеж-

<sup>59</sup> Имеются в виду те — основные — методы и методики психотерапии, которые включены в классификацию, приведённую в соответствующей главе.

Таблица 1

Схема клинического психотерапевтического эксперимента<sup>60</sup>

Исследуемый [саногенный] феномен, ассоциированный с методом психотерапии	Методика / Психотехника	Клинический психотерапевтический эффект-синдром [кс]
Метод исследования	→ ↓	клинический
Суггестия (суггестивная психотерапия) [sg]	Одномоментный гипноз	
Убеждение (рациональная психотерапия) [rt]	Персуазия	
Катарсис (психоанализ) [kt]	Реверсивные переживания*	
Подкрепление (бихевиоральная терапия) [bh]	Вызванный гнев Наводнение	
Гипнотический транс (эриконовский гипноз) [tr]	Вербально-невербальная подстройка и ведение	
Эйдегизм (нейро-лингвистическое программирование) [ed]	Визуально-кинестетическая диссоциация	
Гештальт-инсайт (гештальт-терапия) [gs]	Проективная игра*	
Скрипт-инсайт (трансактный анализ) [sc]	Деконтаминация — Интеграция	
Научение (моделирование поведения) [cg]	Фрагментация — дефрагментация опыта*	
Аутентичность (экзистенциальная психотерапия) [at]	Снятие дефензивности*	
Осознание (психодинамическая психотерапия) [dn]	Интерпретация	
Забывание (психометодология) [sm]	Летотехника*	

Нейро(био)-химический коррелят-механизм [нх]	Нейро-психологический коррелят-механизм [нх]	Нейро-(электро)-физиологический коррелят-механизм [нф]	Этологический коррелят [эт]	Фармакологический фон [фф]	
				терапевтический	экспериментальный
биохимический анализ	эксперимент*	ЭЭГ-картирование	диагностика поведения		

<sup>60</sup> Здесь и далее: методики, психотехники и эксперименты, помеченные

знаком \*, предложены или модифицированы мной.

Таблица 2  
[Ассоциированные] саногенные феномены

Метод / методика психотерапии	Ассоциированный саногенный феномен
[Гипно]суггестивная психотерапия	Суггестия
Рациональная психотерапия	Убеждение
[Классический] психоанализ	Катарсис
Поведенческая терапия	Подкрепление
«Эриксоновский» гипноз	Гипнотический транс
Нейро-лингвистическое программирование	Эйдетизм
Гештальт-терапия	Гештальт-инсайт
Трансактный анализ	Скрипт-инсайт
Когнитивно-бихевиоральная терапия	Научение
Экзистенциальная психотерапия	Аутентичность
Психодинамическая психотерапия	Осознание
Психометодология	Забывание

ности этой методики / психотехники представляемому методу психотерапии и, в известных пределах, условия её «валидности» в плане достижения искомого саногенного феномена — стала необходимая для проведения эксперимента *одномоментность* (см. таблицу 3).

Тем не менее регистрации подлежали не только *эксплицитные* (то есть объективно регистрируемые во временных рамках эксперимента) признаки, но также *латентные* (отсроченные объективно регистрируемые) и *интерпретируемые* (косвенные или опосредованные) признаки.

Здесь я хотел бы остановиться также на основных трудностях и проблемных моментах этого эксперимента, — для предупреждения возможных возражений со стороны аудитории. Впрочем, на мой взгляд, эти *loci minoris resistentiae* очевидны:

Таблица 3  
Blitz-методики / психотехники

Исследуемый саногенный феномен, ассоциированный с методом психотерапии	Методика / психотехника достижения искомого саногенного феномена
Суггестия (суггестивная психотерапия)	Одномоментный гипноз
Убеждение (рациональная психотерапия)	Персуазия
Катарсис (психоанализ)	Реверсивные переживания*
Подкрепление (бихевиоральная терапия)	Вызванный гнев Наводнение
Гипнотический транс («эриксоновский» гипноз)	Вербально-невербальная подстройка и ведение
Эйдетизм (нейро-лингвистическое программирование)	Визуально-кинестетическая диссоциация
Гештальт-инсайт (гештальт-терапия)	Проективная игра*
Скрипт-инсайт (трансактный анализ)	Деконтаминация — Интеграция
Научение (моделирование поведения)	Фрагментация — дефрагментация опыта*
Аутентичность (экзистенциальная психотерапия)	Снятие дефензивности*
Осознание (психодинамическая психотерапия)	Интерпретация
Забывание (психометодология)	Летотехника*

1) условность процедуры ассоциирования саногенных феноменов и методов психотерапии;

2) использование только краткосрочных, скорее даже одномоментных, [вариантов] методик / психотехник;

3) проблемы репрезентативности выборки;

4) трудность регистрации коррелятов клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

Я попытался разрешить эти проблемы следующим образом:

1) разумеется, я отдавал себе отчёт в условности подобной аналитико-систематизационной процедуры, однако это то — вполне допустимое — огрубление, которое позволяет выявить наличие реальных психофизиологических сдвигов под воздействием того или иного метода психотерапии — либо же констатировать их отсутствие;

2) несмотря на то что многие методы психотерапии в своём классическом (или первоначальном) варианте не подразумевали проведения краткосрочных форм, тенденции к последним сегодня преобладают; более того, в рамках большинства методов декларируется саногенетическая равноценность традиционалистских (длительных) и краткосрочных форм;

3) были отобраны: группа здоровых добровольцев и минимальные — подлежащие оценке с помощью статистических методов — группы, представляющие большинство клинических контингентов исследования;

4) для каждого из коррелятов проблемы регистрации решались по-своему: нейро(электро)физиологическое исследование осуществлялось непосредственно в процессе проведения психотерапии; забор материала (биологические среды) для биохимического анализа производился сразу же по окончании сеанса; нейропсихологический эксперимент (проба) проводился в допустимом временном промежутке последствия [эффекта]; этологические элементы фиксировались в клиническом описании непосредственно после приёма.

Следует отметить, что клинические эффект-синдромы были выделены на основании фиксированных и относительно стабильных комплексов клинических проявлений, сопровождающихся более или менее константными сочетаниями коррелят[-механизм]ов (см. таблицу 4).

По результатам эксперимента были выявлены определённые взаимосвязи (сопряжения) между саногенным феноменом (а следовательно, [ассоциированными] методом / методикой психотерапии) и достигаемым клиническим эффект-синдромом (они представлены в таблице 5).

Наконец, следует сказать о взаимоотношениях клинических психотерапевтических эффект-синдромов и фармакологического фона (см. таблицу 6).

Под *терапевтическим* понимался фон, который создаётся в силу традиционно применяемых при данной патологии (курация в рамках существующих организационных форм оказания психоневрологической помощи) медикаментозных средств (прежде всего, разумеется, психотропных). В свою очередь, фон *экспериментальный (специальный)* получали путём назначения препаратов, потенцирующих достижение того или иного клинического эффект-синдрома / саногенного феномена.

Таблица 4  
Агломерация клинических психотерапевтических эффект-синдромов

Клинические проявления	Корреляты			Клинический психотерапевтический эффект-синдром	Вероятность
	Н(Э)Ф (тип)	НП	ЭТ		
1	2	3	4	5	6
<b>Синдромы типовые (нормальные)</b>					
сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта с терапевтом (сформированный раппóрт)	1-й	снижение	гипокинезия гипомимия	<b>гипноидный</b>	3
резкое сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы, двигательные феномены в системе произвольно регулируемой поперечно-полосатой мускулатуры акинетико-ригидного типа («восковидная гибкость») и сложные внешне целенаправленные поведенческие акты согласно фабуле внушения	3-й	снижение	катаlepsия	<b>катаlepsический</b>	3
изменённое сенсорное восприятие окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективно-критической дифференцировки истинности воспринимаемого	3-й	снижение	мимика растерянности	<b>просоночный</b>	2
вариант полнообъёмного субъективно-чувственного спектра ощущений соответствующей терапевтической фабуле с соответствующей эмоциональной аранжировкой	4-й	повышение	умеренное психо- эмоциональное возбуждение	<b>психо- вегетативный</b>	3
переживание состояния пассивного бодрствования и нейтрально-позитивного эмоционального фона с сохранённой, но неостребованной возможностью активно-экспрессивной реакции	4-й	повышение	атоническая поза	<b>релаксационный</b>	3



Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
снижение репродукции негативно-окрашенных переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и изменённая репродукция с нейтрализацией (инверсией) знака эмоционального сопровождения	3-й	повышение	мимика задумчивости	<b>гипомнестический</b>	2
гиперконформные реакции и поведение, конгруэнтные терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмотивным реагированием	1-й	без изменений	поза и мимика внимания постоянный глазной контакт улыбка	<b>полиморфноконформный</b>	2
<b>Синдромы атипичные (парадоксальные)</b>					
выраженная демонстративность с повышением экспрессивности эмоциональной, двигательной, мимической, вегетативной, эмфатико-интонационной активности в представлении (презентации) болезненных переживаний с возможным изменением содержательной фабулы	3-й	снижение	мимика страдания мимика плача истерический смех аутогрумтинг	<b>истериформный</b>	1
появление выраженной, как правило негативной, поведенческой вербальной, эмоциональной, эмфатико-интонационной реакции в процессе терапевтического контакта с элементами агрессивности	2-й	снижение	элементы агонистического поведения вербальная и перенаправленная агрессия	<b>эксплозивный</b>	1
тотальная вербальная редукция (кашически близкая к психогешному мутизму), как спонтанная, так и вызванная, сопровождаемая богатыми гипермимическими и пантомимическими проявлениями	2-й	снижение	полиморфные мимические комплексы мимика плача повышенная моторика рук	<b>«аффективного мутизма»</b>	1
выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция неприятия в процессе терапевтического контакта	3-й	снижение	мимика отращения мимика презрения	<b>аверсивный</b>	1
демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-агрессивных феноменов с сохранением психотерапевтического контакта и удержанием ситуационного контроля	1-й	снижение	аутогрумтинг смех мимика хитрости улыбка	<b>псевдопуэрильный</b>	1

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6
<b>Синдромы интеркуррентные (патологические)</b>					
переживание пациентом ярких сценически образных эмоционально окрашенных зрительных феноменов после прекращения психотерапевтического вмешательства, сопровождаемое субъективным эмоциональным отношением, с утратой возможности произвольного контроля, но с сохранением критики	3-й	повышение	фиксация взгляда мимика удовольствия	<b>эйдетический</b>	1
формирование нестойких, фрагментарных, неоформленных, легко редуцируемых идей особого отношения с психотерапевтом и / или особого значения терапевтического процесса с частичной редукцией критического отношения пациента и слабостью рационально-смысловой коррекции	3-й	снижение	мимика настороженности поза высокой статичности	<b>«терапевтической паранойи»</b>	1
неадекватная фиксированность на самом терапевтическом процессе, который занимает преобладающее место, приобретает важную роль в субъективных переживаниях пациента с преформированием патологической фабулы на возникший синдром	1-й	без изменений	поза сосредоточенного внимания иногда с избеганием глазного контакта	<b>фиксационный</b>	2
стойкость, ригидность симптоматики по отношению к любому психотерапевтическому воздействию (при соблюдении нормативной технологичности психотерапевтического вмешательства) при эмоционально-индифферентном типе отношения пациента к психотерапии и поведенчески неконфронтационном типе отношений с психотерапевтом	2-й	без изменений	поза ожидания мимика безразличия	<b>резистентный</b>	1

Примечание 1. Нейро(био)химический коррелят-механизм во всех случаях был статистически недостоверен.

Примечание 2. Вероятность возникновения (графа 6): 1 — минимальная; 2 — средняя; 3 — высокая.

Таблица 5  
Ассоциации саногенных феноменов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов

Саногенный феномен, ассоциированный с методом психотерапии	Клинический психотерапевтический эффект-синдром
Суггестия (суггестивная психотерапия)	гипноидный, просоночный полиморфно-конформный
Убеждение (рациональная психотерапия)	«аффективного мутизма»
Катарсис (психоанализ)	истериформный «аффективного мутизма»
Подкрепление (бихевиоральная терапия)	фиксационный
Гипнотический транс («эриксонский» гипноз)	гипноидный, просоночный эксплозивный, релаксационный
Эйдетизм (нейро-лингвистическое программирование)	эйдетический, фиксационный резистентный
Гештальт-инсайт (гештальт-терапия)	резистентный
Скрипт-инсайт (трансактный анализ)	резистентный
Научение (моделирование поведения)	фиксационный
Аутентичность (экзистенциальная психотерапия)	псевдопугерильный
Осознание (психодинамическая психотерапия)	истериформный
Забывание (психометодология)	гипомнестический

Следующую таблицу необходимо предварить указанием на тот факт, что сведения о психоделиках как фармакологическом фоне психотерапии приведены по данным литературы, поскольку эта группа средств запрещена к употреблению. Однако подобные феномены могут периодически встречаться и в клинической практике — они обнаруживаются у пациентов с признаками химической зависимости от веществ группы каннабиноидов.

Таблица 6  
Взаимосвязь клинических психотерапевтических эффект-синдромов и фармакологического фона

Клинические психотерапевтические эффект-синдромы		Нейролептики индизивные	Нейролептики седативные	Нейролептики дезингибирующие	Нейролептики атипичные	Антидепрессанты	Транквилизаторы	Нормотиимики (тимонозолептики)	Ноотропы	Психостимуляторы	Психоделики
		ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc
Типовые (нормальные)	гипноидный	ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc
	каталептический	ptn	ptn	trf	trf	abr	ptn	abr	abr	inf	prc
	просоночный	abr	ptn	abr	abr	abr	ptn	ind	trf	inf	abr
	психовегетативный	inf / trf	inf	ptn	inf	inf / trf	inf	ind	ind	ptn	prc
	релаксационный	ptn	ptn	inf	inf	ind	ptn	ind	inf	inf	ptn
	гипомнестический	ptn	ptn	ptn	ptn	inf	ind / inf	ind	inf	inf	prc
	полиморфно-конформный	ind	ind	ind	ind	ind	inf	ind	ind	ptn	prc
Атипичные (парадоксальные)	истериформный	* p <sup>a</sup>	inf	* p <sup>a</sup>	* p <sup>a</sup>	* p <sup>a</sup>	inf	* p <sup>a</sup>	* p <sup>a</sup>	ptn	prc
	эксплозивный	inf	inf	trf	ptn	ptn	inf	inf	ind	ptn	prc
	«аффективного мутизма»	ptn	ptn	ptn	ptn	abr / ptn	ptn	inf	ind	inf / abr	prc
	аверсивный	abr	abr / inf	abr	abr	inf	inf	inf	ind	ptn / abr	prc
Интеркуррентные (патологические)	псевдопугерильный	inf / abr	inf	inf / abr	inf / abr	abr	inf	inf	ind	ptn	prc
	эйдетический	inf	inf	inf / abr	ptn	ptn	inf	ind	ptn	ptn	ptn
	«терапевтической паранойи»	inf / abr	inf / abr	inf / abr	inf / abr	abr	inf	ind	ind	abr / trf	prc
	фиксационный	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	inf	inf	ind	ind	abr	prc
резистентный	ptn / abr	ptn / abr	ptn / abr	inf	inf / abr	inf / trf	ind	ind	inf	trf / prc	

Примечание. Приведённые в таблице условные обозначения расшифровываются следующим образом:

<b>ptn</b>	(латинское potestās)	— потенцирующее действие;
<b>inf</b>	(латинское infirmātio)	— ослабляющее действие;
<b>abr</b>	(латинское aberrātio)	— искажающее действие;
<b>trf</b>	(латинское trānsfōrmātio)	— трансформация синдрома;
<b>ind</b>	(латинское indiffērentia)	— отсутствие эффекта;
<b>* p<sup>lc</sup></b>	(латинское placeo)	— возможный плацебо-эффект;
<b>prc!</b>	(латинское perīculōsē)	— вероятность осложнений.

\* \* \*

В заключение настоящей главы следует особо подчеркнуть, что все клинические испытания и эксперименты проводились в полном соответствии с положениями Хельсинкской декларации «Об этических принципах медицинских исследований [с вовлечением] людей» (World medical association declaration of Helsinki «Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects» [1]) и требованиями части 1 статьи 45 «Медико-биологические эксперименты на людях» Закона Украины «Основы законодательства України про охорону здоров'я» [2] с обеспечением соблюдения основных требований относительно защиты испытуемых (как пациентов, так и здоровых добровольцев). Согласно общепризнанным международным стандартам предоставлялись гарантии защиты прав и здоровья испытуемых, а также конфиденциальности полученной в ходе медико-биологического исследования (эксперимента) информации, при облигатном условии информированного согласия участников (любого из контингентов, которые будут описаны в следующей главе).

## Глава 4

### МАТЕРИАЛЫ (ИСТОЧНИКИ) ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНТИНГЕНТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

В настоящей работе я опираюсь на результаты исследований, проводившихся с 1990 по 2002 годы и базировавшихся на следующих источниках (материалах) и контингентах.

#### Печатные материалы<sup>61</sup> (глубина поиска более 250 лет)

Наиболее массивный пласт материалов составляют печатные источники и документы: издания и публикации по психотерапии и психиатрии, а также «смежным дисциплинам», истории медицины, как и истории науки в целом, научные хроники, периодическая печать и прочее. Использовались также публикации культуролого-этнографического характера, фундаментальные исторические и науковедческие труды, психологическая, социологическая и философская литература.

#### Архивные материалы (глубина поиска более 150 лет)

Были использованы отдельные архивные материалы (в частности, отчёты лечебно-профилактических заведений), неизданные работы, в том числе крупные диссертации по клинической психиатрии и психотерапии, рецензии на изве-

<sup>61</sup> Кроме моей личной библиотеки, а также библиотек профессоров И.М. Аптера, Б.В. Михайлова, В.В. Кришталя, В.Л. Гавенко, В.В. Бобина, А.А. Мартыненко и других, использовались фонды библиотек: Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков), Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии [и наркологии] МЗ Украины (Киев), Харьковского государственного медицинского университета (ХГМУ), Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина, Харьковской областной научно-медицинской библиотеки, Харьковской областной научно-технической библиотеки им. В.Г. Короленко, Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), Киевского национального университета им. Т.Г. Шевченко, Московского НИИ психиатрии, Харьковского НИИ микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова, Харьковского медицинского общества и некоторых других.

стные монографии, и тому подобное (многие материалы хранились в личных архивах — И.М. Аптера, Г.В. Столярова, Н.П. Татаренко — и потому не были известны широкой аудитории).

#### **Материалы научной деятельности (глубина поиска около 150 лет)**

Было изучено несколько сотен [авторефератов] диссертационных работ в области психиатрии, сексологии, психотерапии, медицинской психологии, а также социальной гигиены / медицины, поднимающих самые разнообразные вопросы психической нормы и патологии, а ещё диссертации, посвящённые некоторым вопросам философии, этики, эстетики, социологии (например, касающиеся проблем политтехнологий и конфликтологии). Исследовались и диссертации по различным отраслям психологии и педагогики. Отдельный солидный класс работ — историко-медицинские диссертации; их обработка преследовала обще-методологические и сравнительно-аналитические цели.

#### **Клинические материалы (глубина поиска около 250 лет)**

Прорабатывались подлежащие регламентации документы, которые сопровождают лечебно-диагностический процесс (преимущественно истории болезни), в том числе архивные и опубликованные.

#### **Статистические материалы (глубина поиска более 100 лет).**

Изучалась медико-статистическая и социологическая информация (в последнем случае основное внимание уделялось различного рода социо-психическим структурам — обязательность получения информации о них заложена в саму конструкцию анкет).

#### **Материалы включённого наблюдения**

Включённое структурированное наблюдение в течение последнего десятилетия охватывало, в основном, научную, педагогическую и клиническую деятельность кафедр психиатрии, наркологии и общей медицинской психологии ХГМУ, кафедры психотерапии и кафедры сексологии и медицинской психологии ХМАПО. В силу узаконенной регламентации деятельности данного типа сообществ и, следовательно, их типовой близости, а также единичности двух последних, исследование в этой части является монографическим, то есть исчерпывающе полно и достоверно описывающим объект наблюдения.

#### **Материалы экспертного опроса**

Использовались результаты экспертного опроса (более 300 «клинических» интервью), проведённого среди членов Национальной лиги психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, ведущих специалистов в сфере психиатрии, психотерапии, психоневрологии, [психо]фармакологии, а также ряда иных гуманитарных областей (психологии, философии, социологии, педагогики, культурологии, юриспруденции).

#### **Педагогическая практика**

Педагогическая деятельность настоятельно требует широкого и постоянного обращения к историческим материалам, так как понимание и разъяснение сущности, проблем и дефектов многих теорий и концептов, методик и техник возможны только с позиций их происхождения; ряд же терминов и понятий имеет весьма противоречивую этимологию, что также требует исторических разысканий.

#### **Клинические контингенты**

Согласно клинической методологии исследования, при формировании контингента обследования я исходил из принципов интрадисциплинарной концепции психотерапии и её производного — психометодологии (в частности, из принципов представленности традиционно подлежащих психотерапии патологических, нозологических и синдромальных форм, с учётом дефектологических контингентов).

В связи с этим основные контингенты обследования были максимально приближены к обозначенным в ICD-10 классам (так как клинические исследования проводились с начала 1990-х годов, некоторые нозологические формы и патологические состояния первоначально шифровались по МКБ-9).

#### **Глава V. Психические и поведенческие расстройства (F2 — F8)**

- [психозы, в частности шизофрения]: F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» — 153;
- F23.31 «[Другие] острые преимущественно бредовые психотические расстройства, при наличии связи с острым стрессом» — 13;
- [невроты]: F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» — 128;
- F45.30 «Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы» — 21;
- F45.31 «Соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта» — 13;

— F45.32 «Соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела желудочно-кишечного тракта» — 15;

— F45.34 «Соматоформная вегетативная дисфункция уrogenитальной системы» — 12;

— [психопатии]: F6 «Специфические расстройства личности» — 57;

— [изменения личности, психические особенности и расстройства вследствие слепоты]: F54 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других рубриках» + F8 «Нарушения психологического развития» + H54 «Слепота и пониженное зрение» — 104.

#### Глава VI. Заболевания нервной системы (G00–G90)

G90.9 «Вегето-сосудистая дистония» — [вегетососудистая / нейроциркуляторная дистония] — 213;

#### Глава VII. Заболевания глаз и прилежащих тканей (H00–H59)

H54 «Слепота и пониженное зрение» — [104].

#### Глава IX. Заболевания системы кровообращения (I00–I99)

I10 «Эссенциальная (первичная) гипертензия»

— [психосоматические заболевания, в частности гипертоническая болезнь]: I.10-I.11.9 «Гипертоническая болезнь» — 272;

#### Глава XI. Заболевания системы пищеварения (K00–K93)

K25 Язва желудка

K26 Язва двенадцатиперстной кишки

K58.– Синдром раздражённой толстой кишки

K59.– Другие функциональные заболевания кишечника

#### Глава IV. Заболевания урогенитальной системы (N00–N99)

N31.0 Незаторможенный мочевой пузырь, не классифицированный в других рубриках

В эксперименте принимали участие 78 [клинически] здоровых добровольцев, после чего проводились выборочные проверки на основных контингентах обследования, подтвердившие полученные результаты, в силу чего различия можно считать несущественными и экстраполяцию допустимой.

Общее число обследованных, таким образом, составило 1079 человек.

В обобщённом виде данные о структуре и количественных показателях обследованных контингентов приведены в таблице 7.

Таблица 7  
Пато-нозо-синдромальная характеристика обследованных контингентов и их распределение по уровням клиники

Контингент (пато-нозо-синдромальные формы)	Уровень клиники	Код МКБ-9	Код МКБ-10	Количество обследованных
Вегетососудистая / нейроциркуляторная дистония	НСУ		G90.9	213
Гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия)	ПСУ		I10-I.10-I.11.9	272
Изменения личности, психические особенности и расстройства вследствие слепоты	ЭАУ		F8 + F54 + (H00–H59)	104
Невротические и связанные со стрессом расстройства (неврозы)	НСУ	300	F4	128
Острые и транзиторные психогические расстройства (реактивные психозы)	ПСУ	298.3 / 298.4	F23.31	13
Соматоформная вегетативная дисфункция верхней части желудочно-кишечного тракта (синдром «раздражённого» желудка)	НСУ		K25 / K26 F45.31	13
Соматоформная вегетативная дисфункция нижней части желудочно-кишечного тракта (синдром «раздражённого» кишечника)	НСУ	306.4	K58.–/K59.– F45.32	15
Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (кардионевроз)	НСУ	306.2	F45.30	21
Соматоформная вегетативная дисфункция урогенитальной системы (синдром «раздражённого» мочевого пузыря)	НСУ	306.5	F45.34	12
Специфические расстройства личности (психопатии)	ЭАУ	301	F6	57
Шизофрения и шизоформные расстройства (шизофрения)	ЭФУ	295	F2	153
<b>Всего</b>				<b>1001</b>

Примечание. Уровни эффектов психогений: ЭАУ — эффекторно-адаптивный; НСУ — невротический, или соматоформный; ПСУ — психосоматический; ЭФУ — эндоформный.

Пациенты прошли обследование на кафедре психотерапии ХМАПО и некоторых её клинических базах (Харьковская городская клиническая поликлиника № 8; Харьковский областной психоневрологический диспансер; Центральная клиническая больница № 5; Харьковская городская психиатрическая клиническая больница № 15; Липецкий психоневрологический интернат; Харьковская областная специализированная гимназия-интернат для слепых детей им. В.Г. Короленко; Харьковская областная студенческая больница № 20, Харьковский НИИ микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова), на кафедре сексологии и медицинской психологии ХМАПО и её клинических базах (Харьковский областной психоневрологический диспансер; Харьковский городской психоневрологический диспансер № 3), а также в других лечебно-профилактических учреждениях, сотрудничающих с Национальной лигой психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины.

### *Часть III*

## **ПСИХО[ТЕРАПЕВТ]ИЧЕСКИЙ ДИСКУРС**

Дискурс, который я назвал «психо[терапевт]ическим», в общем-то вполне можно охарактеризовать — с учётом купюры — как «психоический»<sup>62</sup>, так как он, этот дискурс, един для психиатрии, психотерапии и [клинической] психологии, с незначительными вариациями тематики / проблематики, архитектоники и топографии, а также институций-инстанций.

*Психоический дискурс* — это дискурс о проявлениях (функциях и феноменах) и развитии психики, дискурс о *психическом*.

Он действительно представляется состоящим из трёх частей (или, напротив, распадающимся на них) — дискурс о «нормальной психике» (*психо[лог]ический*), дискурс о «патологии психики» и её лечении (*псих[о][иатри]ческий*) и дискурс о терапии и коррекции психики «психологическими средствами» (*психо[терапевт]ический*).

В целом этот дискурс вращается вокруг любых социо-психических структур, — а таковы суть все проявления, имеющие отношение к поведению. Порой этот дискурс намеренно или невольно редуцируется до уровня *этологического* — дескрипция, экспертиза и интерпретация, а иногда удаляется в сторону дискурса *философского* — высшего, рафинированного своего воплощения: свободного, ограниченного лишь зыбкой межой формальной логики, размышления о психическом-сущем и психическом-должном.

Возможно, в мой адрес последует упрёк в некоей «психоической экспансии», стремлении объявить все социально-социетальные феномены социо-психическими, применить своеобразный вариант редукционизма — «редукционизм психо[лог]ический», наложить стигму *психологизма* (по аналогии с хорошо известными, «вульгарными» *биологизмом* и *социологизмом*), и тому подобном. Однако мои констатации — *mesquinerie* по сравнению с тем, что психобиографический

---

<sup>62</sup> В настоящем случае редуцированное окончание «-εἶδος» («-ides») (греческое *εἶδος* — вид, наружность; способ действия; качество) означает принадлежность, отношение к предмету.

метод P.J. Möbius'a вызрел, в частности, в идею «психоистории» — некоей науки об исторической мотивации<sup>63</sup>. Кроме того, я давно и последовательно выступаю contra психологии, а вернее, психологизма.

Интересный пример являет собой протокольный язык психотерапии — он обнаруживает поразительное смешение дискурсивных стилей из иных областей психоического дискурса (это при том, что протокольный язык психиатрии клинически монотонен, — хотя сегодня и он уже несколько засорён вульгарно-психоаналитическим глоссарием, — да и медико-психологический дискурс, хотя и неоднороден, но черпает всё же больше из различных прикладных психологий — экспериментальной, когнитивной, нейропсихологии и других).

## Глава 5

### ПРОТОКОЛЬНЫЙ ЯЗЫК ПСИХОТЕРАПИИ

Протокольный язык психотерапии, — или же термины, зачастую эпонимические, и понятия, которые составляют её понятийно-терминологическую платформу, используются для диагностики, конвенциональной коммуникации и клинических записей, — не может считаться устоявшимся.

Причины существования этой проблемы очевидны — каждый из сотен психотерапевтических методов и методик, учений и доктрин, концепций и подходов изобретает собственные, подчас лишённые реального наполнения и обоснования, обозначения, с нарушением денотационной и предикативной функций.

Особенностью психотерапии является, как уже отмечалось выше, *эпонимичность*: большинство психотерапевтических формул и приёмов, понятий и терминов идентифицировано с конкретными именами.

Расширение культурно-медицинского пространства, отсутствие разумной профессиональной цензуры и упрощение доступа к полиграфическим технологиям привели к имплантации, насаждению в отечественное психотерапевтическое, психотехническое и психологическое пространство тысяч терминологически неопределённых и этимологически неясных понятий и концептов, Bastard'ов психоической практики, устремлённой к пациенту.

Неконтролируемое расширение этого уродливого глоссария настоятельно диктует необходимость его систематизированного изложения (*на каком же всё-таки языке говорят в психотерапии?*) и, одновременно, делает стройное изложение за-

<sup>63</sup> (Mause L. de) Моз Л. де. Психоистория / Пер. с англ. А. Шкуратова. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. — 512 с.



труднѐнным и даже почти невозможным (упорядочению и сведению к единому знаменателю не поддаются даже названия методов, методик и психотехник).

Классические методы психотерапии — суггестивные, рациональные, поведенческие — в этом неповинны; в рамках же психоанализа S. Freud'a каждый [предложенный им] термин был наделѐн строгим указанием на этимологию, тщательно денотирован и выписан в мельчайших деталях; с теми же, что вызывали возражения, примирило время.

Таким образом, большинство понятийно-терминологических проблем привнесено психотерапией «new wave», а может быть, самѐй практикой психологического консультирования, в виде которого более чем часто отправляется последняя.

\* \* \*

Причины основного понятийно-терминологического конфликта между медицинской и психологической моделями психотерапии состоят в том, что психология не знает дилеммы «ваго- / симпатикотонии» — стержня психосоматической медицины, ленной вотчины психотерапии.

В свою очередь, клинической психотерапии, особенно отечественной, имеющей за плечами почти вековой опыт культивации физиологически-ориентированной психотерапии-гипнологии, достаточно сложно в одночасье перейти к категориальному аппарату нейролингвистики, тем более идентифицировать выдержанные в академических традициях понятия и термины условно-рефлекторной теории и, например, денотаты структур «внутренней» речи.

Поэтому становится вполне очевидно, что содержательное-смысловое наполнение терминов и понятий в рамках названных моделей психотерапии апеллирует к совершенно различным дискурсивным стилям, что влечѐт за собой, помимо лингвистических, массу теоретико-методологических, клиничко-практических, научно-исследовательских и прочих проблем.

Итак, между традиционной, близкой к классической, академической отечественной психотерапией и привнесѐнной психотерапией «новой волны» обнаруживаются большие различия — даже не принимая в расчѐт философско-методо-

логические и этнокультурные влияния<sup>64</sup>, что и обусловило формирование в последние десятилетия «диссолютивных» тенденций в психотерапии.

\* \* \*

Ряд понятий, терминов, концептов формирующегося протокольного языка психотерапии был денотирован в процессе предшествующего изложения — от дефиниции [предмета] психотерапии до определения психотерапевтической клиники, и будет объяснен далее — как, например, психотерапевтический феномен и клинический эффект-синдром, о которых чуть выше много говорилось; здесь предстоит дать определение ещё одному, иерархически организованному, классу важнейших понятий теории и практики психотерапии: это граф «метод — методика — [психо]техника — приём — формула».

Так, психотерапевтический **метод** представляет собой относительно стабильную совокупность [методологических] постулатов, феноменологии и / или понятий и концептов, представлений о структуре личности, физиолого-теоретических обоснований механизмов пато(сано)генеза, диагностических приёмов, равно как и разработанных процедур и техник, сопряжѐнных с определёнными формами проведения психотерапии, — направленную на достижение прогнозируемого результата; метод должен характеризоваться также наработанными представлениями о профессиональной подготовке (включая стилистику поведения) специалиста-психотерапевта и чѐтким определением сферы [клинического] применения (компетенции).

Для характеристики психотерапевтического метода важным, хотя и факультативным, условием является наличие историко-персонологических данных.

**Методика** — образование более низкого уровня, включающее разработанное в рамках метода целесообразное сочетание составляющих психотехнику приёмов и / или формул, организованное применение которых с высокой вероятностью ведѐт к достижению искомого [коррекционно-терапевтического] результата.

<sup>64</sup> О них говорится соответственно в главах «Социально-философские, методологические и прочие заимствования психотерапии» и «Этно-культуральная дифференциация психотерапии».

Психотерапевтическая **техника** (психотехника) — это хронологически и технологически организованная последовательность использования психотерапевтических приёмов и формул, направленных на дифференцированную эксплуатацию различных психотерапевтических феноменов.

Психотерапевтический **приём** составляет эмпирически подтверждённая совокупность психотехнически детерминированных невербальных или сочетающихся с формулами намеренных влияний.

Психотерапевтическая **формула** — это эффективная совокупность вербальных конструкторов, оказывающих predetermined суггестивное и / или трансное, а также, возможно, последующее саногенное, воздействия.

\* \* \*

Задачи преодоления понятийно-терминологических проблем психотерапии и формирования универсального протокольного языка, обладающего дискурсивно-стилистическим единством, находящиеся в неразрывной связи с методологическими, обще-методическими, психотехническими, клиническими, систематизационно-классификационными, организационными, дисциплинарно-идентификационными и прочими проблемами психотерапии.

Настоящая монография призвана, в частности, упорядочить, структурировать (а во многом — и сформировать) понятийно-терминологическую платформу, тезаурус психотерапии, и дать первый вариант её универсального протокольного языка (фактически его сводом является «Предметно-эпонимический указатель»).

## Глава 6

### АРГУМЕНТЫ И АПЕЛЛЯЦИИ, ТЕМАТИКА И ПРОБЛЕМАТИКА ПСИХО[ТЕРАПЕВТ]ИЧЕСКОГО ДИСКУРСА

Чтобы понять психотерапевтический дискурс, следует подвергнуть его определённому аналитическому членению, — и в этой главе я хотел бы провести такой разбор по отношению к его содержательным сторонам.

Система *апелляций* и *аргументов* является важнейшим условием появления, существования и нормального отправления любой социетальной практики, и медицина отнюдь не является исключением. Эта система продуцирует ту ауру достоверности / «истинности», которая перерастает в императивность, всеобщую обязательность, и в конечном счёте придаёт поведению индивида стилистику определённого *modus'a vivendi*; она диктует также *тематику* и *проблематику*, которые суть мимолётные, дискретные (хотя и повторяющиеся!) содержания бесконечной истории психоического дискурса, и, кроме того, определяет организационные формы последнего — архитектонику и топологию практик, институции и инстанции, и прочее (к ним мы обратимся в следующей главе).

#### *Аргументы и апелляции*

Аргументы и апелляции психотерапевтического дискурса распадаются на несколько взаимоперетекающих слоёв, которые, если *attentivement* присмотреться, являются довольно очевидными.

Первый страт — это система *физиологических* аргументов-апелляций, которые ориентированы на патогенетические механизмы возникающих расстройств, хотя об обратных им — и, собственно, составляющих предмет психотерапии — саногенетических воздействиях они говорят как-то очень застенчиво, даже робко.

Второй уровень — хотя он весьма нечётко по своей генеалогии и своему ареалу — аргументы и апелляции *бихевиорального* плана.

Третий страт — это аргументы и апелляции к неким *психологическим* построениям, причем даже не к экспериментальным, как можно было бы предположить, а, скорее, к умоглядным. Однако если бы вся беда состояла в их интроспективности, «субъективности» представлений, то об этом не стоило бы и говорить (ведь никем ещё не доказано, что интроспективная психология уступает в достоверности экспериментальной — доля допущений и условности в последней столь велика, что нивелирует скромные возможности квантификации). Проблема же состоит в том, что эти аргументы и апелляции обращены к неким прагматическим, позитивистским наборам доказательств-аргументов, чужеродным и неприемлемым для психотерапии.

Четвёртый уровень — аргументы и апелляции, лежащие в плоскости *персонологии* — той персонологии, которая на поверку оказывается социальной философией; примером могут служить экзистенциальные тенденции в психотерапии, апеллирующие к популярным персонологическим — инспирированным чисто философски — концепциям.

Несомненно, что в рамках психотерапии адекватными могут быть признаны только тот уровень, та сфера аргументов и апелляций, что являются *клиническими*, — это прежде всего психотерапевтическая феноменология, о которой уже не раз говорилось в этом тексте (мне постоянно хочется назвать её — сказывается медицинская привычка — «нормальной» психотерапевтической феноменологией). Затем, это клиническая феноменология психотерапии (а именно, представления о клинических психотерапевтических эффект-синдромах). Представления о «нормальной» и клинической феноменологиях психотерапии подводят нас к идее саногенеза, за которой теснятся все доктрины патогенеза, да и патологии как таковой (а именно к последним обращены обычно клинические апелляции, и из них черпаются клинические же аргументы).

Следует также констатировать, что эти крупные сферы (страты, уровни) аргументов и апелляций обнаруживают более или менее явные признаки сближения с основными психотерапевтическими парадигмами: «физиологическая» тяготеет

к нейродинамической; «бихевиоральная» — очевидно к поведенческой; «психологическая», причем в её интроспективной части, — к психодинамической; «персонологическая», с известной долей условности, — к рациональной<sup>65</sup>; наконец, «клиническая» — к мнестологической (в данном случае эта связь носит преимущественно методологический характер).

\* \* \*

Тематика и проблематика психотерапевтического дискурса очень обширны, разноплановы и подвижны; попробую прибегнуть к простому обозначению дискутируемых тем и проблем, с минимальными комментариями, поскольку большинство из них постоянно обсуждается в тексте настоящей работы (и многие уже были обговорены выше).

Нужно также заметить, что я сохраняю свои прежние позиции в отношении разведения *тематика* и *проблематика*, почитая первую за *совокупность общих тем и рассуждений о предмете*, порой довольно вульгарных, а вторую — за некую относительно *логичную систему, ориентированную, в той или иной степени, на научно-медицинское знание*. Иными словами, я по-прежнему, рассматривая вопросы [возникновения? появления? происхождения?] тематика / проблематика, отождествляю первую, предваряющую, с представлениями о некоей, достаточно древней, *генеалогии*, а вторую, наследующую, — с довольно формализованным понятием *эволюции*.

И ещё один момент: темы, обладающие определённым кросскультурным постоянством и / или временной протяжённостью, впоследствии превращаются — или же вырождаются — в различные типы проблематики, то есть *проблематизация* (причем не только медицинская, но и этическая, юридическая, пенитенциарная) затрагивает прежде всего темы.

#### Тематика

Разумеется, основная тема — она уже представляется просто-таки неизбежной — *что такое психотерапия* (и, надеюсь, мне удалось внести определённость хотя бы на уровне дефиниций).

<sup>65</sup> Та же экзистенциальная психотерапия как вербально-мировоззренческая политика обнаруживает весомый рациональный компонент (скорее, правда, не в информационно-аргументационном, а в смиренческом ракурсе).

В основном же тематика психотерапевтического дискурса — это прежде всего тематика *психологического влияния*, которую составляют следующие основные группы: причинность, осуществление (возможности и техники), адресность, протокол, регламент, стилистика поведения и отношений, этичность, последствия.

*Причинность*: зачем нужна (почему назначается) психотерапия?

*Осуществление* (возможности и техники): на что способна психотерапия (или, в ином ракурсе: зачем нужна психотерапия)? не опасна ли психотерапия? какими приёмами пользуются психотерапевты?

*Адресность*: кто подлежит, — точнее, кто нуждается в психотерапии?

*Протокол*: как отправляется психотерапия?

*Регламент*: сколько длится психотерапия (читай: сколько времени она отнимает)? во что она обходится?

*Стилистика поведения и отношений* психотерапевта и пациента: кем является психотерапевт для пациента — исповедником? консультантом? «родителем»? другом?

Тесно связана с предыдущей тема *этичности*: каковы морально-этические нормы поведения психотерапевта? исключены ли профессиональные злоупотребления? если нет, то как избежать последних?

Этичность поведения психотерапевта соприкасается с целым рядом проблем; таковы, например, следующие:

- зависимость пациента от психотерапевта<sup>66</sup>;
- зависимость психотерапевта от пациента;
- телесная (прежде всего сексуальная) неприкосновенность пациента в изменённом состоянии сознания (поскольку различные формы изменения сознания практикуются во многих видах психотерапии);
- особая значимость сохранения врачебной тайны, и даже качественно иная её оценка.

*Последствия*: нельзя ли впоследствии управлять индивидом, подвергавшимся [воздействию] психотерапии?

Есть и иные темы психотерапевтического дискурса.

*Каллиграфия*: как заниматься психотерапией?

<sup>66</sup> Справедливости ради следует отметить, что отечественная психотерапевтическая традиция всегда отличалась выраженным академизмом и чёткими механизмами профессионального отбора в области психотерапии, в силу чего затруднений с чистотой профессиональных рядов никогда ранее не возникало.

*Профессиональный ценз*: кто может заниматься психотерапией?

Сегодня многие — всё с тех же конъюнктурных (властных, управленческих, образовательных и прочих) позиций — возражают против цеховой врачебной принадлежности занимающихся психотерапией; некоторыми международными организациями даже декларируется, что, например, психологи, философы, социологи, да и вообще любые лица, имеющие гуманитарное образование и получившие определённую подготовку по психотерапии, вполне способны вести приём (это подводит нас к теме различных *моделей* психотерапии, о которых уже говорилось выше, и к номинации «немедицинской» психотерапии, о которой будет сказано ниже).

Так, согласно «Декларации по психотерапии» [1], принятой Европейской ассоциацией психотерапии (The European Association for Psychotherapy) 21 октября 1990 года в Страсбур[г]е (заранее приношу извинения за то, что пожертвовал стилистикой перевода в пользу его идентичности):

- психотерапия является независимой научной дисциплиной из области гуманитарных наук, занятие которой представляет собой независимую и свободную профессию;
  - обучение психотерапии требует современного, компетентного и научного уровня;
  - разнообразие психотерапевтических методов является обеспеченным и гарантированным;
  - полное психотерапевтическое обучение включает теорию, личный опыт и практику под супервизией; адекватные знания о разнообразных психотерапевтических процессах являются благоприобретёнными;
  - доступ к образованию возможен через различные предварительные квалификации, в частности гуманитарные и общественные науки.
- И, — quod erat demonstrandum, — ни слова о клинике.

Образуется своеобразный *circulus vitiosus*: шаткость дисциплинарного положения и некоторая аморфность психотерапии — естественные следствия её привлекательности в области конъюнктурного, особенно не-клинического, применения психотехник — являются, в определённой мере, фактором, облегчающим и даже потенцирующим мультипликацию этих не-клинических [психотехнических] практик, которые отстаивают свои права на существование, размывая само понятие психотерапии.

*Социетальные аналоги*: не родственна ли психотерапия религии? не подменяет ли она её? не стремится ли она попросту заполнять некий «духовный» вакуум, образующийся в результате секуляризационных процессов?

Наконец, важное значение имеет тематика *тайного знания*: не является ли психотерапия особым умением, связанным с эзотерическим знанием, а также с личностью психотерапевта?

### **Проблематика**

Основная проблематика психотерапии — *это пути и возможности психологических влияний* (с терапевтической и коррекционно-дидактической целями), иными словами — это проблема *психотехник*<sup>67</sup>, которые допускают комбинирование в организованные системы *социальных технологий* (исходя из их сути, они также могут быть названы *психотехнологиями*; эта номинация имела бы дополнительное значение разграничения, поскольку в клинической сфере именно подобные конгломераты именуется методиками / методами).

А какие, действительно, существуют психотехники?

— Они составляют по крайней мере несколько классов.

*Клинические*: диагностические, интрузивные, коррективные, альтернирующие, викарные, реституционные и многие другие, — вполне понятные на первый взгляд (хотя эти вопросы вплоть до последнего времени почему-то затронуты не были). Очевидно, что все эти психотехники: техники гипнотические, суггестивные, конвинктивные и прочие — призваны обеспечить достижение различных психотерапевтических феноменов, а вслед затем и клинических эффект-синдромов (заметно, что они даже поименованы аналогично соответствующим феноменам).

*Социализационные*, — то есть призванные упорядочить поведение, выработать его приемлемую стилистику и тому подобное: дидактические, регламентирующие, организационные, конфликт-технологии, реабилитационно-реадаптационные, статусно-ролевые и другие.

*Политические* — определяющие перераспределение властных полномочий и процессов.

<sup>67</sup> В этом обнаруживается характерное свойство психотерапевтического дискурса: проблематика и тематика неразрывно связаны, и часто проблематизация настолько поверхностна, что несколько не мешает (отсутствуют даже терминологические препоны!) свободной циркуляции дискурсивных потоков в сферах бытования различных практик, равно как между различными институтами и инстанциями.

Иная проблема, вновь-таки имеющая свой тематический аналог, — *сферы компетенции психотерапии*, прежде всего клинические ареалы. Она вплотную касается проблем отношений психотерапии с психиатрией, [медицинской] психологией (и, в более широком ключе, с психологическим консультированием), общесоматической медициной и некоторыми другими отраслями знаний.

Ещё одна, постоянно дискутируемая, даже несколько искусственно, проблема — *директивность / недирективность [стилистки] поведения психотерапевта*, — фрагмент более общей темы.

Наконец, проблема *нативности / травматичности действия психотехник* почему-то поднимается редко, хотя механизмы психологической защиты — тоже психотехники, только аутопсихотехники, и очень часто их действие является повреждающим.

\* \* \*

Итак, обращение к аргументам и апелляциям, тематике и проблематике психо[терапевт]ического дискурса позволило провести его предварительную — дискурсивную же — структурализацию.

## Глава 7

**АРХИТЕКТОНИКА [ПРАКТИК], ТОПОЛОГИЯ,  
ИНСТИТУЦИИ И ИНСТАНЦИИ  
ПСИХО[ТЕРАПЕВТ]ИЧЕСКОГО ДИСКУРСА**

В настоящей главе мне хотелось бы разобрать некоторые, *sic dicta*, «организационные» аспекты психотерапевтического дискурса — *топологию* практик и его *архитектонику*, а также его *институции* и *инстанции*.

**Архитектоника практик**

Общая направленность рассмотрения дискурсивных практик, типологию которых — применительно к сексологии — я описал в «*Клинике сексологии*» [1] и предшествующей ей «*Экологии сексуальности*» [2], сохраняется и в настоящей работе.

Я по-прежнему разделяю практики на *реальные* и *дискурсивные*, различая в числе последних *повседневные* и *интерпретирующие*, которые, в свою очередь, распадаются на *системные* и *маргинальные*.

*Реальные практики* — это все те многообразные формы отправления [клинической] психотерапии, которые ежедневно осуществляются в клиниках, психотерапевтических кабинетах и центрах, а также иных институциях различных форм организации психотерапевтической помощи (частных психотерапевтических кабинетах, психотерапевтических клубах, кризисных центрах и прочих).

*Повседневные практики* — это тот редуцированный, адаптированный для каждодневного употребления дискурс, который сопровождает индивида на всех этапах его социализации, личностного и профессионального роста.

В повседневности несложно выявить очаги реальности, где создаются, хранятся и воспроизводятся — во взаимодействии с реальными практиками — вариативные социо-психические структуры, имеющие тенденции к императивности и контагиозности.

*Интерпретирующие практики* психоического дискурса, как было указано выше, распадаются на *системные* и *маргинальные*.

Разведение системных и маргинальных практик возможно в силу оформления в истории претензий первых на соответствие некоему образцу строго научной деятельности и тенденций вторых к формированию и декларации метаморальных императивов и внедрению различных гедонистических приложений.

Под *системными практиками* понимаются [медико-социальные] способы изучения сущности, характера и результатов (последствий) психологических воздействий и медико-ориентированные технологии таких воздействий, а под *практиками маргинальными* — теории и концепции, интерпретирующие реальные и повседневные психоические практики, но не интегрированные в [клиническую] психотерапию и практически не оказавшие влияния на психотерапевтический дискурс (подобно, например, различным течениям так называемой «парапсихологии»).

Итак, архитектоника практик психотерапевтического дискурса такова: в пронизывающем все социетальные проявления пространстве реальных практик, в каждой его точке, бесконечно воспроизводятся дискурсы повседневных практик, уже в значительной мере сегрегированных от реального поведения; в определённых участках, полях напряжённости этого пространства возникают редкие очаги институционализации, — откуда, сливаясь с властными потоками, исходят императивы системных практик. Практики же маргинальные заполняют многочисленные, не охваченные системным психотерапевтическим дискурсом лакуны, интерпретируя практики повседневные и, разумеется, реальные (отправляясь при этом в не-официальном поле).

И ещё один важный вопрос — эволюция дискурсивных практик.

Очевидно, что эволюция повседневных практик социетальна.

Системные практики в своей эволюции констатируют интерпретации доступных медиализации форм практик реальных (в меньшей степени — повседневных); таким образом, их эволюция имеет фиксирующий, регистрационный, констатирующий характер.

Маргинальные же практики, как правило, прибегают к клонированию, слегка лишь мутирующему под влиянием повседневности.

### Топология

Под *топологией* психо[терапевт]ического дискурса следует понимать наиболее общие свойства его проблемных областей, не изменяющиеся при преобразованиях (эволюции, регрессии, мутациях, инокуляциях и прочем) последних.

Таким общим свойством прежде всего являются *константные взаимоотношения (и взаимодействия) между различными практиками психотерапевтического дискурса*.

Думаю, не стоит и говорить, что реальные практики, в том или ином виде, существовали всегда (навязчивое позитивистское желание проконстатировать очевидность!). Естественно, что всегда были и практики повседневные — многообразие различных форм психологических взаимодействий и влияний не могло — тем или иным образом — не быть воплощено в социетальных — уже гораздо более чистых психологически, нежели реальные, — формах. Однако можно, на мой взгляд, утверждать, что не было такой эпохи, где бы не процветали практики интерпретирующие: аналитика, толкование, экзегеза — наши почти что *naturales necessitates*. Вопрос в следующем: какие практики следует считать «системными», а какие — «маргинальными»?

Мы можем попробовать увидеть это на примерах различных историко-культурных эпох, — хотя я всё так же придерживаюсь мнения, что не следует с уверенностью судить о столь сложном предмете, как «практики психо[терапевт]ического дискурса» (я даже заключаю это выражение в кавычки, настолько оно современно), [проникая] глубже последних пары-тройки веков, как бы чисты мы ни были в своих намерениях, как бы глубоко и разносторонне ни изучали историю культуры, как бы непредвзято ни взирали на прошлое.

Итак, проведём краткое историческое разыскание. Практики реальные в целом понятны, повседневные — не во всём и не все, но всё же отчасти доступны пониманию; а вот те, что непонятны, что вызывают затруднения, что требуют разъяснений, — те как раз и есть интерпретативные практики. Назовём эти последние *герме[нев]тическими* — вместо *системных*, и *прикладными* — взамен *маргинальных*.

### Древнеегипетская цивилизация

Можно обнаружить следующие — пусть условные — иллюстрации:

- для реальных практик: плотное религиозно-обрядовое насыщение;
- для повседневных практик: ритуалы присвоения имени; техники, связанные с двойником (Ка), прозрением (Ах), тенью (Шуит); техники выявления [проявленных] аспектов непостижимого и необозримого, со смещением ритуализации и регламентации в область посмертного (загробного) бытия;
- для герме[нев]тических практик: различные формы отправления жреческих культов (например, трансово-гипнотические техники); формулы-обереги гробниц; смысловые рефрены и эмфатико-интонационная ритмика речитатива в различных ритуалах;
- для прикладных практик: личные праздники.

### Античность

Приведу такие примеры [для] различных типов практик:

- для реальных практик: свободное волеизъявление и ораторское искусство, возведённая в ранг добродетели традиция совершенствования стилистики и семантики речи;
- для повседневных практик: [аналитическая] драма — пик вполне осознанных катартических [психо]техник; сомниологические практики — рафинированные прогностически-поведенческие психотехники; мифологема судьбы;
- для герме[нев]тических практик: [психо]терапевтические техники древнегреческой и древнеримской медицины;
- для прикладных практик: различные варианты алиенации; празднества со стиранием статусных границ и различий.

### Европейское Средневековье

Так, для XII — XIV веков иллюстрациями типов практик могут служить:

- для реальных практик: психические эпидемии;
- для повседневных практик: готическая архитектура — воплощённые в камень психотехники (готические соборы — каменные книги, «арготический» стиль «письма» которых понятен далеко не каждому); совершенствующееся искусство проповеди — упорядочивающей, индуцирующей и унифицирующей императивной суггестии, что призвана порождать безудержное желание очищения [психики], освобождения души от накопившейся скверны; горячий, сбивчивый шёпот исповеди (к тому же пред лицом молчаливо внимающего духовника!), высшие степени интроспекции — анализ, а затем проговаривание мельчайших побуждений [души], бесконечное поле духовного стяжания;
- для герме[нев]тических практик: процедура экзорцизма, да и вообще [церковное] дознание; искусство компиляций и толкований;
- для прикладных практик: кладбищенские гуляния; праздника-карнавалы с ритуальными статусно-ролевыми инверсиями.

Эти несколько примеров, надеюсь, помогут понять различия между названными практиками — и, главное, уяснить, что соотношение их [типов] всегда остаётся неизменным.

### Институции

Главные функции институций — [вос]производить психотерапевтический дискурс в его разновидностях (или же его практиках), поддерживать и модернизировать его, осуществлять его перманентную, неослабевающую экспансию.

Основными институциями психотерапевтического дискурса, при всей их малочисленности, являются так называемые «клиники», принадлежащие [высшим] учебным заведениям и научно-исследовательским институтам. Эти «клиники» создаются при кафедрах психотерапии [медицинских] академий (факультетов) последипломного образования или при соответствующих отделах профильных научно-исследовательских институтов.

Именно на кафедрах психотерапии (а они по-прежнему единичны) формируется информационная и методологическая база психотерапии, проводятся планирование и осуществление научно-исследовательской работы, систематизация клинических данных, разработка ряда дисциплинарно-идентификационных конструкторов и прочее.

Иные институциональные формы — *психотерапевтические отделения*<sup>68</sup> (в Украине их организационным аналогом являются *психосоматические отделения* областных клинических больниц [3]), *психотерапевтические кабинеты*<sup>69</sup>, *психоте-*

<sup>68</sup> *Психотерапевтическое отделение* представляет собой специализированное подразделение стационара, предназначенное для проведения лечения преимущественно методами психотерапии (фактически являясь дневным стационаром отделения неврозов / пограничных состояний).

Психотерапевтические отделения организуются при республиканских, областных, городских психиатрических больницах, крупных психоневрологических диспансерах, а также в общесоматических стационарах.

<sup>69</sup> *Психотерапевтический кабинет* является основным структурным подразделением психотерапевтической службы.

Психотерапевтические кабинеты организуются в территориальных поликлиниках, участковых больницах, специализированных лечебно-профилактических учреждениях (первичное звено).

Психотерапевтические кабинеты второго звена психотерапевтической помощи создаются в районных, городских, областных психоневрологических диспансерах.

Специализированную помощь оказывают психотерапевтические кабинеты, созданные на базе профильных лечебно-профилактических учреждений (кардиологических диспансеров и центров, гастроэнтерологических центров, наркологических диспансеров и прочих).

Довольно разветвлённая сеть создана на базе санаторно-курортных учреждений.

Возрастает число психотерапевтических кабинетов в образовательных учреждениях, на промышленных предприятиях.

*рапевтические центры*<sup>70</sup>, *психотерапевтические клубы*<sup>71</sup>, *кризисные центры / кабинеты социально-психологической помощи*<sup>72</sup>, *частные психотерапевтические кабинеты, кабинеты медико-психологической службы предприятий, [службы] «телефонов доверия»* и некоторые другие.

Многообразие форм институционализации психотерапии является следствием своеобразия характера психотерапевтического дискурса — и, одновременно, причиной этих его особенностей.

Показательна, — особенно в плане возможностей организационной эволюции и «социальной нишации» чистой психотерапевтической практики, одного-единственного метода психотерапии, — ситуация с институционализацией психоанализа: из принципиально непризнаваемой долгие годы частной практики, а затем единичных обществ-ферейнов выросли многочисленные ассоциации и федерации, общества и лиги, центры и институты; эти самовоспроизводящиеся и самодостаточные структуры выполняют практически все функции по подготовке и аттестации кадров психоаналитиков.

В последнее время в большинстве стран СНГ отмечается всё большая интеграция психотерапии в общую практику здравоохранения (общесоматическую медицину) и, как следствие, диффундирование её организационных форм и возрастание числа институций.

<sup>70</sup> Наблюдается тенденция к объединению психотерапевтических кабинетов в *психотерапевтические центры*, на которые возложены функции координации деятельности психотерапевтической службы. Полагается, что интеграция психотерапевтических кабинетов в центры позволяет оказывать более квалифицированную помощь за счёт коллективной деятельности психотерапевтов и психологов, а также специализации психотерапевтических кабинетов.

<sup>71</sup> Задача *психотерапевтического клуба* — продолжение начатой в стационаре психотерапевтической работы с целью возможно более полной социально-трудовой реабилитации пациентов (поддерживающая психотерапия). Психотерапевтические клубы предоставляют также возможности психопрофилактической, медико-педагогической работы не только с пациентами, но и с их близкими и членами их семей.

<sup>72</sup> Своеобразной формой организации психотерапевтической помощи на базе общесоматических поликлиник и здравпунктов высших учебных заведений, близкой к западным *кризисным центрам*, является *кабинет социально-психологической помощи*. Основная его задача — первичная и вторичная профилактика суицида у лиц, находящихся в состоянии кризиса.



### *Инстанции*

Основные задачи инстанций — контролировать, координировать, регламентировать, легализовывать (а иногда — оправдывать и защищать) психотерапевтический дискурс.

Инстанции психотехник — исключительно разнообразны, и они-то как раз отнюдь не являются только клиническими, — а ещё и педагогическими, управленческими, политическими, правовыми и прочими. Роль инстанций выполняют научно-методические центры по психотерапии, а также кафедры / клиники (которые, таким образом, имеют двойную функцию).

Всё большее значение в качестве инстанций психотерапевтического дискурса приобретают профессиональные сообщества психотерапевтов.

В Украине крупнейшими профессиональными организациями в области психотерапии являются Национальная лига психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины<sup>73</sup>, Ассоциация психотерапевтов и психоаналитиков Украины<sup>74</sup>, Союз психотерапевтов<sup>75</sup>, Всеукраинская ассоциация психосоциальной реабилитации<sup>76</sup>, Крымская республиканская ассоциация психиатров, психотерапевтов и психологов<sup>77</sup>.

---

<sup>73</sup> Объединяет врачей (психотерапевтов, психиатров, наркологов, сексологов, невропатологов и прочих), психологов, социальных работников и социальных педагогов, социологов, дефектологов, реабилитологов и других специалистов, которые работают в учреждениях здравоохранения, образования, социального обеспечения, в учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях, социальных службах, административных и правоохранительных органах, а также их коллективы и объединения. Деятельность распространяется на территорию всей страны. На сегодняшний день включает 25 региональных представительств. Правление находится в Харькове. Президент — Б.В. Михайлов.

<sup>74</sup> Деятельность распространяется на территорию всей страны. Правление сперва располагалось в Донецке, а в настоящее время — в Киеве. Президент — С.И. Табачников.

<sup>75</sup> Деятельность охватывает территорию Западной Украины. Правление располагается во Львове. Президент — А.О. Фильц.

<sup>76</sup> Деятельность охватывает всю территорию Украины. Правление расположено во Львове. Президент — И.О. Влох.

<sup>77</sup> Деятельность охватывает территорию Автономной Республики Крым. Правление находится в Симферополе. Президент — В.П. Самохвалов.

*Часть IV*

**МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ  
ПСИХОТЕРАПИИ: ПРОБЛЕМЫ  
ТЕХНИК, САНОГЕНЕЗА  
И КЛИНИЧЕСКОГО  
ПРИМЕНЕНИЯ**

Здесь необходимо повторить, что описание методов и методик психотерапии впервые подчинено унифицированной схеме, в первый раз они изложены по единому алгоритму — что, прежде всего, позволяет сравнить их: изучить, овладеть, оценить в постоянном соотношении, по каждому из выделенных параметров. Это даёт возможность провести осознанный выбор наиболее обоснованного метода (методики) — как *in toto*, применительно к общей стратегии, теории и прочему, так и *in specie* — тактически, в отношении патологии-нозоформы, состояния-реакции.

Напомню, что при описании методов и методик психотерапии в каждом случае помещались: *историко-персоналогическая справка*, указания на *методолого-философские заимствования*, обсуждение *феноменологии*, характеристика *понятий и концептов*, представления о *структуре личности*, требования к *профессиональной подготовке и личности / стилистике поведения психотерапевта*, *психо-физиолого-теоретическое обоснование*, описание возможных *пато(сано)генетических механизмов*, применяемые *диагностические приёмы* и, наконец, аналитическое изложение *процедур и техник*, с учётом *форм проведения*. Также в отношении каждого из методов дано общее заключение относительно ценности (а иногда и возможности) его *клинического применения*, приведены *противопоказания* к использованию и наиболее типичные *осложнения*.

Остановимся подробнее на каждом из пунктов.

Введение *историко-персоналогической справки* обусловлено тем обстоятельством, что психотерапия — очень персонифицированная дисциплина, как уже не раз отмечалось выше. Прежде всего мы можем видеть, как появился метод, а точнее, что он собой представляет: не вершки ли это древней психоической практики, непрерывной или дискретной, монотонной или культурально-детерминированной? или это заказная клиническая разработка, современная, не более полувека от роду, но зато обоснованная, адаптированная, осмысленная, почти валидная? или же авторитарная рустикальная техника на базе двух-трёх повседневных психоических феноменов, доступная каждому? а может быть, это всего лишь

дериват субтильной персонологии, выросшей из консультативной практики, рассчитанной на поддержание боевого духа армии? либо мудрствования новоявленного духоборца от психотерапии? сверщенная идея способного невротика? Этот крошечный абрис позволяет также увидеть основные вехи, штрихи эволюции метода, его колебания и мутации, вплоть до современной формы — которая, к сожалению, далеко не всегда выглядит определённой. Впрочем, довольно обширная историко-реконструктивная часть исследования позволяет чётко представить себе, как появились (во всяком случае, как развивались в отношении клинических нужд) основные методы психотерапии, и здесь мы говорим о них сугубо конкретно, применительно к личной истории каждого из методов.

Указания на *методолого-философские заимствования* преследуют, что очевидно, цели показать истоки психотерапии; хотя они довольно подробно рассмотрены в соответствующей главе, здесь тем не менее приводятся прямые указания: на то, какие именно социально-философские, методологические, концептуальные влияния испытал данный метод психотерапии.

Обсуждение *феноменологии* призвано осветить основные инструментальные, саногенные, вспомогательные и прочие феномены и, что немаловажно, отделить их от концептов.

Характеристика *понятий и концептов* предпринята с целью аналитического описания теоретических конструктов, выполняющих некие атрибутивные функции по отношению к методу как к целому (теории, доктрине и тому подобному).

Излагаются и представления о *структуре личности*, бытующие в рамках каждого метода и методики психотерапии: персонологические взгляды исключительно важны уже даже для определения самого понятия «психотерапия».

В общих чертах обрисованы требования к *профессиональной подготовке и личности*, а также к *стилистике поведения психотерапевта*, предъявляемые в профессиональных сообществах, представляющих тот или иной метод психотерапии. На практике требования к образованию / подготовке очень разнятся — от цикла семинаров, по окончании которого можно получить искомый сертификат, до многолетней напряжённой стажировки, что сама по себе ещё не гарантирует желанной аттестации. Что касается личности / стилистики поведения, то здесь различия лежат не только в плоскости «директивность — недирективность», но и в общей статусно-ролевой (даже социо-культуральной!) позиции: если в Европе психотерапевт — внеконфессиональный Pater (по крайней мере, так было ещё в прошлом веке), то для Северной Америки — наёмный «психотехнолог», нечто среднее между консультантом и сертифицированным продавцом неких специальных услуг.

Очень важно *психо-физиологическое обоснование* метода (хотя в рамках многих методов таковое попросту отсутствует) — оно позволяет оценить клиническую, психофизиологическую, [пато]-персонологическую адекватность метода / методики психотерапии.

Описание возможных *пато(сано)генетических механизмов*, то есть тех представлений о патогенезе страдания и механизмах — достигаемых психотехнически! — саногенеза, которые бытуют в рамках данного психотерапевтического метода (что также далеко не везде присутствует), даёт возможность определить ту реальную — клиническую, патогенетическую, психофизиологическую, саногенетическую, психотехническую — базу, на которую данный метод опирается.

Применяемые *диагностические приёмы* описаны (чаще они специально вычленены) для того, чтобы, с одной стороны, дополнить представления о пато(сано)генетических воззрениях метода, а с другой — сформировать более полное представление о его практическом психотехническом применении.

Аналитическое изложение *процедур и техник* затрагивает, по возможности, все основные процедуры и весь психотехнический арсенал разбираемого метода / методики.

Описание *форм проведения* приводится для ознакомления с организационными моментами того или иного метода психотерапии (регламентом, продолжительностью, институционализацией, контрактом и другим).

В отношении каждого из методов дано общее заключение относительно ценности (да и возможности) его *клинического применения*, поскольку многие из них — даже из тех основных, которые вошли в приводимую систематику — имеют весьма ограниченное использование в клинике, а иногда и просто не могут быть рекомендованы. Для ряда же методов, — а точнее, отдельных их психотехник — указаны также возможные сферы не-клинического применения (социальная реабилитация, управленческий и социально-психологический тренинги, социальные технологии и прочее).

Позволю себе повторить, что в настоящей работе вопросы *показаний к применению*, по сути, излагаются как проблема [критериев] *пато-нозологической конгруэнтности*: фактически традиционный для психотерапии шаблон «возможности метода — покрываемая патология» заменён клинически адекватной последовательностью «сущность пато-нозологической формы — психотерапевтический диагноз — подбор конгруэнтного метода» (эта схема будет рассмотрена в главе «Пато-нозологическая конгруэнтность и критерии выбора методов и методик психотерапии»). В силу этого я отказался от своеобразных — принятых — конъюнктурно-профессиональных «рецептов наоборот»: «показаниями для гештальт-терапии являются...», «нейро-лингвистическое программирование может использоваться в лечении...», и так далее. (Подобные сентенции допустимы только при формальных описаниях / изложении метода — и лишь сугубо с ознакомительной целью.)

*Противопоказания* же, напротив, вполне подлежат обобщениям, систематизации и, следовательно, унификации (в смысле организации их в некий, относительно константный, реестр) — в силу их большего сцепления собственно с методом / методикой / психотехникой.

Подобно противопоказаниям, *осложнения* ассоциированы, как правило, непосредственно с психотехническими особенностями (воробьиными феноменами, интеркуррентными клиническими эффект-синдромами / их коррелят-механизмами, последствием и прочим) методов и методик психотерапии.

Кроме того, я постарался привести клинические наблюдения к каждому из серьёзных методов, — наблюдения эталонные, классические, хрестоматийные, принадлежащие основателю метода либо наиболее известным его представителям, — разумеется, если подобные клинические описания удалось отыскать в соответствующих текстах. (Естественно, я отдавал предпочтение тем случаям, когда был описан собственно процесс психотерапии; особенно же я стремился найти прецеденты психотерапии «чистых» психо[патоло]гических расстройств, как бы они ни были поименованы — «гистеро-эпилепсия» или «мономания», «психопатическая конституция» или «диссоциация деятельности сигнальных систем», «расстройство психологических функций» или «экзистенциальный кризис».)

(Хотя, как я уже указал в *Предисловии*, в отношении синтетических методов приводить прецеденты бессмысленно; кроме того, их попросту нет.)

\* \* \*

Нельзя не коснуться проблемы круга охваченных методов и методик психотерапии — то есть тех, что вошли в предлагаемую классификацию.

Итак: как, по каким критериям отбирались эти методы?

*Во-первых* — и это очевидно — были отобраны только основные методы, ведь счёт их на сотни и тысячи попросту нелеп.

*Во-вторых*, были отобраны методы, существенно отличающиеся [друг от друга], поскольку современные тенденции к их конъюнктурному производству-умножению послужили причиной существования десятков и даже сотен «методов»-двойников. Здесь уже вступила в действие игра слов: мало-мальски оригинальные подходы — например, такие известные, как «позитивная» психотерапия Pesechian'ов, — деликатно именуются «вторичными» методами (что уж говорить о «символ-драме», «сказкотерапии», «алхимической» гипнотерапии Quigley, «имагогике» Meneghetti, ребёфинге Orr'a, «психопунктуре» Salehr'a, «палсинге» Browning и прочих подобных!).

*В-третьих*, выдвигались определённые требования к атрибутивной полноте метода — наличие каких-никаких теорий личности, патологии, саногенеза, моментов институционализации (включая тексты) и элементов инстанций (если не институтов, клиник и кафедр, то хотя бы обществ, ассоциаций и школ).

\* \* \*

Отдельный вопрос представляет собой *фармакопсихотерапия*; мы сталкиваемся здесь с двумя основными проблемами:

— является ли она психотерапией, поскольку крайние варианты наркопсихотерапии предстают, по сути, «наркотерапией», если позволено подобное выражение?

— каковы юридические рамки применения фармакологических препаратов: где допустимые границы эксперимента? применение каких препаратов дозволено (сегодня и вообще)? как быть с психоделиками и психостимуляторами?

\* \* \*

Итак, эта часть имеет своеобразную систематизационно-обучающую направленность, — за счёт краткой, *in Lapidarschrift*, энциклопедичности, и ёмкой, сопровождаемой компаративной аналитикой, схематизации. Это своеобразное *Handbuch*, — где в пределах одной книги, *in situ* — традиционалистски, академически изложены, с неизбежными *refrain'*ами, существующие основные методы психотерапии, — для того чтобы можно было, во-первых, понять, *что представляет собой современная психотерапия вообще*, и каковы её содержание, атрибутика и протокол, её *realiora*; во-вторых, увидеть, *что такое психотерапия с интрадисциплинарных позиций*; в-третьих, — узнать, *чем предложенная симультанно-мнестическая психотерапия respective психометодология отличается от иных методов психотерапии* — и насколько кардинально.

## Глава 8

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И МЕТОДИК

Вплоть до последнего времени не создана общепризнанная классификация методов и методик психотерапии; более того, не предложена и традиционная для клинических дисциплин сколь-нибудь универсальная типология.

Между тем разработка такой систематики в психотерапии имеет особую актуальность.

*Во-первых*, необходимо хотя бы предварительно упорядочить сотни и даже тысячи предложенных разновидностей психотерапии, так как всё их многообразие может быть сведено к нескольким базовым парадигмам — *нейродинамической* ([гипно]суггестия), *рациональной* (рациональная психотерапия), *психодинамической* (психоанализ), *поведенческой* ([когнитивно-] поведенческие методы), *мнестологической* (психометодология); многие идентичные по своим сано(пато)генетическим воззрениям, технике, продолжительности и, главное, эффективности методы и методики поданы под разными углами зрения или же вообще просто обозначены различными эпонимами (более того, они не только тесно переплетены в области психотехник — здесь характерен пример *гипноанализа*, — что вполне естественно, но стремятся к концептуальному слиянию, как-то: *динамическая психотерапия* и *поведенческие методы*, *гештальт-терапия* и *экзистенциальная психотерапия*, *транзактный анализ* и *модификация поведения* etc.). Первым шагом на пути такой систематизации является исследование генуинных особенностей многочисленных, на первый взгляд различающихся, психотерапевтических вариаций (в частности, анализ тезауру-

са — дефиниций, глоссария и протокольного языка) и, следовательно, установление их принадлежности к основным направлениям и методам психотерапии<sup>78</sup>.

*Во-вторых*, следует свести разноплановость прогнозируемых эффектов психотерапии в обозримый ряд и, главное, ассоциировать с реальными сано(пато)генетическими механизмами воздействия психотерапии. Очевидно, что полученный ряд будет во многом конгруэнтен общей психотерапевтической систематике.

*В-третьих*, надлежит идентифицировать существующие психотерапевтические техники (приёмы, формулы и прочее) с возможными клинико-нейробиологическими механизмами реализации психотерапии. Полученные отношения также могут быть органично апплицированы на типологию методов психотерапии.

Наконец, *в-четвёртых*, подчинённой задачей такой типологизации нужно признать установление методолого-методической иерархии [уровней] и внесение определённости в толкование понятий методов, методик, техник, приёмов и формул (поскольку обычной практикой является придание отдельным терапевтическим приёмам статуса техник и даже методик; иногда же второстепенные синтетические, компилятивные методики возводятся в ранг патогенетически обоснованных методов).

\* \* \*

При попытках классификации психотерапии часто прибегают к простейшему оппозиционно-бинарному делению — весьма заманчивому, при всей его бесплодности: *дифективная* и *недифективная*, *симптоматическая* и *каузальная*, *основная* и *поддерживающая*, *интегративная* и *эклетическая*, *поверхностная* и *глубинная*, *когнитивная* и *эмоциональная*, «*механистическая*» и «*гуманистическая*», *динамическая* и *поведенческая*, *ауто-* и *гетеропсихотерапия*, *краткосрочная* и *долговременная*, и тому подобное.

По числу одновременно охваченных пациентов различают *индивидуальную* и *групповую* психотерапию, — и это единственная правомерная оппозиция.

<sup>78</sup> Как показывает исторический анализ, все методы и методики психотерапии — даже проявляя озабоченность и осторожность в обозначении своих предшественников (а иногда и прямо отрицая факты наследования) — имеют аналоги, применялись в эмпирическом виде, и лишь потом получили обоснование в рамках экспериментальной физиологии и клиники нейро(психо)наук (причём последнее выступает как важный фактор возникновения в психотерапии методической полифонии).

Существуют и несколько более сложные типологии, однако они также некорректны в выборе основания классификации.

Так, различают психотерапевтические методы, *раскрывающие причины конфликтов* (психоанализ и психоаналитическая психотерапия), и методы, *направленные на решение конкретной проблемы*.

Некоторыми авторами, особенно зарубежными, проводится разграничение *большой* и *малой* психотерапии: к первой относят психоанализ и психоаналитически-ориентированные методы во всей их совокупности; ко второй — рациональную психотерапию, суггестивные методы и релаксационные техники.

В.Е. Рожнов [1] разделяет психотерапию на *общую* и *частную*, или *специальную*; при этом под первой понимается весь комплекс психических воздействий на больного, направленный на повышение его психоэмоциональной резистентности, а также на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психотравматизацию и ятрогении; вторая же представляет собой совокупность «психических методов лечения», применяемых в качестве ведущих и основных в клинике ряда заболеваний.

Б.Д. Карвасарский [2] подразделяет методы психотерапии на *личностно-ориентированные*, *суггестивные* и *поведенческие* (*условно-рефлекторные*).

Также можно условно выделить (А.Т. Филатов и соавторы [3]) методы психотерапии, *апеллирующие к нейрофизиологически-соматическим механизмам* (гипноз, аутогенная тренировка, косвенная, бихевиоральная психотерапия), и методы, *опосредованные на личностно-психологическом уровне* (групповая, аналитическая психотерапия, гештальт-терапия, психодрама и некоторые другие).

J.W. Aleksandrowicz [4] предлагает деление психотерапевтических методов на следующие группы:

- 1) методы психотерапии, *имеющие характер техник* (гипноз, релаксация, психогимнастика и прочие);
- 2) методы психотерапии, *определяющие условия*, которые способствуют оптимизации достижения целей психотерапии (семейная психотерапия и другие);
- 3) методы психотерапии *в значении инструмента*, используемого в ходе психотерапевтического процесса (таким инструментом может выступать психотерапевт в случае индивидуальной психотерапии или группа при групповой психотерапии);
- 4) методы психотерапии *в понимании терапевтических вмешательств* (вмешательств), рассматриваемых в параме-

трах стиля (директивный / недирективный) или теоретического подхода (интерпретация, научение, межличностное взаимодействие — диалог).

Классификация согласно *целям* психотерапии (L.R. Wolberg [5]) включает следующие рубрики:

- 1) *поддерживающая* психотерапия, целью которой является закрепление и поддержание имеющихся у больного защитных сил и выработка новых, адекватных способов поведения, восстанавливающих душевное равновесие;
- 2) *переучивающая* психотерапия; её цель — изменение поведения больного путём поддержки и одобрения положительных форм поведения и осуждения отрицательных;
- 3) *реконструктивная* психотерапия, когда целью выступают осознание и разрешение интрапсихических конфликтов, послуживших источником личностных расстройств, и стремление достичь характерологических изменений и восстановления полноценного индивидуального и социального функционирования личности.

В клинической практике ряда школ принято деление методов психотерапии на *симптомо-центрированные*, или *симптоматические* (гипнотерапия, аутогенная тренировка, различные виды [само]внушения и другие), *личностно-центрированные*, или *личностно-ориентированные* (базирующиеся на основных течениях современной психологии — динамическом, поведенческом и так называемом «гуманистическом» [направлениях]<sup>79</sup>), и *социо-центрированные*.

<sup>79</sup> Считается, что эти психотерапевтические направления отличаются некоей завершённостью, так как включают и *концепцию личности*, и *теорию патологии* (личностных изменений), и логически выдержанную *технику*.

*Динамическое* направление в качестве базовой детерминанты личностного развития и поведения рассматривает «первичные» влечения и потребности, а невроз — как следствие их вытеснения в «бессознательное» и конфликта с «сознанием»; следовательно, основная задача психотерапии — осознание этого конфликта.

В *бихевиоризме* личность отождествлена с поведением; невроз — это неадаптивное поведение, возникшее в результате ошибочного научения, а потому основная задача психотерапии состоит в обучении новым, адаптивным способам и формам поведения.

«Гуманистическая» психология, а вслед за ней и психотерапия рассматривают в качестве основной потребность личности в самоактуализации, а невроз — как результат «блокировки» этой потребности. Из такого понимания вытекает и задача психотерапии — приобретение пациентом нового эмоционального опыта, способствующего становлению адекватного, целостного «образа Я», и возможностей для «самоактуализации личности».

В завершение, ради полноты картины, следует упомянуть об одной любопытной типологии. Так, Ю.В. Каннабих (1872 — 1939), — переходя «от наиболее простых к более сложным», — различает следующие «направления и школы» психотерапии [1, стб. 822]\*:

- 1) суггестивная психотерапия, или лечение внушением, с его частным случаем — гипнозом (гипнотерапия);
- 2) рационалистическая (рассудочная) психотерапия, или лечение разъяснением и убеждением;
- 3) психоаналитическая психотерапия, или психоанализ в его различных модификациях;
- 4) индивидуально-психологическая психотерапия (метод А. Adler'a);
- 5) примыкающая к психотерапии трудовая терапия, разросшаяся в самостоятельный метод.

\* \* \*

Наиболее обоснованной, как показывают проведённые исследования, является классификация (систематика) [методов и методик] психотерапии, построенная исходя из основания / принципа пато-нозологической конгруэнтности.

Эта классификация подразумевает ориентацию на ассоциированные с методами психотерапии — через посредство саногенных феноменов — клинические психотерапевтические эффект-синдромы, которые являются проводниками механизмов реализации психотерапии с сопутствующими [нейро]биохимическими, нейропсихологическими и нейрофизиологическими коррелят-механизмами.

Такое понимание является основой для правильного применения психотерапии — то есть с ориентацией на саногенный феномен и пути саногенетического влияния в целом, невзирая на концептуальные метапсихологические, мировоззренчески-философские и прочие моменты<sup>80</sup>. Так, если расположить в два ряда методики / психотехники, характерные для различных методов психотерапии, и ассоциированные саногенные феномены, то станет ясно, что последних всего несколько, при разнообразном техническом их воплощении и богатстве аранжировок; это впечатление усилится, если третьим составляющим такой схемы будет клинический эффект-синдром (см. таблицы 3 и 5).

<sup>80</sup> Данная позиция не имеет ничего общего с «эkleктической» или «психотехнической» психотерапией, где подразумевается использование [психо]технических приёмов из различных методов и методик (применяется «то, что эффективно») без каких-либо концептуально-методологических или клинко-физиологических рефлексий.

Однако такая классификация нацелена прежде всего на клиническое использование, равно как и на применение в ходе научно-исследовательской деятельности, и лишена важных с точки зрения наглядности обзорных, панорамных (в определённом смысле даже дидактических) свойств, а также некоей [хронологической] последовательности.

В этой связи можно предложить другую классификацию, которая, будучи ориентированной как на генеалогию, так и на специфическую сущность методов и методик психотерапии, а также — пусть относительно — на их хронологию, позволит наглядно представить всё многообразие психотерапевтического арсенала — и уловить его сущностные черты.

Итак, вот эта практическая классификация.

#### I. Классические методы.

##### 1. Суггестивные.

1.1. Суггестия.

1.2. Гипнотерапия.

1.3. Самовнушение и аутотренинг.

1.4. Эмоционально-стрессовая психотерапия.

1.5. Placebo-терапия.

2. Рациональная психотерапия.

3. [Классический] психоанализ.

4. Поведенческая терапия.

#### II. Групповая [психо]терапия.

#### III. Синтетические методы (психотерапия «new wave»).

1. «Эриксоновский» гипноз.

2. Нейро-лингвистическое программирование.

3. Гештальт-терапия.

4. Групповой анализ.

5. Трансактный анализ.

6. Когнитивно-бихевиоральная терапия.

7. Экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия.

8. Психоаналитически-ориентированная психотерапия.

#### IV. Неоклассические методы.

1. Симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология).

#### V. Опосредованная психотерапия.

#### VI. Фармакопсихотерапия.



Таким образом, в разработанной классификации проведено принципиальное деление методов психотерапии на *классические, синтетические, неоклассические, групповые, опосредованные* и, наконец, *фармакопсихотерапевтические*.

«Классическими» названы методы, которые базируются на реальных саногенных феноменах и базовых, не-интерпретативных, психоических техниках; методы, обладающие относительно прямыми [психо]физиологическими механизмами реализации. De facto — это «методы-техники». И ещё один важный признак: они довольно рафинированны — *психотехнически*.

Напротив, аджектив «*синтетические*» указывает на выраженные синкретичность и искусственность группы методов, вернее методик, психотерапии, — являющихся, по сути, конъюнктурными или инволюционными дериватами классических методов. Для этих методов-методик характерны инконгруэнтность техник (с преобладанием манипулятивных формул), а также превалирование понятийно-концептуальной платформы над феноменной базой. Что до [психо]физиологических механизмов — если их вообще удаётся проследить, — то они сложноопосредованы и, в большинстве своём, спекулятивны.

Под «*неоклассическими*» понимаются новосозданные методы фундаментальной, как указывалось выше, клинко-нейрофизиологической ориентации, для которых характерны тщательная психотехническая проработка и глубокая мнестологическая импрегнация, а также прямая декларация механизмов саногенеза.

Принципы денотации последних трёх групп методов — а именно *групповых, опосредованных и фармакопсихотерапевтических* — кажется, не требуют специальных разъяснений.

Deux mots и о том, почему именно названные методы попали в эту систематику. Le fait est que все они обладают определённым феноменным, [психо]техническим, протокольным, — но, главное, сентенционным, и даже, отчасти, компетенционным — своеобразием, как это станет понятным в процессе последующего изложения.

## Глава 9

# КЛАССИКА ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХОТЕРАПИЯ «NEW WAVE» И ГРУППОВАЯ [ПСИХО]ТЕРАПИЯ

### 9.1. Классические («чистые») психотерапевтические методы

Итак, под *классическими* понимаются методы, которые представляют собой некие «чистые» образования, методы оригинальные, со своим особым действием — через свои, собственные, механизмы реализации. Ещё одна их характеристика — они, по преимуществу, являются «методами-техниками». Они прошли проверку временем; большинство из них отработано — уже именно как методы психотерапии — на протяжении, по меньшей мере, столетия.

Тем не менее, отграниченность классических методов носит условный характер — и они несвободны от определённых взаимопроникновений; примеров тому очень много.

Так, различные методики аутотренинга занимают промежуточное положение между суггестивными и поведенческими методами. Да и классический психоанализ, подобно более поздним когнитивно-поведенческим методам, говорит об усвоении пациентом психоаналитических знаний (обучение и опыт) и пользовании ими — «как собственным умственным достоянием». Невозможно полностью устранить суггестивные элементы из рациональной психотерапии — это очевидно. В свою очередь, из психоанализа нельзя целиком удалить элементы информирующих рационализаций, сокрыть логику самого анализа, не выстраивать цепи доказательств. Каждая же из методик, заявленная как поведенческая, апеллирует к целому ряду феноменно-интрапсихических, личностно-харак-

терологических, суггестивно-рациональных и прочих элементов. О гипнозе же и суггестии нечего и говорить — очевидно, что это die siamesischen Zwillinge.

Таким образом, классические методы, при всей их нарочитой отграниченности в «пуристский» период дисциплинарной истории психотерапии (см. главу «Дисциплинарная история психотерапии»), обнаруживают выраженные черты методического и даже психотехнического [с]родства.

### Суггестивные (пейтические) методы

**Суггестивная психотерапия** использует информационное воздействие на психическую сферу в виде внушения.

Внушение, или суггестия (лат. suggestio), — это восприятие субъектом поступающей извне информации [в полном объёме], некритически, без субъективно-личностной переработки.

Будучи одним из основных психотехнических способов воздействия, внушение представляет собой сложную систему «психотерапевт — пациент»; характер устанавливаемых иерархических взаимосвязей серьёзно влияет на эффективность внушения.

В указанной системе можно выделить несколько взаимосвязанных [структурных] элементов: *суггестивное воздействие* терапевта, *восприятие*, аперцепция этого воздействия пациентом, его *ответная реакция* в виде *акцепции* (желательный феномен), *блокирования* или *инверсии* (нежелательные феномены).

Основным средством суггестивного воздействия является *вербальная формула*; определённые возможности предоставляют *невербальные средства внушения* (поза, мимика, жесты, тактильные и иные воздействия)<sup>81</sup>, которые могут как потенцировать словесные внушения, так и ослаблять их.

Процесс акцепции суггестии пациентом опосредуется через специфические [нейро]психологические и [нейро]физиологические механизмы. Акцепция формул внушения не сводится к одному только непосредственному восприятию, но «запускает» также процессы *запоминания* и механизмы *отставленной реализации*, которые функционируют практически автономно от волевой сферы пациента и идентифицируются им как аутохтонные психические феномены.

<sup>81</sup> Так, В.М. Бехтерев считал внушение воздействием «путём слова и жестов».

Следует отметить, что акцепция — [вос]приятие — внушения возможна только при определённых психофизиологических условиях, а именно в состоянии изменённого уровня сознания, что является облигатным условием эффективности внушения. (При использовании различных психотехнических приёмов внушения степень, а также характер этого снижения осознанности будут неодинаковыми, по-разному реализуясь в состояниях *бодрствования* или *гипноза*, в условиях *медикаментозного* либо же *естественного сна*.)

Предложены различные классификации внушений: *гетеро- и ауто-суггестия* (*самовнушение*); внушение *прямое*, или *открытое*, и *косвенное*, или *закрытое*; внушение *контактное* и *дистантное*.

К основным методикам суггестивной психотерапии правомерно отнести следующие: собственно *суггестия* [*наяву*], *гипно-суггестивная психотерапия*, *ауто-суггестия*, *эмоционально-стрессовая терапия* (*императивная суггестия*), *материально-опосредованная суггестия* (*косвенное внушение*, *плацебо-терапия*). (Суггестивные методы составляют также основу некоторых методик психотерапии «new wave» (например, это «эриксоновский» гипноз и *нейро-лингвистическое программирование*), фармакопсихотерапии (*наркопсихотерапия*, или *наркосуггестия*) и другие.)

Ведущей методикой суггестивной терапии по-прежнему является *гипно-суггестия*, то есть проведение терапевтического внушения пациентам, находящимся в состоянии *гипноза*<sup>82</sup>.

Гипноз представляет собой особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования, и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию прочих факторов внешней среды.

Таким образом, введение больного в состояние гипноза — для реализации задач гипно-суггестии — это, по существу, изменение психофизиологических характеристик центральной нервной системы на фоне избирательной сенсорной депривации.

<sup>82</sup> В силу тесной связи между явлениями внушения и гипноза К.И. Платонов [1], а затем и П.И. Буль [2] сочли целесообразным применение термина «гипно-суггестивная психотерапия».

ции с целью создания условий для восприятия терапевтической суггестии.

В этом свете становится ясно, почему психотерапевтическая практика диктует необходимость разведения понятий *внушаемости* и *гипнабельности*<sup>83</sup>; более того, степени внушаемости и гипнабельности не всегда совпадают<sup>84</sup>.

А.Т. Филатовым [3] было предложено следующее подразделение компонентов внушаемости.

I. По источнику внушения:

- А. Аутовнушаемость.
- Б. Гетеровнушаемость.

II. По анализатору, воспринимающему внушения:

А. Интерорецепция.

- 1. Сердечно-сосудистый.
- 2. Дыхательный.
- 3. Желудочно-кишечный.
- 4. Мочевыделительный.

Б. Экстерорецепция.

- 1. Тактильный.
- 2. Обонятельный.
- 3. Вкусовой.
- 4. Зрительный.
- 5. Слуховой.

III. По содержанию внушения:

А. Активирующая: направленная на проявление физиологической реакции.

Б. Парализующая: направленная на торможение физиологической реакции.

Данные представления важны для понимания концепции психотерапевтического воздействия на физиологические системы, которая, согласно А.Т. Филатову, включает следующие положения:

<sup>83</sup> *Внушаемость* представляет собой своеобразное свойство психики [человека], позволяющее ему воспринимать информацию без критической её оценки, тогда как *гипнабельность* должна рассматриваться в качестве способности центральной нервной системы достигать изменённого состояния сознания в ответ на направленное психологическое воздействие.

<sup>84</sup> Лишь в отдельных случаях хорошая реакция на внушение сочетается с достаточно глубоким торможением центральной нервной системы. Чаще встречается сочетание хорошей реализации внушений с неглубоким состоянием торможения. В этих случаях пациенты отмечают достаточные изменения во время гипнотического сеанса; наблюдается довольно хорошая реакция на внешние сигналы. После выведения из гипнотического состояния они рассказывают, что улавливали окружающие звуки: шаги, шорохи, звонки, стуки и прочее.

- 1) внушение реализуется тем лучше, чем больше кортикализована данная физиологическая система и / или орган<sup>85</sup> (точнее — чем больше представлена эта система в субъективно-чувственном спектре ощущений);
- 2) между степенью жёсткости организации функций системы и реализацией внушений существуют обратные коррелятивные зависимости: чем жёстче организована система, тем в меньшей степени претворяются в ней внушения;
- 3) степень реализации внушения пропорциональна уровневой иерархичности церебрального представительства системы, органа или биологической значимости функции (дополнение Б.В. Михайлова);
- 4) в большей степени реализуются те внушения, которые потенцируют физиологические реакции защитного характера (ощущения боли, тепла etc.);
- 5) внушение больше отражается в тех кортикальных структурах, которые функционально перестроены под влиянием физиологических или патологических доминант;
- 6) активирующая и парализующая внушаемости проявляются в разных анализаторах неодинаково — в зависимости от их физиологических особенностей (так, в зрительном и слуховом анализаторах больше выражена парализующая, нежели активирующая внушаемость; в то же время в двигательном и тактильном анализаторах оба указанных компонента внушаемости выражены примерно в одинаковой степени).

[Гипно]суггестивная психотерапия может проводиться как индивидуально, так и в группе.

Однако даже в условиях групповой [гипно]суггестии необходимо, чтобы наряду с общей [для всех пациентов] суггестивной формулой проводились индивидуальные, конкретизированные внушения, что повышает терапевтическую эффективность.

## Суггестия

Итак, под *внушением*, или *суггестией*, понимаются информационные влияния, вызывающие ощущения, представления, эмоциональные состояния и волевые побуждения, а так-

<sup>85</sup> Так, было установлено, что у детей по сравнению со взрослыми в большей степени реализуются внушения, направленные на изменение тонуса мимических мышц. У взрослых более успешно можно вызывать внушённые движения рук. Указанные различия зависят от степени кортикализации той или иной группы мышц. У детей преобладает кортикальное представительство мимических мышц, а у взрослых — реализация внушений, адресованных к кортикальным отделам представительства мышц рук. В гораздо меньшей степени реализуются внушённые движения ног.

же оказывающие воздействие на вегетативные функции без критико-логической переработки воспринимаемого, вне активного участия личности.

#### Историко-персонологическая справка

Слово «*suggestio*» в значении «внушение», «намёк» встречается у Flavius'a Vopiscus'a (III — IV века). Известная с давних пор, суггестивная психотерапия не идентифицирована с каким-либо определённым именем (именами).

Суггестивная психотерапия («чистая суггестия»), являясь фактически «методом-техникой», ориентирована на базовые психофизиологические феномены, которые подлежат сугубо физиологическому истолкованию, в связи с чем не требуют каких-либо *методологических* и тем более *философских заимствований*, и даже проявляют в этом отношении известную идиосинкразию.

#### Феноменология

*Внушаемость* — это своеобразное свойство психики человека, позволяющее ему воспринимать информацию без критической её оценки.

В рамках физиологически-ориентированной суггестивной психотерапии основные *понятия (концепты)* же как таковые отсутствуют) связаны с психофизиологической феноменологией. Ряд специальных понятий расположен в сфере аргументаций [клинической] нейрофизиологии.

Поскольку суггестивная психотерапия является «методом-техникой», в области персонологии преимущественное внимание уделяется различным антисуггестивным барьерам, точнее — приёмам и способам их преодоления.

#### Структура личности

Личность отграничивается от информационных воздействий рядом барьеров.

Г.К. Лозанов [4] в качестве таковых называет следующие.

Первый антисуггестивный барьер — сознательное критическое мышление; этот *критически-логический барьер* отбрасывает всё, что не создаёт впечатления добронамеренной логической выдержанности.

Второй, не-сознательный *интуитивно-аффективный барьер*, предупреждает интериоризацию всего, что не создаёт доверия и чувства уверенности.

Третий, *этический барьер*, предупреждает реализацию внушений, противоречащих этическим принципам личности.

*Профессиональная подготовка* психотерапевта практически не отличается от таковой в иных клинических дисциплинах. Основное требование, предъявляемое к качествам [личности] и *стилистике поведения психотерапевта*, — выраженная авторитарность / директивность<sup>86</sup>.

Внушение, наряду с апелляцией к рационально-логическому мышлению, является наиболее распространённым способом психотехнического воздействия на больного и, как отмечалось выше, представляет собой сложную систему «психотерапевт — пациент». Устанавливающиеся между ними сложные многоуровневые иерархические взаимосвязи сливаются в единое целое и влияют на эффективность внушения.

#### Психо-физиолого-теоретическое обоснование механизмов патогенеза

Итак, в системе «психотерапевт — пациент» можно выделить несколько взаимосвязанных структурных элементов: суггестивное воздействие врача, аперцепция данного воздействия больным, его ответ в виде *акцепции, блокирования или инверсии*.

Процесс акцепции больным суггестии опосредуется через специфические психофизиологические механизмы. Восприятие формул внушения включает в себя непосредственное восприятие, запоминание и отставленную реализацию, которые функционируют независимо от волевых процессов больного и воспринимаются им как собственные интрапсихические феномены.

Представляется, что акцепция внушения возможна только в строго определённых психофизиологических условиях, а конкретно — в состоянии сниженного уровня осознанности, что является обязательным условием эффективного внушения. При использовании различных психотехнических приёмов внушения степень снижения осознанности будет неодинаковой, реализуясь по-разному в базисных состояниях бодрствования, гипноза, медикаментозного или естественного сна, — поэтому приёмы и способы реализации внушения имеют принципиальное значение.

В рамках суггестивной психотерапии большое значение придаётся диагностике *внушаемости* как важнейшего инструментального феномена [«со стороны»] пациента.

#### Диагностические приёмы

В силу того что эффективность как суггестии наяву, так и гипноза суггестии в большей мере зависит от степени внушаемости, нежели

<sup>86</sup> Именно эти, свойственные всем суггестивным методам, черты послужили впоследствии основанием для декларации — и довольно императивного насаждения — «недирективной» психотерапии.

от иных параметров (в частности, глубины гипнотического состояния и прочего), для выбора оптимального психотерапевтического воздействия необходимо определить степень внушаемости больного, для чего применяется ряд специфических приёмов.

Вот только некоторые из них.

Приём Астахова — вызывание симптома сомкнутых век при пальцевом воздействии врача на верхние тригеминальные точки пациента.

Приём Куэ — Бодуэна № 1 — внушение падения вперед.

Приём Куэ — Бодуэна № 2 — внушение падения назад.

Приём Куэ — Бодуэна № 3 — проба с маятником Шевреля.

Приём Михайлова — колебательные движения кистей рук в такт собственным пульсовым ударам в позе Ромберга.

Приём Рожнова № 1 — внушение невозможности разжатия кистей рук, сомкнутых в «замок».

Приём Рожнова № 2 — внушение несуществующих запахов при предъявлении больному трёх чистых пробирок.

Приём Филатова № 1 — приведение больного в положение стоя, сидя или лёжа, с расположением согнутых в локтевых суставах рук ладонями у груди, при закрытых глазах, а затем внушение следующего: «Ваши руки сами по себе начинают отходить от груди. Руки отходят сами по себе, без Вашего участия».

Приём Филатова № 2 — предложение больному закрыть глаза и внушение ощущения, будто веки смазаны [липким] клеем.

Приём Каткова — внушение разведения, отталкивания сомкнутых кончиков пальцев.

Интересным примером является приём, описанный П.И. Булем — опыт с притяжением имитированного магнита. Используется небольшой металлический груз на прочной нитке и деревянный подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. Испытуемому предлагают взять пальцами вытянутой руки нитку с висющим на её конце грузом. Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определённой плоскости. При этом больному внушают, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. У лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнёт качаться в заданном направлении вследствие возникновения невольных идеомоторных реакций.

Итак, используется ряд приёмов, с помощью которых определяется степень внушаемости пациента: приёмы с падением назад или вперёд, внушение ощущения сцепленных пальцев рук, определение внушённых запахов и другие.

Основным средством внушения является *слово*, речь психотерапевта-суггестора; невербальные же факторы ([панто]мика; облигатная или невольная — сопутствующая — «престижизитация»; тактильные или иные воздействия etc.) обычно оказывают дополнительное — потенцирующее или же ослабляющее — влияние.

### Процедуры и техники

Суггестивные формулы, построенные с учётом состояния больного и характера клинических проявлений заболевания, должны произноситься повелительным тоном.

К условиям, облегчающим реализацию внушения, относится изменение психофизиологических свойств центральной нервной системы, в частности — развитие у пациента изменённых состояний сознания, на достижение которых и направлены многочисленные вспомогательные техники.

Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности (предварительное потенцирование суггестии).

При низкой и средней [степени] внушаемости целесообразно предварительное применение методов *психической саморегуляции*.

А.Т. Филатовым были разработаны следующие принципы составления лечебных внушений [3].

Внушение должно быть разносторонним, а не только симптоматическим; разносторонность обеспечивается воздействиями, проводимыми в трёх направлениях: биологическом, психологическом и [микро]социальном.

Первые направлены на восстановление нарушенных болезнью физиологических функций (артериального давления, дыхания, деятельности желудочно-кишечного тракта etc.); вторые — на коррекцию нарушений психики (восприятия, мышления, эмоций, характерологических черт etc.). Третья группа, [микро]социальные воздействия, связаны с оптимизацией межличностных (в повседневном быту и профессиональном сообществе) отношений, обретением навыков [умения] избегать и предупреждать конфликты etc.

Не следует использовать одну и ту же формулу внушения на каждом сеансе. Вначале необходимо направить внушения на устранение наиболее значимых для больного симптомов, а затем переходить к коррекции второстепенных нарушений.

Содержание каждого последующего сеанса должно логически вытекать из предыдущего. Для этого психотерапевт должен составить программу внушений в гипнозе и отразить её во вкладыше к истории болезни, заполняемой в кабинете психотерапии (или ином регламентированном документе).

Конкретность внушений повышает их эффективность.

#### *Примеры типовых формул лечебных внушений*

При терапии кардиофобического синдрома: «Вы находитесь в состоянии полного внутреннего покоя. Сердце укрепляется. Оно работает чётко, ровно, ритмично. Приятное тепло разливается по грудной клетке. В области сердца — ощущения лёгкости, тепла, покоя. Проходят боли и неприятные ощущения в области сердца. С каждым днём Ваше самочувствие будет улучшаться. Пульс спокойный, лёгкий, ритмичный. Вы уверены в своём сердце».

При лечении синдрома раздражительной слабости: «С каждым сеансом Ваше самочувствие будет улучшаться. Ко всему происходящему вокруг Вы относитесь спокойно. Чувствуете себя в обстановке полного спокойствия. Дома, на работе, на улице — Вы всегда выдержанны, уравновешенны. Внутреннее спокойствие сопровождает Вас

всюду, где бы Вы ни находились и в какую бы ситуацию ни попали. Душевное равновесие всегда с Вами. Ваша раздражительность проходит. Она осталась в прошлом. Раздражительность прошла. Её больше нет».

При коррекции артериальной гипертензии: «Под влиянием моих слов восстанавливается деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы. Ваше давление снижается. Работа сердца улучшается. Вы чувствуете приятное тепло в левой половине груди. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Расширяются кровеносные сосуды. Ваше давление нормализуется».

При [гипно]суггестивной терапии диссомний: «Ваш ночной сон постепенно нормализуется. Вы можете засыпать самостоятельно. Вы любите спать. Вид постели действует на Вас успокаивающе. Когда Вы ляжете в постель, Вас будет неудержимо клонить ко сну. Сон придёт сам по себе, без каких-либо усилий с Вашей стороны. Погружению в глубокий сон не мешают шумы, шорохи, звуки. Вы сможете спать крепким сном до самого утра».

При психотерапии цефалгий: «Постепенно, с каждым сеансом, головные боли будут уменьшаться. Боли уходят. С течением времени они Вас полностью покинут. Голова будет лёгкой, свежей, ясной. Утром, после ночного сна, Вы будете просыпаться хорошо отдохнувшим, с ощущением бодрости, чувством лёгкости, свежести в голове. С каждым днём Ваше самочувствие будет улучшаться».

При психотерапевтической коррекции гипомнезий: «Вы совершенно спокойны. Сейчас мозг отдыхает, набирается сил, восстанавливается его кровоснабжение. Ваши нервные клетки укрепляются. С каждым сеансом память становится лучше. Вы лучше запоминаете даты, цифры, имена. Вы уверены, что память полностью восстановится. У Вас будет отличная память».

При психотерапии астенического синдрома: «Отдыхает нервная система. Нервная система восстанавливает все функции. Улучшается деятельность каждой нервной клеточки, каждого нерва. Нервные окончания становятся менее чувствительными, и Вы спокойнее реагируете на любые сигналы. Под влиянием лечения восстанавливаются функции нервных клеток. Вы чувствуете себя всё лучше и лучше. Вы ощущаете, как с каждым днём улучшается Ваше здоровье, возрастает сила нервной системы. Все ощущения Вы воспринимаете спокойно, совершенно спокойно. Вы сильны и спокойны».

Итак, при составлении формул внушений необходимо учитывать особенности соматического и психического статуса, возраст и пол пациента, степень его внушаемости и особенности личности.

Эффект суггестии оказывается тем сильнее, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение; степень реализации внушения определяется также личностными особенностями пациента.

### Формы проведения

Суггестивная психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Своеобразной суггестивной формой воздействия в состоянии бодрствования является *отвлекающая психотерапия* по В.М. Бехтереву [5]. Суть её состоит в отвлечении внимания пациента от патогенных мыслей, идей, болезненных воспоминаний, «дурных привычек» с одновременным укреплением воли и «привитием более возвышенных взглядов, дающих больному возможность справиться со своим болезненным состоянием». В.М. Бехтерев видел преимущество этого метода, названного им «лечение перевоспитанием», в сочетании *убеждения* и *внушения*, где внушение применяется лишь как удобный способ отвлечения внимания от навязчивых мыслей, а убеждение, осуществляемое в пассивном состоянии больного, направлено скорее на укрепление воли и формирование новых «ассоциаций». Он полагал, что в ряде случаев метод может быть более эффективным, чем метод логического убеждения, так как борьба с болезненными симптомами путём критического обсуждения отнимает у пациентов много сил, а для больных со слабо развитой критикой «приём убеждения вообще должен быть признан малодостигающим цели».

Больному предлагается закрыть глаза и углубиться в себя, ни о чём не размышляя. Если человек не может отрешиться, ему советуют сосредоточиться на ощущениях, обычно испытываемых при засыпании. Затем в больном стараются укрепить — «убеждениями или внушениями» — мысль, что он во всех случаях должен «отвлекаться от своей пагубной привычки и ни в коем случае ей не поддаваться», что у него для этой цели достаточно воли, и тому подобное. При этом необходимо прививать больному и более высокие нравственные взгляды, которые отстраняли бы его от болезненной привычки и поддерживали бы «стойкость его воли», формировать альтернативные интересы или же направлять его внимание на иной род деятельности. С больным проводится ряд таких сеансов.

Метод применялся к пациентам с навязчивыми состояниями и навязчивыми действиями, к больным, пережившим «те или иные нравственные потрясения», к пациентам с «дурными привычками» — химической зависимостью, по современной терминологии.

Суггестивное воздействие присутствует в качестве неотъемлемого элемента при любом контакте врача и пациента; тем более это касается психотерапевтического сообщества. (Элементы суггестивного воздействия, как указывалось выше, вообще свойственны практически любому виду психотерапии.)

Что касается [*клинического*] *применения* метода, то следует отметить, что суггестивная психотерапия применяется при всех видах соматической и психосоматической патологии, —

то есть как непосредственно в клинике психотерапии, так и в многочисленных клиниках [иных дисциплин].

Интересное описание «чистой» суггестии, сопровождаемое клиническим наблюдением, приводит К.И. Платонов.

«Другой приём психотерапии, проводимой в бодрствующем состоянии, основан на применении врачом прямого или косвенного словесного внушения, — пишет К.И. Платонов. — Такой приём может дать положительный терапевтический эффект в том случае, если кора мозга больного находится в состоянии более или менее резко сниженного тонуса. Обычно фактором, снижающим тонус коры мозга больного, может явиться неблагоприятная для него ситуация, созданная возникшим заболеванием или же травмирующими его бытовыми условиями. Однако таким фактором может быть и слово врача.

Применение в бодрствующем состоянии прямого словесного внушения может быть успешным лишь в том случае, если оно проводится врачом, высоко авторитетным в глазах больного. При этом такое внушающее воздействие должно быть сделано совершенно внезапно для больного, т. е. когда он к нему не подготовлен, ибо такой внезапный воздействующий фактор должен создать в коре мозга больного достаточно стойкий пункт возбуждения, изолированный отрицательной индукцией от других участков коры. Внешне это выражается в возникновении у больного состояния оторопелости, растерянности или смущения. Поэтому внушение в данном случае должно иметь характер короткого, не допускающего возражения или сомнения императивного указания или даже приказа.

Приводим пример успешного применения в бодрствующем состоянии больного прямого терапевтического внушения.

Исследуемая З., 22 лет, в течение 3 месяцев беременности страдает постоянной рвотой, может принимать только жидкую пищу и притом лишь весьма малыми порциями, не выносит различных запахов (табака, мыла и др.). Кроме того, регулярно каждое утро у неё наступают мигреноподобные боли, длящиеся 20 — 30 минут, ознобы, учащённое сердцебиение; в последующем у неё отмечается рвота и она находится в состоянии прострации в течение 2 — 3 часов.

После проведённой нами анамнестической беседы и ознакомления больной со случаями излечения рвоты беременных словесным внушением ей было предложено прийти на следующий день для начала лечения.

Но, провожая беременную из кабинета, мы внезапно остановили её у дверей и повелительным, твёрдым тоном, смотря ей в глаза, быстро произнесли: «Итак, у Вас всё кончено, рвот больше нет!» «Но ведь Вы ещё не начали лечения?» — возразила в недоумении, с некоторой растерянностью и удивлением больная. «Нет, лечение начато!» — последовал ответ. «Будет так, как сказано! Разговоры излишни! Идите домой и будьте здоровы!» Больная вышла смущённой.

На следующий день она явилась в прекрасном настроении и радостно заявила, что «со вчерашнего дня всё как рукой сняло». Вечером она поужинала (впервые за 3 месяца), к запахам безразлична, впервые за всё время беременности не было головной боли, утром ела без чувства тошноты.

Мы наблюдали беременную в течение месяца: она продолжала чувствовать себя вполне хорошо. Демонстрировалась нами на врачебной конференции. Благополучно родила в срок.

В данном случае внезапным воздействием сильного императивного внушения в коре мозга больной, находившейся в ослабленном состоянии под влиянием осложнённо протекавшей беременности, был создан очаг концентрированного возбуждения, чем были отрицательно индуцированы другие районы коры мозга. Это вызвало у неё состояние растерянности и оторопелости. Как можно думать, возникшая при этом сильная волна отрицательной индукции привела к устранению имевшейся (и упрочившейся) кортико-висцеральной патологической симптоматики. Всё это было достигнуто лишь прямым императивным внушением, сделанным в бодрствующем состоянии больной. Отметим, что для успеха такого внушения требовалось не только создать тормозное состояние определённых районов коры мозга, что было достигнуто императивным тоном словесного воздействия, но и направить его на устранение имевшегося нарушения» [1, с. 217 — 218]\*.

**Противопоказанием** к использованию чисто суггестивных методов являются психозы, хотя суггестивные элементы, разумеется, входят во все проявления повседневного терапевтического — и, особенно, организационно-дисциплинарного — процессов в психиатрии.

Основным *осложнением* суггестивной психотерапии сегодня признаётся *ятрогения*, в то время как ранее против [гипно]-суггестивной психотерапии как таковой выдвигались гораздо более серьёзные — касающиеся самого феномена внушения — аргументы (см. главу «Дисциплинарная история психотерапии»).

### Гипно[суггестивная] психотерапия

*Гипнотерапия*, а точнее, *гипносуггестивная психотерапия*, представляет собой метод психотерапии, использующий гипнотическое состояние в лечебных целях.

Широко распространено использование в лечебных целях внушения в состоянии гипнотического сна (хотя, например, в отличие от рассматриваемой в настоящей главе классической модели гипнотерапии, в «эриксонском» гипнозе саногенным считается уже одно только достижение состояния гипнотического транса).

#### Историко-персонологическая справка

Несмотря на то что практическое использование гипноза и родственных ему феноменов имеет весьма почтенную историю, *гипнология* в её официально-научном, позитивистски-исследовательском вариан-



те берёт начало с середины XIX века, когда животный магнетизм постепенно трансформируется в гипнотизацию.

Считается, что термин «гипноз», или «гипнотизм» (ранее называвшийся «месмерическим сном»), введён J. Braid'ом (иногда также употребляются термин «бре[й]дизм»), — книга которого, посвящённая изложению средств и возможностей метода, вышла в свет в 1843 году [2]\* (хотя заслуга автора, как будет показано в соответствующей главе, состоит лишь в титульной денотации). С конца 70-х годов XIX столетия терапевтическое действие гипноза изучалось J.-М. Charcot на больных, страдающих истерией.

Известна дискуссия о природе гипноза между Сальпетриерской (J.-М. Charcot) и Нансиейской (H. Bernheim) школами.

H. Bernheim возражал против понятия «стадий гипноза» J.-М. Charcot, считая, что наблюдаемые стадии [гипноза] обусловлены исходящим от гипнотизирующего внушением, а не «патологической» природой самого гипноза.

Существенный вклад в изучение феномена гипноза внесли O.G. Wetterstrand (1845 — 1907), R.F. von Krafft-Ebing, A.-H. Forel, S. Freud и множество других (возможно, будет даже проще назвать тех психоневрологов, кто не имел к этому отношения). Теоретические и практические аспекты применения гипноза в лечебных целях изучались также отечественными учёными — В.Я. Данилевским, А.А. Токарским, В.М. Бехтеревым, И.П. Павловым, И.М. Аптером (1899 — 1996), В.Е. Рожновым (1918 — 1998), А.Т. Филаатовым (1925 — 1997) и многими другими.

Подобно «чистым» суггестивным методикам, гипно[суггестивная] психотерапия представляет собой «метод-технику», аргументы и апелляции которого целиком лежат в поле *[психо-]физиолого-теоретических рассуждений* — и потому не имеет специфических *методолого-философских заимствований*.

#### Феноменология

Под *гипнабельностью* — одним из основных инструментальных психотерапевтических феноменов — понимается свойство центральной нервной системы, позволяющее достигать изменённого состояния сознания в ответ на направленное психологическое воздействие.

*Гипноз* же представляет собой особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия; он отличается как от сна, так и от бодрствования, и сопровождается повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при понижении чувствительности к действию иных факторов внешней среды.

Ещё один из рано обнаруженных гипнических феноменов — *сомнамбулизм* (латинские *somnus* — сон и *ambulo* — ходить), — дословно «снохождение» («лунатизм»), представляющий собой совершение последовательных действий в состоянии глубокого гипноза (или сна).

Возникающий в глубокой степени гипнотического состояния сомнамбулизм напоминает патологическую форму сна, сопровождающуюся двигательными проявлениями. Сомнамбулическая стадия гипноза характеризуется, как правило, [последующими] амнезией и выполнением не только гипнотических, но и постгипнотических внушений (пост-

гипнотическая суггестия); с помощью гипнотических внушений в этой стадии можно вызвать у гипнотизируемого иллюзии, заставить его выполнять различные действия в соответствии с внушённой ситуацией, отвечать на вопросы, добиться потери чувствительности к болевым раздражителям, [изолированного] выделения функции любого анализатора (внушить глухоту, слепоту, утрату обоняния, вкуса). Сомнамбулизм можно вызвать примерно у десятой части гипнотизируемых.

В принципе, выработанные в рамках гипно-суггестологической практики понятия фактически близки к феноменам.

#### Понятия и концепты

Под *раппортом* (французское *rapport* — связь, сообщение) в психотерапии понимается словесный контакт<sup>87</sup> гипнотизирующего с находящимся в гипнотическом состоянии (гипнотизируемым).

Раппорт с гипнотизируемым может быть *изолированным* (реагирование только на слова гипнотизёра) или *обобщённым, генерализованным* (когда любой из присутствующих на сеансе может установить с гипнотизируемым речевой контакт). При изолированном раппорте у гипнотизируемого имеется тонкодифференцированная условная реакция не только на слова, но и на тембр голоса, эмфатико-интонационные особенности речи гипнотизирующего. Словесным внушением состояние изолированного раппорта может быть распространено на другое лицо (явление *передачи раппорта*).

В гипно[суггесто]терапии, как и в иных суггестивных методах, представления о *личностной структуре* не проговорены.

К *профессиональной подготовке* предъявляются те же требования, что и в рамках суггестологии.

#### Психо-физиолого-теоретическое обоснование

Теоретическая разработка механизмов гипнотерапии тесно связана с именами И.П. Павлова и S. Freud'a.

В рамках школы И.П. Павлова были выдвинуты положения, согласно которым физиологической основой гипнотического состояния является процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий [головного мозга] [3]\*. Изменение экстенсивности / интенсивности процесса торможения выражается в различных, детально прописанных клинически, стадиях гипноза. По И.П. Павлову, гипноз представляет собой *частичный сон* — состояние, переходное между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных в различной степени участков мозга сохраняется некий «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность взаимосвязи между гипнотизирующим и гипнотизируемым (представления о гипнозе как о «частичном сне» при нейрофизиологических — в частности электро-

<sup>87</sup> Однако раппорт может быть и невербальным — например, в случае гипнотерапии глухонемых; об этом свидетельствуют и эксперименты по гипнотической индукции иноязычных студентов (M.H. Erickson) [6].

энцефалографических — исследованиях в последующем не подтвердились).

В своё время в ранних психоаналитических студиях гипноз истолковывался с позиций удовлетворения «инстинктивных желаний» человека. Также в психоаналитических теориях гипноза (и гипнотерапии) гипнотическое состояние довольно длительное время расценивалось как возникающее под влиянием особого рода *переноса*.

В последние годы гипноз рассматривается также с позиций «психологии “Я”».

В рамках экспериментальной психологии существуют концепции, придающие определённое значение социо-культуральным факторам, характеру взаимоотношений, сенсомоторным феноменам и прочему.

К настоящему времени разрыв в понимании природы гипноза, разделяющий физиологические, психоаналитические и психологические взгляды, начинает уменьшаться; наблюдаются попытки формирования интегративных психофизиологических взглядов на сущность феномена (В.Е. Рожнов [4]\*; Р.Д. Тукаев [5]\*; L. Chertok [6]\* и другие).

Феномен гипноза как таковой является инструментальным, но может выступать и как вспомогательный, вёрóтный феномен. Тем не менее встречается и самостоятельное использование, эксплуатация феномена гипноза как непосредственно саногенного (без учёта саногенетических воздействий суггестивных элементов, обычно выступающих на первый план).

#### Механизмы пато(сано)генеза

Саногенное действие собственно гипноза используется, в частности, в получившей во второй половине XX века широкое распространение методике *гипноза-отдыха* (см. рубрику «формы проведения»); гипноз при этом трактуется как «частичный сон» (см. рубрику «психо-физиолого-теоретическое обоснование»).

В психотерапевтической практике используется также феномен *гипнотической абреакции*, под которой понимается высвобождение, раскрепощение в состоянии гипноза материала, эмоционально значимого для пациента<sup>88</sup>.

Совершенно естественно, что в практике гипнотерапии диагностические приёмы как таковые сводятся к определе-

<sup>88</sup> Эти трактовки, акцентирующие и даже абсолютизирующие саногенное значение феномена катарсиса, приближают гипнотерапию к катартическим методам.

нию *гипнабельности*<sup>89</sup>, — и, разумеется, сопряжённой с ней *внушаемости*.

#### Диагностические приёмы

При проведении гипнотерапии необходимо учитывать степень гипнабельности пациента; при низком уровне гипнабельности применение гипнотерапии сопряжено с известными трудностями<sup>90</sup>. Также перед началом гипнотерапевтического сеанса необходимо провести беседу для выяснения отношения больного к этому методу лечения и устранения возможных опасений с его стороны (в частности, убеждение в безвредности, невозможности манипулятивного поведения со стороны врача, а также третьих лиц).

Психотехническая сторона гипнотерапии разработана, пожалуй, наиболее хорошо, — в частности, в силу давнего и устойчивого интереса к гипносуггестии и практике эксплуатации её в различных целях — терапевтических, демонстрационных, гомилетико-теологических и прочих.

#### Процедуры и техники

Основными приёмами погружения в гипноз являются: *фасцинация*, *фиксация взгляда*, *пассы*, *ритмические раздражители*, — но, прежде всего, *словесные формулы*.

Предпочтение следует отдавать сочетанию воздействий на анализаторы и словесным формулировкам, в которых описываются ощущения, испытываемые при засыпании (В.Е. Рожнов [7]). Говорить следует негромко, спокойно, ровно, но в то же время уверенно, короткими, понятными, повторяющимися фразами, часто подкрепляя их прямым императивным внушением: «Спать! Спать!»

#### Некоторые способы (приёмы) гипнотизации

Осуществляются воздействием на тот или иной анализатор: зрительный, слуховой, кожный. К таким приёмам относятся:

1. Фиксация взгляда.
2. Фасцинация.
3. Действие ритмических звуковых и световых раздражителей.
4. Пассы.
5. «Сближение рук».
6. Вербальные (словесные) формулы.

При использовании приёма *фиксации взгляда* гипнотизируемому предлагают фиксировать свой взор на какой-либо одной точке, на-

<sup>89</sup> Подобно способам и приёмам гипнотизации, приводимым ниже, они чрезвычайно разнообразны, так как фактически являются их упрощёнными вариантами.

<sup>90</sup> Существует мнение о возможности развития гипнабельности — в терапевтических целях.

пример на блестящем металлическом шарике. Возникшее естественное утомление глаз и желание сомкнуть веки способствуют быстрому наступлению сна.

Приём *фасцинации* (предложен в начале XIX века португальским аббатом Façia) является разновидностью предыдущего. Пациента просят смотреть в глаза гипнотизирующему, не мигая; гипнотизёр при этом смотрит на переносицу пациента.

В приёме *ритмических раздражителей* используется усыпляющее действие монотонных звуков: метронома, морского прибора, падающих капель воды etc.

Приём *пассов* реализуется так: гипнотизирующий проводит несколько раз ладонью с широко расставленными пальцами вдоль лица и туловища гипнотизируемого, не касаясь его, по направлению от головы к ногам. Этим способом пользовался ещё F.-A. Mesmer, который полагал, что воздействует на больного «магнетическими флюидами».

Приём *«сближения рук»* заключается в том, что пациента просят закрыть глаза, согнуть руки в локтевых суставах под прямым углом и медленно сближать кончики пальцев рук, говоря ему: «Ваши пальцы будут медленно сближаться. Когда кончики их сойдутся, Вы сделаете глубокий вдох и будете спать крепким сном».

В ряде способов гипнотизации влияние оказывается одновременно на несколько анализаторов (тактильный, слуховой и прочие).

#### *Общие вербальные формулы*

Формула гипнотизации: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чём не думать. Внимательно слушайте то, что я буду Вам говорить. У Вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Всё больше и больше расслабляются мышцы рук, ног, всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и, по мере того как я буду проводить этот счёт, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать всё больше и больше, всё сильнее и сильнее. Когда я назову цифру “десять” — Вы заснёте».

Формула дегипнотизации: «Через полминуты я выведу Вас из гипнотического сна. Сейчас я сосчитаю до трёх. На счёт “три” Вы проснётесь. “Один” — освобождаются от сковывающего действия руки, “два” — освобождаются ноги и всё тело. “Три” — Вы проснулись, откройте глаза! Настроение и самочувствие очень хорошие, ничто не мешает, не беспокоит. Вы очень хорошо отдохнули. Вам приятно и спокойно».

Длительность сеанса гипнотерапии определяется задачами гипнотизации (лечебной, исследовательской, учебной и прочими).

Перед выведением из гипнотического состояния загипнотизированного предупреждают об этом; внезапная же дегипнотизация может повлечь за собой общую слабость, сердцебиение, головную боль и другие осложнения (см. рубрику «[клиническое] применение, осложнения и противопоказания»).

Различными авторами предлагалось выделение 3, 4, 6, 9 и даже 12 стадий гипноза; в психотерапевтической практике обычно ориентиру-

ются на предложенное А.-Н. Forel'em [7, 8]\* деление гипноза на 3 стадии (степени): *сонливость*, *гипотаксию*, *сомнамбулизм*<sup>91</sup>.

Первая стадия — *сонливость* — характеризуется лёгкой мышечной слабостью и дремотой; гипнотизируемый, при некотором усилии, ещё может противостоять внушению, открыть глаза.

Вторая стадия — *гипотаксия* — отличается глубокой мышечной слабостью (в этой стадии уже можно вызвать внушённую каталепсию; иногда она возникает спонтанно); пациент уже не может открыть глаза.

Третьей стадии — *сомнамбулизму*<sup>92</sup> — свойственны [последующая] амнезия и способность к выполнению не только гипнотических, но и постгипнотических внушений.

По форме проведения внушения в гипнозе могут быть:

- *прямыми* — то есть направленными непосредственно на симптом;
- *косвенными* — потенцируется действие других лечебных воздействий: медикаментов, физиотерапии, лечебной физкультуры и других; можно потенцировать эффект прикосновения к зонам акупунктуры;
- *постгипнотическими прямыми* — внушается, что устранение симптома произойдет после гипнотического сеанса;
- *постгипнотическими косвенными* — потенцируется лечебное воздействие, применённое после гипнотического занятия.

Техника [проведения] гипносуггестии, разработанная на кафедре психотерапии ХМАПО под руководством А.Т. Филатова [3], подразумевает структурирование, компонентами которого являются: интроцептивное расслабление, потенцирование гипнотического состояния, внушение общетерапевтического действия, суггестия чувства комфорта, закрепление спокойствия, пролонгирование лечебного действия гипноза.

#### *Техника гипнотерапии*

Эта техника предусматривает 16 последовательных этапов погружения в состояние гипнотического сна, лечебного внушения и дегипнотизации.

1. Установка на удобную позу: «Ложитесь (садитесь)... Примите удобную позу... Итак, принятое положение тела удобно. Закрывайте глаза. Успокаивайтесь. Находитесь в состоянии покоя и отдыха».

2. Адресация внушений к кинестетическому анализатору: «Мышцы рук, ног, туловища расслаблены... В них нет ни малейшего напряжения... Всё тело приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют Ваши веки. Веки тяжелеют всё больше и больше... Они отяжелели и плотно-плотно слиплись».

Начинают расслабляться мышцы Вашего тела. Расслабляется лоб. Расслабляются щёки. Чувствуете мышцы нижней челюсти. Полностью расслабились мышцы лица. Ваше лицо расслабилось».

<sup>91</sup> Для реализации терапевтической суггестии достаточно достижения стадии *сонливости*.

<sup>92</sup> Сомнамбулизм может возникать, минуя первые две стадии гипноза.

Расслабление переходит на мышцы шеи. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Расслабились мышцы туловища.

Начинают расслабляться руки. Расслабились плечи. Расслабились предплечья. Расслабились кисти рук.

Начинают расслабляться ноги. Расслабились бёдра. Расслабились голени. Расслабились стопы.

Полностью расслабились мышцы Вашего тела».

3. Интероцептивное расслабление: «Начинают расслабляться внутренние органы. Вы ощущаете расслабление внутри головы, внутри груди, внутри живота. Расслабляется каждый нерв. Расслабляется каждая нервная клетка. Всё расслабилось в Вашей голове. Нет никакого напряжения».

3.1. Адресация внушений к дыхательному аппарату: «Дыхание Ваше стало ровным, спокойным, ритмичным».

3.2. Адресация внушений к сердечно-сосудистой системе: «С каждым вдохом Ваше сердце бьётся всё спокойнее, ритмичнее... Приятная теплота разливается по всему Вашему телу».

4. Отключение от окружающего: «Окружающие звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от Вас... Отдаляются всё дальше и дальше... Вы почти не воспринимаете посторонние раздражители... Они перестают доходить до Вашего сознания... Отключаетесь от происходящего вокруг».

Вы отключились от окружающего. Окружающие звуки, шорохи, разговоры как бы удалились от Вас. Они ушли от Вас далеко-далеко. Вы не воспринимаете посторонние раздражители. Они не доходят до Вашего сознания».

5. Успокоение и отключение от личностных переживаний и ощущений: «Вы постепенно успокаиваетесь... успокаиваетесь... переходите в состояние отдыха и покоя... Успокаивается каждая клеточка Вашего организма... Успокаивается каждая частичка Вашего организма... Успокаивается вся Ваша нервная система... По мере успокоения нервной системы успокаиваются все внутренние органы... Все тревоги, заботы, волнения рассеиваются... уходят».

5.1. Адресация внушений ко второй сигнальной системе: «Течение мыслей в голове пассивно следует внушениям. Ни на чём постороннем не фиксируется... Вас покинули все тревоги, огорчения, заботы... Всё, что раньше волновало и угнетало Вас, ушло и сейчас не имеет никакого значения... Вам спокойно, хорошо».

6. Фиксация покоя: «Вы уже успокоились... Вы совершенно спокойны... Отдыхаете... Отдыхает нервная система, отдыхают все внутренние органы... Ничто Вас не волнует, не нарушает Вашего сосредоточения и покоя ... ни душевного, ни телесного... Всё, что прежде беспокоило Вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете сейчас чувство внутреннего покоя и полного умиротворения...»

Чувство спокойствия нарастает. Успокаивается каждый нерв. Успокаивается каждая нервная клетка. Успокаивается нервная система. Все Ваши волнения рассеиваются. Спокойствие всё больше и больше выражено. Вы чувствуете, как Ваше тело наполняется при-

ятым спокойствием. Ничто не волнует Вас. Ничто не нарушает Вашего покоя, ни телесного, ни душевного».

7. Перевод покоя в дремоту: «Мышцы туловища, рук, ног расслаблены. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться. Вы спокойны. Ваше спокойствие сочетается с ощущением сонливости, дремоты. Это состояние Вам приятно... Постепенно Вы погружаетесь в дремотное состояние... Приятная дремота овладевает всем Вашим телом...»

Никакие посторонние звуки не доходят до Вашего сознания. Никакие ощущения со стороны внутренних органов больше не воспринимаются. Вы приятно и спокойно отдыхаете... Ни о чём не думаете... Сонливость усиливается с каждым моим словом... Отдыхаете...

Вы слышите только мой голос. Дремотное состояние всё больше выражено. Ваше дыхание стало спокойным, глубоким, ритмичным. Вам дышиться легко. Ваше сердце сокращается спокойно, ритмично, автоматически. Вы не чувствуете своего сердца, как не чувствует сердца каждый здоровый человек».

8. Формирование раппорта: «Окружающие звуки, шумы отошли далеко... Вы уже не воспринимаете их... Ничего не слышите, кроме голоса врача... Он действует на Вас успокаивающе... На Вас действует только мой голос. Мои внушения действуют на Вас успокаивающе. Вы отключились от окружающего и воспринимаете только мой голос».

9. Перевод дремоты в гипнотическое состояние: «Вы всё глубже погружаетесь в дремоту. Дремать надо, это полезное для Вас состояние. Это особое состояние нервной системы. Вы слышите то, что я говорю. Всё будете помнить. Однако это не обычная беседа. Вы находитесь в гипнотическом состоянии. Это полезное для Вас состояние».

10. Потенцирование гипнотического состояния: «Глубина гипнотического состояния нарастает. Гипноз — это особое состояние нервной системы. Во время гипноза восстанавливается нормальная деятельность каждой клетки Вашего тела, каждого органа, каждой системы. Сейчас организм приходит в оптимальное для него состояние (нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы).

Из гипнотического состояния Вы выходите иным(и). Вы будете чувствовать себя отдохнувшим(и), здоровым(и), обновлённым(и).

Гипноз — это не беседа и не сон. Гипноз — это особое состояние организма, при котором слова врача оказывают исключительно сильное лечебное воздействие. Сейчас Вы почувствуете, как под влиянием моих внушений у Вас появятся произвольные движения, выполняемые без Вашего участия» (внушаются движения, которые выполнялись при проведении проб на внушаемость).

11. Внушение общетерапевтического действия: «Во время гипноза наступает внутреннее расслабление. Расслабляются все мышцы внутренних органов. Вы ощущаете приятное расслабление в голове, приятное расслабление в груди, приятное расслабление в брюшной полости. Это расслабление выражено больше и больше».

Всё больше расслабляются гладкие мышцы внутренних стенок кровеносных сосудов. Расслабляются полностью все кровеносные сосуды. Проходят спазмы кровеносных сосудов. Кровеносные сосуды всего тела расширяются.

Ваше тело от этого начинает тяжелесть. Тяжелеют руки. Тяжелеют ноги. Чувствуете, как Ваше тело становится тяжёлым. Появляется ощущение, что Ваше тело тяжёлое и массивное. Это полезное изменение. Появляется приятная тяжесть в голове. Это также полезное ощущение.

Расширяются кровеносные сосуды головы. Расширяются кровеносные сосуды головного мозга. От расширения кровеносных сосудов снижается повышенное артериальное давление. Артериальное давление снижается до нормального для Вашего организма уровня.

Тяжесть во всём организме нарастает. Голова всё глубже уходит в подушку. Ноги тяжёлые, стопудовые. Сердце работает спокойно, ритмично. Вы чувствуете себя спокойно. Вы входите в более глубокое гипнотическое состояние.

Вы начинаете ощущать приятное тепло в области сердца. Вы чувствуете, как сердце прогревается теплом. Расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Укрепляется сердечная мышца. Сердце работает спокойно. Каждое мышечное волокно сердца получает всё больше и больше кислорода и питательных веществ.

Тепло в области сердца, расширение коронарных сосудов оказывают исключительно благоприятное действие. Это повышает силу, выносливость, работоспособность сердца, оказывает хорошее профилактическое действие.

Вы начинаете чувствовать, как во всём теле, наряду с тяжестью, появляется ощущение тепла. Руки тёплые и тяжёлые. Ноги тёплые и тяжёлые. Всё Ваше тело тёплое и тяжёлое. Сейчас каждая клеточка Вашего тела становится здоровее. Каждая клеточка Вашего тела накапливает сейчас запас энергии. Улучшение состояния каждой клеточки приводит как бы к обновлению Вашего организма».

12. Суггестия чувства комфорта: «Сейчас Вы чувствуете себя хорошо. Вы спокойны. Ваше дыхание свободное, спокойное, автоматическое. Ритмичность Вашего дыхания сейчас осуществляется автоматически. Под влиянием гипноза автоматическая регуляция дыхания становится более совершенной.

Ваше сердце также работает спокойно, ритмично, автоматически. Под влиянием гипноза более совершенной становится автоматическая регуляция артериального давления. С каждым сеансом гипноза автоматическая регуляция артериального давления в Вашем организме становится более и более совершенной.

Так же улучшается автоматическая регуляция деятельности других систем: пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной. От этого у Вас возникает чувство комфорта во всём теле. Это ощущение комфорта сохранится у Вас после выхода из сеанса. С каждым сеансом чувство комфорта в теле будет ощущаться Вами всё более явно.

Это чувство комфорта вызвано тем, что под влиянием гипноза все системы Вашего организма, все органы и даже каждая клеточка функционируют оптимально. Саморегуляция деятельности Вашего организма становится совершенной. Все реакции приходят в норму».

13. Закрепление спокойствия: «Вы чувствуете себя сейчас совершенно спокойно. Успокоилась нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы. Это спокойствие закрепляется в Вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет всё больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в Вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет всё больше и больше выражено.

Спокойствие закрепляется в Вашей нервной системе. Вы спокойнее реагируете на то, что раньше Вас затрагивало. Спокойствие становится непоколебимым. Спокойствие становится основной чертой Вашего характера. Все внушения закрепляются в Вашей нервной системе».

14. Лечебные внушения. Они строятся с учётом особенностей личности больного, специфики симптоматики, характера течения заболевания. Формулы суггестий должны быть краткими, конкретными.

15. Пролонгирование лечебного действия гипноза: «Под влиянием моих внушений в Вашем организме произошли целебные изменения. С каждым сеансом лечебный результат гипноза нарастает. Лечебный результат гипноза будет нарастать».

16. Дегипнотизация: «Вы хорошо отдохнули... Оздоровился весь Ваш организм... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно... Когда Вы придёте на следующее занятие, и я предложу Вам закрыть глаза, Вы сразу же почувствуете тяжесть век... Ваши мышцы расслабятся, посторонние звуки исчезнут. Вы будете слышать только мой голос... С каждым занятием состояние отдыха, покоя и лечебного сна будет углубляться. С каждым днём Ваше самочувствие будет улучшаться всё больше и больше.

Сейчас Вы начинаете выходить из гипнотического состояния. Проходит тяжесть в Вашем теле. Появляются приятная лёгкость, бодрость. Голова становится свежей и лёгкой. Руки стали лёгкими. Ноги лёгкие. Всё Ваше тело лёгкое. Спокойствие остаётся. Остаётся ощущение приятного тепла в области сердца. Во всём теле ощущение комфорта. Вы выходите из гипноза, чувствуете себя отдохнувшими, спокойными, здоровыми. У Вас хорошее настроение. Вам приятно. Выходите из гипноза.

Я начинаю считать. По счёту “три” Вы свободно, спокойно откроете глаза и будете чувствовать себя хорошо. Сегодня вечером Вы быстро заснёте и ночью будете спать крепким и глубоким сном.

Считаю: “один” — Вы выходите из гипноза. Вы спокойны. “Два” — Вы хорошо отдохнули. “Три” — Ваши глаза свободно открываются. Вам приятно, хорошо. Голова свежая, лёгкая. Ощущение такое, как будто бы Вы несколько часов находились в состоянии глубокого крепкого сна».

Важное значение имеет техника одномоментного гипноза: действие быстрое, эффективное, без предварительной подготовки больно-

го. В значительной части случаев в гипнотическое состояние погружаются слабогипнабельные лица, которые в дальнейшем могут быть загипнотизированы обычными способами.

Наиболее успешны техники, действующие через кинестетический анализатор. При разработке последних учитывается факт широкого представительства кинестетического анализатора в коре головного мозга; в их основу положен принцип, противоположный тому, на котором базируются обычные способы / техники гипнотизации (через расслабление и успокоение — к гипнозу), а именно: достижение глубокого гипноза через произвольное напряжение мышц, а затем каталепсию и гипнотический транс.

#### *Техника одномоментного гипноза*

Сеанс включает следующие элементы: подготовительный этап; фиксацию внимания; внушение каталепсии; перевод каталепсии в гипноз; лечебные внушения; дегипнотизацию. Они реализуются в 10 шагов.

1. Пациент становится спиной к стене, слегка прислонившись к ней (или садится). Руки скрещены на груди, пальцы сжимают противоположное плечо (бицепс или трицепс). Руки могут находиться и в другой позиции: например, пальцы рук сцеплены в «замок», руки на уровне солнечного сплетения. Взгляд устремлён на психотерапевта.

2. Врач располагается рядом с пациентом лицом к лицу на расстоянии 50 — 70 см. Руки врача укладываются на кисти рук пациента. Взгляд устремляется в глаза пациенту (фиксация взора).

3. По команде психотерапевта пациент делает несколько спокойных, глубоких, размеренных дыхательных движений.

4. Психотерапевт сопровождает процесс вдохов-выдохов словами: «Дыхание ровное, спокойное, смотреть мне в глаза». Речь негромкая, авторитарная.

5. Психотерапевт начинает внушение, направленное на плотное сжатие пальцев рук, их оцепенение, отсутствие возможности произвольного их разжатия. При этом энергично сжимает и массирует кисти рук пациента.

6. Психотерапевт предпринимает попытки разомкнуть руки пациента, сопровождая это действие следующими формулами: «Я попытаюсь разорвать Ваши руки: чем больше я их тяну, тем крепче они сжимаются. Руки слились воедино, их невозможно разорвать. Сейчас будете пробовать разорвать руки. Сделать это невозможно. Чем больше Вы пытаетесь разорвать руки, тем крепче они сжимаются. Руки оцепенели».

7. После реализации этих внушений психотерапевт распространяет оцепенение на весь плечевой пояс. Затем следует команда закрыть глаза, внушается тяжесть век.

8. Не снимая каталептического напряжения, психотерапевт приступает к внушению сонного состояния: «Сейчас я буду считать до трёх, с каждым счётом сонливость становится всё больше и больше. Когда я произнесу «три», Вы будете спать, голова медленно опустится вперёд». Затем производятся соответствующие внушения.

9. Как только голова пациента опускается вперёд, что является признаком наступления гипнотического сна, начинаются лечебные

внушения, соответствующие состоянию пациента и цели сеанса. Внушение короткое и энергичное.

10. Дегипнотизация производится обычным способом. Снимаются напряжение, сонливость. Внушаются хорошее самочувствие, бодрость, уверенность.

Весь сеанс длится 5 — 6 минут.

Гипносуггестивная психотерапия может осуществляться индивидуально и в группе. Индивидуальный вариант позволяет дать конкретные внушения, составленные для больного, что повышает эффективность терапии; групповая гипнотизация позволяет одномоментно охватить большое число пациентов и экономически более целесообразна.

Гипнотизация проводится в благоприятных для гипнотизируемого условиях.

#### **Формы проведения**

Для достижения более благоприятных результатов необходимо, чтобы наряду с общей для всех больных формулой имели место индивидуальные внушения. Такой вариант индивидуальной гипносуггестии удобнее реализовать, если кушетки (кресла) в гипнотарии располагаются на некотором расстоянии друг от друга или если между ними устанавливаются ширмы.

Индивидуальная суггестия в группе должна проводиться во время каждого сеанса гипнотизации, что необходимо не только для повышения результата, но и для совершенствования умения психотерапевта составлять для каждого больного оптимальную систему суггестий.

Специфической формой гипнотерапии является упомянутая выше методика *гипноза-отдыха* [1]\*, способствующая созданию лечебно-охранительного режима<sup>93</sup>. Вечером больного погружают в гипнотическое состояние, которое спонтанно переходит в естественный сон, или же утром естественный сон переводится в гипнотический на необходимое время; гипноз-отдых может продолжаться до 15 — 20 часов в сутки в течение 10 — 15 дней.

В.Е. Рожновым была предложена методика *удлинённой гипнотерапии* [10]\*; длительность последней расценивается как промежуточная между обычными (и кратковременными) сеансами гипнотерапии и длительным гипнозом-отдыхом. Под «удлинённой гипнотерапией» понимается лечебное внушение больному, находящемуся в состоянии гипнотического сна от 2 до 4 часов. За это время пациент получает большее количество лечебных внушений (через каждые 15 — 20 минут), чем при обычной гипнотерапии, что повышает их терапевтическую эффективность. Эта методика является вариан-

<sup>93</sup> Указанная методика отвечает требованиям [немедикаментозной] *терапии сном* [9]\*, применявшейся в СССР главным образом в 50-х годах XX века для лечения неврозов, реактивных состояний и некоторых психосоматических расстройств.

том коллективной гипнотерапии и рекомендуется в амбулаторной практике для работы с группой из 4 — 6 больных, но может применяться и при индивидуальных сеансах.

Существует множество иных техник / методик гипнотерапии, в том числе комбинированных: *фракционный* (точнее — *фракционно-рекуррентный*) гипноз О. Vogt'a, *ступенчатый активный гипноз* Е. Kretschmer'a, *аутогипноз*, *наркогипноз*, *нарко-анализ* / *наркосинтез*, *гипнопсихокатафисис*; известны методики *гипноэлектросна*, сочетания самовнушения с гипнозом и многие другие. Особое место среди методов гипнотерапии занимает «эриксонский» гипноз (будет рассмотрен ниже).

Представляет большой интерес методика *внушённых лечебных сновидений* по К.И. Платонову [11]<sup>94</sup>; она предложена как вспомогательный терапевтический приём, который состоит во внушении тематических сновидений во внушённом сне.

Методика применяется для оживления в памяти пациента содержания забытых им ночных сновидений, косвенно связанных с развитием тех или иных невротических симптомов, с последующим внушением окончательного их забывания; также она используется с диагностической целью — при анализе генеза невротических состояний.

При использовании методики с терапевтической целью содержание внушённого сновидения отвечает содержанию патогенетических факторов и конгруэнтных саногенетических влияний, и способствует образованию у больного новых, позитивных установок<sup>94</sup>.

Лечебные сновидения могут реализоваться по указанию врача в момент внушённого сна (углублённого путём ряда повторных пробуждений и усыпления) или же в качестве постгипнотического внушения (осуществляется во время ближайшего естественного сна).

Гипносуггестивная терапия продолжает занимать ведущие позиции в психотерапевтической клинике; ещё более явно она доминирует [при проведении психотерапии] в клиниках иных дисциплин.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Широкое распространение гипнотерапии отражает её лечебную эффективность при различных заболеваниях, входящих в компетенцию клинической психотерапии; в арсенале специалистов гипнотерапия находит применение при различных заболеваниях нервной системы, в клинике психических расстройств, при болезнях внутренних органов, в акушерско-гинекологической практике, при хирургических вмешательствах, дерматологической патологии etc.

Обратимся к ряду показательных клинических наблюдений, с патофизиологическими интерпретациями, приводимых К.И. Платоновым.

«Больная Б., 48 лет. В мае 1923 г. под влиянием неприятного письма внезапно развился двусторонний амавроз и мутизм. Применено

<sup>94</sup> Например, больным с фобиями внушаются сновидения, где они видят себя легко и свободно выполняющими действия, которые в клинической картине [заболевания] связаны со страхами.

внушение во внушённом сне, причём усыпление производилось при помощи двух раздражителей — словесного и тактильного (поглаживанием по лбу). Тотчас же наступил глубокий сон, уже во время которого восстановилась речь. Спящей разъяснялась связь причины (полученного ею письма) со следствием (возникшей вследствие этого потерей зрения и речи), проводилась успокоительная беседа, внушалось «восстановление после пробуждения речи и зрения». Постгипнотическое внушение реализовалось, но не вполне: речь и зрение на левый глаз восстановились, но правый глаз остался амаврогичным. Как выяснилось, этот правосторонний амавроз имел 4-летнюю давность, не поддаваясь никакому лечению. Характер амавроза для нас стал ясным, но вызвавший его ближайший момент оставался неизвестным: больная заявила, что это произошло в 1919 г., но при каких обстоятельствах, точно не помнит. Усыпив её снова, мы заставили «вспомнить обстоятельства, предшествовавшие потере зрения». Таким образом удалось выяснить связь амавроза с налётом петлюровской банды.

Сделано внушение: «Это всё в прошлом, банды нет, Вы спокойны, слепота на правый глаз исчезла, после пробуждения будете видеть обоими глазами!» Внушение реализовалось полностью. Был устранён и старый амавроз правого глаза 4-летней давности, диагностированный офтальмологами как «ретробульбарный неврит».

Восстановившееся таким путём бинокулярное зрение сохранялось в течение 2 лет. Необходимо отметить, что до суггестивного вмешательства амаврозы возникали у неё очень часто, но были кратковременными и самостоятельно прекращались. Через 3 года нам вновь пришлось наблюдать тяжёлое истерическое состояние, снова развившееся у неё после ряда длительных тяжёлых переживаний.

После внезапно наступившего судорожного припадка и 3-дневного летаргического состояния она проснулась, не имея зрения, слуха и речи. В течение нескольких дней оставалась в состоянии полной оторванности от окружающего мира. Своё волнение по поводу случившегося могла выражать лишь мимикой и жестикულიцией. На наше появление, словесные обращения к ней и сильные (над ушами) окрики не реагировала. Тусклые глаза с расширенными зрачками бессмысленно переворачивались из стороны в сторону. Кожная чувствительность была сохранена — больная реагировала на прикосновения и на уколы булавкой.

Так как нам уже была известна природа этого симптомокомплекса, был ясен путь и род лечебного воздействия. Однако если 3 года назад нам легко удалось устранить аналогичный симптомокомплекс, то на этот раз положение врача было почти безвыходным: полная заторможенность слухового анализатора исключала возможность воздействия словом как условным раздражителем (с целью вызвать гипнотическое состояние). Кроме того, лечению препятствовало и выпадение зрительного анализатора. То и другое лишало возможности получить ту «установку на врача», которая могла бы обусловить создание оптимального контакта, необходимого для образования зоны раппорта.

Наше намерение использовать глубокую кинестезическую чувствительность с целью контакта и узнавания потерпело неудачу. Мы несколько раз брали её руку и водили ею по нашему лицу, но этот

приём вызывал лишь мимическую реакцию недоумения и отрицания. Пассивное начертание на бумаге её рукой нашей фамилии вызывало ту же реакцию. Несмотря на все наши старания нам не удалось установить связь с больной и, таким образом, получить возможность словесного воздействия на неё.

Однако положение обязывало, и нужно было искать другие пути. Мы полагали, что если гипнотическое состояние есть, действительно, не что иное, как вызываемое условнорефлекторным путём тормозное состояние, то применявшийся у больной в прошлом (3 года назад) метод усыпления путём составного раздражения — тактильного (поглаживания) и слухового (слово) должен был бы, по нашему мнению, снова вызвать то же гипнотическое состояние. Поскольку условный рефлекс, выработанный на сумму двух раздражителей, получается и на каждое слагаемое в отдельности (К.И. Платонов, 1912), то в данном случае можно было использовать лишь один из них, а именно: тактильный (длительное поглаживание по лбу).

И действительно, после нескольких поглаживаний, сделанных при полном молчании, больная стала успокаиваться, а через несколько минут заснула. Дыхание стало ровным и спокойным (14 раз в минуту, вместо прежних 18), пульс с 98 ударов в минуту снизился до 86, возникло гипотоническое состояние мускулатуры: конечности, приподнятые над уровнем постели, быстро и грузно падали обратно и т. д. Восковая гибкость отсутствовала, состояние зрачков выяснить не удавалось, так как глазные яблоки были отведены внутрь и вверх, удавалось получить лишь слабую реакцию на значительные уколы булавкой. Больная спала с выражением полного покоя на лице.

Однако слуховой анализатор не растормаживался даже при сильных окриках, тем не менее растормозить его было необходимо. Тогда мы решили испробовать другой путь: производить и тактильное, и болевое раздражение ушных раковин.

Мы стали всячески раздражать (уколами и подёргиванием) кожную поверхность ушных раковин до появления мимической реакции со стороны больной. Одновременно с этим слуховой анализатор возбуждался словесными окриками. Мы пытались воздействовать и на рече-двигательный анализатор, похлопывая по её губам, вытягивая их вперёд, отводя углы рта в сторону, опуская и приподнимая нижнюю челюсть, раздражая язык и т. д.

Вскоре стали появляться признаки необходимого эффекта: постепенно, сначала с затруднениями, а потом всё легче и легче получались ответы на вопросы. Тем самым через растормозившийся слуховой анализатор была установлена связь с корой мозга спящей. Восстановление слуха (во сне) позволило сделать соответствующее словесное внушение восстановления после пробуждения функций всех трёх анализаторов: слухового, рече-двигательного и зрительного. Однако эффект получился частичный: проснувшись, больная могла говорить, но слух и зрение оставались заторможенными в прежней степени. Больная с нарастающей тревогой и волнением заявила, что она “не видит и не слышит”.

Поглаживая, мы снова погрузили её в сон. На этот раз во время внушённого сна деятельность слухового анализатора восстановилась быстро, а при наличии слуха и речи у неё можно было провести анамнестическую беседу. Однако узнать ничего не удалось. Больная заявила, что “всё надоело”, “всё раздражает”, “устала жить”. Внушён более глубокий сон и состояние полного отдыха. Затем было сделано следующее внушение: “Вы вполне отдохнули, успокоились и после пробуждения будете не только слышать и говорить, но и видеть”. Эффект получился, но опять неполный: слух и речь были восстановлены, а зрение нет.

Снова приводим больную в состояние сна, делаем повторное внушение в отношении восстановления зрения (после пробуждения). Эффект снова отрицательный. Снова усыпляем её и для определения степени заторможенности зрительной зоны коры делаем внушение: “Продолжая спать, откройте глаза, и Вы сможете видеть меня!” Внушение реализуется в полной мере: больная видит только врача. Тогда внушаем: “После пробуждения будете видеть, так как зрение не утеряно!” Больная просыпается, но эффект опять отрицательный. Снова усыпляем и внушаем возможность “видеть всё, находящееся в комнате”. Внушение реализуется, и больная, продолжая спать, открывает глаза и перечисляет предметы и присутствующих родственников. Внушаем способность видеть после пробуждения.

Больная просыпается, с удовлетворением потягиваясь и зевая, но тут же выясняется, что она опять не видит. Положение стало затруднительным. Тогда мы решаем установить прямую связь расторможенной части зрительного анализатора в условиях сна с таким же его состоянием в бодрствовании. Для этой цели во время внушённого сна мы делаем следующее внушение: “Проснувшись, Вы будете помнить, что в этом сне зрение Ваше восстановилось, поэтому Вы можете видеть и в бодрствующем состоянии!” На этот раз эффект получился полный, и больная с радостью констатировала возвращение зрения. При последующем 5-летнем наблюдении рецидивов не отмечалось.

Интерес случая состоит в том, что патологическая инертность тормозного процесса распространилась главным образом на корковые зоны, соответствующие зрительному, слуховому и рече-двигательному анализаторам. Заболевание возникло в период климакса, причем каждая “трудная встреча”, особенно если она падала на сферу второсигнальной деятельности, приводила к функциональному выпадению одного или нескольких корковых анализаторов — зрительного, слухового и рече-двигательного — при сохранности тактильного и болевого. Данное наблюдение интересно и в отношении методов усыпления и устранения патологических симптомов. Нет сомнения в том, что в прошлом сонное торможение создавалось у больной по механизму временной связи на составной условный раздражитель (слуховой и тактильный). Восстановление речи и слуха произошло у неё при помощи безусловных раздражений (механических и звуковых), а после ослабления торможения — и условных (словесных). Значительно труднее было устранить слепоту. Зрение



было восстановлено ассоциативным путём: с помощью установления связи функционального состояния зрительного анализатора во внушённом сне с таким же состоянием в бодрствовании. Повидимому, решающее значение имели здесь слова внушения: “После пробуждения будете помнить, что Ваше зрение во время сна работало нормально!” Таким путём замыкалась условная связь между актом видения во время внушённого сна и корковыми следовыми процессами нормальной деятельности зрительного анализатора в прошлом.

Как известно, у человека зрительный и слуховой анализаторы, содержащие “сензорные центры речи”, теснейшим образом связаны с рече-двигательным анализатором, представляющим как бы “моторный центр речи”. Постоянно взаимодействуя, анализаторы коры составляют структурную основу деятельности второй сигнальной системы (А.Г. Иванов-Смоленский, 1952). Естественно поэтому, что при узкой концентрации охранительного торможения оно специально задерживается именно в этих наиболее ранимых участках коры мозга. Таким путём и возникают явления сурдомутизма. По учению И.П. Павлова, разнообразная симптоматика является характерной чертой истерических синдромов: резко повышенная аффективность, судорожные разряды, ослабление интеллектуального контроля над аффективными вспышками, мучительное переживание тягостных, травмировавших психику воспоминаний, — всё это находит объяснение в преобладании подкорковых функций над корковыми и первой сигнальной системы над второй» [1, с. 322 — 325]\*.

«Приводим примеры невротических заболеваний, вся патологическая симптоматика которых относится почти исключительно к сфере деятельности второй сигнальной системы.

Больная И., 34 лет, обратилась с жалобами на появляющееся временами навязчивое состояние, которое мешает ей работать. “Не понимаю, как человек мыслит, и всё время об этом думаю”. “Две силы во мне борются: одна заставляет думать, а другая — не думать об этом”. Всё это впервые началось 16 лет назад, после того как над ней была проделана такая “злая шутка”: когда она возвращалась с молодым мужем из загса, недоброжелательно относившаяся к ней старуха-соседка намеревалась пробежать через дорогу с пустыми ведрами. Заметив это, она с мужем поспешила пройти дальше. Старухе не удалось её затея, в связи с чем она бросила вслед им ряд неодобрительных возгласов. Всё это произвело на больную, бывшую крайне суеверной, сильное впечатление, и с тех пор она стала бояться этой старухи и её дочерей.

После этого случая у неё начались головные боли, причём “всё видела в тумане” и предметы воспринимала “окружёнными туманом”. Через год это явление исчезло, но появились приступы “давящей” мысли о том, “как человек мыслит?”. Причём, когда появляется эта мысль, больная, по её словам, на некоторое время “теряет своё я”, лишается возможности последовательно мыслить, возникает пессимистическое настроение, эти мысли не дают возможности владеть собой. “Мой мозг будто что-то сдавливает”. Кроме того, возникает “ог-

раниченность мышления”, что сопровождается такими страшными головными болями, что “мозги горят”, в голове такой сильный шум и звон, что иногда не слышит обращённых к ней слов.

Бывает и так, что, войдя в комнату, не знает, на что обратить внимание и о чём надо подумать, и её мышление “вдруг становится абсолютно конкретным”: каждое слово должно выразиться в форме какого-нибудь реального образа, так как “возможность абстрактного мышления совершенно отсутствует”. Так, например, если слышит слово “хорошо”, то не понимает, что оно означает. Таким образом, по выражению больной, “мозг работает, а душа, если можно так сказать, отсутствует”. Она чувствует, что она одновременно и нормальная, и ненормальная: “Сознаю это и переживаю”. Однако ни одного ненормального поступка не совершила.

Условия возникновения приступа: приступ сам по себе не возникает, он всегда связан с воспоминанием о причине её заболевания, причём провоцирует его, например, или встреча женщины с пустыми ведрами, или встреча с этой старухой и её близкими, или воспоминания о приступах, или услышанное слово “сумасшедший”. При этом сразу появляются мысли: “Как люди мыслят?” “Как люди должны быть нормальными?” Развивается внутренняя борьба, и наступает головная боль. Затем приступ столь же быстро прекращается (самостоятельно или в результате этой борьбы) или же принимает затяжной характер. Иногда приступа не бывает в течение целого года. Так, за 5 лет войны было только три приступа: два непродолжительных — по одной неделе, а один в течение месяца. В светлые промежутки между приступами прекрасно себя чувствовала.

Болеет с 17-летнего возраста. Однако смогла окончить педагогический институт, работала преподавательницей, последнее время занимается счётной работой. Кроме того, активно участвует в общественной работе.

Наследственность здоровая, развивалась нормально. Но во время приступа работоспособность снижается чуть ли не на 70%. В эти дни всё время держится за голову: “Не живу, а мучаюсь... живу в постоянном страхе перед приступом... нет никакой уверенности в излечении”.

Отмечает следующий случай: однажды, будучи в состоянии приступа, обожгла себе в бане руку горячей водой и тотчас же исчезли навязчивые мысли, так что возвращалась домой уже освобождённой от них. После этого приступа долгое время не возобновлялся (результат отрицательной индукции, вызванной сильным очагом возбуждения). Больная отмечает, что когда она выезжает из своего города, приступ прекращается. Вообще вне этого города чувствует себя хорошо, приступов не бывает.

Как мы выяснили, во время приступа у неё нередко наблюдается диссоциация деятельности сигнальных систем, причём ослабевают попеременно то первая, то вторая.

Сама больная описывает это так: “Смотрю на лампу, но воспринимаю её безучастно и холодно, будто что-то мне мешает воспринимать её глубинно... смотрю на портрет Чайковского — и это мне ни-

чего не говорит, воспринимаю как-то ограниченно, в узком масштабе, не в широком понимании, причём рассеивается понятие о нём... В здоровом же состоянии, смотря на лампу, я её осмысливаю, понимаю её назначение, одним словом, воспринимаю её в широком смысле. Иногда же, наоборот, у больной происходит значительное ослабление функций первой сигнальной системы. Так, идя по улице, она "не чувствует своего тела, своей фигуры" и ей кажется, что "идёт одно только мышление". В это время не может представить себе, какова причёска на голове, смотрит на свой костюм и не воспринимает: "мой ли он?", глядя на кисть своей руки, не понимает, её ли это рука (картина диссоциации второй сигнальной системы от первой). В такие минуты у неё "теряется чувство реальности".

Отмечает, что во время первого сеанса психотерапии, проведённого в дремотном состоянии, "чувствовала тяжесть в руках и ногах, но открыть глаз не могла и мыслей не было". Ей внушалось: "забвение случая, пережитого в первый день замужества, хорошее самочувствие, надежда на выздоровление"; что воспоминание и мысли о приступе "сами по себе его не вызывают". После пробуждения, по словам больной, наступило "прояснение сознания, приподнятость настроения, ясность мышления"; боли в голове не ощущает. Однако преследует чувство страха, что "всё это ненадолго". После сеанса весь день, до самого вечера, самочувствие было хорошее, боли в темени и затылке значительно слабее, хорошее настроение. Представление о внешних предметах ясное. Однако к вечеру "снова стал появляться туман и тупость в мышлении", хотя и в ослабленной форме. Отмечает, что, будучи здоровой, на поставленный ей вопрос всегда отвечает "полно, образно и легко", а "вчера вечером вновь отвечала с трудом".

Во время второго сеанса чувствовала себя значительно спокойнее и глубже дремала. Испытывает то же, что и при приступах, а именно: "чувствует лишь один свой мозг", воспринимает лишь своё мышление, в то время как "её тело ею не ощущается", оно "какое-то растворимое". После пробуждения во втором сеансе отметила, что "всё-таки остаётся слабое ощущение своего "я" и некоторая задержка свободы течения мыслей". Навязчивые мысли "о мышлении человека" и "как человек всё понимает?" исчезли, вновь появилось абстрактное мышление. Отмечает, что если в норме "каждое произнесённое слово должно вызывать в мозгу какой-то определённый образ", то у неё, "когда слова произносятся, мозг не успевает на каждое слово выработать определённый образ или воспоминание того, что с ним было когда-то связано".

В данном случае имело место отставание первосигнальных процессов от второсигнальных. В целом же можно было говорить о патологическом расщеплении согласованной деятельности обеих сигнальных систем.

После семи сеансов психотерапии больная заявила, что "самочувствие хорошее". Во время 8-го сеанса спала глубоко 1½ часа. Чувствует себя значительно лучше, чем до лечения. Уехала домой, получив соответствующее профилактическое внушение. Дальнейшая её судьба неизвестна» [1, с. 328 — 331]\*.

«Остановимся на рассмотрении ещё одного случая, также сложного как по этиологии и патогенезу, так и по клинической симптоматике.

Больная К., 29 лет, обратилась к нам в ноябре 1937 г. Физически истощена, вследствие чего вынуждена лежать в постели, предъявляет жалобы на чрезмерную раздражительность, угнетённое состояние, общую слабость, крайне тревожный сон, отсутствие аппетита, боли в подложечной области, особенно после еды. Уверена в своей неизлечимости, угнетена постоянными тяжёлыми мыслями, хозяйство и дети заброшены. Болеет в течение 6 лет, причём все виды лечения, применявшиеся терапевтами, безрезультатны. До того была совершенно здорова и работоспособна, уравновешена и энергична. Наследственность здоровая: дед и бабка по линии матери прожили до 100 лет.

Анамнез (со слов мужа): до заболевания была здорова, работоспособна, энергична. Шесть лет назад были тяжёлые роды с осложнениями, после родов в течение 2 месяцев была упорная экзема в нижней части живота и на бёдрах, в связи с чем стала крайне раздражительной. Через 2 года вторые роды, родила двух близнецов. После родов вновь возникла экзема в течение 4 месяцев. Раздражительность снова стала нарастать. Причём, по её словам, муж и дочь, которую вообще недолюбливала, её "особенно раздражают!" Появилась эмоциогенная рвота, стала развиваться мнительность и постоянные тревожные мысли, возник чрезмерный страх перед третьей беременностью, в связи с чем избегала половых сношений, на этой почве происходили конфликты с мужем. Однако через год снова забеременела, произвела аборт, сопровождавшийся обильным кровотечением. В связи со страхом перед новой беременностью постоянные слёзы, чрезмерная раздражительность, общая слабость, проводит по 2 — 3 ночи без сна или же часто пробуждается среди ночи в страхе с учащённым сердцебиением, в холодном поту. Возникла "забывчивость", рассеянность, быстрая утомляемость, причём к концу года уже совсем не могла работать, впала в резко угнетённое состояние, почти ничего не ела — её кормили насильно. Муж и дочь стали раздражать её ещё больше. С течением времени ухудшение прогрессировало, возникли полиалгии, эмоциогенные экземы, развилась чрезмерная внушаемость и самовнушаемость, вплоть до признаков ложной беременности и появления на коже опухолевидных образований и болевых ощущений. Так, однажды у неё на руке возникла болезненная гематома после того, как она увидела, что велосипедист сильно поранил себе руку. Всё это появлялось также после разговоров о болезнях. Так, когда больная узнала, что у её матери язва желудка, у первой стали возникать после еды боли в подложечной области. Решив, что "и у неё язва желудка", она перестала есть и почти голодала. Затем под влиянием мыслей о возможной беременности вновь стали проявляться соответствующие симптомы (нагрубание молочных желёз, усиление пигментации ареол, тошнота, рвота и другие проявления токсикоза). Диагноз врачей: "глубокая истерия, требующая длительного лечения и перевоспитания".

На основе длительного перенапряжения тормозного процесса у больной, повидимому, принадлежавшей к сильному варианту слабо-

го общего типа нервной системы и к специальному художественному, постепенно значительно ослабел тонус коры мозга и развилась картина глубокого истерического невроза.

При анализе причин, обусловивших возникновение заболевания, была выяснена прямая его связь с теми конфликтами, которые у неё были с мужем. Однако причина была более глубокой, связанной с супружеским и семейной жизнью вообще. Дело в том, что, отдавая много времени научной работе, больная была далека от “мелочных интересов” семейной жизни и потому считала, что “материнство будет прямой помехой её научному движению вперёд”. Выходя замуж без большой охоты, она не желала иметь детей. Первые 3 года замужества протекали для неё спокойно, хотя и при некоторой напряженности в отношении беременности, державшей её в известном психическом напряжении. Однако в дальнейшем муж настойчиво желал иметь детей. Наступили “ненавистные беременности”, тяжёлые роды и последующие хирургические вмешательства. Все эти факторы явились для неё сверхсильными раздражителями, обусловившими срыв высшей нервной деятельности.

Таким образом, больная постоянно находилась в условиях трудной сшибки противоположных корковых процессов: она тормозила свои стремления, пытаясь примириться с ненавистной ей ролью “семьянки”. В такой обстановке конфликта “единственным виновником неудавшейся жизни” стал её муж, к которому больная стала проявлять неприязненное отношение.

Учитывая характер данного невроза и его структуру, мы решили применить психотерапию во внушённом сне (без применения каких-либо других лечебных средств) с последующим внушённым сном-отдыхом после каждого сеанса, тем более что все попытки успокоения и разъяснения, проводившиеся в бодрствующем состоянии, больную лишь раздражали. Как можно было ожидать, больная оказалась хорошо гипнабельной и при первой же попытке усыпления быстро и глубоко заснула. Во время сеанса обнадёжили больную в выздоровлении и возвращении трудоспособности, в возможности вести научно-исследовательскую работу и при сложившейся семейной обстановке: внушали положительное отношение к мужу и детям и т. д. Наряду с этим, внушался спокойный ночной сон, хороший аппетит, забвение перенесённых переживаний. После 1-го сеанса отмечено резкое улучшение: в тот же день впервые за долгое время после еды не испытывала болей, всю ночь спала хорошо. После следующих трёх сеансов был ликвидирован весь синдром. Положительный катамнез 16 лет: работоспособна, уравновешена, адекватна, как и до болезни, плодотворно работает по своей специальности, совершенно не проявляя признаков истерии. По выздоровлении дважды демонстрировалась на декадах Украинского психоневрологического института. Диагноз: ситуационный реактивный истерический невроз.

Интерес описанного случая заключается в том, что характер клинического синдрома давал все основания диагностировать у больной конституциональную истерию, якобы обусловленную крайним слабым типом нервной системы. Однако анализ прошлого, а глав-

ное, быстрый и стойкий эффект гипносуггестивной терапии говорили о том, что у данной больной имелась пролонгированная истерическая реакция, поддерживавшаяся неблагоприятной семейной ситуацией и потому получившая затяжной характер. Путём соответствующей психотерапии отношение больной к этой ситуации было изменено, что и привело к устранению всего патологического синдрома» [1, с. 318 — 320]\*.

«Больная Д., 34 лет, обратилась с жалобой на навязчивую боязнь загрязнения (мизофобия): руки моет бесчисленное число раз в день, так как малейшее прикосновение к вещам тотчас же вызывает “ощущение загрязнения” и непреодолимое стремление вымыть руки. Наряду с этим, предъявила жалобы на угнетённое состояние, апатию, понижение жизненных интересов и чрезмерную раздражительность, которую вызывает у неё не только общение с её близкими, для которых она “стала невыносимой”, но и с сослуживцами.

Боязнь загрязнения доходит до того, что приготовление пищи не доверяет даже своей матери. Пищу варит обычно долго, вплоть до полного разваривания мяса. Перед тем как пользоваться уборной, совершает длительный санитарно-гигиенический ритуал: предварительно кто-либо из её близких должен вымыть не только унитаз, но и стены, пол, ручку двери и т. д. Уборной пользуется с мучительной для неё предосторожностью, тревогой, раздражением и потребностью мыть руки, чистить платье и т. п. Больная не может пить воду в каком-либо “грязном”, по её мнению, помещении (где сложено грязное бельё, из крана, близко находящегося к уборной, и т. п.). Подготовка к еде также сопровождается длительным санитарно-гигиеническим ритуалом. Кроме того, у неё с детства наблюдается частая рвота, возникающая независимо от приёма пищи, например, от неприятных запахов, от вида загрязнённых мест. Всё это (боязнь прикосновений, загрязнения и заражения, навязчивое мытьё рук, рвота, тяжёлое подавленное состояние) сделало её невыносимой для самой себя и для окружающих, причём за последние 4 года болезненное состояние резко обострилось, повидимому, вследствие ряда вновь перенесённых тяжёлых переживаний. Хождение по улицам для неё является мучительным, так как она всё время должна быть настороже, чтобы её взор или обоняние не подверглись нежелательным раздражением, чтобы взор не упал на мусорный ящик и т. п.

Наследственность не отягощена, родилась здоровой, нервной себя не считала, была работоспособна, в семейной жизни счастлива; в происхождении этих явлений навязчивости не отдаёт себе отчёта. Путём подробного расспроса удалось установить, что рвота у неё началась с 8-летнего возраста, с того момента, когда она, по её словам, “увидела кусок кала в тарелке борща”, сваренного её матерью. Её стошнило и она упала в бессознательном состоянии.

До этого случая девочка была очень брезгливой к еде из-за нечистоплотности матери, что резко контрастировало с чистотой в доме её подруги.

После случая с борщом у неё стала появляться тошнота и рвота по механизму временной связи, т. е. возник патологический услов-

ный рвотный рефлекс. Постепенно развившееся состояние навязчивого страха загрязнения резко истощало её нервную систему и обуславливало тяжёлое нервно-психическое состояние. Она безрезультатно лечилась в поликлиниках, в неврологическом кабинете Украинского психоневрологического института, где ставился диагноз психастении. Однако это лечение оставалось безрезультатным. Наконец, с течением времени она потеряла всякую способность бороться “со своей нелепой брезгливостью”, что и заставило её обратиться в психотерапевтическое отделение института.

Больной разъяснена связь её заболевания с условиями жизни, как и механизм происхождения рвоты и других симптомов её заболевания. Однако эти разъяснения её не успокоили. Поэтому в следующие её посещения было применено мотивированное внушение в дремотном состоянии. Первые два сеанса не дали заметных результатов, но после 3-го сеанса она почувствовала резкое улучшение. После 11-го сеанса психотерапии весь описанный синдром исчез, она возвратилась к нормальной жизни и стала бодрой и весёлой. В течение последующих 5 лет чувствовала себя совершенно здоровой. Через 5 лет после излечения демонстрировалась на конференциях врачей диспансера и психотерапевтического отделения института. При этом заявила, что “о своей бывшей болезни вспомнила лишь накануне конференции, когда к ней явился врач с просьбой притти в диспансер на заседание”. По полученным сведениям за 12 лет рецидивов не было.

У данной больной имел место навязчивый невроз, выражающийся в виде боязни загрязниться (мизофобия), что приводило к навязчивым актам поведения. С помощью нескольких сеансов внушения в дремотном состоянии такое состояние было полностью устранено, после чего поведение больной полностью нормализовалось. В данном случае были вскрыты конкретные причины и условия развития невроза, правильность чего подтверждалась успехом последующей терапии» [1, с. 288 — 289]\*.

«Больная С., 35 лет, обратилась с жалобами на крайнюю раздражительность, причём при раздражении говорить тихо не может, “чем больше раздражается, тем больше кричит”, часто до иступления, до потери голоса. После успокоения ей “делается очень стыдно за свои поступки”, причём в спокойном состоянии она “обещает не допускать себя до этого”, но при раздражении всё повторяется снова. Постоянно находится в состоянии волнения и страха: “Волнуюсь без всякого повода и при малейшем поводе!” После волнений ночью просыпается при малейшем шорохе (или шагах за окном) и начинает “не своим голосом” вскрикивать: “кто там?” или просто “а-а-а!” (обязательно 3 раза). При этом чем сильнее она раздражена, тем сильнее кричит. Больная отмечает, что если она кем-либо обижена или чем-либо расстроена, то мысль об этом её ни на минуту не оставляет. Под впечатлением пережитых приятных событий, а больше плохих, может находиться продолжительное время — до месяца и больше.

Среди других ярко выраженных симптомов застойной инертности обращает на себя внимание: длительно сохраняющееся в течение

всей жизни больной “острое чувство утраты близкого человека”, навязчивое стремление сохранять оставшиеся после обеда остатки пищи и, наконец, “страх быть напуганной”. Переходим к более детальному рассмотрению причин, способствовавших развитию этих явлений, и к их устранению путём психотерапии.

а) Многолетнее переживание острого чувства утраты близкого человека. В течение всей жизни находится под впечатлением смерти своей матери. С малых лет была круглой сиротой: [когда она была] в возрасте одного года умер отец, а в возрасте 4 лет — мать. В течение всей своей жизни продолжает тяжело переживать утрату матери, а слово “мама”, будучи уже взрослой, не может произносить спокойно: “тотчас же заливают слёзы”, причём она сутками продолжает плакать. Однажды в 35-летнем возрасте демонстрировалась на научной конференции, спокойно рассказывая о своих фобиях, но, дойдя до слова “мама”, расплакалась и дальше ничего сказать не могла. Особенно сильно переживает, когда видит свою мать во сне: в этих случаях плачет, не переставая, по трое суток. С малых лет любимой её игрой были похороны. Играя в похороны, всегда плачет по своей маме. Будучи уже взрослой, продолжает считать, что причиной всех её неудач и несчастий является отсутствие мамы и по этому поводу “долго горько рыдает, как маленькая”.

б) Навязчивое стремление прятать небольшие остатки пищи, продиктованное страхом перед будущим. Её самостоятельная жизнь началась в тяжёлые годы, она систематически недоедала и вечно боялась, “что завтра не будет и того незначительного количества пищи, какое она имеет сегодня”. Она всегда оставляет часть продуктов “на всякий случай на завтра”, причём если варит кашу, то хотя и мало крупы, она всё равно немножко оставляет её в пакете; так же поступает с сахаром, хлебом, маслом. Приготовленную пищу тоже оставляет в кастрюле, хоть ложку. Конечно, всё это пропадало и выбрасывалось, так как никто этих остатков не доедал. Так зафиксировалась навязчивость в виде страха перед будущим. Поэтому её всегда волнует вопрос: что и как с ней будет “потом”, хотя никакого повода к подобным волнениям уже нет. Таким образом, возникший в прошлые годы страх перед будущим её не покидает.

в) Развитие фобий. Одним из источников её фобий стал слышанный ею в детские годы рассказ о том, что “в соседнем лесу повесился человек, и теперь он бродит по домам и нападает на спящих”. Кроме того, сыграли роль перенесённые испуги. Первый испуг она пережила в 17-летнем возрасте, живя в большой комнате общежития, в которой было 25 коек, причём занято было всего 5 коек, а остальные были свободны. Однажды, вернувшись после 12 часов ночи, девушки улеглись спать и погасили свет. Внезапно кто-то начал сильными рывками дёргать входную дверь, ведущую из коридора, при этом девушки слышали, что дверной крючок открылся и в комнату кто-то вошёл босиком, после чего шаги затихли и в комнате “воцарилась мёртвая тишина, так что не было слышно никаких признаков живого существа”. Она решила, что вошедший — “это и есть тот повесившийся” и что он “пошёл к соседней кровати, а сейчас по-

дойдёт к ней”. От охватившего её безумного страха у неё “начали отмирать ноги и так дошло до груди”. Её соседка по кровати тихонько сказала: “Кричи, у нас кто-то есть в комнате!” “И я стала кричать душераздирающим криком,— говорила больная,— зовя брата из соседней комнаты”. Как потом выяснилось, это были шаги прошедшего по коридору.

Второй испуг она пережила в возрасте 21 года: вернувшись в общежитие также после 12 часов ночи, когда свет в комнате уже был погашен, она услышала стук стулом, по обыкновению зажгла спичку, чтобы посмотреть, нет ли кого под кроватью, и увидела под столом мужскую руку. В испуге упала на кровать и стала истерически кричать, крик перешёл в истерический смех, а смех сменился истерическим плачем, и её долго не могли успокоить. Выяснилось, что это был студент, который, зная её пугливость, залез под стол, чтобы её напугать.

С этого времени её пугливость приняла патологический характер, сохранившийся в дальнейшем в течение 19 лет. Если кто-нибудь подойдёт к ней сзади, она истерически кричит, причём, чем ближе будет подошедший к ней, тем сильнее её крик. Кроме того, она боится оставаться одна в комнате, перейти из комнаты в комнату. Если больная находится в возбуждённом состоянии, то при каждом шорохе или же внезапном прикосновении к ней она истерически кричит, причём обязательно 3 раза. Если она спала, то, проснувшись, продолжает кричать, так как “самостоятельно остановить себя не может”. Поэтому её муж, приходя домой, должен предварительно обдумать, как ему следует поступить, чтобы её не напугать, так как, услышав его шаги или его голос, она кричит. Чем тише голос, тем сильнее крик. Если же больная слышит сигнал издали, то она остаётся спокойной (парадоксальность силовых отношений). Если она приходит домой, когда дома никого нет, то не ложится спать до тех пор, пока тщательно не осмотрит всё помещение. И это повторяется повседневно. Однажды ночью сторож прошёл под окнами — этого было достаточно, чтобы она, услышав сквозь сон шаги, в испуге начала кричать, причём, как всегда, остановиться не могла, пока неистово не прокричала трижды.

Находясь на улице вечером, боится зайти за угол дома. Если идёт домой, то чем ближе подходит к двери своего дома, тем больше ею овладевает страх, она уже не идёт, а бежит, рывком открывает дверь и быстро её за собой закрывает, причём уже не может пользоваться ручком или ключом, так как от страха руки и всё её тело дрожит, а на лице выражен сильнейший испуг: она всё ещё находится под впечатлением, что “за ней кто-то гонится” (ультрапарадоксальная фаза).

Врачи считали её страдающей то конституциональной психастенией, то истерией. И только однажды, по её словам, был поставлен диагноз: “невроз страха”.

Состояние после психотерапии. По словам больной, выйдя на улицу после первого сеанса психотерапии, проведённого во внушённом сне, она почувствовала себя “обновлённой”. Её впервые стало интересоваться всё окружающее, исчез страх, шла домой совершен-

но спокойно, а когда дочь хозяйки открыла комнату, а с тёмного балкона в полутёмную комнату зашла хозяйка, больная оставалась совершенно спокойной, “даже не вздрогнула”.

После двух сеансов сообщила, что маленький сын её “почти не раздражает”, а после последующих сеансов отметила, что впервые за всю свою сознательную жизнь чувствует себя очень бодро и хорошо, как здравомыслящий человек: абсолютно здраво реагирует, действует и рассуждает. Настроение бодрое.

Всего проведено семь сеансов психотерапии во внушённом сне. Через 2 года прислала письмо. “Прошло 2 года с тех пор, как я лечилась внушением, и я не плачу. Однажды я обиделась на мужа и мне захотелось поплакать. Но как я ни старалась вспомнить самое жалкое и обидное, плакать не смогла: слёзы только смочили мои глаза и больше ничего. Страхи почти совсем прошли, произвольных истерических выкрикиваний не бывает. Настроение бодрое”.

У данной больной наблюдалась выраженная инертность раздражительного процесса, причём кора мозга, повидимому, непрерывно находилась в фазовом состоянии (“дымка торможения”). В этих условиях легко возникали и прочно фиксировались различные навязчивые состояния (собрание и хранение остатков пищи, прислушивание к шорохам, гипестезии, страхи). Путём психотерапии, проведённой во внушённом сне, была устранена патологическая инертность, а вместе с ней исчезла и навязчивость.

Диагноз: навязчивый невроз. Больная, повидимому, относится к слабому общему типу нервной системы и специальному художественному с выраженной патологической инертностью корковой и подкорковой динамики» [1, с. 320 — 322]\*.

Возможные [основные] **осложнения** гипнотерапии можно условно разделить на *внутрисеансовые* и *посткурсовые*. К первым относятся *утрата раппорта, истерические припадки, спонтанный сомнамбулизм, переход глубокого сомнамбулического гипноза в гипнотическую летаргию* и некоторые другие; ко вторым — *гипномания, гипно[зо]филия, гипнофобия, синдром отмены* и прочие.

Среди внутрисеансовых осложнений гипнотерапии наибольшее распространение имеет *утрата раппорта*. В случае утраты раппорта погружённый в гипноз перестаёт реагировать на речь психотерапевта и выполнять внушения.

У больных истерией во время гипнотизации может произойти *истерический припадок* или наступить сумеречное расстройство сознания. Чаще это бывает, если пациент внутренне сопротивляется лечению или если производимое внушение глубоко противоречит его стремлениям.

А.М. Свядоц [8] указывает на то, что у страдающих истерией в редких случаях гипнотический сон может перейти в истерический ступор. Вести пациента из него можно либо энергичным внушением пробуждения, либо при уменьшении значения возникшего состояния: «Пусть спит; когда выспится — проснётся!»

Иногда как осложнение гипнотерапии встречается *спонтанный сомнамбулизм*. Он развивается преимущественно у истерических лиц

и проявляется прежде всего утратой раппорта с гипнотизируемым, у которого может наблюдаться сомнамбулическое состояние с иллюзиями / галлюцинациями и сложными формами поведения.

*Гипнотическая летаргия* — гипногенная перманентная гиперсомния, протекающая со снижением уровня витальных функций.

Одним из типичных посткурсовых негативных последствий гипнотерапии является *гипномания*. У подверженных ей лиц на фоне улучшения общего состояния возрастает восприимчивость к гетерогенным внушениям, которая в дальнейшем становится «желаемой», что свидетельствует о первых признаках гипномании. Прекращение сеанса вызывает ухудшение психического состояния пациента и характеризуется психологическим дискомфортом. Больные осознанно или неосознанно вновь хотят пережить гипнотическую эйфорию. После окончания курса лечения, несмотря на отсутствие внушений, у них часто повторяются ощущения, вызываемые гипнотическими сеансами.

В зависимости от тяжести протекания и формы проявления выделяют три степени гипномании:

I степень — *лёгкая гипномания*; гипнолептическая форма. Характеризуется сонливостью, дремотой в течение суток после сеанса. Это состояние усугубляется при появлении гипнотизирующего, во время беседы с ним, но на данной стадии гипномании наблюдается только по отношению к конкретному врачу. Критика сохранена, амнезия отсутствует.

II степень — *гипномания средней тяжести*. Больные находятся в глубоком гипнотическом состоянии и в конце сеанса для дегипнотизации требуется индивидуальное внушение. После пробуждения пациенты заторможены, сонливы, порог слуховых, зрительных, кожно-вибрационных и других раздражителей повышен. После сеанса они спят крепким сном от 3 часов до суток. В дальнейшем это состояние проходит, но — либо с приходом врача, либо когда пациенту представляются его образ или связанные с сеансом ощущения — указанные явления повторяются. У больных отсутствует критическое отношение к своим состоянию и поведению, они хотят снова испытать гипнотические ощущения. Напоминание или предупреждение об окончании курса лечения может вызвать отрицательную реакцию (слёзы, ухудшение общего самочувствия). Больные, как правило, запоминают происходящие вокруг события; амнезия частичная либо отсутствует.

III степень — *выраженная гипномания* — подразделяется на две стадии. В *первой стадии* больные находятся в состоянии гипнотического сна длительное время — до 24 и более часов. Для пробуждения требуется индивидуальная дегипнотизация. После пробуждения больные без внушения вновь погружаются в гипнотическое состояние либо в течение последующих 12 — 24 часов обнаруживают слабо-выраженные вегетативные расстройства: плаксивость, дрожь, гиперемии кожных покровов, учащённое сердцебиение; дыхание характеризуется лёгким вдохом и глубоким выдохом; имеет место частичная или полная амнезия происходящих вокруг событий. В этой стадии у больных ухудшается и соматическое, и психическое состояние, обостряются ранее имевшиеся функциональные расстройства. Появляются астения, гиперактузия, головная боль, ощущение тяжести в голове.

После пробуждения указанные явления у отдельных пациентов могут продолжаться в течение 6 — 7 дней и более. У перенёсших нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, а также у больных с невыраженными вестибулярными нарушениями эти явления могут усиливаться; появляется шаткая походка. Во *второй стадии* у больных резко выражено гипнотическое состояние, в котором они могут находиться в течение 1 — 3 суток и более. Проводимые для дегипнотизации внушения часто не дают положительных результатов; нередко пациентов вообще невозможно вывести из этого состояния. Насильственное (физическое) пробуждение приводит к резкому ухудшению как психического, так и соматического статусов. Во время гипнотического состояния могут наблюдаться резко выраженные [вегетативные] явления: обильные потливости и мочеиспускание, гиперемия мышц шеи и лица, гиперкинезия, спазмы мышц гортани, приступы удушья, артериальная гипер- или гипотензия, учащённое сердцебиение и дыхание, произвольные движения рук, туловища, головы, а также полная амнезия. После дегипнотизации, как и в первой стадии, наблюдаются вегетативные и другие расстройства, однако они более выражены, и острота их симптоматики может ввести в заблуждение, способствовать неправильной диагностике, спровоцировать срочное вмешательство врачей, в том числе и реаниматолога. Больные открывают глаза, смотрят на окружающих; отвечают на обращённую речь, хотя ответы могут быть и неадекватными. У неопытного специалиста эти явления не вызывают беспокойства, однако возможны тяжёлые последствия (травмы и другое), так как ориентировка у пациентов ослаблена или отсутствует вообще, сознание сужено. После пробуждения они могут снова погрузиться в гипнотическое состояние.

Больные с III степенью гипномании нуждаются в постоянном наблюдении специалистов.

Перечисленные выше явления могут быть отсроченными и ларвированными (некоторые больные даже могут участвовать в трудовой деятельности). Послегипнотическое состояние может соответствовать I степени гипномании. У больных со II и III степенями гипномании может наблюдаться фракционный сон, когда они сами просыпаются, просят есть, пить, ходят в туалет, а через некоторое время снова погружаются в сон без гипнотизации. Главное в подобных ситуациях — своевременно предотвратить возможные осложнения. Такие больные должны находиться под наблюдением специалистов до тех пор, пока полностью не выйдут из гипнотического состояния (примерно 6 — 9 суток и более).

*Гипно[зо]филия* чаще встречается в детском и подростковом возрасте. Однако и у взрослых пациентов это довольно частое явление, особенно в случае, если они лечатся у авторитетного врача. Таким образом, они создают этому врачу определённое *genoptmее* — независимо от результатов лечения. Часто после успешного лечения больные годами стремятся поддерживать связь с врачом, направляют к нему знакомых, родных и так далее. У некоторых больных возможен отказ от адекватной медикаментозной терапии и настрой исключительно на гипноз, что может ухудшать общий результат лечения.

*Гипнофобия* выражается в навязчивых страхах, боязни гипнотерапии; она встречается у следующих контингентов:

- 1) лиц, которые не подготовлены к гипнотерапии, боятся заснуть и не проснуться или же опасаются манипулятивного поведения или насмешек над ними;
- 2) пациентов с соматическими заболеваниями, у которых во время физиологического сна усиливаются приступы бронхиальной астмы, стенокардии etc.;
- 3) здоровых, ставших свидетелями наступившего после проведенного сеанса гипнотерапии ухудшения и опасующихся возникновения подобного состояния у себя;
- 4) лиц, не верящих в лечение и испытывающих подсознательный страх перед гипнотическим воздействием.

Для *синдрома отмены*, возникающего в конце курса лечения в результате прекращения сеансов психотерапии, характерны — в зависимости от типа патологического процесса — соматические, неврологические или психические расстройства. Отмечаются нарушения в аффективной и других сферах — тоска, тревожно-депрессивное состояние, тревога, напряженность, истерические высказывания, расстройство адаптационных механизмов, агрессия по отношению к родным и окружающим, нарушение внимания; в отдельных случаях — даже острое психотическое состояние. В формировании психопатологических расстройств при отмене гипнотерапии большую роль играют личностные особенности больных. Часто клинические последствия, сопровождающие прекращение гипнотерапии, сопряжены с симптомами основных заболеваний.

Следует подчеркнуть, что большинство описанных осложнений гипнотерапии, особенно посткурсовых, возникает вследствие недостаточной [профессиональной] компетентности психотерапевта. Вместе с тем, осложнения при спокойном поведении врача, понимании характера патологии и глубокоом знании техники гипнотизации обычно поддаются коррекции и не приводят к серьезным последствиям.

При возникновении побочных эффектов и осложнений гипнотерапии целесообразна их дифференциальная диагностика со сходными соматическими и нервно-психическими расстройствами, немедленное прекращение гипнотерапевтических сеансов, проведение направленной на их устранение корригирующей психотерапии с применением адекватных для каждого случая психотерапевтических и медикаментозных воздействий.

**Противопоказано** проведение гипнотерапии при наличии продуктивной симптоматики психотического регистра, резко выраженной интоксикации, фебрилитета, синдромов нарушенного сознания экзогенно-органического генеза (оглушение, сопор; сумеречный, делириозный, аментивный синдромы). Противопоказана психотерапия и в тех случаях, когда она индуцирует возникновение истерических или эпилептиформных припадков.

Отдельным классом противопоказаний к применению гипнотерапии являются гипно[зо]филия, равно как и гипнофобия.

Гипносуггестивная психотерапия неоднократно подвергалась различным модификациям, как техническим, так и содержательным; она лежит в основе «эриксонского» гипноза и некоторых других известных методов и методик психотерапии «новой волны».

### Самовнушение и аутотренинг

**Самовнушение**, или **аутосуггестия** (греческое *αὐτός* — сам и латинское *suggestio* — внушение, намёк, указание) — психотерапия посредством внушения каких-либо мыслей, желаний, образов, ощущений, эмоциональных и соматических реакций и состояний самому себе. В психотерапевтической практике применяются различные методики самовнушения, однако все они основаны на том, что вербальные формулы суггестии и невербальные приёмы, облегчающие её реализацию, проводят сами пациенты.

Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) других методов психотерапии, в частности *аутогенной тренировки* (а также *биологической обратной связи*, *релаксации* и других).

**Аутогенная** (греческое *αὐτός* и *γένος* — род, происхождение) **тренировка** (устоявшаяся аббревиатура — АТ), или **аутотренинг** (греческое *αὐτός* и английское *training* — тренировка) представляет собой активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленный на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих[ся] механизмов организма человека, нарушенных в результате стрессового воздействия<sup>95</sup>.

#### Историко-персоналогическая справка

Традиционно аутосуггестивные и аутотренинговые техники персонафицированы: самовнушение по Э. Соуэ [12]\* (ранее употреблялся даже термин «куеизм»), аутогенная тренировка по J.H. Schultz'у (1884 — 1970) [13]\*<sup>96</sup>, H. Kleinsorge и G. Klumbies'у [14]\*, W. Luthe (1922 — 1985) [15]\*, прогрессирующая мышечная релаксация по E. Jacobson'у (1888 — 1983) [16]\*, эмоционально-волевая тренировка по А.Т. Филатову [17]\* и так далее.

Как будет показано при изложении предисциплинарной истории психотерапии, предшественником Эмиля Куэ называют Джеронимо Кардано, поскольку его рассуждения касаются неких «формул аутосуггестии».

<sup>95</sup> Иногда — по-видимому, в силу наличия тренингового компонента — АТ рассматривается в рамках поведенческой психотерапевтической парадигмы.

<sup>96</sup> J.H. Schultz предложил АТ как метод лечения неврозов; в СССР — в общем психотерапевтическом плане — её стали применять в конце 50-х годов XX века.

В разработку метода лечебного самовнушения большой вклад внесли отечественные исследователи. В 1881 году И.Р. Тарханов (1846 — 1908) опубликовал результаты одного из первых научно выдержанных наблюдений о влиянии аутосуггестии на произвольные функции организма, а в 1904 году в книге «*Дух и тело*» [18]\* описал способность произвольно вызывать «остановку» сердца. Я.А. Боткин в 1897 году [19]\* предложил обучать больных сознательному использованию самовнушения для предупреждения и преодоления «невротической фиксации» симптомов соматических заболеваний. В.М. Бехтерев (1911) [20]\*, рекомендуя лечить самовнушением, указывал, что «наиболее подходящим временем для самовнушения является период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением». Он полагал, что «для каждого отдельного случая должна быть выработана определённая формула самовнушения, которая должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не будущем времени». Произносить же формулы самовнушения следует вполголоса «по несколько раз ... и притом с полным сосредоточением».

В истории, несомненно, встречаются различные аутосуггестивные элементы и даже техники, причём известные библейские описания — далеко не первый их пример. Однако эти практики, естественно, лежали отнюдь не в плоскости [психо]терапии, какой мы её понимаем сегодня, а в совершенно иных типах дискурсивных практик, в связи с чем их реконструкция имела бы вульгарный характер.

**Методолого-философские заимствования** аутосуггестии и аутогенной тренировки установлению не подлежат, ибо подобная процедура была бы целиком искусственной, — аутосуггестия (аутогенная тренировка), как и иные суггестивные методы, является «методом-техникой».

**Феноменология и понятия** аутосуггестии лежат, естественно, в поле общесуггестивных представлений, так как самовнушение — прежде всего вариант суггестии; несколько большей специфичностью отличаются представления о роли фактора *личности* — и, кроме того, более вариативна *стилистика поведения психотерапевта*.

**Психо-физиолого-теоретическое обоснование механизмов пато(са)ногенеза**

Сущность аутосуггестии, согласно И.П. Павлову [21]\*, заключается в концентрированном раздражении определённой области коры головного мозга, которое сопровождается сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих базовые интересы всего организма. В исключительных случаях при высших степенях самовнушения даже уничтожение организма может происходить без противодействия с его стороны.

Действие аутосуггестии, согласно теории А.А. Ухтомского (1875 — 1942) [22]\*, объясняется концентрированным раздражением определённого участка коры, то есть возникновением доминанты на фоне

сниженного коркового тонуса. При таком состоянии коры второсигнальные следовые процессы превалируют над реальным воздействием среды.

В.Н. Куликов [23]\* отмечает, что самовнушение формируется в филогенетическом и онтогенетическом планах на базе внушения. Сначала в процессе интерпсихических контактов между людьми складываются отношения гетеросуггестии, а затем способность индивида внушать другим людям интериоризируется, становится интрапсихической способностью личности. Это положение основывается на учении о происхождении психических функций (Л.С. Выготский [24]\*, А.Н. Леонтьев (1903 — 1979) [25]\*, и другие).

Высказывались предположения, что аутосуггестия базируется на механизмах обратной афферентации и опережающего отражения (Н.А. Бернштейн (1896 — 1966) [26]\*, П.К. Анохин (1898 — 1974) [27]\*, и другие).

Указывается, что активность АТ устраняет некоторые отрицательные стороны гетеросуггестивной гипнотерапии в её классической модели — пассивную позицию больного по отношению к процессу лечения, зависимость от врача.

Лечебное действие АТ, наряду с развитием — в результате релаксации — трофотропной реакции, характеризующейся усилением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и способствующей нейтрализации стрессового состояния, основано также на ослаблении активности лимбической и гипоталамической областей, что сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых механизмов (В.С. Лобзин [28]\*).

Принципиальные отличия аутосуггестии от прочих суггестивных методов состоят в том, что все технические и методические приёмы реализует в подавляющем большинстве случаев сам пациент; в силу этих же особенностей формы проведения такой суггестии практически единообразны (хотя, как и большинство методов психотерапии, она может проводиться в индивидуальной и групповой формах).

Для аутосуггестивных методик, и особенно аутогенной тренировки, характерным является весьма значительное число психотехнических наработок, вариантов и модификаций.

### Процедуры и техники

Занятия АТ проводятся в трёх основных позах: лёжа, полулёжа и сидя в «позе кучера». Поза лёжа: больной лежит на спине; руки вытянуты параллельно туловищу и слегка согнуты в локтях, ладони обращены вниз; колени и носки стоп разведены наружу; глаза закрыты; мышцы расслаблены. Поза полулёжа: больной полулежит в кресле с подлокотниками; мышцы тела расслаблены так, как это бывает при засыпании. Поза сидя («поза кучера»): пациент сидит, не касаясь спинки стула; ноги разведены под прямым углом; глаза закрыты; голова свободно склоняется к груди (находясь в такой позе, человек напоминает задремавшего на козлах кучера).



Основными элементами методики АТ являются мышечная релаксация, самовнушение и самовоспитание (аутодидактика).

**Аутогенная тренировка по J.H. Shultz'y**, изложенная в работе «*Das Autogene Training (Konzentrierte Selbstent-Spannung)*» [13]\*, состоит из двух этапов, или ступеней: низшей (АТ-1) и высшей (АТ-2). Задачей низшей ступени является обретение способности контролировать главным образом соматические функции (поэтому J.H. Shultz называл её «организмической»). Вторая, высшая, ступень преследует цель овладения способностью контроля над психическими функциями (что методически весьма сложно, трудоёмко; показания к применению АТ-2 потому довольно ограничены и нечётки).

Одновременно с освоением формул (J.H. Shultz говорит о «редакции внушений») обеих ступеней больной вызывает у себя ощущение полного спокойствия.

Низшая ступень АТ состоит из шести упражнений.

**Первое упражнение** предусматривает реализацию чувства тяжести в правой руке (для левшей — в левой руке). Последнее достигается через расслабление мышц рук. Формула первого упражнения: «Моя правая рука тяжёлая». Эту фразу следует повторить шесть раз. Перед ней введена вспомогательная формула: «Я совершенно спокоен». Следовательно, первое начальное упражнение будет иметь такой вид:

«Я совершенно спокоен	1 раз
Моя правая рука тяжёлая	6 раз
Я совершенно спокоен	1 раз
Моя правая рука тяжёлая	6 раз
Я совершенно спокоен	1 раз
Моя правая рука тяжёлая»	1 раз

Выполняется упражнение в одной из предложенных поз: «позе кучера», позе в кресле (полулёжа) или позе лёжа. Пациент выбирает позу на своё усмотрение. В этой позе нужно выполнять упражнение 2 — 3 раза в день. Сначала это занимает 1 — 2 минуты. После того как пациент ощущает тяжесть в правой руке, переходят к упражнению с левой рукой (всё выполняют аналогично описанному выше). Затем упражнение распространяется на правую и левую ноги, и наконец, самовнушение формулируется как «Руки и ноги абсолютно тяжёлые».

После каждого занятия следует сжать руки в кулак, глубоко вдохнуть, открыть глаза. Иногда дают инструкцию не только сжать руки, но и потянуться.

На этом первое упражнение заканчивается, и начинается второе.

**Второе упражнение** — вызывание ощущения тепла в правой руке, затем в левой руке. Начинают второе упражнение сразу же за первым, в той же позе. Техника выполнения аналогичная. Формула упражнения такова:

«Моя правая (левая) рука тёплая	6 раз
Я совершенно спокоен	1 раз
Моя правая (левая) рука тёплая	6 раз
Я совершенно спокоен»	1 раз

и так далее, аналогично первому упражнению.

Первые два упражнения обычно не вызывают особых затруднений. После их освоения переходят к третьему — регуляции частоты сердечных сокращений.

**Третье упражнение** проводится с использованием формулы «Сердце бьётся спокойно и сильно». (Представляется правильным рекомендовать несколько видоизменённую формулу: «Сердце бьётся спокойно и ритмично», поскольку определение «сильно» может ассоциироваться с ускоренной частотой сердцебиения.)

**Четвёртое упражнение** направлено на дыхательную систему; его формула: «Дыхание абсолютно спокойное» или «Дышу спокойно». (Последнюю формулу целесообразно расширить: «Дышу спокойно, легко, ровно».)

**Пятое упражнение** — регуляция органов пищеварительного тракта; формула такова: «Живот излучает тепло» или «Солнечное сплетение излучает тепло».

**Шестое упражнение**, в отличие от предыдущих, является не релаксационным, а мобилизующим, и направлено на чувство прохлады лба.

Формула звучит так: «Лоб приятно прохладный».

Более эффективна формула: «Лоб чуть-чуть прохладный».

В конечном варианте — полного усвоения — формулы методики АТ низшей ступени имеют примерно такое содержание:

«Я совершенно спокоен.

1. Моя правая (левая) рука тяжёлая.
2. Моя правая (левая) рука тёплая.
3. Сердце бьётся совершенно спокойно и ритмично.
4. Моё дыхание абсолютно спокойное, лёгкое.
5. Живот излучает тепло.
6. Лоб чуть-чуть прохладный».

На освоение каждой из формул (их шесть, не считая предваряющей формулы спокойствия) низшей ступени АТ, согласно J.H. Shultz'y, требуется 2 недели (в большинстве современных модификаций это время сокращается до 7 — 8 дней). Занятия проходят 2 — 3 раза в день. Не освоив одну формулу, не следует переходить к другой. Освоение проходит последовательно от первой к шестой формуле. Весь курс АТ-1 длится около трёх месяцев.

Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром — перед тем как подняться с постели, и вечером — перед засыпанием), причём, как правило, пациенты ведут дневники, где описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий.

Показателем усвоения очередного упражнения является *генерализация ощущений*. Например, упражнение по внушению ощущения тепла в конечностях считается усвоенным, когда тепло начинает разливаться по всему телу.

При освоении первых двух стандартных упражнений («тяжесть» и «тепло») возникает особое состояние «аутогенного погружения», которое J.H. Shultz называл «переключением» и определял в категориях физиологии как «понижение биотонуса при сохранном созна-

нии». Позже это состояние было интерпретировано как снижение активности коры при отсутствии внешних раздражителей и сокращение объёма мыслительных процессов вследствие сосредоточенности на формулах тренировки; это состояние является промежуточным между сном и бодрствованием и близко к первой стадии гипнотического сна (сомноленции).

Глубина «аутогенного погружения» подразделяется на три фазы. В первой фазе пациент ощущает тяжесть, тепло, истому, разлившиеся по всему телу. Вторая фаза характеризуется ощущением телесной лёгкости, невесомости, причем нередко возникают нарушения схемы тела. Третью фазу можно характеризовать как «исчезновение тела». Первая и вторая фазы могут быть дифференцированы электроэнцефалографически. В силу значительного торможения коры повторяемые формулы становятся эффективным средством самовнушения. Находясь в состоянии «аутогенного погружения», пациент может приступать к направленному против определённых болезненных расстройств самовнушению.

Итак, упражнения низшей ступени АТ воздействуют преимущественно на вегетативные функции. С целью же оптимизации функционирования высших психических функций J.H. Shultz разработал высшую ступень АТ, упражнения которой должны научить пациента вызывать довольно сложные переживания, приводящие к исцелению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение». Стандартные упражнения АТ-1 J.H. Shultz считал лишь подготовкой к основному лечению, ко второй, высшей, ступени — *аутогенной медитации*, с помощью которой и достигается «аутогенная нейтрализация»; он полагал, что полностью излечиться от невроза можно лишь путём нейтрализации отрицательных переживаний (термин «медитация», который довольно часто [в последующем] начинают использовать в психотерапии — прямая *calque* с латинского *meditatio*, что Cicero, Seneca и другие использовали в значении [сосредоточенное] «размышление», но первый также — и «упражнение»).

[Психо]технические приёмы такого «самоочищения» — разумеется, секуляризированные и культурально интактные — J.H. Shultz заимствовал из [древнеиндусской] системы йоги.

**Аутогенная медитация по J.H. Shultz'у.** Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии «аутогенного погружения» длительное время — по часу и более. Во время такой «пассивной концентрации» должны возникать различные визуальные феномены («тени», «простейшие геометрические формы», цветовые пятна и тому подобное). Дальнейшая подготовка состоит в научении вызывать и удерживать эту «пассивную концентрацию» при наличии раздражающих помех — яркого света, шума etc.

Аутогенная медитация по J.H. Shultz'у включает следующие семь упражнений.

**Первое упражнение** — фиксация спонтанно возникающих цветовых феноменов (представлений).

**Второе упражнение** — вызывание определённых цветовых феноменов (представлений), созерцание заданного цвета.

**Третье упражнение** — визуализация конкретных предметов.

**Четвёртое упражнение** — сосредоточение на зрительном представлении абстрактных понятий — таких, как «справедливость», «счастье», «истина», и подобных. Во время выполнения упражнения, как правило, возникает поток строго индивидуализированных представлений. Эти, вполне конкретные, зрительные образы, ассоциирующиеся с абстрактными понятиями, помогают выявиться подсознательному.

**Пятое упражнение** — концентрация «пассивного внимания» на произвольно вызываемых, эмоционально значимых ситуациях. Во время выполнения упражнения тренирующийся нередко «видит» себя [в центре] воображаемой ситуации.

**Шестое упражнение** — вызывание образов других людей. Вначале следует научиться вызывать образы эмоционально нейтральных лиц, затем — эмоционально коннотированные образы приятных и неприятных пациенту особ. Отмечено, что в таких случаях образы людей возникают несколько шаржированно, гротескно. Постепенно эти образы становятся всё более «спокойными», «бесстрастными», смягчаются утрированные черты, элементы эмоциональной гиперболлизации, что и служит показателем начавшейся «аутогенной нейтрализации».

**Седьмое упражнение**, названное J.H. Shultz'ем «ответ бессознательного». Тренирующийся спрашивает себя: «чего я хочу?», «кто я такой?», «в чём моя проблема?» etc. В ответ он — подсознательно — как бы отвечает потоком образов, помогающих увидеть себя «со стороны» в разнообразных, в том числе проблемных и тревожащих, ситуациях. Таким путём достигается некий специфический катарсис, «самоочищение», и наступает «аутогенная нейтрализация», что фактически тождественно исцелению. (Эти феноменно-психотехнические особенности послужили поводом к замечанию (Б.Д. Карвасарский и соавторы, 1998 [29]\*), что медитативные упражнения по системе J.H. Shultz'a фактически сводятся к серии приёмов своеобразного «аутопсихоанализа»).

Длительность овладения высшей ступенью АТ — и, соответственно, терапии — не менее двух лет.

W. Luthe, соавтор J.H. Shultz'a по шеститомному руководству *«Autogenic Therapy» («Аутогенная терапия»)* [30]\*, вводит новые психотехнические элементы в структуру «аутогенной нейтрализации»: «аутогенное отреагирование» и «аутогенную вербализацию». Эти техники и составляют основное содержание двух последних томов (*«Dynamics of Autogenic Neutralization»* и *«Treatment with Autogenic Neutralization»*) издания.

**«Аутогенное отреагирование» по W. Luthe.** Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приёмы интрапсихического воспроизведения тех ситуаций, которые явились причиной психотравмы. Во время сеанса «аутогенного отреагирования» врач соблюдает полную нейтральность (стилистика его поведения напоминает таковую в классическом психоанализе). W. Luthe постулирует, что па-

циент сам чувствует, в какой форме и в каком порядке следует «высказывать материал». Подчёркивается, что при «аутогенной нейтрализации» высвобождается (то есть визуализируется и вербализуется) лишь тот «материал», что «мешает» нормальной психической деятельности. Вербализация «материала» осуществляется при закрытых глазах, а основной задачей пациента является рассказ о всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

«Аутогенное отреагирование» по W. Luthе [31]\* подчиняется пяти основным правилам, или условиям; они сформулированы так:

- 1) необходимость перехода от стандартных упражнений к пассивному настрою на зрительные образы;
- 2) ничем не ограничиваемое вербальное описание любых восприятий (сенсорных образов);
- 3) принцип психотерапевтического вмешательства в [управляемый] процесс нейтрализации;
- 4) соблюдение (или признание) внутренней динамики, которая присуща периоду «аутогенных разрядов»;
- 5) принцип самостоятельного окончания психотерапевтической работы.

На протяжении всего курса «аутогенного отреагирования» применяются стандартные упражнения. Самостоятельное выполнение «аутогенного отреагирования» допускается только с разрешения психотерапевта. Интервалы между сеансами составляют 7 — 10 дней.

**«Аутогенная вербализация» по W. Luthе.** Эта техника отличается от «аутогенного отреагирования» главным образом тем, что осуществляется без визуализации представлений. «Аутогенная вербализация» применяется в тех случаях, когда «мешающий материал» (болезненные переживания) поддаётся точному словесному описанию. Вербализация определённой темы (например, «агрессия», «желание», «страх» etc.) проводится в состоянии аутогенного расслабления и продолжается до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего. При «аутогенной вербализации» предполагается, что пациенту известна «тема», которая содержит «мешающий материал».

(De facto приёмы «аутогенной нейтрализации» близки — и по техническим, и по саногенным особенностям — к введённым в психоанализ С.Г. Юнг'ом приёмам, — что берут своё начало в предложенной W.M. Wundt'ом [32]\* технике ассоциативного эксперимента; новацией же является их реализация в состоянии аутогенной релаксации.)

W. Luthе выделяет пять типов суггестивных формул-намерений:

- 1) *нейтрализующие* — использующие вариант самовнушения с ключевой сентенцией «всё равно»: «Лютание всё равно» — при эзофагоспазме; «Цветочная пыльца всё равно» — при поллинозах, и тому подобное;
- 2) *усиливающие*, например: «Я знаю, что проснусь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» — при энурезе; «Я говорю автоматически» — при заикании;
- 3) *абстинентно-направленные*, например: «Я знаю, что не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»;

- 4) *парадоксальные*, например: «Я хочу писать как можно хуже» — при писчем спазме;
- 5) *поддерживающие*, например: «Я знаю, что не завишу от лекарств» — при бронхиальной астме; «Имена интересны» — при плохом запоминании имён.

Существует ряд модификаций АТ по J.H. Shultz'y — как низшей, так и высшей ступеней.

**Модификация D. Müller-Hegemann'a [33]\*.** Основываясь на работах, установивших факт обширного представительства в корковых структурах лица (особенно языка) и кисти (особенно большого пальца), D. Müller-Hegemann модифицировал методику J.H. Shultz'a, введя несколько дополнительных формул, а именно: «Лицевые мышцы совершенно расслаблены», «Челюсть свободно отвисает вниз», «Язык совершенно тяжёлый» — перед формулой «Лоб приятно прохладный», и «Обе кисти рук совершенно тяжёлые» — после формулы «Обе руки совершенно тяжёлые». Расслабление мышц лица и кистей рук способствует более глубокому «аутогенному погружению» (а у больных мигренью даже нередко купирует начинающийся приступ). Автор вносит изменения и в третье упражнение. При его выполнении больной должен представить себе левую руку наполняющейся струящимся теплом — от пальцев левой кисти до плечевого сустава. В дальнейшем он как бы «переливает» это «накопленное в левой руке тепло» в левую половину грудной клетки, ощущает его струящимся по сердцу и таким путём добивается рефлекторного расширения коронарных сосудов.

**Модификация H. Kleinsorge u G. Klumbies'a [14]\*.** Авторами разработана техника тренировки, целенаправленно воздействующая на внутренние органы. Эта «органотренировка» является дальнейшим развитием АТ. После завершения сокращённого общего курса АТ больных разделяют на группы согласно нозо-синдромальному признаку. В этих группах проводится курс специализированных упражнений, представляющих собой соответствующим образом расширенные и дополненные классические упражнения первой ступени. Сами же авторы полагали, что их методика не является модификацией, а представляет собой новое направление в дальнейшем развитии метода аутогенной тренировки, и выступает в качестве третьего класса АТ.

Вся система АТ этой модификации разделена на три класса: первый — обучающая поза и вступительная беседа о сути метода (подобная информационная беседа внедрена впервые); второй — подготовительные занятия в общей группе, где прорабатывают упражнения первой ступени классической методики АТ, но с расширенным содержанием [формул]; третий же класс собственно и является «органотренировкой».

Итак, больных распределяют на группы в зависимости от нозо-синдромальной формы. Создаются такие группы: «голова», «сердце», «живот», «сосуды», «лёгкие», «покой».

**Группа «голова».** Показания: вазомоторные головные боли, мигрень, синдром Меньера, расстройства активного внимания etc. Ак-

цент делается на шестом упражнении АТ низшей ступени: «Лоб приятно прохладный; голова ясная, свободная, свежая, может сосредоточиться на любой мысли» и тому подобное.

**Группа «сердце».** Показания: стенокардия, кардиологический синдром, нарушения сердечного ритма etc. Акцент — на втором и третьем упражнениях АТ-1. Терапевтическое действие основано на рефлекторном расширении коронарных сосудов при расширении кожных сосудов левой руки.

**Группа «живот».** Показания: спазмы мускулатуры органов брюшной полости, гастралгия, дискинезия жёлчных путей, слизистый и язвенный колиты etc. Акцент — на пятом упражнении АТ-1. Авторы заменяют формулу J.H. Shultz'a «солнечное сплетение излучает тепло» как произвольную с [анатомо-]физиологической точки зрения на более обоснованную: «Приятное тепло разливается в моём животе».

**Группа «сосуды».** Показания: нарушения периферического кровообращения, гипертоническая болезнь в неврогенной стадии etc. Упражнения построены на основе первых двух упражнений АТ-1. Большое значение придаётся формулам общего успокоения.

**Группа «лёгкие».** Показания: психогенные диспноэ, бронхиальная астма (вне приступа), начальные степени эмфиземы лёгких etc. Тренировка проводится в позе лёжа, при открытых окнах. Вводится формула: «Мне дышится совсем легко».

**Группа «покой».** Показания: нарушения сна и эмоциональные нарушения. Тренируются в позе лёжа. Специальные упражнения — частью заимствованные из комплекса *прогрессирующей мышечной релаксации по Е. Jacobson'у* — направлены на расслабление скелетной мускулатуры. Гранквилизация достигается также косвенно — представлением эмоционально-положительно окрашенных картин (пейзажей, например).

Специализация терапевтических групп по отдельным нозо-синдромальным формам многими авторами признаётся нерациональной. В последнее время «направленная органотренировка» проводится чаще всего не в лечебных, а в профессионально-прикладных целях — при подготовке спортсменов, актёров и других. При таком подходе излишними оказываются многие стандартные упражнения низшей ступени АТ, их заменяют узкоспециальные приёмы и формулы.

**Модификация К.И. Мировского и А.Н. Шогама** [34]\* носит название «психотоническая тренировка». Авторами разработаны приёмы, не только снижающие, но и повышающие тонус, мобилизующие. Благодаря этому было достигнуто дальнейшее расширение сферы применения АТ: в частности, из числа противопоказаний были исключены артериальная гипотония и астенения.

Больные тренируются в «астено-гипотонической группе». Мышечная релаксация исключается, поскольку снижение артериального давления противопоказано. В формулы вводятся слова, описывающие выраженные симпатомиметические сдвиги (озноб, «гусиная кожа», «холод» и тому подобное). Тренировка заканчивается энергичной мускульной самомобилизацией.

**Текст:** «Я совершенно спокоен. Всё моё тело расслаблено и спокойно. Ничто не отвлекает. Всё безразлично мне. Я чувствую внутреннее

успокоение. Плечи и спину обдаёт легкий озноб. Будто приятный, освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. По телу пробегают «мурашки»? Я — как сжатая пружина. Всё готово к броску. Весь напряжён. Внимание! Встать! Толчок!»

**Модификация М.С. Лебединского и Т.Л. Бортник** [35]\* является сокращённым вариантом АТ, приспособленным для стационара. Продолжительность курса — 1 месяц. Срок лечения уменьшается за счёт удлинения каждого сеанса в начале лечения до 30 минут. Больной занимается ежедневно один раз с врачом и дважды самостоятельно. Каждое упражнение должно усваиваться за 3 дня. Срок лечения сокращается также благодаря расширению формул. Например, формула мышечной релаксации такова: «Я чувствую тяжесть в правой руке, в плече, предплечье, пальцах. До самых кончиков пальцев правой руки чувствую тяжесть». Возникновению ощущения тепла в области солнечного сплетения способствует представление о проглатывании слюны и разливающимся тепле в области пищевода и желудка. Срок лечения сокращается и за счёт усиления гетеросуггестивного момента АТ: больные повторяют про себя формулы, которые врач произносит несколько раз. Перед началом работы с каждой формулой и при переходе от одной формулы к другой звучит расширенная формула спокойствия: «Я спокоен. Я совершенно спокоен. Спокойно и ритмично дыхание. Ритмичен пульс. Сердце бьётся ровно и спокойно».

**«Репродуктивная тренировка» — модификация А.Г. Панова и соавторов** [36]\* — представляет собой комплексную методику психофизиологической и личностной саморегуляции. В качестве реализующего приёма широко используется сенсорная репродукция — преднамеренное воспроизведение ощущений. «Репродуктивная тренировка» включает подготовительные мероприятия (изучение личности больного и определение основных методов психотерапевтического воздействия), предварительные упражнения (дыхательная гимнастика, идеомоторная и релаксирующая тренировка мышечного аппарата) и собственно обучающий курс АТ. «Репродуктивная тренировка», как указывают авторы, — методика компилятивная, [психо]технически объединяющая приёмы, заимствованные из многих источников. Большое внимание уделяется так называемой «маске релаксации» — упражнению, с которого начинается весь курс АТ; формула такова: «Мягко опустить веки, свести взор кнутри и книзу на щёки, по бокам носа, язык мягко приложить к корням верхних зубов изнутри (как при произнесении звука “т”), дать нижней челюсти слегка отвиснуть, ощутить её вес, и чуть выпятить её вперёд (как при произнесении звука “ы”)».

Другой особенностью данной методики является введение в обучающий курс АТ дыхательной гимнастики, проводимой по схемам, специально разработанным авторами. Ритмичное форсированное дыхание понижает возбудимость ряда нервных центров и способствует мышечной релаксации. (Многие авторы отмечают позитивное влияние дыхательной гимнастики: выравнивание эмоционального состояния тренирующихся, повышение способности к концентрации внимания.)

Во время дыхательной гимнастики в брюшной полости возникает «глубинное тепло», поэтому она используется перед формулой вызывания тепла в животе.

**Модификация высшей ступени АТ.** Этот оригинальный комплекс упражнений также разработан А.Г. Пановым и соавторами. Предложенная методика базируется на данных психофизиологии эмоций. Центральными в данном комплексе АТ-2 являются приёмы преднамеренной регуляции эмоционального состояния, то есть *моделирования эмоций*. Основными приёмами моделирования настроения считаются управление мышечным тонусом (типа *прогрессирующей мышечной релаксации по Е. Jacobson'у*), упражнения сюжетного воображения и так называемые «упражнения самоутверждения».

Целью *упражнений сюжетного воображения* является самостоятельное, сознательное, преднамеренное формирование заданного эмоционального состояния, а суть заключается в репродуцировании эмоционально окрашенных представлений, образов и динамичных ситуаций (сюжетов). Формирование эмоционально значимых сюжетных представлений начинается с постановки цели — в зависимости от того, какое эмоциональное состояние надлежит моделировать. В зависимости от выбранной цели определяется цвет, «соответствующий» нужной эмоции. Избранный цвет служит базой для формирования словесного самоприказа.

В качестве примера рассмотрим упражнение под названием «Парк». Его цель — создать состояние покоя, внутреннего комфорта, ленивой истомы, глубокого отдыха. Основные сенсорные представления — зрительные. Самоприказ: «Зелёная-зелёная зелень. Зелёная-зелёная листва. Зелёная листва шелестит». Образная развёртка — представить себя в парке в тёплый и солнечный летний день. Солнечные блики перемежаются с пятнами тени от листвы. Телу тепло, но не жарко (температурный образ). Листва свежая, яркая (цветовой образ). Просторные поляны и аллеи уходят вдаль (пространственный образ). Листва шелестит на слабом ветру, доносятся далёкие и неясные голоса людей (звуковой образ и осязательный — ветерок). Запах свежей листвы (обонятельный образ). Музыкальное подкрепление — плавная негромкая музыка, льющаяся из парковых репродукторов. Следует вжиться в эту картину, прочувствовать и зафиксировать её в сознании.

**Упражнения самоутверждения.** Нередко возникают предвиденные заранее чрезвычайные житейские ситуации, связанные с повышенным чувством ответственности. Тревожное ожидание таких ситуаций порождает неуверенность в себе, страх перед неудачей и может спровоцировать невротический срыв. К таким ситуациям можно подготовиться с помощью «упражнений самоутверждения». Больным советуют по утрам, ещё не проснувшись окончательно, то есть находясь в естественном «аутогенном погружении», репетировать тревожащую их ситуацию, но не такую, какой они боятся, а такую, какой они хотят её видеть. Это *sui generis* «репетиция успеха». Подобные тренировки можно проводить за несколько дней до ожидаемого события или непосредственно в тот день, когда оно предстоит, но не перед сном, так как это может привести к расстройству сна.

**Эмоционально-волевая тренировка (ЭВТ) по А.Т. Филатову [17]\*.** Разработанная А.Т. Филатовым система объединяет аутосуггестивные и аутотренинговые элементы (фактически — это АТ с акцентом на аутосуггестии уверенности).

Составными частями ЭВТ являются тренинги: биологический, психологический — включая волевой — и социальный. Ниже перечислены их компоненты и составляющие:

*Биологический тренинг:*

- а) успокоение, а именно: проприорелаксация (миорелаксация), интэрорелаксация (дыхание, сердце), психическая релаксация;
- б) мобилизация, а именно: самовнушение [ощущения] прохлады, самовнушение [чувства] лёгкости, самовнушение [появления] энергии;
- в) обновление, а именно: расширение кровеносных сосудов (сердце, желудочно-кишечный тракт по методикам АТ), «психический [само]массаж», приёмы улучшения сна.

*Психологический тренинг:*

- а) эмоциональный тренинг (включает компоненты «тренировки покоя»: лица, взгляда, языка, движений, походки; сюжетное представление себя спокойным; то же — в индифферентных обстоятельствах; то же — в эмоционально-значимых ситуациях; то же — в конфликтных ситуациях);
- б) тренировка уверенности<sup>97</sup> (проводится по той же схеме, что и «тренировка покоя»);
- в) тренировка умения отвергать отрицательные эмоции и оставаться индифферентным;
- г) тренировка умения быть равнодушным к неудачам.

*Волевой тренинг:*

- а) определение мотивов;
- б) определение цели;
- в) «тренинг личности»: создание [образа] своего идеального «Я»; оценка своей личности; слияние с [образом] своего идеального «Я».

*Социальный тренинг:*

- а) тренинг общения (совершенствование навыков общения): определение наиболее простых / сложных ситуаций общения, сюжетное представление общения в доброжелательной / проблемной обстановке;

<sup>97</sup> Уверенность, по мнению А.Т. Филатова, имеет взаимосвязанные внешние и внутренние проявления. К внешним отнесены: мимические — уверенное выражение лица, уверенный взгляд; пантомимические — уверенные движения, уверенная походка, уверенная осанка; вербальные — уверенная манера речи.

Стоит заметить, что А.Т. Филатов предлагал различать уверенность как постоянную черту характера и уверенность как временную эмоцию. Первая условно названа им *фоновой уверенностью*, вторая — *уверенностью-эмоцией*. А.Т. Филатов считал, что нейрофизиологическими основаниями этой эмоции являются: ретикулярная формация, лимбическая система, гипоталамус; парацентральная извилина (мимика, пантомимика, проявления эмоций); центр Брока (уверенная речь).

б) тренинг «оптимальной модели специалиста» (создание «идеальной модели специалиста»); определение «оптимальной модели специалиста»; вхождение в «оптимальную модель специалиста».

Наиболее широкое применение ЭВТ нашла в спортивной медицине.

*«Прогрессирующая мышечная релаксация» по Е. Jacobson'у* [16]\*. В ходе выполнения названной методики с помощью концентрации внимания сперва формируется способность улавливать напряжение в мышцах и ощущать мышечное расслабление, а затем отрабатывается навык овладения произвольным расслаблением [напряжённых] мышечных групп.

Терапия начинается с беседы, в процессе которой психотерапевт объясняет пациентам механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, — подчёркивая, что основной целью методики является достижение умения произвольно расслаблять поперечно-полосатую мускулатуру, находясь в состоянии покоя.

Техника «прогрессирующей мышечной релаксации» условно разделяется на три этапа [освоения].

*Первый этап.* Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым отчётливое ощущение мышечного напряжения. Затем руки одномерно расслабляются и свободно падают. Упражнение повторяют несколько раз. При этом необходимо зафиксировать внимание на контрастных ощущениях мышечного напряжения и расслабления.

Следующее упражнение состоит в сокращении и расслаблении бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимум сильным, а затем всё более и более слабым, и наоборот. При выполнении этого упражнения необходимо особо фиксировать внимание на ощущениях самого слабого, малейшего напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого больной последовательно упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец — мышцы лица, языка, гортани (то есть мышцы, участвующие в мимике и акте речи).

*Второй этап.* Осваивается дифференцированная релаксация. Находясь в положении сидя, больной учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее — расслаблять — при письме, чтении, речи и тому подобном — мышцы, не участвующие в этих актах.

*Третий этап.* Больному предлагается установить — путём самонаблюдения, — какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышение артериального давления и прочее). Впоследствии посредством релаксации, снятия локальных мышечных напряжений пациент сможет научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или даже отдельные болезненные проявления.

Упражнения «прогрессирующей мышечной релаксации» по Е. Jacobson'у обычно осваиваются в группе из 8 — 12 человек под руковод-

ством психотерапевта, с регулярностью 2 — 3 раза в неделю. Кроме того, обязательны сеансы самообучения, которые больные проводят самостоятельно 1 — 2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от 30 минут (индивидуальный) до 1 часа (групповой). Весь курс обучения занимает от 3 до 6 месяцев.

Все мышцы тела условно подразделяются на шестнадцать групп. Последовательность выполнения упражнений такова: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки) к мышцам лица (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги).

Упражнения начинаются с кратковременного, длительностью в 5 — 7 секунд, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание сосредоточивается на чувстве релаксации в этой области тела. Упражнение в одной группе мышц повторяется до тех пор, пока пациент не почувствует полного мышечного расслабления; только после этого переходят к следующей группе.

По мере приобретения навыка расслабления охватываются всё более крупные мышечные группы, а сила напряжения в мышцах уменьшается.

На заключительном этапе пациент после проведённого анализа локальных напряжений мышц в различных ситуациях — при тревоге, страхе, волнении etc., — самостоятельно достигает мышечного расслабления — и таким образом преодолевает эмоциональное напряжение.

*«Отрицательное самовнушение по М.Д. Танцюре»* [37]\*. Суть этой авторской методики состоит в том, что после достижения больным расслабления всего тела осуществляется «отрицательное» самовнушение.

Так, например, больной, страдающий бессонницей, внушает себе следующее: «Я не хочу спать. Я обязательно буду активным и бодрым. Специально не буду спать». При лечении навязчивых состояний пациенту предлагают 3 — 4 раза в день по несколько минут воспроизводить движения, повторяющие болезненный симптом, или же 10 — 15 раз вызывать представления, усиливающие его. К примеру, больному с эзофагоспазмом и страхом глотания рекомендуется держать пищу во рту, стараясь её не глотать, и думать при этом, что она остановится в пищеводе. Опираясь на патофизиологическую концепцию неврозов И.П. Павлова, М.Д. Танцюра полагал: поскольку в основе многих невротических симптомов лежит образование патологического очага инертного возбуждения в коре головного мозга, при многократном повторении действий (как в случае навязчивых состояний) наступает перенапряжение возбуждательного процесса в очаге с развитием в нём инертного торможения.

Данная методика позволяет разрушить стойкую доминанту тревожного ожидания симптома и меняет эмоциональную реакцию на него.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов отмечается возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутогенной тренировки, путём использова-

ния принципа «биологической обратной связи» (электромиографической, электроэнцефалографической, температурной, обратной связи ритма сердца etc.).

**[Клиническое] применение, осложнения и противопоказания**

Аутогенная тренировка наиболее эффективна при лечении неврологических и соматоформных расстройств, коррекции нарушений адаптации и терапии психосоматических заболеваний. АТ показана прежде всего при неврастении; в её рамках наибольший эффект наблюдается при психогенных сексуальных расстройствах и расстройствах сна. При неврозе навязчивых состояний АТ успешно применяется для купирования фобического синдрома; удовлетворительны результаты при лечении обсессий, однако практически отсутствует эффект при компульсивном синдроме. Многие авторы указывают на низкую эффективность АТ при истерии, когда отмечается своеобразная «условная приятность» болезни. Резистентность обнаруживают больные с ипохондрическим синдромом. Низкая эффективность лечения отмечается также при психастении.

Наилучшие результаты применения АТ наблюдаются при лечении тех заболеваний, проявления которых связаны с эмоциональным напряжением и со спазмом гладкой мускулатуры, причём парасимпатический эффект достигается легче, чем симпатический. Отмечен хороший результат применения АТ при бронхиальной астме, в инициальном периоде гипертонической болезни и облитерирующего эндартериита, при диспноэ, эзофагоспазме, стенокардии, при спастических болях в желудочно-кишечном тракте. Имеются данные об удовлетворительных результатах применения АТ при лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (одной из причин которой, по распространённому мнению, является местный неврогенный спазм сосудов).

АТ высокоэффективна как метод лечения различных невротических расстройств речи и фонации. Однако АТ, применённая в общей группе, помогает купировать лишь явления логофобии, но не излечивает заикание как системный невроз, в связи с чем необходимы занятия пациентов в специализированных психотерапевтических группах больных логоневрозами.

АТ включается в комплексное лечение алкоголизма и наркоманий, — в частности для устранения абстинентного синдрома и формирования антиалкоголической установки.

В неврологической клинике АТ применяется при лечении остаточных явлений органических заболеваний нервной системы — с целью купирования психогенных расстройств, дополняющих и осложняющих картину органического поражения нервной системы, а также коррекции личностной реакции на болезнь при сосудистых поражениях мозга, лечении остаточных явлений черепно-мозговых травм, нейроинфекций и другого.

Успешное снятие эмоционального напряжения и тревоги с помощью АТ оправдывает её включение в многочисленные варианты методик психопрофилактики родовых болей.

Широкое применение АТ получила также в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, а также лиц, работающих в условиях психоэмоционального напряжения и в экстремальных условиях. Имеется положительный опыт применения специальных вариантов АТ как метода производственной гигиены.

Рассмотрим приводимое В.М. Бехтеревым клиническое наблюдение, где гетеросуггестивная терапия навязчивости объединялась с аутосуггестивными элементами (текст даётся в современной орфографии по новейшему переизданию).

«...Я вполне убедился в могущественном влиянии гипнотических внушений на навязчивые идеи. Последние, при всём своём упорстве, заметно ослабевали уже после первого же сеанса и в благоприятных случаях окончательно исчезали после нескольких сеансов; в менее же благоприятных случаях лечение хотя и затягивалось на более продолжительный срок, но всё же рано или поздно приводило к благоприятному исходу. При этом успех лечения обуславливался, собственно, не только степенью развития, продолжительностью и упорством навязчивых идей, но и тем обстоятельством, какая степень гипноза могла быть вызвана у больного, в зависимости от чего, без сомнения, изменялось и действие гипнотических внушений. Так как собиране подходящего материала в указанном направлении продолжается мною и по сие время, то я пока и не имею в виду приводить здесь все случаи навязчивых идей, пользованные мною гипнотическими внушениями, и ограничусь лишь одним наблюдением, которое прекрасно поясняет целебное значение гипнотических внушений по отношению к навязчивым идеям.

К., замужняя, 40 лет, дочь очень нервной матери и отца, злоупотреблявшего спиртными напитками. Две сестры её отличались нервною. Сама больная в молодости была нервною и в девичах страдала бледною немочью. Юда 4 спустя после выхода замуж, т. е. лет 18 тому назад, у неё впервые обнаружались припадки большой истерии, бывшие, впрочем, всего раза 2 или 3. Но с тех пор время от времени случаются припадки малой истерии, выражающиеся давлением в горле, сердцебиением и слезами, а изредка и хохотом. Кроме того, больная с давних пор обнаруживает чисто болезненную боязнь некоторых животных, напр. кошек и мышей, боязнь привидений, а иногда и боязнь нечистоты, в силу которой она принуждена часто мыть свои руки. Вместе с тем она поразительно нерешительна во всём и тревожится всякими пустяками. Поводом к тревогам нередко служат даже такие маловажные события, как посылка куда-нибудь прислуги с самым обыденным поручением. Наконец, по временам у больной бывали и более резкие навязчивые идеи: так, если она бывала в обществе, то ей нередко казалось, будто она обидела то или иное лицо своим разговором. Эти мысли об обиде кого-либо обыкновенно подолгу преследовали больную и нередко приводили её в сильное волнение. Но особенно резко состояние её ухудшилось недели за 3 до первого её визита ко мне в конце декабря. Совершенно неожиданно с ней случилось следующее происшествие, послужившее поводом к развитию мучительных навязчивых идей: она посоветовала одной из своих родственниц, г-же М., страдавшей уже лет 16 чахоткою, поехать на

поклонение к мощам Св. Германа в г. Свяжск. Г-жа М. действительно послушалась её совета, но случилось так, что, приехав из Казани в г. Свяжск, она умерла как раз у цели своего путешествия, в самой церкви. Известие об этом сильно поразило нашу больную. С тех пор её стала преследовать мысль, что её родственница умерла благодаря её неуместному совету. Несмотря на внутреннее разубеждение самой больной, эта мысль с того времени не оставляла её в покое почти ни одной минуты; она часто и подолгу оплакивала как свою родственницу, так и свой поступок. Беспокоившие её ранее мысли, вечные сомнения, тревоги и различные страхи теперь отошли на второй план и как бы перестали существовать для больной. Ни развлечения, ни занятия её уже не успокаивают. Будучи в обществе, она не слышит, что говорят кругом её, и всё думает об одном и том же; хозяйство тоже не идёт ей в голову вследствие той же причины. Даже ночью больная нередко видит свою несчастную родственницу в сновидениях; вместе с тем ей часто представляются те или другие события, касавшиеся смерти последней. Поэтому больная спит в высшей степени беспокойно, часто просыпается, тревожась и ночью тою же мыслью.

При объективном исследовании (17/1) найдено следующее. Больная несколько ниже среднего роста, порядочного сложения, с довольно бледными покровами, но достаточно развитым подкожным слоем. Лёгкие в порядке. В сердце замечается лишь некоторая возбудимость и склонность к учащённой деятельности. Со стороны кишечника можно отметить некоторую вздутость. Никаких других расстройств внутренних органов не замечается. Чувствительность и двигательная сфера, а равно и рефлексы без существенных изменений.

Назначив больной бромистый натрий, который, впрочем, она и раньше принимала без особенного успеха, я предложил ей, кроме того, лечение гипнозом, на которое она решилась не без колебаний. При первой попытке гипнотизирования больная, слышавшая много о гипнозе, начала обнаруживать сильное волнение; появились даже признаки предстоящего истерического припадка. Ввиду этого я воспользовался самой слабой степенью сна, применив на первый раз описанный мною ранее способ самовнушения. Как только больная сомкнула веки под влиянием пассивов, я заставил её повторять за мною следующие слова: «Отныне я не должна более тревожиться смертью М., потому что она умерла не вследствие моего совета, а вследствие того, что была больна уже давно и могла бы одинаково умереть и дома точно таким же образом». Последствием этого самовнушения было то, что уже на следующий день (18/1) больная чувствовала себя лучше, не плакала вовсе и хорошо спала ночью. Навязчивая мысль, по её словам, как бы отдалилась от неё. Правда, она ещё приходит на ум, но уже не так беспокоит больную и скоро исчезает из сознания. Дальнейшим последствием самовнушения было то, что больная теперь относилась к гипнозу уже без всякого волнения и могла быть действительно в короткое время загипнотизирована с помощью пассивов, причём во время гипноза ей было внушено не мучиться более мыслью о смерти г-жи М. Явления гипноза заключались в том, что больная не могла произвольно открыть глаза; вместе с тем у неё появлялось резкое притупление чувствительности к болевым раздражениям и некоторое расслабление членов.

Для испытания силы внушения в этом относительно лёгком гипнотическом состоянии я приказал больной сжать в кулак кисть правой руки, заявив после того, что она не может более расправить пальцы; и действительно, больная некоторое время вовсе не могла раскрыть кулака, а затем хотя и раскрыла его, но лишь после долгих усилий. Следует, впрочем, заметить, что подобные же внушения, хотя и в значительно меньшей степени, удаются у больной и в бодрственном состоянии.

На следующий после гипноза день (19/1) больная заявила, что после вчерашних внушений весь день до вечера чувствовала себя хорошо; но с 8 часов вечера вновь появилась мысль о смерти г-жи М., по её мнению, вследствие того, что она целый вечер оставалась одна. Ночью в сновидении больная тоже видела М., но утром чувствовала себя довольно покойно. Следует, заметить, что со вчерашнего дня у больной открылись месячные, во время которых прежде она всегда чувствовала себя несколько хуже и страдала сильнее навязчивыми идеями. Гипноз вызывает теперь заметно глубже прежнего. Внушения сделаны те же.

20/1 больная, явившись ко мне на приём, заявила, что весь вчерашний день после гипноза чувствовала себя очень хорошо и навязчивые идеи в течение дня вовсе не появлялись. Ночью спала с 11 до 3 часов, затем проснулась и некоторое время тревожилась прежнею мыслью о г-же М.; к 5 часам заснула, однако, снова и хотя и видела во сне М., но, проснувшись утром, чувствовала себя так же хорошо, как и с вечера. Так как больная должна была дней на пять уехать домой в деревню, то, загипнотизировав её, я внушил ей, чтобы во время своей отлучки из Казани она не думала вовсе о г-же М. и чувствовала себя также и ночью покойно, не видя вовсе М. и во сне. Гипнотический сон у больной теперь получался уже глубже прежнего, и сила внушений вследствие того изменилась: теперь у больной в состоянии гипноза повторными внушениями можно было вызвать параличи, сведения и полную анестезию, что прежде не удавалось.

Уехав после 20/1, больная вернулась ко мне лишь 12/II с заявлением, что прежние мысли о г-же М. у неё совершенно исчезли вслед за последним сеансом. По её словам, от прежнего у неё осталось лишь нервное состояние; но зато в последнее время больную вновь стали беспокоить явления, бывавшие у неё до навязчивой идеи о смерти г-жи М. Так, её смущает поразительная нерешительность во всём: если, например, ей нужно сделать какое-либо распоряжение по хозяйству, то она постоянно сомневается, как правильнее поступить, и долго не может на что-нибудь решиться; решившись же, меняет свои распоряжения раза по три. Кроме того, она по-прежнему стала бояться некоторых животных (кошек, мышей); возвратилась также и боязнь привидений и нечистоты. В силу последней она постоянно моет руки, иногда бесчётное число раз в сутки; часто даже моется и вся раза по три в день.

Несмотря на усиленные просьбы больной начать немедленно же гипнотическое лечение для избавления её от только что перечисленных явлений, я должен был, за недостатком времени, отклонить её просьбу до ближайшего времени, назначив ей микстуру...

В течение следующих пяти дней больная чувствовала себя, однако, во всех отношениях хуже — отчасти, может быть, под влиянием месячных. Сомнения беспокоили её уже до того, что она не могла написать



даже и простого письма без многочисленных колебаний. Ей казалось, что она всё перепутала, написала не то, что следует, и потому должна была даже просить других лиц прочесть её письма для проверки. Под влиянием тех же сомнений больная по многу раз запечатывает и распечатывает своё письмо, прежде чем решиться его послать.

Вместе с тем всё ей кажется нечистым: платье, руки и даже то, что ест; при этом она испытывает нередко безотчётный страх по самому незначительному поводу: так, если ей нужно пойти в другую комнату, то она боится отправиться туда одна: ей кажется, что там кто-нибудь стоит и может её напугать. Сверх того, по временам больная подвергается сильной реактивной тоске.

Ввиду такого состояния больной я решил уже не медлить с гипнотическим лечением и 17/III, загипнотизировав её, внушил, чтобы она более не мучилась сомнениями, не тосковала и вообще не испытывала никакой боязни, между прочим и боязни нечистоты.

Через день, 19/III, больная сообщила мне, что сомнения её уже не беспокоят в такой мере, как прежде, боязнь нечистоты меньше и вообще она чувствует себя лучше. Снова сделано внушение в состоянии гипноза.

21/III, прибыв на приём, больная заявила, что последние два дня она чувствовала себя сравнительно очень хорошо; и если прежние явления ещё и обнаруживаются, то лишь в весьма слабой степени. Снова сделано внушение в гипнозе и опять с благоприятным результатом.

Оправившись совершенно от мучивших её навязчивых идей, больная уехала к себе в деревню, где остаётся и до настоящего времени, не чувствуя потребности в дальнейшем лечении.

Итак, в первый раз, в январе, потребовалось всего четыре гипнотических сеанса (из которых один с самовнушением), чтобы освободиться от мучительной навязчивой мысли, а второй раз, в марте, было достаточно трёх гипнотических сеансов, чтобы устранить из сознания больной целый ряд навязчивых идей.

Результат этот, безусловно, говорит сам за себя и не нуждается в особых пояснениях. Во всяком случае, способ лечения навязчивых идей гипнозом, на мой взгляд, заслуживает самого серьёзного внимания со стороны врачей-специалистов» [20, с. 76 — 79]\*.

Интересны многочисленные «случаи излечения» и «наблюдения» É. Coué.

«Л. из Нанси. В течение свыше десяти лет непрерывные боли в правой половине лица. Обращалась к целому ряду врачей: ни малейшего результата. Необходима операция. Больная приходит 25 июля 1916 года. Улучшение немедленное. По прошествии 10 дней боль совершенно исчезает. До 20 декабря того же года, когда я получил последнее письмо от больной, рецидива не было» [12, с. 233]\*.

**Противопоказаниями** для применения АТ являются состояния неясного сознания и бреда, в особенности бреда отношения и воздействия. Не рекомендуется АТ во время острых соматических приступов и вегетативных кризов.

Методики ауто-суггестии и аутогенной тренировки требуют дальнейшего изучения, психофизиологического обоснования, разработки новых модификаций и внедрения в клинику.

## Эмоционально-стрессовая психотерапия

В *эмоционально-стрессовой психотерапии*, называемой также *императивной суггестией*, преодоление барьеров психологической защиты и терапевтическая реализация суггестии осуществляются за счёт одномоментного изменения психофизиологического состояния центральной нервной системы на фоне воздействия на анализаторы различных модальностей предельно-запредельных раздражителей.

### Историко-персонологическая справка

[Эмоционально-]стрессорное воздействие как таковое с терапевтическими целями применялось на всём протяжении как преддисциплинарной, так и дисциплинарной истории психотерапии.

В качестве предшественников эмоционально-стрессовой психотерапии называют *эмоциональную терапию* J.-J. Déjerine (1849 — 1917) (правильнее — эмоциональную составляющую рационально-эмоциональной психотерапии), а также *арететерапию* А.И. Яроцкого (1866 — 1944) (1908) [38]\*. Интересны положения J.H. Schultz'a о «терапии через разгневание» [39, с. 115]\*. Определённый вклад в развитие эмоционально-стрессовой психотерапии внесли М.И. Аствацатуров (1877 — 1936) и А.М. Свядоц (1982) [40]\*. Непосредственно же современная методика эмоционально-стрессовой психотерапии ассоциирована с именем В.Е. Рожнова [41]\*, который в 1971 году разработал методику *коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом*, а в 1979 году — собственно методику *эмоционально-стрессовой психотерапии*.

Сфера методологических заимствований эмоционально-стрессовой психотерапии лежит в области общих [нейро]физиологических теорий.

### Методолого-философские заимствования

Эмоционально-стрессовая психотерапия опирается на положения концепции Hans'a Selye (1936) [9] о стрессе и генерализованном адаптационном синдроме как универсальной форме ответа организма на различные по своему характеру раздражители. Развитие этой концепции привело к формированию представлений о способности высокоинтенсивных, сверхсильных психогенных раздражителей вызывать [про]явления особого, эмоционального стресса.

Наиболее важным феноменом эмоционально-стрессовой психотерапии является, разумеется, суггестия, однако большое психотехническое значение придаётся различного рода ворóтным феноменам. Существенная роль отводится также феноменам конформным (индукционным).

### Феноменология

Собственно, в качестве такого ворóтного феномена и используется возникающее в результате воздействия искусственной психогении

особое состояние сознания (как проявление эмоционального стресса); именно вследствие и на фоне стресса суггестивное воздействие чрезвычайно облегчается.

Эксплуатация конформных (индукционных) феноменов, в своеобразной дискурсивной стилистике эмоционально-стрессовой психотерапии определяемых как «мобилизация сил высшего эмоционального накала», «увлечённость, достигшая степени схваченности» etc., заставляет отдавать предпочтение групповым, или коллективным, формам проведения.

**Понятия** — и даже некие незавершённые *концепты* — эмоционально-стрессовой психотерапии не являются самостоятельными и специфическими и лежат в области представлений об [эмоциональном] стрессе и развивающихся вследствие него адаптационно-приспособительных реакциях.

Направленность представлений о *структуре личности* — прежде всего с психотехнических позиций преодоления антисуггестивных барьеров — отвечает принятым в суггестивной психотерапии вообще.

#### **Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта**

К профессиональной подготовке терапевта предъявляются практически лишь требования владения соответствующими методиками, а к личности и стилистике поведения — наличие ярко выраженных императивно-властных, авторитарно-директивных аранжировок.

Эмоционально-стрессовая психотерапия — причём преимущественно направленная на лечение различных форм химической зависимости (и прежде всего алкоголизма) — обнаруживает большую зависимость от media-технологий.

#### **Психо-физиолого-теоретическое обоснование**

Психотерапевтический процесс рассматривается как активное лечебное вмешательство, цель которого — произвести в душе больного — на предельно высоком эмоциональном уровне — пересмотр, а в ряде случаев и радикальное изменение отношения к себе, своему болезненному состоянию и окружающей микро- и макросоциальной среде.

Полагается, что эмоционально-стрессовая психотерапия адресуется как к сознанию пациента, так и к сфере его бессознательного, — к той системе взаимоотношений синергизма сознания и бессознательного, которая и составляет психику конкретной личности во всех сложностях её духовной жизни.

#### **Механизмы пато(сано)генеза**

Принципиально важным для эмоционально-стрессовой психотерапии является положение о саногенном воздействии стресса. Послед-

ний при этом рассматривается как инициатор развития *стресс-синдрома*, несущего важные адаптационные функции, которые могут быть использованы с терапевтической целью.

**Диагностические приёмы** неспецифичны и сводятся в основном к определению степени внушаемости / гипнабельности.

**Процедуры и техники** эмоционально-стрессовой психотерапии обнаруживают тесную связь с формами её проведения.

Технически эмоционально-стрессовая психотерапия представляет собой достаточно жёстко фиксированный алгоритм: вводная лекция, а затем сеанс императивной суггестии с применением приёмов телесной или чрезпредметно-ориентированной психотерапии в какой-либо модификации (надавливание на соответствующие точки, рефлексогенные зоны, применение различных химических агентов etc.).

#### **Формы проведения**

Как уже отмечалось выше, эмоционально-стрессовая психотерапия [алкоголизма] зачастую проводится в коллективной форме.

В методике сочетаются лечение средой и коллективом, разъяснение и убеждение, эмоционально насыщенное внушение (с разнообразием интонаций — от приказа и осуждения до обнадеживания и поддержки); используются внутригрупповые отношения больных — с целью взаимоиндукции, а также подкрепление сильнодействующим раздражителем.

Отличительной чертой методики является опора на адекватное лечебным задачам эмоциональное воздействие, приводящее к выработке устойчивой условно-рефлекторной эмоционально отрицательной реакции на алкоголь.

Методика включает беседы (индивидуальные и групповые), предшествующие гипнотическим сеансам, и собственно коллективную эмоционально-стрессовую психотерапию.

Количественный состав участников [группы] колеблется в пределах 8 — 20 человек. По мнению В.Е. Рожнова, малочисленные группы утрачивают преимущества выраженной взаимоиндукции, слишком же большие — затрудняют осуществление индивидуализированного подхода.

В.Е. Рожнов рекомендует проводить удлинённые сеансы (продолжительность — не менее часа, оптимально же — 1,5 часа) гипносуггестивной психотерапии. Глубина гипнотического состояния не оказывает существенного влияния на успех терапии; в то же время при сомнамбулической стадии можно рассчитывать на более эффективное и ускоренное лечебное воздействие. Во время гипноза развиваются основные положения предшествующих индивидуальных и групповых бесед и вырабатывается эмоционально отрицательная услов-

но-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя, вначале на подкреплении внушения 96%-м винным спиртом-ректификатом, а в последующем, когда реакция уже выработана прочно (обычно через 6 — 8 процедур), — водкой. В течение одного сеанса реакция вызывается 2 — 3 раза на подкреплении и столько же без оного, за счёт одной только суггестии. После 10 — 12-го сеанса, как правило, подкрепления уже не требуется ввиду бурной условной реакции на одно лишь внушение, на одно произнесение слова «водка».

Очевидно, что эмоционально-стрессовая психотерапия включает элементы иных методов и методик — условно-рефлекторной, групповой, гипносуггестивной, рациональной и прочих.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Методика, первоначально разработанная для лечения больных, страдающих алкоголизмом, после адаптации стала применяться при неврозах, прежде всего истерии с фиксированными акцент-симптомами, при заикании и других заболеваниях. Впоследствии В.Е. Рожнов разработал концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии (1982) [42]\* как систему воздействия на больного путём формирования у него жизнеутверждающих, оптимистических идеалов и устремлений, способствующих преодолению его болезненной ипохондричности и пессимизма, что лишают его сил, необходимых для борьбы со страданием.

Применение и распространение эмоционально-стрессовой психотерапии в настоящее время несколько смещено в сферу клинической компетенции наркологии, — прежде всего в силу появления большого числа недирективных методов и методик.

#### Материально-опосредованная психотерапия (плацебо-терапия)

В рамках *плацебо-терапии* (латинское *placeo* — нравиться, угодно; но также — кажется, представляется), расцениваемой как *косвенное внушение*, суггестия реализуется в силу приписывания терапевтических возможностей реальному — но не обладающему таковыми свойствами — предмету или явлению; собственно *плацебо* понимается как фармакологически индифферентное вещество, имитирующее лекарственное средство.

#### Историко-персоналогическая справка

Выделить какие-либо определённые персоналии и истоки применения плацебо не представляется возможным, так как идентичные приёмы в центрированных вокруг душепопечения практиках суще-

ствуют с незапамятных времен. Также давно практикуется «обман больного для его же пользы», — в разнообразнейших формах.

В новейшей истории психотерапии конкретизирована *материально-опосредованная суггестия* — «вооружённое» (J.-M. Charcot), «чрез-предметное» (В.М. Бехтерев) внушение, — чьим частным вариантом и является плацебо-терапия.

Настоящая методика не имеет каких-либо *методолого-философских* истоков, — поскольку является не более чем эмпирическим приёмом.

В области *феноменологии*, весьма далёкой от *понятийно-концептуальной* обработки, мы встречаем всё тот же спектр суггестивных феноменов, — лишь несколько более опосредованных в силу применения неких материальных элементов.

#### Структура личности

При применении — с психотерапевтической целью — различных плацебо-препаратов принимаются в расчёт личностные особенности пациента (в частности, внушаемость).

В целом представления о структуре личности располагаются в общем для психических методов понятийном поле.

#### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Специально-профессиональные навыки соответствуют таковым при применении иных суггестивных методов.

Личность психотерапевта, назначающего лекарство, всегда решающим образом отражается на плацебо-эффектах и, тем самым, на действии любого медикамента. Успех терапии с помощью плацебо у разных врачей различен, но у одного и того же — повторяем. Результаты лечения зависят от способности специалиста к терапевтической коммуникации и демонстрации убеждённости в действительности плацебо-препарата.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нореакторы).

#### Психо-физиолого-теоретическое обоснование

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, установка последнего на психо-, физио- или медикаментозную терапию, отношение пациента к специалисту, назначающему препарат, — и, в свою очередь, отношение врача к данному препара-

ту, установка самого врача на психотерапию или биологическую терапию, а также репутация лекарства среди других больных, отношение к препарату членов семьи и так далее.<sup>98</sup>

По-видимому, неотъемлемой составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно-рефлекторные факторы и моделирование). Если условно-рефлекторное научение объясняет длительность плацебо-реакций (например, при приёме плацебо-транквилизаторов плацебо-реакции могут сохраняться в течение 2 — 3 лет), то моделирование делает понятной их зависимость от особенностей личности врача и больного. Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безоговорочному сотрудничеству со специалистом.

#### Механизмы пато(сано)генеза

Ожидание больным пользы от лечения само по себе может оказывать устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии в определённой мере зависит и от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, — а это означает, что плацебо-эффект должен быть потенцируем каждым контактом психотерапевта и больного. Плацебо-эффект подвержен влиянию неосознаваемых элементов взаимоотношений между врачом и пациентом, — например проявлений агрессии, сопротивления, защиты. Таким образом, каждое назначение и приём любого медикаментозного средства не свободны от плацебо-суггестивного эффекта. Этот кумулятивный эффект может быть систематически использован как интегрированная в комплексное лечение плацебо-терапия.

Применяемые диагностические процедуры не отличаются от таковых при подготовке к проведению иных суггестивных методик. Однако есть ещё одна, исключительно важная, *диагностическая* сторона плацебо-эффекта — использование последнего для оценки и прогнозирования эффективности лечения.

<sup>98</sup> И.П. Лапиным [43]\* описан *семейный*, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым понимается высокая положительная (или отрицательная) оценка родственниками изменений состояния больного, получающего плацебо, причём ни сам пациент, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Таким образом, необходимо учитывать, кто из близких наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения, равно как и их отношение к лечению последнего. Положительный родительский плацебо-эффект улучшает «терапевтическую среду» в семье, повышает чувство оптимизма — и, в результате, благоприятно сказывается на состоянии больного.

#### Диагностические приёмы

Итак, плацебо-эффект может использоваться не только с терапевтической, но и с диагностической целью. В клинике плацебо может, например, применяться на первом этапе лечения такого распространённого расстройства, как нарушение сна. Если бессонница возникла или фиксировалась по механизму тревожного ожидания, применение одного лишь плацебо приводило к улучшению. Так же и оценка эффективности медикаментозного лечения возможна лишь с учётом плацебо.

Алгоритм плацебо-терапии идентичен обычной процедуре назначения медикаментозных препаратов (а также отпуска физиотерапевтических процедур), — но с сопровождением суггестивной терапевтической формулы.

#### Формы проведения

Развитие психофармакологии и внедрение в медицинскую практику всё новых психотропных средств способствовали увеличению числа случаев, когда применение тех или иных препаратов сопровождалось положительным или отрицательным эффектом, не соответствующим ожидаемому действию. Поэтому при испытании новых медикаментозных препаратов стали широко использоваться плацебо-препараты, имитирующие по цвету, вкусу, запаху и другим параметрам исследуемые, но содержащие вместо действующих компонентов индифферентные. Характерно, что около трети и пациентов, и здоровых испытуемых сообщают о результативности применения медикамента.

Плацебо стали назначать и на длительное время: для косвенной («вооружённой») психотерапии или непосредственно плацебо-терапии (называемой также «медикаментозной психотерапией»).

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Плацебо оказалось полезным для дезинтоксикации в случаях длительного приёма барбитуратов, равно как и в целях создания благоприятных условий для повышения эффективности снотворных средств. Наиболее выраженным является действие плацебо-терапии при хронических заболеваниях, потому что в этих случаях пациенты особо чувствительны к активности врачебных мероприятий. Использование плацебо-эффекта особенно важно для снижения дозировок препаратов и в случаях лекарственного привыкания, когда можно надеяться лишь на появление суггестивного эффекта.

Интенсивность плацебо-реакций находится в прямой зависимости от степени выраженности психоэмоциональных и психосоциальных факторов, связанных с заболеванием. Так, при неврозах плацебо-эффект снижается по мере утяжеления психопатологии, например, тревожного синдрома с присоединением соматизированных проявлений, фобических, депрессивных и обсессивных расстройств.

Высказываются и мнения (А. Shapiro [44]\*), согласно которым плацебо-эффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии».

### Рациональная психотерапия

**Рациональная** (латинское *rationalis* — умозрительный, теоретический; построенный на умозаключении, силлогистический; разумный), или *рассудочная*, **психотерапия** представляет собой метод, эксплуатирующий формально-логические параметры индивидуума (пациента), — его способность проводить сопоставления, делать выводы, принимать доказательства обоснованности утверждений иного лица (терапевта) и изменять свои представления под влиянием диалога.

Изменение неправильных представлений больного достигается определёнными, — и подчас довольно разными, — методическими приёмами, однако существенное качество рациональной психотерапии — построение её на [базе] логической аргументации — прослеживается во всех её модификациях и отличает от других методов психотерапии.

#### Историко-персоналогическая справка

В настоящее время термин «рациональная психотерапия» используется большинством авторов для обозначения метода психотерапии, связанного с именем P.-Ch. Dubois. Тем не менее, как будет показано при изложении истории психотерапии, реальная заслуга Dubois состоит только лишь в денотации и некоторой логико-силлогистической интерпретации тысячелетней [психической] практики, различавшей в числе прочих своих приложений также и «психическую терапию».

В трактовке P.-Ch. Dubois рациональная психотерапия предстаёт как система логически-критических, рассудочных воздействий на больного.

Одной из наиболее известных — персонифицированных — модификаций рациональной психотерапии является рационально-эмоциональная психотерапия J.-J. Déjérine и E. Gauckler'a.

Основные тексты метода — «*Les psychonévroses et leur traitement moral*» («*Психоневрозы и их психическое лечение*») (P.-Ch. Dubois, 1904) [45]\*, «*Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses — leur traitement par la psychothérapie*» («*Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией*») (J.-J. Déjérine, E. Gauckler, 1911) [46]\*.

Вопрос о **методологических** и **философских заимствованиях** рациональной психотерапии достаточно сложен в связи с её близостью, и даже гнуинным родством, с различными воплощениями морально-теологической дидактики (см. главы

«*Предисциплинарная история (эпохи) психотерапии*» и «*Дисциплинарная история психотерапии*»). В целом, какие-либо принципиальные положения, касающиеся отношений с этико-философскими доктринами, не проговорены, что позволяет принимать и рассматривать рациональную психотерапию в её психотехническом виде.

#### Феноменология

Основным — саногенным, но выполняющим также инструментальные и вспомогательные функции — феноменом рациональной психотерапии является *убеждение*, основанное на свойстве *убеждаемости*, присущем — в разной степени — каждому.

*Убеждаемость* представляет собой способность изменять суждения и представления и строить умозаключения под влиянием убеждения, которое является апелляцией к объективной информации и формально-логическому порядку рассуждений.

*Убеждение* основано на смыслово-логической переработке информации в ряду «понятие — суждение — умозаключение»; таким образом, воспринимаемая извне информация интериоризируется критично, посредством субъективной когнитивной и эмоциональной переработки.

Однако результатом, следствием убеждения — и это очевидно — признаётся понимание, или *осознание*, пациентом ошибочности своих представлений о патогенезе имеющегося у него заболевания.

В этом смысле рациональная психотерапия противоположна суггестии, — с помощью которой информация, новые установки, предписания и прочее внедряются, минуя критичность.

#### Понятия и концепты

Понятийно-концептуальными для рациональной психотерапии являются представления о так называемой «внутренней картине болезни». В принципе, можно говорить о формировании своеобразного концепта / понятия «информатизация» (или «знание»).

Персоналогические представления рациональной психотерапии не структурированы, однако обнаруживается некая совокупность психологических по сути трактовок **личностных** черт, с позиций возможностей их коррекции путём убеждения.

#### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Сколько-нибудь специфичной профессиональной подготовки не требуется; образовательный ценз — обыденный психотерапевтический.

Традиционно модель рациональной психотерапии постулирует патерналистски-авторитарный характер взаимоотношений «терапевт — пациент». Более мягкую модель рациональной психотерапии разработали J.-J. Déjérine, E. Gauckler, акцентировавшие внимание на эмоциональном компоненте, необходимости выработки личностного доверия и эмпатического контакта терапевта и пациента.

Психофизиологическое обоснование рациональной психотерапии отмечено печатью психологизма и проводится только лишь в контексте коррекции (санации патогенных влияний) внутренней картины болезни.

#### Психо-физиолого-теоретическое обоснование

С помощью убеждения осуществляется коррекция неадекватного восприятия болезни. В соответствии с поставленной задачей психотерапевт производит отбор фактов и их логическое упорядочивание, с тем чтобы подвести пациента к нужным выводам. В беседе с больным он рассматривает и тщательно анализирует все объективные и субъективные данные, раскрывая пациенту механизмы возникновения и развития имеющихся у него расстройств. Вслед за этим психотерапевт переходит к убеждению, добиваясь изменения отношения пациента к заболеванию и лечению.

Успех рациональной психотерапии во многом зависит от учёта индивидуальных установок и возможностей больного, а также от последовательной, систематической работы с ним.

#### Механизмы пато(сано)генеза

Основная мишень воздействия рациональной психотерапии — искажённая «внутренняя картина болезни», создающая дополнительный источник эмоциональных переживаний для больного. Снятие неопределённости, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, прежде всего касающихся его болезни, — таковы основные [саногенетические] звенья воздействия рациональной психотерапии.

Нельзя не заметить, что в рациональной психотерапии по Dubois саногенное значение, помимо осознания-понимания причин болезни, придаётся также информационным влияниям; разумеется, невозможно исключить и суггестивные компоненты, связанные с авторитетом личности врача и повышающие эффективность убеждения.

Напротив, в рациональной психотерапии Déjérine саногенез убеждения основан в большей мере на эмоциональном, нежели интеллектуальном, воздействии: полагается, что рассуждения приобретают действительную силу, если сопровождаются эмоциональным влиянием. Логические доказательства врач предлагает пациенту для обдумывания, переживания и при[н]ятия.

Какие-либо специальные *диагностические приёмы* в рамках рациональной психотерапии не применяются, — хотя, бесспорно, прогностически важное значение имеет выявляющаяся с первых же бесед степень убеждаемости пациента.

#### Процедуры и техники

Основной процедурой-техникой рациональной психотерапии, собственно, является *убеждение*, которое представляет собой психо-

логическое воздействие на сознание пациента посредством изменения его прежних воззрений и суждений.

*Переубеждение* (персуазия) — процесс замены (изменения, перестройки, трансформации) ранее сформированного убеждения новым под влиянием дополнительной или разъясняющей информации, полученной из разных источников и в различных ситуациях. Переубеждение в психотерапии имеет целью последовательное и направленное формирование убеждений, изменяющих в терапевтическом направлении представления пациента о механизмах заболевания, его лечении и прогнозе.

В зависимости от степени директивности психотерапевта выделяются различные технические варианты рациональной психотерапии.

При одних пациент подводится к определённом результату, — при этом психотерапевт проявляет высокую активность в аргументации, опровергая неправильные доводы больного, побуждая его сформулировать нужные выводы. Значительную роль в такой ситуации может сыграть древняя методика *сократовского диалога*, в процессе которого вопросы задаются таким образом, что предполагают только положительные ответы, на основе которых больной и делает выводы.

Другие представители рациональной психотерапии, апеллируя к логическому мышлению пациента, немаловажную роль отводят также отреагированию и / или поведенческому научению. В последнем случае рациональная психотерапия приближается к дидактике, в общем её понимании, что нашло отражение в термине «психагогика» («Psychagogik»), предложенном А. Kronfeld'ом (1886 — 1941) [47]\* в качестве названия своей модификации метода.

Основными же формами — и, в некотором смысле, этапами — рациональной психотерапии являются:

1) *объяснение и разъяснение*, включающие истолкование сущности заболевания, причин его возникновения с учётом возможных психосоматических связей, до этого, как правило, игнорируемых больным и не включаемых во «внутреннюю картину болезни»; в результате реализации данного этапа достигается более ясная, определённая картина заболевания, снимающая дополнительные источники тревоги и открывающая пациенту возможность более активно контролировать заболевание;

2) *убеждение* — коррекция не только когнитивного, но и эмоционального компонента отношения к болезни, способствующая переходу к модификации личностных установок больного;

3) *переориентация* — достижение более стабильных перемен в установках больного, прежде всего в его отношении к болезни, связанное с изменениями в системе его ценностей и выводящее осознание ситуации за пределы сферы болезни;

4) *психагогика* — переориентация более широкого плана, создающая позитивные перспективы для пациента вне болезни.

Каких-либо общепринятых — или даже фиксированных — вербальных формул или специфических приёмов в рамках рациональной психотерапии не существует, и главной психотехнической особенностью является жёсткая ориентация на процедуру убеждения.

Рассмотрим содержание рациональной психотерапии в модификации Déjerine — Gauckler'a, в авторском изложении.

«Здѣсь нѣтъ сценической обстановки, опущенныхъ занавѣсокъ, закрытыхъ ставней, ничего, назначеннаго для того, чтобы произвести впечатлѣніе на больного. Положеніе какъ при дружескомъ разговорѣ, бесѣда съ открытымъ сердцемъ, гдѣ необходимо со стороны врача немного добраго чувства и искренности, а со стороны больного много довѣрія, вотъ тонъ психотерапіи посредствомъ убѣжденія. Она заключается въ томъ, что больному *объясняютъ* точные поводы его состоянія и различныя представляемыхъ имъ функциональныхъ расстройствъ. Она заключается, съ другой стороны, и мы сказали бы почти преимущественно, въ томъ, чтобы вызвать у больного довѣріе къ самому себѣ, *пробудить различные элементы личности*, способные стать исходнымъ пунктомъ усилія, которое даѣтъ ему власть надъ собою. Надо, чтобы больной усвоилъ собственнымъ разсужденіемъ точное пониманіе тѣхъ явленій, которыя онъ представляетъ. Необходимо, чтобы онъ извлѣкъ изъ своего собственнаго фонда тѣ общіе элементы, которые могутъ возстановить его психической сип(н)тезъ. Вся роль врача сводится къ призыву, побужденію, направленію, но отнюдь не къ внушенію. Всякое воззрѣніе, всякая идея, высказанная врачомъ, должна быть принята разумомъ больного, не сталкиваясь ни съ его убѣжденіями, ни съ его чувствами. Когда врачъ показываетъ больному, въ чѣмъ онъ заблуждался, въ чѣмъ состоятъ ошибки его характера, его нравственнаго состоянія, его разсужденій, послужившія причинами въ генезѣ его страданія, онъ не предлагаетъ ему принять то, что онъ говоритъ, какъ символъ вѣры, онъ предлагаетъ только одно — *постараться обдумать и понять*» [46, с. 381]\*.

Рациональная психотерапия подлежит как индивидуальной, так и групповой *форме проведения*. В последнем случае могут быть использованы особые приѣмы, повышающие активность больных и их мотивацию к лечению.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания.

Убеждение является, в той или иной степени, составной частью не только любой формы психотерапии, но и любого контакта врача и пациента в каждой из клиник, даже если это не декларируется (и, быть может, не осознаѣтся). Психотерапевт же сознательно или невольно обучает пациента конструктивному образу жизни, то есть убеждает его принять ответственность за собственные поступки и играть активную роль в управлении своей жизнью, фактически прививая ему философию зрелого, независимого и ответственного человека.

Следует отметить, что убеждение хотя и приводит к расширению информационной стороны сознания, укреплению некоторых личностных установок и коррекции ошибочных взглядов, оказывається недостаточным эффективным при решении задач изменения личности, а также реконструкции нарушенных микросоциальных отношений как источника патологических расстройств.

В связи с этим рациональная психотерапия как изолированный метод — то есть в рафинированном виде — сегодня практически не применяется, хотя доступность и простота методик, отсутствие осложнений и противопоказаний обуславливает широкое поле её [сочетанного] клинического использования.

Рассмотрим несколько клинических примеров применения рациональной психотерапии в изложении Dubois, а затем Déjerine и Gauckler'a.

Dubois описывает случай «прямого психо-терапевтического воздействия при двигательныхъ расстройствахъ, осложнённыхъ другими нервными явлениями» [45, с. 317 — 324]\* (для простоты восприятия я привожу это клиническое наблюдение по монографии А.М. Свядоца — в современной орфографии и сокращённом).

«Больной 46 лет, адвокат, обратился с жалобами на общую резкую слабость, в результате которой он не может стоять неподвижно более 5 секунд и пройти более 100 — 150 шагов, не может ни читать, ни слушать чтение дольше нескольких минут, а также на ряд диспепсических явлений. Заболевание началось после крупных служебных и семейных неприятностей и держалось в течение 9 лет. Попытки лечения в санаториях и на курортах, у аллопатов и гомеопатов, знахарей и священников, а также повторные поездки на богомолье в Лурд не дали эффекта.

«Хорошо,— говорю я ему,— оставайтесь и вы поправитесь; вот что нужно делать:

1. На 6 недель вы должны лечь в постель. Все такие болезненные состояния более или менее связаны с реальным истощением, поэтому имеются показания по крайней мере в течение известного времени свести к минимуму расход энергии. Такого рода полный отдых весьма желателен и потому, что вы длительно теряете в весе.

2. Так как вы страдали диспепсическими расстройствами психогенного происхождения, характер которых я вам со временем объясню, вы должны в продолжение 6 дней получать исключительно молочное питание, и не подумайте утверждать, что вы его не переносите. Молоко все переносят. После этих 6 дней вы будете снова в изобилии есть всё, что пожелаете, и в промежутках, кроме того, пить и молоко, что вас совершенно поставит на ноги. Вы не верите и улыбаетесь. Дорогой мой, будьте покойны. Я говорю вам то, что знаю из опыта.

3. Начиная с 7-го дня вас будут массировать. Большой необходимости в этом нет, но массаж заменит вам движение и улучшит циркуляцию крови в коже и мышцах.

Что касается вашей общей слабости, то мы к ней ещё возвратимся. Пока укрепляйте себя как сокращением потребления (постельный режим), так и увеличением поступления (усиленное питание). Придерживайтесь моих предписаний и всё будет хорошо».

Уже на 3-й день этого лечения отдыхом я достаточно узнал моего интеллигентного, рассудительного больного, чтобы приступить непосредственно к психическому лечению и, выступая решительно против его самовнушений, заговорил с ним так: «Вам надо преодолеть всего-навсего шесть препятствий: вы не можете стоять на ногах, ходить,

читать, есть, как все люди, иметь правильные кишечные отправления и, наконец, вы не можете пополнить. Но все эти препятствия можно уничтожить или, вернее сказать, их нет совсем. Они существуют лишь в вашем представлении: это всё равно, что черта мелом на полу, через которую не может переступить загипнотизированный только потому, что дал себя в этом уверить. Поймите это. Ваше выздоровление зависит от того, что вы твёрдо и бесповоротно в этом убедитесь!»

На 3-й неделе больной сказал мне: «Доктор, трёх преград уже нет, вернее сказать, они были незначительные и я без напряжения перескочил через них. Прежде всего, к моему величайшему удивлению, я перенёс молоко и усиленное питание. Я мог всё есть и ни одно из блюд, которые я раньше считал для себя неприемлемыми, нисколько мне не повредило. Представьте себе, на 7-й день после молочной диеты я впервые за 12 лет съел рыбу с майонезом. Затем отправления стула стали правильными и приспособились утром к определённом часу. Наконец, — это после того, как я долгое время безрезультатно старался пополнить — за каждую неделю я прибывал в весе на 2 кг. Что заставляет меня быть малодушным, это неспособность стоять и читать. Я сомневаюсь в благоприятных результатах в этом отношении?»

«Понимаю вас, — отвечаю я ему, — это, конечно, самые тяжёлые для вас симптомы. Но вспомните только одно, у вас нет никакого органического заболевания, вы просто нервный человек. Поверьте, все симптомы ваши одного свойства, это пятна, сделанные одинаковыми чернилами. Если удалось стереть три пятна, то почему вы думаете, что не удастся то же и с остальными?! Вспоминайте чаще об этом сравнении или, если вам это больше нравится, о сравнении с чертой мелом на полу. И в течение 3 недель, которые вам ещё остаётся пролежать в постели, вбейте себе хорошенько в голову эту мысль. До тех же пор не делайте никакой попытки ни стоять, ни ходить, ни читать; неудача могла бы вас расстроить. Развивайте эту руководящую идею и убедите себя окончательно в том, что вы будете здоровы!»

Через 6 недель он встал и в первый же день в состоянии был ходить в течение 2 часов. Без всякой усталости и покальвания в глазах смог прочесть газету. На ногах тоже мог стоять гораздо дольше, хотя и чувствовал при этом некоторое утомление и страх. Я объяснил ему психический характер этого обстоятельства, указав ему на его характерологические особенности. Он вполне подтверждал мои заключения, заметив при этом: «Я и сам вижу, что мои представления играют в этом большую роль. Когда я иду, например, из своего кабинета в комнату моих служащих, то я могу вполне стоять и идти, если дверь открывается без труда, но если она скрипит и легко не открывается, то колени у меня подкашиваются. Теперь я вижу, что в этом нет никакой реальной основы, что это лишь действие представления».

После двухмесячного лечения больной выписался вполне здоровым. Рецидивов не наблюдалось. Лишь иногда возникало чувство некоторой неуверенности в себе. В связи с этим Дюбуа, продолжавший в течение ряда лет поддерживать с ним переписку, написал ему: «Берегитесь, вы интеллигентны, обладаете здравым умом и именно этому качеству обязаны своим выздоровлением. Вы не лишены ло-

гики, и если она завела вас сначала на ложный путь, то это потому, что вы исходили из ложных посылок, из ипохондрических самовнушений; но эта же логика привела вас к выздоровлению после того, как вы изменили исходную точку, и я вам показал, какую роль в вашей болезни играют представления. Но не забывайте: вы немного суеверны, малодушны. Вам не хватает некоторого пренебрежения к вашей брэнной оболочке. Когда нет никакого органического страдания, как, например, у вас, то здоровье зависит главным образом от непоколебимой уверенности человека в том, что он здоров. Будьте осторожны, ваше малодушие может сыграть с вами плохую шутку!» После этого состояние больного вновь улучшилось и он оставался здоровым» [48, с. 220 — 222]\*.

Рассмотрим теперь пример [психотерапии] «характерных ложных гастропатий», приводимый Déjerine и Gaukler'ом.

«С., 42 л., инженер, уже 10 лет страдает от желудочно-заболевания, которое характеризуется следующими симптомами.

Давление, вздутие и тяжесть после еды. Три или четыре часа спустя после приёма пищи ощущение жжения, кислая отрыжка. Почти полная потеря аппетита; довольно частая обильная рвота после еды и даже утром натощак, значительное похудание, бессонница.

Заболевание имеет своим источником злоупотребление спиртными напитками. Но в течение 10 лет больной совсем перестал пить, и тем не менее расстройства продолжались. Нашь больной иностранец, объехал все известные санатории. Он был в Берлине, Париже, Швейцарии. Результаты лечения, основанного исключительно на режиме и лекарственных средствах, сводились к нулю. Каким он был 10 лет назад, таким явился и к нам, только его психическое состояние прогрессивно ухудшалось. Он отчаялся вернуться к обычной жизни, чувствовал себя связанным в своей деятельности, и это состояние иногда доводило его до мысли о самоубийстве. Через месяц при помощи психотерапии больной стал на ноги и его гастрические расстройства совершенно исчезли» [46, с. 37]\*.

А вот пример [психотерапии] «фобических явлений, локализующихся в сердце».

«Один фактор 28 лет, крепкого сложения, однажды обратился за советом в Сальпетриер. У него было перед этим два синкопе на улице и он был убеждён, что страдает болезнью сердца, так как, говорил он нам, по этой причине он был уволен с военной службы. Однако его сердце было совершенно здорово. Но, одолеваемый страхом за свою болезнь, он задыхался и постоянно был одержим боязнью внезапной смерти. Он выздоровел после разговора» [46, с. 131]\*.

Обратимся также к примеру [психотерапии] «нервной диар[р]еи», а точнее, её «первой формы» — «диар[р]еи эмотивной».

«Молодая женщина, 28 лет, мать троих детей, лечилась 4 года от кишечного расстройства. Она подвергалась всякого рода режимам и особенно режиму с исключительно мучной пищей. Таким



путём думали остановить постоянный понос. Единственным полученным результатом было похудание на 14 кило. Никто не обращал внимания на её душевное состояние.

Въ чём же было дело? Она была дочь политического деятеля, занимающего выдающееся положение в иностранном государстве. Однажды во время прогулки в открытом экипаже она подверглась вооружённому нападению и получила несколько выстрелов, направленных на её отца. Она бросилась на него, чтобы его защитить. Ни отец, ни она, по счастливой случайности, не были ранены. Но у неё в этот момент случилась эmotivная диаррея, возможность повторения которой стала для неё настоящей одиссеей. Действительно, у неё развился понос, однако не постоянный и прекратившийся, как только её внимание было направлено в другую сторону, что впрочем случалось с ней довольно редко. У больной диагностировали ложно-мембранозный энтеро-колит, и она каждый день исследовала свои испражнения, чтобы найти в них ложные оболочки. Она была очень удручена своим состоянием и случалась тяжёло неврастеничной.

При изоляции и психотерапевтическом лечении всѣ кишечные расстройства исчезли в несколько дней. Переведённая сразу на обычный режим, она в три месяца наверстала потерянный вѣс и могла вернуться к совершенно нормальному образу жизни.

Диаррея может развиваться у нервных лиц и помимо всякой эмоции по совершенно иному механизму. Потребность садиться на судно является в общем только умственным толкованием ощущений, происходящих из ано-ректальной области. Это явление, которое, по нашему мнению, вполне поддаётся воспитанию» [46, с. 56]\*.

И, наконец, пример [психотерапии] «ложных профессиональных судорог».

«Дѣвица N. 32 лѣтъ, талантливая пианистка, всецѣло преданная своему делу. Когда мы её видели в 1908 г., она была вынуждена оставить почти совсѣм свою профессию около уже полутора лѣтъ. Каждый раз, как только она хотѣла играть на фортепиано, она неизменно испытывала явления чрезвычайно болѣзненной усталости, главным образом в правой, но отчасти в болѣе слабой степени и в лѣвой рукѣ. Несмотря на всѣ усилія, которыя она могла дѣлать, боль очень скоро побѣждала её и заставляла бросать игру.

Покинув в своей жизни не мало вещей и видя, что она должна покинуть также и искусство, которое составляло единственную поддержку, она, понятно, была глубоко угнетена.

Происхождение этого явления было связано с неопредѣлённою ревматическою болью праваго плеча, которая, продолжаясь несколько дней, причиняла ей настолько тягостныя ощущения, что она должна была оставить свои ежедневныя музыкальныя упражненія. Потом, вмѣстѣ с тѣмъ, какъ боль становилась слабѣе и потомъ совсѣмъ исчезла, постепенно стали развиваться явления, изъ-за которыхъ она обратилась къ намъ. Больная совѣтовалась со многими врачами, при чёмъ ставились самыя фантастическія діагностики: миозитъ, невритъ и пр. Были такіе врачи, ко-

торыя говорили о судорогѣ пианистовъ и предсказывали, что она должна будетъ отказаться отъ своей профессіи.

Назначалось самое разнообразное леченіе: гидротерапія, механотерапія, электротерапія, гипнотизмъ, всякія мѣстныя средства etc...

Коротко сказать, больная, постепенно убѣждавшаяся въ хроническомъ теченіи своей болѣзни, страдала и всё болѣе и болѣе приходила въ отчаяніе.

Объективное исследование ничего не обнаружило. Сочленовныя движенія плеча, локтя, кисти, пальцевъ были свободны. Мышцы были гибки. По тракту нервовъ не было ни одного болѣзненнаго пункта. Чувствительность была нѣтронута.

Эта больная вылѣчилась вѣ несколько недѣль. Она могла снова приняться за прежнія занятія, когда для нея и для насъ вполне выяснился, вѣ настоящемъ и вѣ прошедшемъ, механизмъ ея состоянія.

Послѣдній вѣ общемъ былъ очень простъ. Больная, поражённая вѣ началѣ настоящими ревматическими явлениями, встревожилась сѣ этого момента относительно возможности для нея быть вынужденной отказаться отъ своей карьеры. Она хотѣла идти противъ своей боли. Она хотѣла играть, несмотря ни на что. Результатомъ было, что для того, чтобы играть, она должна была непосредственно напрягать себя. Она потеряла всю мышечную гибкость, и усталость, противъ которой она боролась, ещё болѣе напрягая себя, отъ этого наступала только болѣе быстро, болѣе повелительно, болѣе болѣзненно.

Стоитъ труда разсказать, какимъ образомъ это явление становилось рельефно. Всѣ движенія, вѣ частности необходимыя для писанія, производились сѣ очень большою лёгкостью. Это убѣждало насъ вѣ функціональномъ характерѣ болѣзни, но развѣ не то же самое бываетъ при профессиональныхъ судорогахъ? Что было особенно демонстративно — это видѣть, что писаніе стало также утомлять нашу больную и вызывать тѣже болѣзненныя ощущенія, какъ и игра на роялѣ, именно когда написанное ею, вмѣсто того, чтобы быть простою копіей, относилось къ болѣе интересующимъ её фактамъ. Тогда у нея наступало напряженіе. Перо царапало бумагу. Почеркъ измѣнялся и цѣплялся.

Можно ли объяснять случаи подобнаго рода добавочными представлениями или прямымъ самовнушеніемъ? Мы этого не думаемъ. По нашему мнѣнію, дело идётъ о явленіи дисгармоніи, очень аналогичномъ указаннымъ нами выше. Особая мѣстная усталость нашей больнои была настоящею, вполне законною усталостью. Её испытало бы всякое лицо, которое вмѣсто того, чтобы играть вѣ нѣкоторомъ родѣ автоматически, стало бы играть сѣ напряженіемъ. Вѣ общемъ эти больныя поступаютъ сѣ самаго начала такъ, какъ другіе стали бы это дѣлать черезъ нѣсколько часовъ упражненія. Это не больныя, которые не хотятъ, которые, усталые и абуличныя, задерживаются вѣ своей дѣятельности ошибочнымъ представленіемъ. Это больныя, которые слишкомъ хотятъ и задерживаютъ поэтому то, что называется ихъ механизмомъ. Старые профессионалы, они поступаютъ, какъ дебютанты.

<...>

Вполнѣ понятно, нѣсколько въ подобныхъ случаяхъ діагностика должна опираться на тщательномъ изслѣдованіи, такъ какъ изъ-за неточной діагностики могутъ слѣдовать настоящія катастрофы, разбитыя карьеры, испорченныя жизни. Понятно также печальное вліяніѣ, которое можетъ оказать врачъ, вкореняя ещё болѣе въ умѣ больныхъ убѣжденіе, что ихъ беспомощность является непоправимой. Дѣйствительно, это убѣжденіе лежитъ въ основѣ всѣхъ послѣдующихъ симптомовъ. И если въ посредствующихъ механизмахъ мы видимъ вмѣшательство явленій дисгармоніи, важность которыхъ до сихъ поръ ещё мало оцѣнивается, то по отношенію къ начальному принципу мы вполнѣ согласны съ Dubois.

Важный, однако, психологическій фактъ, съ точки зрѣнія моральнаго лѣченія этихъ больныхъ, заключается въ томъ, что у нихъ существуетъ не отсутствіе воли — совсѣмъ наоборотъ, — но плохое приложеніе воли» [46, с. 169 — 171]\*.

В настоящее время рациональная психотерапия в качестве одного из элементов входит практически во все виды психотерапии; без неё затруднительно начало любого её вида.

### [Классический] психоанализ

**Психоанализ** представляет собой метод психотерапии, в основе которого лежит выявление особенностей переживаний и действий человека, обусловленных неосознаваемыми мотивами, и последующее их осознание / отреагирование.

#### Историко-персонологическая справка

Психоанализ как метод психотерапии — а затем и метапсихологическая система — разработан S. Freud'ом. Первоначально психоанализ возник как «пуристка» психотерапевтическая техника, в антитезу к гипнозизации (представляемой на тот момент главным образом школой J.-M. Charcot). Впоследствии психоанализ приобрёл не только объёмную метапсихологическую часть, но и черты редуционистской социально-философской доктрины.

Следует особо подчеркнуть, что классический психоанализ является жёстко персонифицированным методом.

Его классические тексты — «*Die Traumdeutung*» («Толкование сновидений» [49]\*), «*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*» («Три очерка по теории сексуальности» [50]\*), «*Zur Psychopathologie des Alltagslebens*» («Психопатология обыденной жизни») [51]\* и многие другие.

Основоположниками психоанализа традиционно считаются — вопреки, кстати, мнению самого Freud'a — также C.G. Jung (1875 — 1961) [52]\*, создатель *аналитической психологии*, и A. Adler (1870 — 1937) [53]\*, основатель *индивидуальной психологии* (подробнее об истории начальных этапов психоанализа см. главу «Дисциплинарная история психотерапии»).

Ещё раз следует подчеркнуть, что все имена, ассоциируемые с послефрейдовским психоанализом, следует отнести скорее к психоаналитически-ориентированной психотерапии.

**Философские (и методологические) заимствования** психоанализа, как принято считать, лежат в понятийном поле «философии волюнтаризма» — это философия A. Schopenhauer'a (1788 — 1860), G.Th. Fechner'a (1801 — 1887), F. Nietzsche (1844 — 1900) и других. Тем не менее данное утверждение носит, безусловно, характер позднейшей интерпретации, — что делается абсолютно ясным при обращении к истории становления психоаналитического метода.

#### Феноменология

Большинство описываемых *саногенных, инструментальных, дефензивных, диагностических, ориентационных* и прочих интрапсихических (первый феноменный класс) или трансперсональных (третий феноменный класс) явлений носит характер *понятий* или, чаще, *концепт-феноменов*. Эти последние — весьма многочисленные — получили исключительно подробную, по большей части дискурсивную, проработку, — которая изменила, порой до неузнаваемости, их первоначальные значения.

Наряду с понятиями и концептами, со времён Jung'a в психоанализ вводятся и прочно закрепляются в научно-практическом обороте представления о так называемых «комплексах».

#### Понятия и концепты

Первоначально одним из центральных концептов психоанализа выступило понятие *катарсиса*<sup>99</sup>; собственно, психоанализ и развился из [гипно]катартического метода. «Основное положение его состоит в том, — писал Freud, — что симптомы у истерических больных зависят от потрясших, но забытых сцен из их жизни. Основанное на данном положении лечение старается заставить больных вспоминать эти переживания в гипнозе и воспроизводить их (катарсис). Из этого вытекает и часть теории о том, что указанные симптомы соответствуют ненормальной связи определённого количества неразрешенной энергии возбуждения (конверсия)».

Катарсис — это состояние внутреннего очищения, наступающее после определённых переживаний и потрясений; катарсис направлен на выявление и разрядку бессознательных импульсов: больной вспоминает и воспроизводит забытые события своей жизни, явившиеся толчком к развитию невротического состояния.

В рамках классического психоанализа были разработаны теории: *общего психического развития*, включающая понятия «психический аппарат» и «стадии развития детской сексуальности», *[психологического] происхождения неврозов и психоаналитической терапии*; таким образом, психоанализ является довольно законченной и целостной системой (*общий психогенез — психопатогенез — этиотропная терапия*).

<sup>99</sup> Известно, что понятие «катарсис» («очищение») ввёл в [книжное] обращение Аристотель Стагирит, который в труде «*Поэтика*» («*Поэтика*») утверждал: через сочувствие и страх трагедия добивается очищения (катарсиса) духа.

Теория общего психического развития объединяет метапсихологию, основанную на понятии о «психическом аппарате» (структурная и топографическая модели личности), концепцию существования «двух вариантов процесса мышления» и представления о «психической энергии». В основу указанной теории легла также концепция о стадиях развития детской сексуальности. На её базе Freud описал «генетические» типы характера, представления о «регрессе к точкам фиксации», которыми являются стадии развития сексуальности, и учение о сублимации. (См. рубрику «структура личности».)

Теория [психологического] происхождения неврозов включает представление о «психологическом конфликте»; по словам Freud'a, это — «переживание, возникающее в результате столкновения по крайней мере двух несовместимых тенденций, которые действуют одновременно как мотивы, определяющие чувства и поведение». Классифицируя неврозы, Freud выделял «психоневрозы», «актуальные неврозы» и «неврозы характера». К стержневой психопатологической симптоматике он относил тревожные и астенические расстройства (см. рубрику «психо-физиолого-теоретическое обоснование»).

Психоанализ — в его классическом виде — был основан на трёх китах, коими являлись:

- структура личности с детерминированным внутренним конфликтом;
- метод свободных ассоциаций;
- символика толкования сновидений.

Важным понятием психоанализа является *сопротивление*, которое означает противодействие в ходе анализа превращению бессознательных процессов в сознательные. В состоянии сопротивления пациент отклоняет интерпретации психоаналитика. Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции к процедурам и процессам психоаналитической работы. Сопротивление является повторением тех защитных операций, к которым пациент прибегал в прошлом в своей обыденной жизни. Все варианты психических явлений могут быть использованы для целей сопротивления, — но, вне зависимости от того, что служит его источником, сопротивление действует через «Его» пациента. Хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остаётся бессознательной. Freud писал: «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении включают сопротивление и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому».

Открытие «феномена» сопротивления относится к периоду написания работы об истерии («*Bruchstück einer Hysterie-Analyse*»). Freud впервые употребил термин «сопротивление» в описании «случая Fräulein Elizabeth von R.» (её настоящее имя — Пона Weiß). Он пришёл к заключению, что сила, сопротивляющаяся лечению, — это та же самая сила, которая охраняет патогенные мысли пациентки. Цель она — защита: «Незнание» истерического пациента есть фактически нежелание знать».

В «*Die Traumdeutung*» Freud часто ссылается на концепт сопротивления. По его мнению, концепты сопротивления и цензуры тесно

взаимосвязаны: «Цензура для сновидения — то же, что сопротивление для свободной ассоциации... То, что прерывает прогресс аналитической работы, есть сопротивление».

В психоаналитической ситуации механизмы защиты проявляются как сопротивление. Freud употреблял эти термины как синонимы в большинстве своих работ. В течение курса психоанализа силы сопротивления используют все механизмы, формы, способы, методы защиты, которые «Его» применяет во внешней жизни пациента.

Тесно связано с сопротивлением понятие «защита» — «общее название для всех специальных приёмов, которые Его использует в конфликтах, могущих привести к неврозу». Предназначение защиты состоит в том, чтобы не допустить осознания импульсов, воспоминаний, и тем самым предохранить «Его». Механизмы защиты могут побуждаться тревогой, обусловленной повышением инстинктивного напряжения, угрозами «Super-Ego» или реальной опасностью. Поскольку психический фактор, приводящий в действие защиту, должен воспринять угрожающий перцепт до того, как он становится доступным сознанию, Freud заменил понятие «сознание» на «Его», так как «Его» является частично бессознательным и способно к автоматическим, неосознанным реакциям на изменения внутреннего напряжения. По его мнению, неврозы обусловлены именно нарушениями в работе механизмов защиты.

Одним из важнейших концепт-феноменов классического психоанализа является *перенос (трансфер)*, — под которым понимается «перенесение» на психоаналитика чувств, испытываемых пациентом к другим людям (особенно в раннем детстве), то есть проекция ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций переноса — значимые люди ранних лет жизни ребёнка. Обычно это родители, воспитатели, — с которыми связаны как чувства любви и комфорта, так и ситуации наказания, — а также братья, сёстры и соперники. Реакции переноса могут обуславливаться более поздними — даже современными — отношениями с людьми, но в последнем случае анализ letzten Endes, zu guter Letzt показывает, что эти позднейшие источники вторичны и произошли от значимых лиц раннего детства.

Реакции переноса в позднейшей жизни более вероятны по отношению к людям, которые выполняют специальные функции, — подобные тем, что первоначально принадлежали родителям. Согласно Freud'у, вообще все человеческие отношения содержат смесь реальных реакций и реакций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе в отношении больного к врачу. Явление это главным образом бессознательное. Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношение, идеи — или же защита против них, — но которые всегда неуместны, неподходящи в настоящем, тогда как в прошлом они были вполне адекватны.

Больной переносит на врача гамму нежных — но часто смешанных с враждебностью — чувств. В зависимости от их характера (нежно-дружеские или злобно-ревнивые) перенос может быть *позитивным* или *негативным*. Появление этих тенденций не вызывается какими-либо реальными отношениями и связано с давними, сделав-

шимися бессознательными, фантазиями-желаниями. Тот давний период своей жизни, который больной не может вспомнить, он снова переживает в своём отношении к аналитику. Так, перенос на аналитика интенсивных нежных чувств не может быть объяснён ни поведением врача, ни сложившимися во время лечения взаимоотношениями. Перенос иногда проявляется в требованиях любви, иногда в более приемлемых и сдержанных формах; вместо желания быть возлюбленной у молодой девушки может возникнуть желание стать любимой дочерью пожилого мужчины. У пациентов-мужчин дела обстоят несколько иначе: та же привязанность к аналитику, та же переоценка его качеств, та же поглощённость его интересами, та же ревность по отношению ко всем, близким ему, — но чаще, чем у женщин, наблюдается враждебный, или негативный, перенос. Враждебность, так же как и нежность, означает чувственную привязанность, подобно тому как упрямство — ту же зависимость, что и послушание, хотя и с противоположным знаком.

Freud использовал термин «невроз переноса», чтобы описать совокупность реакций переноса, когда анализ и психоаналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента и невротический конфликт больного вновь оживает в психоаналитической ситуации. Согласно Freud'у, такое исключительное, центральное значение перенос имеет при истерии, неврозе страха и неврозе навязчивых состояний, объединяемых поэтому наименованием «невроз переноса».

Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие «невроза переноса», который может быть «разрешён» путём психоанализа, а аналитик при этом играет роль «катализатора» переноса. Последний следует рассматривать как новый вариант старой болезни, — новый невроз, заменивший первоначальный. В этой новой ситуации, однако, можно видеть возникновение и развитие невроза, хорошо разобрать в нём, так как врач находится в центре — в качестве объекта. Все симптомы больного лишаются своего первоначального значения и приобретают новый смысл. Преодоление этого нового, искусственного невроза и означает освобождение от болезни. Человек, отреагировавший своё невротическое отношение к аналитику и избавившийся от действия вытесненных влечений, становится здоровым.

Определение *переноса* включает четыре основных утверждения: перенос представляет собой разновидность объектных отношений; явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакциях переноса; перенос является регрессивным феноменом.

Существует множество оснований классификации различных «клинических» форм переноса. В соответствии с объектом переноса и повторяемой стадией развития сексуальности перенос может быть «отцовским» или «материнским», «эдиповым» либо «доэдиповым». Перенос может быть «объектным» или «нарциссическим» в соответствии с тем, представляет ли пациент своего аналитика как внешнюю персону, — от которой он зависит, которую он любит или ненавидит, — или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным — в зависимости от того, расценивает ли пациент аналитика как доброжелательную фигуру или недоброжелательную.

S. Freud видел в переносе существенную часть терапевтического процесса: «В конечном счёте каждый конфликт должен быть переведён в сферу переноса».

Понятие *контрпереноса* обозначает реакцию переноса, возникающую у психоаналитика по отношению к пациенту, — когда психоаналитик реагирует на своего пациента так же, как на значимую личность в ранней истории своей жизни. В работе *«Рекомендации врачам, практикующим психоанализ»* Freud подчёркивает необходимость для аналитиков «психоаналитического очищения». Для того чтобы «разрешить» перенос, психоаналитику необходимо соблюдать [эмоциональную] анонимность: «Врачу следует быть непроницаемым для своих пациентов, и, как зеркало, он не должен показывать им ничего кроме того, что показывают ему». Однако подобная анонимность не тождественна молчанию и пассивности психоаналитика, что может быть воспринято пациентом как отсутствие заботы о нём — и явиться препятствием на пути к терапевтическому результату<sup>100</sup>.

*Кларификация* — психоаналитическое понятие, означающее прояснение, прояснение, возникновение чувства внутренней уверенности в том, что со всей многозначностью или противоречивостью покончено и человек твёрдо знает, что именно он должен делать дальше.

Кларификационное замечание — особое высказывание психотерапевта, повторяющее то, что сказал пациент, в более ясных терминах. Иногда психотерапевт в точности пересказывает замечание больного; однако он никогда не пытается связывать между собой факты или высказывания, полученные им от больного в различное время. Важно, что в кларификационном замечании психотерапевт никогда не стремится давать оценки. В своих высказываниях он намеренно избегает проявлений собственной экспрессии, отражающей его отношение к больному, его словам или каким-то обстоятельствам его жизни. Сохраняются лишь те эмоциональные акценты, которые были допущены самим пациентом. Кларификационное замечание относится к ряду так называемых «недирективных процедур» и пред-

<sup>100</sup> В современном психоанализе проявление врачом собственных реакций и чувств допустимо и даже желательно, однако речь идёт о реалистических чувствах, а не о чувствах контрпереноса. Более того, пассивность психоаналитика может даже рассматриваться как следствие контрпереноса.

(В последнее время понятие контрпереноса изменило своё первоначальное значение и употребляется для описания почти всех эмоциональных реакций психотерапевта по отношению к пациенту. Такие реакции могут быть как помехой, так и источником лучшего понимания пациента. Отмечая собственные эмоциональные реакции и оценки, психотерапевт рассматривает их как отражение сигналов, идущих от больного, находящегося в состоянии «внутреннего конфликта». Полагается, что использование понимаемого таким образом контрпереноса для формулирования и проведения интерпретаций — но не импульсивного отреагирования — может стать одним из самых действенных терапевтических инструментов.)

ставляет собой попытку психотерапевта «возвратить» пациенту то, что он сказал, почувствовал, выразил.

Carl Gustav Jung по-новому денотировал старое понятие *архетипа*; под последним он понимал некие психические структуры, составляющие содержание *коллективного бессознательного*. Архетипы, согласно Jung'у, определяют характер символики сновидений, сказок, мифов; они также могут выражать религиозные чувства и имеют значение коллективных символов.

Центральное понятие [метапсихологии] психоанализа — «психический аппарат»: «Мы предполагаем, что психическая жизнь есть функция аппарата, которому мы приписываем характеристики пространственной протяжённости и составленности из нескольких частей, а именно Id, Ego и Super-Ego», — говорит Freud<sup>101</sup>.

#### Структура личности

Формулировки, в которых психическая деятельность «помещается» в ту или иную часть «психического аппарата», были обозначены как *топографические*; определения психической активности в терминах взаимодействия частей «психического аппарата» или изменений в его профиле были названы *структурными*; дефиниции, в которых постулируется «движение энергии» внутри «психического аппарата», были поименованы *экономическими* (они оперируют понятиями «инстинкт», «энергия», «либидо»).

В соответствии с психоаналитической теорией психическая активность бывает двух видов: *сознательной* и *бессознательной*. Первый вид активности представляет собой «непосредственно данное», которое «невозможно более полно объяснить никаким описанием». Далее, *предсознательное* означает мысли, которые являются бессознательными в определённый момент времени, однако не подавлены и поэтому способны стать сознательными. Бессознательное — это часть души, в которой психические процессы являются бессознательными по функционированию, то есть воспоминания, фантазии, желания etc., существование которых можно только подразумевать или которые становятся сознательными лишь после преодоления сопротивления. В 1920-х годах Freud бессознательное назвал «Id», а сознательное — «Ego». Бессознательное — это структура со специфическими свойствами: «Освобождение от взаимного противоречия, первичный процесс, вневременность и замещение внешней действительности психической — всё это характерные черты, которые мы надеемся обнаружить у процессов, принадлежащих системе бессознательного».

«Исторически» [понятие] «Id» возникает из [понятия] бессознательного. В ходе развития «Id» предшествует «Ego», то есть «психический аппарат» начинает своё существование как недифференцированное «Id», часть которого затем развивается в структурированное «Ego». «Id» содержит в себе всё, что имеется в наличии с рождения, — главным образом то, что заложено в конституции, — следовательно, и инстинкты, которые порождаются соматической организацией и которые находят своё первое психическое выражение здесь, в «Id». По определению Freud'a, — «Id — тёмная, недоступная часть нашей личности. Мы приближаемся к пониманию Id при помощи сравнения, называя его хаосом, котлом, полным бурлящих побуждений. Мы представляем себе, что у своего предела Id открыто соматическому, вбирая оттуда в себя инстинктивные потребности, которые находят в нём своё психическое выражение. Благодаря влечениям Id наполняется энергией, но не имеет организации...»

«Ego» — это структурное и топографическое понятие, относящееся к организованным частям «психического аппарата» и противопоставляемое неорганизованному «Id». «Ego — это часть Id, которое было видоизменено под непосредственным влиянием внешнего мира... Ego репрезентирует то, что можно назвать разумом или здравым смыслом в противоположность Id, которое заключает в себе страсти. В своём отношении к Id Ego подобно всаднику, который должен сдерживать превосходящую силу лошади, с той разницей, что наездник старается сделать это при помощи своей собственной силы, тогда как Ego использует для этого позаимствованные силы». Развитие «Ego» подразумевает рост и приобретение функций, — которые дают возможность индивиду всё в большей степени подчинять себе свои импульсы, действовать независимо от «родительских фигур» и контролировать окружающее.

«Super-Ego» — это та часть «Ego», в которой развиваются самонаблюдение, самокритика и другие рефлексивные деятельности, и где локализуются родительские интроекты. «Super-Ego» включает бессознательные элементы, а исходящие от него предписания и торможения берут начало в прошлом субъекта и могут находиться в конфликте с его актуальными ценностями. «Super-Ego ребёнка строится собственно не по примеру родителей, а по родительскому Super-Ego; оно наполняется тем же содержанием, становится носителем традиции, всех тех сохранившихся во времени ценностей, которые продолжают существовать на этом пути через поколения».

Freud делает вывод о том, что «значительные части Ego и Super-Ego могут оставаться бессознательными, [и] обычно являются бессознательными. Это значит, что личность ничего не знает об их содержании и ей требуется усилие, чтобы сделать их для себя сознательными».

Freud выделял два типа «психологического функционирования». Первичный процесс мышления является характеристикой бессознательной психической активности. Он проявляется в *конденсации* и *смещении*, — то есть образы имеют тенденцию сплавляться друг с дру-

<sup>101</sup> Персоналогические представления описаны Freud'ом в ещё одном классическом труде — «*Das Ich und das Es*» («Я и Оно») [54]\*.

гом и могут легко замещать или символизировать друг друга, используя свободную энергию, игнорируя категории пространства и времени, и направляются принципом удовольствия. Вторичный процесс мышления подчиняется законам грамматики и формальной логики, — то есть уменьшает неудовольствие от инстинктивного напряжения посредством адаптивного поведения. Freud, считая первичные процессы мышления онтогенетически и филогенетически более ранними, рассматривал их как врожденно-неадаптивные, а всё развитие «Эго» — как вторичное, служащее для их подавления. Примерами первичных процессов служит сновидение, вторичных — собственно мышление. Другими словами, в первичном процессе мышления, например в сновидении, идеи и образы относительно взаимозаменяемы, так что одна идея или образ легко символизирует другую идею или образ, тогда как во вторичном — сознательная, рациональная мысль, образ, представления и слова имеют относительно постоянную ценность и значение.

Freud пытался определить мышление в терминах «перемещений энергии». В работе *«Entwurf einer wissenschaftlichen Psychologie»* («Эскиз научной психологии» [55]<sup>\*</sup>) он ввёл понятие «катексисов» — квантов «энергии», вложенных в отдельные ментальные образы. Связанная «энергия» относительно неподвижна и характерна для структурированных частей «психического аппарата», — то есть для «Его» и вторичных процессов, — тогда как вложения свободной, или подвижной, «энергии» служат отличительным признаком неструктурированных частей «психического аппарата», — то есть «Id» и первичных процессов.

В работе *«Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie»* Freud дал определение понятию «либидо» как «меняющейся количественно силе, которой можно измерять все процессы и превращения в области сексуального возбуждения». Либидо имеет источник — тело, или «Id», существует в различных формах, связанных со специфическими — эrogenными — зонами, и подразделяется на «оральное», «анальное», «генитальное» либидо; оно распределяется между различными структурами (или процессами), которые питают либидо.

В рамках классического психоанализа утверждается, что взрослое поведение можно интерпретировать как совершенствование, или эволюцию, детского поведения. Процесс развития в целом представляет собой результирующую двух факторов: эволюции врожденных процессов и воздействия на них опыта. В психоаналитической теории выделяются две параллельные формы развития: развитие «Его», — заключающееся в приобретении «Его-функций», которые увеличивают автономию, — и сексуальное развитие, — состоящее в преобразовании прегенитальных сексуальных и агрессивных побуждений во взрослую сексуальную и сублимированную деятельность.

Психоанализ выдвигает тезис о существовании ряда стадий развития детской сексуальности, через которые индивиды якобы обильно проходят от младенчества до достижения «латентного» периода и которые синхронны с рядом стадий развития «Его». Это: «оральная», «анальная», «фаллическая» и «эдипова» стадии; первые три

совокупно составляют «доэдипову» стадию. Они названы так потому, что рот, анус и пенис соответственно якобы служат на протяжении этих стадий главными источниками сексуального наслаждения. В «оральной» стадии рот является главным источником удовольствия и, следовательно, центром познания; она начинается с момента рождения. «Фиксированные» на «оральном» уровне склонны сохранять рот в качестве главной эrogenной зоны и «фиксироваться» на матери (груди); для них характерны глубокие колебания настроения. В «анальной» стадии главными источниками чувственного наслаждения выступают анус и процесс дефекации. Овладение своим телом, особенно его сфинктерами, и социализация импульсов — главные занятия младенца. Когда мальчики проходят через «фаллическую» стадию, они поглощены не только своим пенисом, но также идеями потентности, половой зрелости, мужественности и силы. «Эдипова» стадия развития сексуальности и «Его» находится между 3 и 5 годами. Так называемый «комплекс Эдипа» — группа в значительной степени бессознательных представлений и чувств, концентрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола. Согласно Freud'у, «комплекс» Эдипа — это универсальный феномен, заложенный в филогенезе и ответственный за бессознательное чувство вины. «Разрешение» «комплекса Эдипа» достигается обычно идентификацией с родителем того же пола и временным отречением от родителя противоположного пола, который «заново открывается во взрослом сексуальном объекте». «Эдипово соперничество» с отцом является причиной так называемого «страха кастрации». О «комплексе Эдипа» Freud впервые упоминает в письме к своему другу W. Fließ'у (1858 — 1928) в 1897 году; это представление возникло из самоанализа, который Freud провёл после смерти отца. Первая публикация, где описывается «комплекс Эдипа», — это *«Die Traumdeutung»*. (Генеалогию — и несостоятельность — этих представлений я наглядно, думаю, показал в уже упоминавшейся выше своей книге *«Царь Эдип: Прошлое одной иллюзии»* [10]; см. также главу *«Этно-культуральная дифференциация психотерапии»*.)

Следует особо отметить, что «Эдипов комплекс» и «комплекс кастрации» — единственные «комплексы» классического психоанализа.

Freud интерпретировал определённые черты характера как дериваты стадий развития сексуальности и «Его» или как аналоги симптомов, то есть защитные процедуры. Он использовал для классификации два определения — *генетический* и *клинический*. «Генетические» типы характера соотносятся с той или иной стадией развития сексуальности, — от которой определённые характерологические черты и получают свое название; это «оральный», «анальный», «фаллический», «генитальный» характеры. «Клинические» типы характера соотносятся с тем или иным психопатологическим состоянием, с которым они аналогичны или имеют видимое сходство; отсюда «истерический», «обсессивный», «фобический», «шизоидный», «депрессивный», «маниакальный» характеры.

«Оральный» характер проявляется у лиц с «фиксацией» на «оральной» стадии. Типичными чертами его являются оптимизм / пессимизм, щедрость, лёгкая смена настроений, болтливость, жадность и склонность заниматься желанными размышлениями. Для «анального» характера свойственны реактивные образования, «анальный» эротизм, компульсивные упрямство, аккуратность, скупость, — но также и противоположные черты. Индивид с «фаллическим» характером понимает сексуальное поведение как проявление силы. «Генитальный» характер проявляется у прошедшего полный анализ, — у личности, которая «разрешила» свой «комплекс Эдипа», «пробила дорогу» через «прегенитальную амбивалентность» и достигла «генитального» уровня психосексуального развития; человек с «генитальным» характером полностью свободен от инфантильной зависимости.

Важными полагаются также включённые в теорию развития сексуальности механизмы *регрессии* и *сублимации*.

*Регрессия* — это защитный процесс, посредством которого субъект избегает тревоги через возвращение к более ранней стадии развития сексуальности и «Его»; стадия, в которой происходит регрессия, детерминирована существованием «точек фиксации». Концепция регрессии предполагает, что более ранние модели поведения остаются в распоряжении субъекта как альтернативные способы действия. Не являясь эффективным защитным механизмом, регрессия обычно сопровождается дополнительными процессами, предназначенными для предохранения «Его» от её последствий. Freud говорит: «Сновидения в целом представляют собой пример регрессии к наиболее ранним формам существования спящего; это возврат в детство, к тем инстинктам и тем способам их выражения, которые доступны в этот ранний период». К регрессивным формам психической жизни он относит также невротические состояния.

*Сублимация* — это связанный с развитием процесс, посредством которого инстинктивная «энергия» разряжается в неинстинктивных формах поведения. Он включает «перемещение энергии» с объектов биологической значимости на объекты меньшей важности, освобождение деятельности от влечения инстинктивного напряжения. Концепция сублимации объясняет эволюцию «высших функций» из «низших». Все сублимации зависят от символизации, а всё развитие «Его» — от сублимации.

Профессиональная подготовка психоаналитика является одной из наиболее сложных, — если сравнивать её с освоением прочих психотерапевтических методов, — главным образом потому, что подразумевает прохождение анализа у более опытного коллеги, — что, учитывая значительную продолжительность метода, в его классическом варианте, делает её довольно длительной (на самом деле в основе этого процесса лежат *de rigas aguas* конъюнктурные соображения — и не вполне допустимые конъюнктурно-профессиональные, а тривиальные конъюнктурно-коммерческие).

### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Итак, подготовка специалиста в области психоанализа является наиболее проблемной.

В ранний период становления психоанализа, — когда его применение исчерпывалось деятельностью S. Freud'a и нескольких его последователей, — требования, касающиеся подготовки кандидатов в психоаналитики, были невелики. Первоначально Freud на вопрос о том, как стать аналитиком, отвечал: «посредством анализа собственных сновидений». Чуть позже достаточной формой учебного анализа Freud считал беседы со своими учениками. Однако он же отмечал ограничивающее влияние любого психологического «blinder Fleck» аналитика на эффективность психотерапевтической работы.

В этот период Freud был сторонником постоянного самоанализа для аналитика, однако в последующем вынужден был признать трудности, вызываемые сопротивлением самопониманию. В 1910 году Freud в письме к S. Ferenczi, с которым работал как психоаналитик, приносил извинения за то, что не сумел преодолеть контрперенос, помешавший ему осуществить адекватный анализ. Далее он отмечал, что психоаналитику не следует осуждать с большим свой врачебный опыт и профессиональные недостатки, а также посвящать его в подробности своей личной жизни (это, кажется, *Vinsenwahrheit*).

Однако с самого начала Freud признавал потребность в предварительной терапии для каждого психоаналитика; он также указывал на необходимость трёхмесячного анализа будущего аналитика. Требование тренировочного анализа обосновывалось важностью достижения осознания неосознаваемых эмоциональных проблем и бессознательных конфликтов — и преодоления сформировавшихся под их влиянием нежелательных стереотипов переживаний и поведения. Тем не менее эту первую модель обучения психоаналитика Freud расценивал как возможность открытия аналитику его бессознательного; собственно же анализу придавалось меньшее значение. В то время он считал, что такой — вступительный — этап позволит аналитику далее провести самоанализ.

Первые официально установленные принципы обучения были объявлены в 1924 году в Берлине на психоаналитическом конгрессе. В резолюциях, в частности, указывалось, что продолжительность личной тренинговой терапии должна составлять не менее 6 — 12 месяцев. Однако уже в 1928 году Ferenczi констатировал, что тренинговый анализ должен ничем не отличаться от лечебного, и даже быть глубже и продолжительнее. Первоначально акцент делался на анализе личности психотерапевта и его работе с пациентами.

В ранний период формирования модели обучения психоаналитика возникла дискуссия между Венской и Венгерской школами психоанализа по поводу учебного и лечебного тренинга.

Представители психоаналитического института в Вене настаивали на том, что личный аналитик обучающегося психотерапевта не должен осуществлять супервизию при терапии первых пациентов. Обосновывали они эту позицию полезностью для обучающегося иметь разные мнения — отдельно от ведущих лечебный и учебный тренинги. Любые личностные вопросы, возникающие в период супервизии, адресовались аналитику психотерапевта.

В Венгерской же школе психоанализа считали, что иррациональные чувства психотерапевта относительно пациента должны рассматриваться в процессе тренингового анализа тем же аналитиком-супервизором.

Дискуссия завершилась согласием с позицией венских психоаналитиков.

По мере развития психоанализа сроки лечения больных возрастали; соответственно повышались и требования к обучению.

В 1932 году на психоаналитическом конгрессе в Висбадене был образован Международный тренинговый комитет и установлена продолжительность личного анализа: не менее полутора лет с последующим проведением психоаналитической терапии не менее чем двум больным (под контролем супервизоров).

В 1937 году Freud предложил повторять личный анализ психотерапевта каждые пять лет. Но эта рекомендация обычно не соблюдалась, — возможно, ввиду того, что тренинговые анализы стали намного более продолжительными и — как следствие — более тщательными.

В 1947 году Лондонский институт психоанализа определил новую длительность обучения — не менее четырёх лет личного тренинга, а затем — ведение двух больных в условиях супервизии, и теоретическая учеба в течение трёх лет (последняя могла осуществляться одновременно с предыдущими формами тренинга и обучения).

Тем не менее сам Freud говорил по этому поводу совершенно другое (см. главу «Дисциплинарная история психотерапии»). В то же время к личности психоаналитика предъявляются в основном стилистически-поведенческие требования, которые к настоящему времени серьёзно диссоциированы.

#### **Психо-физиолого-теоретическое обоснование механизмов патогенеза**

Классический психоанализ включает, как было отмечено выше, теорию [психологического] происхождения неврозов, в которой прописаны механизмы патогенеза и показаны пути саногенетического воздействия. В классической аналитической теории различаются следующие типы неврозов.

1. *Психоневроз*, который обусловлен причинами, относящимися к прошлому, и объясним только в терминах личности и истории жизни. Существует три типа психоневрозов: *истерическая конверсия*, *истерический страх* (фобия) и *невроз навязчивых состояний*. Симптомы этих неврозов можно интерпретировать как конфликт между «Ego» и «Id».
2. *Актуальный невроз*, вызванный причинами, относящимися к настоящему, и объяснимый в терминах сексуальных привычек пациента. Он является физиологическим последствием нарушений в сексуальном функционировании. Freud разграничил две его формы: *невростению* — как результат половых излишеств и *невроз тревоги* — как результат отсутствия облегчения от полового возбуждения.

3. *Нарциссический невроз*, при котором пациент не способен к образованию переноса.
4. *Невроз характера* — в этом случае симптомы являются чертами характера.
5. *Травматический невроз*, который вызывается потрясением.
6. *Невроз переноса*, который развивается в ходе психоанализа и характеризуется тем, что пациент проявляет навязчивый интерес к психоаналитику.

По утверждению Freud'a, психоневрозы обусловлены невротическим конфликтом, то есть бессознательным конфликтом между побуждениями «Id», стремящегося к разрядке, и защитой «Ego», предохраняющей непосредственную разрядку или доступ к сознанию. Таким образом, конфликт является невротическим только в том случае, если одна сторона бессознательна и / или если он «разрешается» путём применения механизмов защиты, отличных от сублимации. Психоанализ рассматривает симптом как осуществление компромисса между подавляемым желанием и требованиями подавляющего фактора.

Возникновение симптома обусловлено *символизацией*, которую Freud характеризовал как «древний, но вышедший из употребления способ выражения». Сложную роль в невротическом конфликте играет «Super-Ego». Именно «Super-Ego» заставляет «Ego» чувствовать себя виновным даже за символическую и искажённую разрядку, — которая проявляется как симптомы психоневроза и сознательно ощущается весьма болезненно. Таким образом, в формировании невротического симптома участвуют все части «психического аппарата».

Цель психоаналитической терапии в концепции Jung'a отличается от представленной в психоанализе Freud'a, который сравнивал психоаналитический метод со скальпелем хирурга, иссекающим больную ткань; излечение же раны — задача природы. Jung возражал против прямого вмешательства в жизнь больного неврозом — практическим советом, моральными или интеллектуальными инструкциями. Цель психоаналитической терапии он видел не только в устранении болезненного симптома, но и в укреплении здоровья, в стремлении помочь пациенту достигнуть душевной зрелости. Если, по Freud'у, — «где было Id, там будет Ego», то, согласно Jung'у, — «Самость должна заменить Оно». Целью процесса индивидуализации является синтез различных аспектов сознательной и бессознательной памяти. По Jung'у, — «если человек живёт, он должен бороться и жертвовать тоской, чтобы восходить к своему собственному росту»; согласно же Freud'у, — человек должен «договориться с реальностью».

A. Adler усматривал в невротическом состоянии переживание слабости и беспомощности, которые описывал как «комплекс неполноценности». Его «индивидуальная психология»



определяет невротические симптомы как проявление борьбы с целью преодолеть чувство собственной неполноценности, а их развитие — как «бегство в болезнь», «желание власти» или «мужской протест». Первый и третий пути направлены на привлечение внимания к себе; «желание власти» вступает в конфликт с чувством общности с другими людьми. Adler определил невроз как «экзистенциальный кризис», поражающий всю личность; основной причиной психических расстройств он полагал не сопротивление побуждениям, а невротический характер, неадекватный «аттитюд жизни».

#### Диагностические приёмы

Можно сказать, что [классический] психоанализ — это процесс непрерывной, пошаговой диагностики — диагностики-интерпретации симптомов и «комплексов», их скрытого значения и того, что за этим стоит.

Диагностическое значение как таковое имеют многие концепт-феномены, и прежде всего такой дефензивный концепт-феномен, как *сопротивление*, — появление которого показывает верную направленность анализа.

Психоанализу удалось развить богатейший технический и даже технологический аппарат, выстроенный вокруг его теорий и концептов. Большинство процедур при этом имеют *интерпретативный* характер.

#### Процедуры и техники

Термином «анализирование» в настоящее время объединяются четыре различные — как полагается, уже вполне классические — процедуры:

- 1) *конфронтация*, с помощью которой пациенту необходимо показать, что он избегает чего-то; ему нужно [научиться] различать психический феномен, являющийся предметом анализа;
- 2) *кларификация* (прояснение) — помещение значимых деталей в чёткий фокус;
- 3) *интерпретация* — преобразование неосознанных деталей в осознанные; при этом психоаналитик использует своё собственное бессознательное, свою *эмпатию* и *интуицию*, так же как и свой опыт и теоретические знания;
- 4) тщательная проработка, комплекс процедур и процессов, которые имеют место после *инсайта*; это психоаналитическая работа, открывающая путь от инсайта к изменениям и, как правило, требующая большого количества времени для преодоления *сопротивления*, препятствующего тому, чтобы понимание привело к изменению, и для создания прочных структурных изменений.

Наиболее важная психоаналитическая процедура — *интерпретация*; все остальные подчинены ей теоретически и практически: это шаги, которые либо ведут к интерпретации, либо делают её эффективной. Таким образом, психоаналитические процедуры сводятся к интерпретирующему (истолковывающему) анализу упомянутых выше компромиссных образований сознания.

Для проникновения в бессознательное используется техника *свободных ассоциаций*, которой придаётся большее значение, чем другим способам продуцирования материала в психоаналитической ситуации, и которая известна как *фундаментальное правило психоанализа*.

Суть этой техники заключается в необходимости ослабить все задерживающие и критикующие инстанции сознания. Пусть приходит на ум всё, что угодно, — самые нелепые мысли и образы, даже если это кажется бессмысленным, лишённым значения и не имеющим, на первый взгляд, отношения к делу. Пациенту следует говорить вслух даже такие вещи, которые он считает тривиальными, постыдными, нелепыми.

Такая работа встречает сильное сопротивление сознания; рождается внутренний протест: то кажется, что всё понятно и не нуждается ни в каких объяснениях, то, наоборот, всё настолько абсурдно и нелепо, что не имеет никакого смысла; наконец, приходящие в голову мысли и образы подавляются как случайные, не относящиеся к делу. Иными словами, пациент стремится сохранить точку зрения, легализованную сознанием. Однако при этом наличие сопротивления — самый важный источник анализа: там, где есть оно, там бесспорно есть и вытесненное «подцензурное» влечение. *Анализ сопротивления* — один из краеугольных камней аналитической техники.

Ценным источником материала для анализа является перенос на врача ранних детских чувств пациента. *Анализ переноса* также стал центральным элементом психоаналитического процесса.

В ходе психоанализа свободные ассоциации остаются основным терапевтически ценным методом коммуникации для пациентов, а интерпретация — наиболее важным инструментом психоаналитика. Другие способы общения также встречаются во время курса, но они являются подготовительными или вторичными и не типичны для психоанализа.

Итак, одна из основных техник психоанализа — *свободное ассоциирование*, или *свободные ассоциации*, — под которыми понимаются представления, мысли, воспоминания, образы etc., возникающие спонтанно-взаимосвязанно, без напряжения и сосредоточения.

Под ассоциацией понимается связь между психическими явлениями, при которой актуализация (восприятие, представление) одного из них влечёт за собой появление другого. Традиционная ассоциативная школа исходила из того, что связи между отдельными элементами сознания, психическими «атомами» возникают в силу частоты повторения, смежности во времени и пространстве, — то есть зависят не от внутренних тенденций психической деятельности, а от внешних обстоятельств. Для Freud'a ассоциации выступают не как проекции объективной связи вещей, а как симптомы мотивационных установок личности; он искал в ассоциациях смысловое содержание. Для такового определяющим служит отнесённость к реальным объектам, к внешним ситуациям. Однако задача, которую стремился решить Freud, обратившись к методу свободных ассоциаций, привнесённому, кстати, Jung'ом — от W.M. Wundt'a (см. главу «*Дисциплинарная история психотерапии*»), состояла в том, чтобы выяснить,

чему соответствуют эти ассоциации, — не в мире внешних объектов, а во внутреннем мире субъекта; иными словами, Freud пытался выявить в ассоциациях смысловое содержание, — но не предметное, а личностное, стремясь отыскать ключ к бессознательному.

Первоначально в качестве способа «препарирования» бессознательного Freud использовал гипноз, однако в дальнейшем по ряду причин (официальные — непродолжительность эффекта, особенности ситуации гипноза с чёткими командами врача, блокирующими спонтанность, невозможность анализа сопротивления и прочее; неофициальные же приведены в упомянутой выше исторической главе) отказался от него и заменил методом свободных ассоциаций.

Аналитическая техника свободного ассоциирования основывается на трёх предположениях:

- 1) все мысли направлены к тому, что является значимым;
- 2) потребности пациента в психотерапии и понимание того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, — за исключением того случая, когда действует сопротивление (которое проявляет себя во время сеанса в невозможности свободно ассоциировать и указывает на вытесненные влечения и / или травматические переживания);
- 3) сопротивление сводится к минимуму за счёт релаксации и значительно усиливается за счёт сосредоточения.

Свободное ассоциирование — наряду с анализом реакций сопротивления и переноса — является основой психоаналитического процесса. Основное правило, которое должен выполнять пациент, поощряемый инструкцией психоаналитика, заключается в том, что он должен стремиться к открытости: сообщать, свободно высказывать свои мысли, представления, чувства, ожидания, воспоминания и факты, не пытаясь сосредоточиться, не контролируя и не оценивая их, — вне зависимости от того, что они могут казаться ему незначимыми, бессмысленными, нелепыми, постыдными и тому подобное. Психоаналитический сеанс обставляется таким образом, чтобы способствовать свободному ассоциированию, максимально вызывать к жизни подавленные когда-то переживания и воспоминания. Пациент находится в пассивном положении, — как правило, лежит на кушетке и не видит аналитика; воздействия окружающей среды сводятся к минимуму.

Однако свободные ассоциации не являются свободными и непосредственными в полном смысле слова. С одной стороны, они могут быть обусловлены терапевтической ситуацией, личностью психоаналитика и взаимоотношениями с ним, с другой — сам процесс предполагает не только свободное ассоциирование пациента, но и интерпретацию полученного материала аналитиком (и последующие ассоциации пациента могут быть ответом на это вмешательство), а также собственное исследование своих ассоциаций пациентом.

Таким образом, в процессе свободного ассоциирования пациент выполняет две функции: свободное ассоциирование и рефлексию; иначе говоря, он является одновременно и субъектом, и объектом собственного опыта, то есть позволяет своим мыслям и воспоминаниям свободно приходить и одновременно анализирует, исследует их.

Интерпретация (латинское *interpretatio* — разъяснение, истолкование; перевод), являясь важнейшей психоаналитической процедурой, в широком понимании означает разъяснение неясного или скрытого для пациента значения некоторых аспектов его переживаний и поведения. Если свободные ассоциации относятся к основному способу получения наиболее важного материала от пациента, то интерпретация представляет собой главный инструмент анализа этого материала и перевода бессознательного в сознательное.

Существенным полагается вопрос о том, когда целесообразно начинать объяснение пациенту значения его симптомов, ассоциаций, отношений, поведения и других элементов, проистекающих из бессознательного, искажённых и доведённых подчас до неузнаваемости под воздействием механизмов психологической защиты. Помочь пациенту осознать истинное значение своих ассоциаций необходимо в тот момент, когда он уже готов и способен понять данную интерпретацию. Принятие и интеграция пациентом интерпретации могут успешно осуществляться лишь при её эмоциональной опосредованности. Интерпретация должна быть неожиданной для пациента, сообщать что-то новое, прежде ему неизвестное. Интерпретация связана с осознанием. Она не только раскрывает значение скрытого материала, но может способствовать новому потоку ассоциаций, чувств и воспоминаний, которых пациент до сих пор ещё не касался.

Иногда интерпретация осуществляется в краткой форме, — в виде ключевого слова или фразы, которые раскрывают новую сторону прежде обсуждавшегося материала; в других случаях продвижение от ассоциации к конкретной интерпретации требует подробного объяснения, проводимого шаг за шагом. В ряде случаев интерпретация может касаться второстепенных вопросов, и пациент сам довольно быстро приходит к ней, — но существенная интерпретация, в частности относительно переноса, как правило, совершенно неожиданна для него, и для её принятия требуется основательная подготовка.

Когда аналитику становится совершенно ясным скрытое значение каких-либо переживаний пациента, ему очень трудно удержаться от того, чтобы не сказать об этом больному. Однако как слишком позднее, так и слишком раннее проведение интерпретации нежелательны. Эмпатическое поведение психотерапевта позволяет избежать этого. Каждый раз он пытается почувствовать, что испытывает пациент, — с тем чтобы предвидеть его реакцию, а также понять, готов ли он принять интерпретацию и воспользоваться ею. На адекватную интерпретацию пациент обычно реагирует с облегчением и чувством благодарности. Если нет уверенности в правильности интерпретации, целесообразно придать ей форму предположения (вопроса, намёка, гипотезы). Существует также понятие *частичной* интерпретации, включающей: во-первых, предварительную интерпретацию, ограниченную сознательными и предсознательными сферами; во-вторых, полную интерпретацию, но сфокусированную лишь на отдельных интрапсихических «фрагментах». В этом случае интерпретация лишь частично раскрывает бессознательные мотивы и конфликты.

Интерпретацию полезно начинать с косвенных коммуникаций пациента: таких, как поведение, речь, установки общего характера.

Наиболее существенными в психоанализе являются интерпретации переноса. Осуществляемые своевременно и правильно, они производят динамические и структурные изменения в «психическом аппарате» пациента, способствуют установлению более адекватного равновесия между «Ego» и бессознательным, — так как при этом, с одной стороны, затрудняется дальнейшее подавление инстинктивных импульсов, а с другой — облегчается возвращение в сознание подавленного интрапсихического содержания. Интерпретации могут способствовать замене примитивных механизмов психологической защиты (например, отрицания, проекции) механизмами защиты более высокого уровня или конструктивными реакциями совладания (копинг-поведение), в результате чего происходит усиление «Ego» и уменьшение искажения межличностных отношений.

Интерпретации в психоанализе рассматриваются как радикальные, а не симптомо-центрированные, психотерапевтические вмешательства; предполагается, что они свободны от суггестии. Это то, что, по выражению Freud'a, представляет собой «Feingold» психоанализа.

Другой важнейшей процедурой является *анализ сопротивления*, который включает несколько основных процедур.

Психоаналитик должен: осознать сопротивление, продемонстрировать его пациенту, прояснить мотивы и форму сопротивления (какой именно специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться; какие конкретные формы и метод пациент использует для выражения своего сопротивления); интерпретировать сопротивление (выявить, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и побуждений, стоящих за сопротивлением; заняться историей и бессознательными объектами данных аффектов и побуждений или событий во время анализа, вне анализа и в прошлом); интерпретировать форму сопротивления, для чего заняться анализом этой и сходных форм деятельности во время и вне анализа; проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента. Последняя процедура — тщательная проработка.

Психоанализ не имеет определённых вербальных формул; для классического психоанализа была скорее характерна тенденция к долговому молчаливому («нейтральному») выслушиванию пациента.

Классический психоанализ являлся — и является — самым интенсивным, регламентированным и продолжительным методом психотерапии. Пациент посещает психоаналитика практически ежедневно, при этом длительность терапии составляет от нескольких месяцев до нескольких лет.

Формы проведения — *brennende Frage* психоанализа, поскольку одно из основных возражений против психоанализа как самостоятельного метода обусловлено именно его исключительной длительностью.

### Формы проведения

Классическая аналитическая техника включает: почти что ежедневные (около 5 раз в неделю) встречи с пациентом, укладывание последнего на кушетку, избегание всяческих советов, прописывания лекарств, воздержание от управления его жизнью, ограничение высказываний интерпретациями и инстинктурирование по выполнению «основного правила» свободных ассоциаций. Психоанализ можно охарактеризовать как долгосрочную, интенсивную, интерпретативную психотерапию.

Психоанализ — наиболее строгий по форме метод психотерапии. Как указано выше, пациент посещает психоаналитика до 5 раз в неделю; лечебный курс тянется месяцы и годы. Больной лежит на кушетке и не видит психоаналитика, сидящего позади него, вне поля зрения. Пациент стремится к свободному ассоциированию, то есть пытается сказать всё, что приходит ему в голову, чтобы можно было проследить движение мыслей к их самым ранним истокам; он говорит также о сновидениях и чувствах переноса, возникающих в процессе психотерапии. Психоаналитик использует интерпретацию (и прояснение), чтобы помочь пациенту в разрешении конфликтов, которые часто бессознательно воздействуют на его жизнь. Для психоанализа важно, чтобы пациент умел выражать свои чувства и мысли, был психологически расположен без выраженной репрессии переносить эмоциональное напряжение, вызываемое психоаналитиком, обладал способностью к устойчивому психотерапевтическому альянсу. Целью проведения психоанализа является реконструкция структуры характера с уменьшением патологической защиты; понимание причин состояния важнее облегчения симптомов, хотя последние в ходе лечения должны самопроизвольно исчезнуть. Результат психоанализа — формирование зрелой личности.

Однако — *verrinnt die Zeit*, — и в настоящем психоанализ, даже в приближённых к его классической форме вариантах, отличается выработанным [психо]техническим разнообразием.

Психоанализ — в отечественном медицинском пространстве — по сей день не интегрирован в официальные медицинские психотерапевтические практики<sup>102</sup>.

Благодаря наличию в психоанализе собственной теории психической патологии многие психопатологические проявления трактуются в рамках категориального аппарата психоанализа — как, например, «комплексы», неврозы переноса etc., — что является инконгруэнтным клинической практике.

<sup>102</sup> Психоанализ — несмотря на выраженные тенденции к экстраполяции на психозы теории патогенеза, выстроенной на опыте терапии неврозов (то есть глобализации патогенетических представлений), — может применяться как психотехника только в рамках неврозологии. Нет ни единого примера психоаналитического [из]лечения психоза (речь, разумеется, не идёт об использовании тривиальных аналитических техник и приёмов в реабилитации страдающих психозами вне манифеста).

**[Клиническое] применение, осложнения и противопоказания**

Традиционно признаётся, что психоанализ показан пациентам с невротическими расстройствами, патологией личности, сексуальными нарушениями.

Несмотря на неприемлемость большинства психоаналитических положений — в области [общего] психогенеза, [пато]персонологии, патогенеза неврозов, — как, впрочем, и саногенетических представлений, — процедуры, разработанные — а точнее, апробированные и модифицированные в течение вековой аналитической практики, — представляют определённую диагностическую ценность.

Психоанализ — в качестве психотехники информативно-диагностического характера — может быть применён при широком круге патологий, требующей психотерапевтического вмешательства.

Клинические иллюстрации психоанализа — сами по себе небольшие тексты, поэтому рассмотрим только фрагмент толкования сновидения Сергея Панкеева (известного как «человек-волк», «Wolf-Mann»).

«...Разъяснением нашего случая, — пишет Freud, — мы обязаны появившемуся с большой точностью воспоминанию о том, что все симптомы страха присоединились к признакам перемены в характере только после одного события. До того не было никакого страха, а непосредственно после события страх проявился в мучительной форме. Время этого превращения можно установить с полной точностью; это случилось перед самым днём рождения его на пятом году жизни. Период детства, которым мы займёмся, распадается благодаря этому сроку на две фазы: первая — “испорченности” и перверсности, от момента соблазна в 3<sup>1/4</sup> года до дня рождения, и более длинная последующая, в которой преобладают признаки невроза. Но событие, делающее такое подразделение возможным, было не внешней травмой, а сновидением, после которого он проснулся со страхом.

*Сновидение и “первичная сцена”*

Этот сон из-за содержащегося в нём сказочного материала я публиковал уже в другом месте и сначала повторю уже сообщённое там:

“Мне снилось, что — ночь, и я лежу в моей кровати (моя кровать стояла так, что ноги приходились к окну; перед окном находился ряд старых ореховых деревьев. Знаю, что была зима, когда я видел этот сон, и ночь). Вдруг окно само распахнулось, и в большом испуге я вижу, что на большом ореховом дереве перед окном сидят несколько белых волков. Их было шесть или семь штук. Волки были совершенно белы и скорее похожи на лисиц или овчарок, так как у них были большие хвосты, как у лисиц, и уши их торчали, как у собак, когда они насторожатся. С большим страхом, очевидно, боясь быть съеденным волками, я вскрикнул и проснулся. Няня поспешила к моей кровати, чтобы посмотреть, что со мной случилось. Прошло довольно много времени, пока я убедился, что то был только сон — так естественно и ясно рисовалась мне карти-

на, как открывается окно и как волки сидят на дереве. Наконец я успокоился, почувствовал себя так, будто избежал какой-то опасности, и снова заснул.

Единственным действием во сне было то, как распахнулось окно, потому что волки сидели спокойно без всякого движения на ветках дерева, справа и слева от ствола, и глядели на меня. Как будто всё своё внимание они сосредоточили на мне. Думаю, что это был мой первый кошмарный сон. Мне было тогда три, четыре, самое большее — пять лет. До одиннадцати- или двенадцатилетнего возраста я с тех пор всегда боялся увидеть что-нибудь страшное во сне?

При этом он даёт ещё рисунок, изображающий дерево с волками на нём, подтверждающий его описание. Анализ сновидения вскрывает нижеследующий материал.

Это сновидение он всегда приводил в связь с воспоминанием о том, что в эти годы детства он проявлял всегда совершенно невероятный страх перед картинкой в одной книжке сказок, изображавшей волка. Старшая, значительно превосходившая его по развитию сестра часто дразнила его, показывая ему под каким-нибудь предлогом именно эту картинку, вследствие чего он начинал ужасно кричать. На картинке волк был изображён стоящим на задних лапах, с выставленной вперёд одной задней лапой и протянутыми вперёд передними лапами и наострѣнными ушами. Он думает, что картинка была иллюстрацией к сказке о Красной Шапочке.

Почему волки белы? Это напоминает ему овец, большие стада которых разводились недалеко от имения. Отец брал его иногда с собой при посещении этих стад, и он бывал в таких случаях всегда горд и счастлив. Позже — по наведѣнным справкам весьма возможно, что это было незадолго до сновидения — среди овец появился мор. Отец выписал одного ученика Пастѣра, который сделал животным прививку, но после прививки они погибали в ещё большем количестве, чем до того.

Каким образом волки попали на дерево? По этому поводу ему припоминается история, которую он слышал от бабушки. Он не может вспомнить, слышал ли он это до или после сновидения, но по содержанию рассказа это безусловно должно было предшествовать сновидению. История эта гласит: “Один портной сидел за работой в своей комнате, как вдруг распахнулось окно и на него прыгнул волк. Портной бьёт его аршином — нет, поправляется он — портной схватывает его за хвост и отрывает хвост, так что испуганный волк убегает. Несколько времени спустя портной шёл лесом и вдруг видит стаю волков, от которых спасается на дереве. Сначала волки растерялись, но находившийся среди них бесхвостый, желавший отомстить портному, предлагает, чтобы один волк влез на другого с тем, чтобы самый верхний добрался до портного. Сам он — матѣрый старый волк — составит основание этой пирамиды. Волки так и делают, но портной узнал наказанного посетителя и закричал вдруг, как и тогда: ловите серого за хвост. При этом воспоминании бесхвостый волк испугался, убежал, а все прочие свалились вниз?”

В этом рассказе имеется дерево, на котором в сновидении сидят волки. Но он имеет также вполне определённую связь с кастрационным комплексом. У старого волка портной оторвал хвост. Лисьи хвосты у волков в сновидении являются, вероятно, компенсацией за эту “бесхвостость”.

Почему имеется пять или шесть волков? На этот вопрос не найдётся ответа, пока я не выразил сомнения в том, может ли его страшная картинка относиться непременно к сказке о Красной Шапочке. Эта сказка даёт повод только к двум иллюстрациям: ко встрече Красной Шапочки с волком в лесу и к сцене, когда волк лежит в чепчике бабушки в её кровати. За воспоминанием о картинке должна, следовательно, скрываться какая-нибудь другая сказка. Тогда он скоро вспомнил, что такой сказкой может быть только сказка о волке и семерых козлятах. Здесь имеется также число семь, потому что волк пожирает только шестерых козлят, а седьмой прячется в ящике от часов. Также и белое встречается в этой сказке, потому что волк велит пекарю выбелить себе ногу, после того как козлята при первом посещении узнали его по серой лапе. Впрочем, в обеих сказках много общего. В обеих имеет место пожирание, взрезание живота, извлечение съеденных, замена их тяжёлыми камнями, и, наконец, в обеих злой волк погибает. В сказке о козлятах встречается также и дерево. После обеда волк ложится под деревом и храпит. Этим сном я должен буду заняться ещё в другом месте, благодаря особому обстоятельству, подробнее истолкую и оценю его. Это первый кошмарный сон, сохранившийся в воспоминаниях с детства, содержание которого, в связи с другими снами, последовавшими вскоре после этого, и с известными событиями детства сновидца, будят совершенно исключительный интерес. Здесь мы ограничимся указанием на отношение сновидения к двум сказкам, имеющим много общего между собой, к “Красной Шапочке” и к “Волку и семерым козлятам”. Впечатление от этих сказок выразилось у ребёнка в форме настоящей фобии животных, отличающейся от других подобных случаев только тем, что страшное животное было не легко доступным для восприятия объектом (вроде лошади и собаки), а знакомо лишь по рассказам и из книжки с картинками.

В другой раз я подробно изложу, какое объяснение имеют эти фобии животных и какое значение следует им приписывать. Пока замечу только, что это объяснение очень подходит к главному характеру, который носил невроз сновидца в более позднем возрасте. Страх перед отцом был сильнейшим мотивом его заболевания, и амбивалентная установка ко всякому заместителю отца господствовала во всей его жизни, как и в его поведении во время лечения.

Если волк был у моего пациента только первым заместителем отца, то возникает вопрос, имеют ли сказки о волке, который пожирает козлят, и о Красной Шапочке своим тайным содержанием что-либо другое, чем инфантильный страх “перед отцом”? У отца моего пациента была, кроме того, особенность “ласковой брани”, которую проявляют многие в обращении со своими детьми, и угроза в шутку

“я тебя съем” в первые годы, вероятно, не раз была произнесена, когда позже строгий отец, играя, ласкал своего маленького сына. Одна моя пациентка рассказала мне, что оба её ребенка никогда не могли полюбить бабушку, потому что, играя с ними, он их часто пугал тем, что вскроет им живот.

Оставим в стороне всё, что в этой статье предвосхищает использование сновидения, и вернёмся к его ближайшему толкованию. Хочу заметить, что это толкование составило задачу, разрешение которой тянулось в течение нескольких лет. Пациент сообщил сновидение очень рано и скоро присоединился к моему убеждению, что за этим скрывается причина его инфантильного невроза. В период лечения мы часто возвращались к сновидению, но только в последние месяцы удалось вполне понять его, и только благодаря самостоятельной работе пациента. Он всегда подчёркивал, что два момента сновидения произвели на него самое сильное впечатление, во-первых — полное спокойствие и неподвижность волков и, во-вторых, напряжённое внимание, с которым они на него глядели. Так же казалось ему замечательным то длительное чувство реальности, которым закончился сон.

С этого последнего мы и начнём. Из нашего опыта с толкованием сновидений нам известно, что этому чувству реальности нужно придавать определённое значение. Оно убеждает нас в том, что нечто в латентном содержании сновидения имеет право считаться воспоминанием действительности, т. е. что сновидение имеет отношение к событиям действительности, которые на самом деле имели место, а не только разыгрались в фантазии. Разумеется, речь может идти только о действительности чего-то, что неизвестно; например, убеждение, что дед действительно рассказал историю про портного и волка или что ему, сновидцу, действительно читали вслух сказки про Красную Шапочку и про семерых козлят, никогда не могло бы быть заменено чувством действительности более длительным, чем сновидение. Сновидение как будто намекало на какое-то событие, реальность которого подчёркивается особенно в противоположность нереальности сказок.

Если за содержанием сновидения предполагать такую неизвестную, т. е. ко времени, когда приснился сон, уже забытую, сцену, то эта сцена должна была иметь место в очень раннем детстве. Сновидец так и говорит: “Когда я видел этот сон, мне было три, четыре, самое большее пять лет”. Мы может прибавить: “И сон этот мне что-то напомнил, что должно быть отнесено к ещё более раннему периоду”.

К содержанию этой сцены должно привести то, что сновидец подчеркнул из явного содержания сновидения, — моменты внимательного разглядывания и неподвижности. Мы, разумеется, ждём, что этот материал воспроизводит в каком-нибудь искажении неизвестный материал, может быть, даже искажённый в смысле полной противоположности.

Из сырого материала, который дал первый анализ с пациентом, можно было также сделать несколько выводов, которые удалось вплести в искомую связь. За упоминанием об овцеводстве можно

было искать доказательства его сексуальных исследований, интересы которых он мог удовлетворять во время своего посещения стада совместно с отцом, но при этом также должны были иметь место и намёки на страх смерти, потому что овцы погибли, по большей части, от мора. То, что в сновидении было ярче всего — волки на дереве, — прямо вело к рассказу деда, в котором не могло быть ничего другого, захватывающего и возбуждающего сновидение, как только связь с кастрационным комплексом.

Из первого неполного анализа сновидения мы далее заключили, что волк является заместителем отца, так что в этом первом кошмарном сне проявился страх перед отцом — страх, который с того времени преобладал во всей его жизни. Такой вывод сам по себе, правда, не был ещё обязателен. Но если в результате предварительного анализа мы сопоставим то, что удаётся вывести из данного сновидцем материала, то у нас имеются приблизительно следующие отрывки для реконструкции.

Действительное событие — относится к очень раннему возрасту — разглядывание — неподвижность — сексуальные проблемы — кастрация — отец — что-то страшное.

Однажды пациент стал продолжать толкование сновидения. Место сновидения, говорил он, в котором значит «вдруг окно само распахнулось», не совсем выяснено в отношении к окну, у которого сидит портной и через которое в комнату впрыгивает волк. Оно должно означать: вдруг открываются глаза. Следовательно, я сплю и вдруг просыпаюсь, при этом что-то вижу: дерево с волками на нём. Против этого ничего нельзя возразить, но это можно было использовать дальше. Внимательное разглядывание, приписываемое в сновидении волкам, оказывается, нужно перенести на него самого. Тут в решительном пункте имело место превращение в противоположное, которое, впрочем, проявляется посредством другого превращения в явном содержании сновидения. Превращением было также и то, что волки сидели на дереве, между тем как, по рассказу деда, они находились внизу и не могли влезть на дерево.

Если в таком случае и другой момент, подчёркнутый сновидцем, искажён превращением в противоположное, тогда вместо неподвижности (волки сидят совершенно неподвижно, глядят на него и не трогаются с места) должно наблюдаться большое движение. Он, следовательно, внезапно проснулся и увидел перед собой сцену, заключающуюся в большом движении, на которую он смотрел с напряжённым вниманием. В одном случае искажение состоит в замене субъекта объектом, активности пассивностью, быть рассматриваемым вместо рассматривать; в другом случае — в превращении в противоположное: спокойствие вместо подвижности.

Дальнейший шаг вперёд в понимании сновидения составила появившаяся внезапно мысль: дерево это — ёлка. Теперь он уже знал, что сновидение появилось перед самым рождением в ожидании сочельника. Так как день рождества был также и днём его рождения, то явилась возможность с точностью установить время сновидения и происшедшего в связи с ним изменения его душевного состояния.

Это было накануне дня его рождения на четвёртом году жизни. Он заснул в напряжённом ожидании того дня, когда должен был получить двойные подарки. Нам известно, что ребёнок при таких условиях легко предвосхищает исполнение своих желаний в сновидении. В сновидении, следовательно, было уже рождество, содержание сновидения показывало ему предназначенные для него подарки, которые висели на дереве. Но вместо подарков оказались волки, и сон закончился тем, что им овладел страх быть съеденным волком (вероятно, отцом), и тогда он прибег к помощи няни. Знание его сексуального развития до сновидения даёт нам возможность восполнить пробел в сновидении и объяснить превращение удовлетворения в страх. Среди образующих сон желаний сильней всего, вероятно, было желание получить сексуальное удовлетворение, которого он тогда добивался от отца. Силе этого желания удалось освежить давно забытые следы воспоминаний о сцене, которая могла ему показать, какой вид имело сексуальное удовлетворение, доставляемое отцом, и в результате появился испуг, отчаяние перед исполнением этого желания, вытеснение этого душевного движения, выразившегося в этом желании, и он обратился в бегство от отца к не представляющей опасности няне.

Значение этого срока — рождества — сохранилось в указанном воспоминании о первом припадке ярости, явившейся следствием неудовлетворённости рождественскими подарками. Воспоминание соединило правильное с неправильным; оно не могло быть верным без всяких изменений, потому что, согласно часто повторяемым показаниям родителей, его «испорченность» обратила на себя внимание уже после их возвращения осенью, а не на рождество; но самое существенное во взаимоотношении между недостаточным любовным удовлетворением, яростью и рождеством сохранилось в воспоминании.

Но какой образ мог вызвать действующую в ночное время сексуальную тоску и оказаться в состоянии так интенсивно отпугнуть от желанного удовлетворения? Судя по материалу анализа, этот образ должен был бы выполнить одно условие: он должен был подходить для того, чтобы обосновать убеждение в существовании кастрации. Страх кастрации становился в таком случае двигателем для превращения аффекта.

Тут я подхожу к месту, где мне приходится перестать придерживаться хода анализа. Боюсь, что это будет в то же время и тем местом, где читатель перестанет мне верить.

В ту ночь из хаоса бессознательных следов воспринятых впечатлений оживилась картина коитуса между родителями при не совсем обыкновенных и для наблюдения особенно благоприятных обстоятельствах. Постепенно удалось для всех вопросов, которые могли быть связаны с этой сценой, получить удовлетворительные ответы, благодаря тому, что этот первый сон в течение лечения возвращался с бесконечными изменениями и в повторных изданиях, которым анализ давал желательное объяснение. Так выяснился сперва возраст ребёнка во время этого наблюдения, а именно — около 1½ года. Он страдал тогда малярией, припадок которой наступал еже-

дневно в один и тот же час. С десятилетнего возраста он был подвержен временами депрессивным настроениям, начинавшимся после обеда и достигавшим наибольшей высоты к пяти часам. Этот симптом сохранился ещё и во время аналитического лечения. Возвращающаяся депрессия заменяла тогдашний припадок лихорадки и слабости; пятый час был временем или наибольшего повышения температуры, или наблюдаемого коитуса, если оба срока вообще не совпадали. Вероятно, именно вследствие этой болезни он находился в комнате родителей. Эта подтверждённая непосредственной традицией болезнь заставляет нас перенести это событие на лето и вместе с тем предположить, что ребёнку, родившемуся на рождество, могло быть  $n+1\frac{1}{2}$  года. Он спал, следовательно, в комнате своих родителей в своей кровати и проснулся, вследствие повышающейся температуры, после обеда, может быть около пяти часов, отмеченных позже депрессией. Это согласуется с предположением о том, что это происходило в жаркий летний день, если допустить, что родители полураздетые прилегли отдохнуть после обеда. Когда он проснулся, он стал свидетелем трижды повторённого коитуса а tergo, мог при этом видеть гениталии матери и пенис отца и понял значение происходящего. Наконец, он помешал общению родителей и позже будет сказано, каким именно образом.

В сущности, ничего необыкновенного нет в этом, и не производит впечатления дикой фантазии тот факт, что молодая, несколько лет тому назад пожившаяся супружеская пара после послеобеденного сна в жаркую летнюю пору предаётся нежному общению и не обращает при этом внимания на присутствие полуторагодовалого спящего в своей кровати ребёнка. Я полагаю, что это скорее нечто банальное, повседневное, и предполагаемое положение при коитусе не может повлиять на наше мнение. В особенности, если из имеющегося материала не следует, что коитус всякий раз производился в положении а tergo. Одного раза было бы достаточно, чтобы дать зрителю возможность сделать наблюдения, которые было бы очень трудно сделать или даже совсем невозможно при другом положении любящих. Содержание самой сцены не может, поэтому, быть доказательством того, что она не заслуживает доверия. Сомнение в вероятности направится на три других пункта: на то, что ребёнок в раннем возрасте,  $1\frac{1}{2}$  года, окажется в состоянии воспринять такой сложный процесс и с такой точностью сохранить его в бессознательном, во-вторых — против того, что последующая, дошедшая до понимания, обработка воспринятого таким образом впечатления возможна в 4 года и, наконец, что может удасться каким бы то ни было способом довести до сознания подробности такой сцены, пережитой и понятой при таких обстоятельствах в общей связи и убедительным образом.

Позже я более тщательно исследую эти и другие сомнения; уверяю читателя, что я не менее, чем он, критически отношусь к допущению такого наблюдения у ребёнка и прошу его вместе со мной решиться пока поверить в реальность этой сцены. Сперва продолжим изучение отношения этой “первичной сцены” (“Urszene”) к сновидению,

к симптомам и к истории жизни пациента. Мы проследим в отдельности, какое действие произвели содержание сцены, по существу, и одно из её зрительных впечатлений, в частности.

Под последним я понимаю положение родителей, которое он видел, вертикальное — мужчины и звереподобное, согнутое — женщины. Мы уже слышали, что в то время, когда он страдал страхами, сестра пугала его картинкой из сказок, на которой волк был изображён в вертикальном положении, с выдвинутой вперёд задней лапой, протянутыми вперёд передними и наострёнными ушами. Во время лечения он не пожалел трудов на поиски в антикварных магазинах, пока не отыскал книжку сказок из своего детства и узнал пугавшую его картинку в иллюстрации к сказке о “Волке и семерых козлятах”. Он полагал, что положение волка могло ему напомнить положение отца во время сконструированной “первичной сцены”. Эта картинка, во всяком случае, стала исходным пунктом дальнейшего развития страха. Когда он на седьмом или восьмом году жизни однажды узнал, что завтра к нему придёт новый учитель, он в ближайшую ночь видел этого учителя во сне в виде льва, который с громким рыканьем приближался к его кровати в положении волка на той картинке, и опять проснулся со страхом. Фобия волка была тогда уже преодолена, у него была поэтому свободная возможность выбрать себе нового зверя, как предмет страха, и в этом позднем сновидении он узнал в учителе заместителя отца. Каждый учитель его в более поздние годы его детства играл ту же роль отца и приобретал влияние отца как в хорошую, так и в дурную сторону.

Судьба дала ему особенный повод освежить свою фобию волка в гимназическое время и лежавшее в основе её отношение сделать исходной точкой тяжёлых задержек. Учитель, преподававший в его классе латынь, назывался Вольф (волк). С самого начала он стал его бояться; однажды учитель его жестоко выбрал из-за глупой ошибки в латинском переводе, и с тех пор он не мог уже освободиться от чувства парализующего страха перед этим учителем, страха, который скоро перенёсся и на других учителей. Но и случай, при котором он ошибся в переводе, не был свободен от внутренних отношений. Он должен был перевести латинское слово “filius” и перевёл его, употребив французское слово “fils” вместо соответствующего слова на родном своём языке. Волк всё ещё оставался отцом.

Первый “переходящий симптом”, который появился у пациента во время лечения, относился ещё к фобии волка и к сказке о семерых козлятах. В комнате, где происходили первые сеансы, находились большие настенные часы против пациента, лежавшего, отвернувшись от меня, на диване. Я обратил внимание на то, что он время от времени поворачивал ко мне лицо, смотрел на меня очень дружелюбно, как будто старался умиловить меня, и затем переводил взор на часы. Я полагаю тогда, что этим он выражает своё сильное желание поскорей закончить сеанс. Долгое время спустя пациент напомнил мне эту игру выражения его лица и жестов и дал мне её объяснение, напомнив, что самый младший из семерых козлят спрятался в ящике настенных часов, между тем как шесть остальных его братьев были

съедены волком. Он хотел тогда сказать: будь добр со мной. Должен ли я тебя бояться? Сожрёшь ли ты меня? Должен ли я спрятаться от тебя в ящике от часов, как самый младший из козлят? Волк, которого он боялся, был, несомненно, его отец, но страх перед волком был связан с условием вертикального положения. На основании своих воспоминаний он с полной определённой утверждает, что изображения волка, идущего на всех четырёх лапах или, как в сказке “Красная Шапочка”, лежащего в кровати, не испугали бы его. Не меньшее значение имело положение, в котором он, согласно нашей конструкции “первичной сцены”, видел женщину; но это значение осталось ограниченным в сексуальной области. Самым замечательным явлением в его любовной жизни по наступлении зрелости были припадки навязчивой чувственной влюблённости, которые наступали и вновь исчезали в загадочной последовательности, развивали в нём колоссальную энергию даже в периоды заторможенности и овладеть которыми было совершенно не в его власти. Полную оценку этой навязчивой любви я должен отложить до другого места вследствие особенно ценной связи её с другими моментами, но здесь могу указать, что она была связана с определённым, скрытым для него условием, узнать о котором удалось только во время лечения. Женщина должна была занять положение, какое в “первичной сцене” мы приписываем матери. Крупные, бросающиеся в глаза задние части он с юных лет воспринимал, как самую привлекательную прелесть женщины; коитус не а tergo почти не доставлял ему наслаждения. Критическое соображение вполне оправдывает возможное здесь возражение, что такое сексуальное предпочтение, оказываемое задним частям тела, составляет общий характер лиц, склонных к неврозу навязчивости, и не оправдывает объяснение, приписываемое особенному впечатлению, имевшему место в детские годы. Оно входит в состав анально-эротического предрасположения и относится к тем архаическим чертам, которыми отличается эта конструкция. Коитус а tergo — того fetteratum можно ведь филогенетически рассматривать, как более старую форму. Мы вернёмся к этому пункту в позднейшей дискуссии, когда приведём материал, касающийся бессознательных условий его любовного чувства.

Будем теперь продолжать рассмотрение отношений между сновидением и “первичной сценой”. Согласно теперешним нашим ожиданиям, сон должен был представить ребёнку, радующемуся исполнению своих желаний к рождеству, картину сексуального удовлетворения отцом в том виде, в каком он это наблюдал в той “первичной сцене”, что стало образцом собственного удовлетворения, которое он желал получить от отца. Но вместо этой картины появляется материал истории, незадолго до того рассказанный дедом: дерево, волки, “бесхвостость” в форме сверхкомпенсации в виде пушистых хвостов означенных волков. Здесь у нас не хватает связи, ассоциативного моста, который ведёт от содержания “первичной сцены” к истории о волке. Эта связь создается опять-таки только этим положением. Бесхвостый волк предлагает другим в рассказе деда взобраться на него. Эта деталь вызвала в воспоминаниях картину “первичной сцены”.

ны”. Таким путём материал “первичной сцены” мог быть заменён материалом из истории о волке и при этом одновременно двое родителей могли быть заменены по желанию несколькими волками. Ближайшее превращение содержания сновидения состояло в том, что история о волке приспособилась к содержанию сказки о семерых козлятах, позаимствовав у неё число семь. Превращение материала: “первичная сцена” — история о волке — сказка о семерых козлятах — является отражением развития хода мыслей во время образования сновидения; тоска по сексуальному удовлетворению отцом — понимание связанного с ним условия кастрации — страх перед отцом. Полагаю, что кошмарный сон четырёхлетнего ребенка только теперь выяснен вполне.

После всего вышесказанного я могу лишь вкратце остановиться на патологическом влиянии “первичной сцены” и на тех изменениях, которые пробуждение этой сцены вызвало в его сексуальном развитии. Проследим только то действие, которое нашло себе выражение в сновидении. Позже выяснится, что не одно только сексуальное течение произошло от этой “первичной сцены”, а целый ряд течений, прямо расщепление сексуальной жизни. Далее мы должны будем принять во внимание, что оживление этой сцены (я нарочно избегаю слова “воспоминание”) имеет то же действие, как если бы это было настоящее переживание. Сцена действует спустя некоторое время, и за это время — в промежутке между полутора и четырьмя годами — она не потеряла своей свежести. Может быть, мы в дальнейшем найдём признаки того, что определённое действие она оказала уже в то время, когда была воспринята, т. е. начиная с полутора лет. Когда пациент погружался в ситуацию “первичной сцены”, то он высказывал следующее самонаблюдение. Раньше он полагал, что наблюдаемое происшествие представляет собой акт насилия, но этому не соответствовало выражение удовольствия, которое он видел на лице матери; он должен был признать, что дело идёт тут об удовлетворении. Существенно новым, что дало ему наблюдение над общением родителей, было убеждение в действительном существовании кастрации, возможность которой уже раньше занимала его мысли (вид обеих девочек, пускавших мочу, угроза няни, объяснение гувернантки, данные ею конфеты, воспоминание о том, что отец палкой разрубил на куски змею). Ибо теперь он видел собственными глазами рану, о которой говорила няня, и понял, что существование её является необходимым условием для общения с отцом. Он не мог уже смешивать её с роро, как при наблюдении над маленькими девочками.

Сновидение закончилось страхом, от которого он успокоился не раньше, чем к нему подошла няня. Он, следовательно, бежал от отца к ней. Страх был отказом от желания сексуального удовлетворения отцом, стремление к которому ему было внушено сном. Формулировка страха: быть съеденным отцом, была только, как мы услышим, регрессивным превращением желания иметь общение с отцом, т. е. быть им так удовлетворённым, как мать. Его последняя сексуальная цель, пассивная установка к отцу, подверглась вытеснению, её место занял страх перед отцом в форме фобии волка.



А каковыдвигающие силы этого вытеснения? Судя по всему положению вещей, такой силой могло быть только нарцисстическое генитальное либидо, которое из опасения за свой мужской орган воспротивилось удовлетворению; необходимым условием казался отказ от этого органа. В угрожаемом нарциссизме он почерпал то мужество, с которым он противился пассивной установке к отцу.

Теперь мы обращаем внимание на то, что в этом пункте изложения мы должны изменить нашу терминологию. Во время сновидения он достиг новой фазы в своей сексуальной организации. До сих пор сексуальные противоположности выражались для него в активном и пассивном. Со времени соблазна его сексуальная цель была пассивной, выражалась в желании, чтобы дотрагивались до его гениталий; затем, благодаря регрессии на прежнюю ступень садистски-анальной организации, превратилась в мазохистскую, в желание быть избитым и наказанным. Ему было безразлично, достигнет ли он этой цели у мужчины или у женщины. Не принимая во внимание различие полов, он перешёл от няни к отцу, требовал от няни, чтобы она касалась его органа, и желал спровоцировать отца на наказание. При этом гениталии во внимание не принимались; в фантазии о том, чтобы его били по пенису, нашла себе выражение связь, скрытая благодаря регрессии. Активирование «первичной сцены» в сновидении снова привело его обратно к генитальной организации. Он открыл вагину и биологическое значение мужского и женского. Он понял теперь, что активное равнозначно мужскому и пассивное — женскому. Его пассивная сексуальная цель должна бы теперь превратиться в женскую, получить выражение: чтобы отец совершил над ним половой акт, вместо: чтобы отец бил по гениталиям или по роро. Эта женская цель подпала теперь вытеснению, и её пришлось заменить страхом перед волком.

Здесь мы должны прервать обсуждение его сексуального развития до тех пор, пока на эту раннюю стадию его истории не прольётся новый свет из более поздних стадий. Для оценки фобии волка мы ещё прибавим, что волками стали и мать, и отец. Мать стала кастрированным волком, который позволил другим взобраться на себя, отец превратился в волка, который взбирался. Но мы слышали, как он уверял, что его страх относился только к стоящему волку, т. е. к отцу. Далее, мы должны обратить внимание на то, что страх, которым закончился сон, имел прообраз в рассказе деда. В этом рассказе кастрированного волка, который позволил другим взобраться на себя, охватывает страх, как только ему напоминают о его «бесхвостости»? Похоже на то, как будто в процессе сновидения он отождествил себя с кастрированной матерью и воспротивился этому во вполне правильном убеждении: если ты хочешь получить удовлетворение от отца, то должен, как мать, согласиться на кастрацию; но этого я не хочу. Итак, явный протест мужественности! Однако уясним себе, что сексуальное развитие случая, подлежащее сейчас нашему изучению, страдает для нашего исследования тем недостатком, что протекает с нарушениями. Сначала на него производит решительное влияние соблазн, а затем его нарушает сцена наблюдения коитуса, которая впоследствии действует, как второй соблазн» [56, с. 196 — 209]\*.

И ещё одна — на этот раз сугубо клиническая — иллюстрация: то, длившееся более полувека, наблюдение, упоминавшееся мной в *Предисловии*, и принадлежащее И.М. Аптеру. Здесь использовалась, правда, техника *гипноанализа*, — однако сам случай, как мне кажется, даже более классический, если мне будет позволено так выразиться, чем самые знаменитые прецеденты психоанализа, — и описан, к тому же, в неловкой академической манере отечественной психотерапии-сексологии — и без каких-либо аналитических инсинуаций, без натяжек и допущений, без оговорок и сексуально-фиксированного символизма. Сам Freud ознакомился бы с ним *voller Neid*: серьёзная и протяжённая — и, главное, имевшая место в действительности (*sic!*) — психосексуальная травма, долгие десятилетия амнезирования, тяжелейшие истерические проявления и ярчайший конфликт между влечением к *penis*'у и запретами, сформированными родительским наказанием. Это безыскусное свидетельство — об этом случае, кстати, Иоганн Маркович с гордостью рассказывал до последних своих дней как об уникальном клиническом наблюдении, наглядной демонстрации своего психотерапевтического — *гипноаналитического* — мастерства, — заставляет поверить в теорию сексуально-травматического происхождения неврозов (истерии) и терапевтическую эффективность катартического отреагирования больше, нежели все труды Freud'a и его эпигонов.

Блок № 1 (вступление: машинопись и оригинал)<sup>103</sup>:  
«История болезни б-й К-ой.

К половым извращениям типа фетишизма можно отнести и те случаи, когда женщина испытывает половое удовлетворение, когда она только касается рукой мужчины, а при *coitus*'е совершенно фригидна, совершая его по настоянию мужчины не только с полным безразличием, но иногда с отвращением.

Об одном таком исключительном культе фаллоса я расскажу более подробно, так как в этом случае нами был выявлен весь нервно-физиологический и психологический механизм его развития в раннем детстве нашей пациентки.

В 1928 году ко мне в психоневрологический диспансер обратилась б-я К. 24 лет с жалобами на частые припадки с сумеречным состоянием сознания, рвоты, тоску, беспричинный страх и тревожное ожидание, кошмарные сновидения.

Эти припадки возникали почти ежедневно с тех пор как её дочери минуло 4 года и при определённых условиях, когда какой-либо молодой мужчина или даже юноша обращал на неё внимание на улице или в магазине. Один такой истерический припадок случился во время её ожидания врача в коридоре диспансера и в таком состоянии её внесли ко мне в кабинет. Выражение лица больной отражало разные аффективные состояния, которые менялись чередуясь — то

<sup>103</sup> Оставленные мне записи состояли из рукописных заметок самого Иоганна Марковича, дублировавшей их машинописи и писем пациентки. Я условно разделил их на блоки.

состояние угрозы, гнева переходило в хохот, затем появлялись жалобные стенания и слёзы, переходившие в рыдания и через некоторое время опять смех и радостная улыбка, причём все эти переходы носили оттенок детских переживаний, а не чувства взрослого человека. Вскоре мне удалось войти в словесный контакт с больной и с этого началось её лечение проведением длительного процесса гипноанализа.

Гипноанализ длился более 2-х лет почти ежедневно или через день. За это время нам удалось восстановить в памяти больной все события её жизни с 3 до 6 лет, которые были полностью амнезированы, а также дальнейшие события её жизни до 16 лет, которые были частично амнезированы. В 16,5 лет больную выдали замуж за 30-летнего сапожника, оказавшегося импотентом и онанистом.

Вот что выяснилось из анамнеза. Больная выросла в рабочей семье, мать и отец работали, а в качестве няньки дома оставался 16-летний брат матери. Изложим основные факты из жизни ребёнка, которые были выяснены в процессе гипноанализа, и затем спустя много лет были записаны самой больной. Отметим, что для воспроизведения в памяти больной амнезированные факты из её жизни с 3 до 6-летнего возраста вовсе не требовалось погружение больной в “глубокий” гипноз, достаточно было лёгкое погружение в дремотное состояние с внушением врача вспомнить всё, что в этом периоде с ней случилось и как она переживала все события её жизни.

Вот что больная написала».

*Блок № 2, дефектный (самоописание больной: машинопись):*

«Прожили 10 лет. С 7 до 16 лет я жила с родными в другом городе. Состояние было такое же, как и до выезда. Только я больше уединялась, когда брала с собой двух моих братьев 3 — 4 лет. Меня очень влекло трогать их половые органы, они делались твёрдыми, за это меня били и запирали в кладовку. Бродяжничала, уходя из дому с тоской, страхом и неясным влечением к чему-то и тревогой. Через десять лет в моём болезненном состоянии ничего не изменилось, а именно: была замкнута, также уходила из дому, ожидала часами у ворот, рассеянная, без способностей к учению всякого рода. К молодым юношам влекло со страхом, мужчин повзрослее ненавидела, я в них видела отца. И вот два чувства ненависти и влечения беспокоили меня в одно время — это влечение к дяде и ненависть к отцу, третье чувство — тоски и тревоги — это к половому органу.

В 16 лет меня привезли в Харьков вместе с сестрой и двумя братьями, так как мать умерла с голода, а отец нас бросил. Я очутилась в семье этого же дяди, который жил с женой и с отцом и матерью жены, моим дедушкой и бабушкой. Помнится знакомая улыбка дяди, много конфет. Большое внимание со стороны дяди не воскресило в сознательной памяти наших встреч и занятий в детстве, всё было забыто, только эти чувства тоски и тревоги не давали мне покоя, почему, отчего я понять не могла. В шестнадцать с половиной лет меня выдали замуж за мужчину, которому было 30 лет. Первое сошествие произошло с ним со страшным истерическим припадком страха и ненависти, с полным отсутствием памяти. Замужество бы-

ло не удачное, любви никакой. Страх, ненависть, тоска, влечение, тревожность и бесконечные слёзы начались сильнее со времени моего замужества. В 1922 году родилась дочь, без всякого полового удовлетворения, которого я избегала, и часто сопровождалось припадком. Когда дочери исполнилось 4 года, я начала видеть в ней себя, я ей не доверяла, всегда следила за ней, мне казалось, что она что-то таит от меня, я вечно её допрашивала, какая-то ненависть, ревность, злоба, ласкать её ужасно боялась, часто просто убивала её, мне казалось, что обязательно нужно её бить, ни в чём не верить ей. Девочка росла хилая и забитая и только в 1929 году, когда ей было 6 лет, т.е. в те годы, когда самое страшное случилось со мною я уже была невменяемая, частые припадки, в любом месте меня изнурили, мужа не могла видеть, чувства влечения, ненависти, страха и тоски не покидали ни на минуту. И вот в один из таких дней в экстазе сильного припадка, который случился на улице, меня внесли в кабинет доктора Аптера и с этого момента началось моё лечение. Благодаря этому было вскрыто, но подсознательно, я рассказывала, писала, но не осознавала, всё крылось там где-то в моей памяти глубоко засевшее, ютилось в подсознании, беспокоило и не оставляло. Временами мне делалось лучше, я реже посещала врача, была просто под наблюдением, припадки реже, но всё же были, поскольку они были связаны с тревожившими меня роковыми чувствами. В 1936 году я оставила мужа, так как он занимался онанизмом, почему он и не женился до 30 лет, а я оказалось, что не особенно претендовала на половую жизнь, он удовлетворялся настоящей половой жизнью очень редко, а больше поворачивал меня к себе задом, возился половыми органами о мой зад и канал — меня это возмущало, больше я его ненавидела, чаще стали припадки, но трогать его половые органы я сознательно не трогала и только сонная во сне я протягивала руку к его половому органу от чего у меня наяву больше беспокоили мои роковые чувства, его же это удовлетворяло вследствие чего, прожив со мною 9 лет, он сделался не способный к половой жизни. Эрекция бывала, но осуществить половой акт он не мог, член быстро опадал. Ссоры, ревность ко мне привела его к психическому заболеванию, и я вынуждена была его оставить. Со временем лечения отношения к дочери улучшились. Главное, что я, будучи взрослой, чувствовала себя ребёнком, в то время, когда я была ребёнком, я чувствовала себя взрослой; но всё же постепенно состояние моё улучшалось, реже припадки, реже слёзы, но влечения, страх, тоска и ненависть меня не покидали ни на минуту; хотя я и писала, и говорила, но покончить не могла. Но вот в 1947 году я, проснувшись, живя уже с другим мужем, за которого вышла замуж в 1938 году и, который был не только привыкший к алкоголю, но ещё и туберкулёзный. Я же, по предложению доктора Аптера, закончила курсы бухгалтеров — работала на соответствующей работе. Часто, будучи пьяным, муж, очевидно, не замечал моего болезненного влечения — это украдкой трогать половые органы. Я не замечала, когда я это проделывала, но, очевидно, такие явления были часты. Потому, что меня влекло ужасно, а потом это меня оставляло, очевидно, удовле-

творившись, через некоторый период оно опять возобновлялось, но всё подсознательно. Так вот, в 1942 году, проснувшись рано утром, я в страхе увидела, что моя рука лежит у спящего мужа на половом органе. Я с криком и ужасом отдернула руку и потеряла сознание, после чего я была очень больна, разбита, как после припадка. После этого случая я поняла к чему меня влечёт, я больше этого не делала, но чувства влечения, страха, ненависти навсегда меня не покинули. Они появлялись реже, но чувствительно. Иногда я посещала доктора, но через время, интервал был 2 — 3 года, потом 5 — 6 лет. Я могла сама расшифровать к чему влечёт, от чего страх, к кому и почему ненависть и почему тоска. Так я жила до апреля 1968 года, т.е. до того времени, когда умер мой второй муж. Внезапная смерть, процесс похорон меня вывели из колеи совершенно. Первое — это воспоминание о покойнике в детстве. Когда дядя уже не стал к нам ходить, за мной следили и за каждый мой порыв к влечению били. Как я не ходила, ни ждала, ни искала мне нигде не удавалось достигнуть того к чему влекло — увидеть и потрогать руками половой орган. Умер брат отца такого же возраста, как дядя. И вот он лежал покойником на столе, горели свечи наступила ночь, помню я подошла к столу, встав на маленькую скамеечку протянула руку к половому органу покойного, пытаюсь его вытащить. Но в этот момент сильный удар отца по моей голове рукой, опрокинул меня на пол, после чего я долго болела, что было потом я не знаю, но помню меня долго учили ходить после болезни. И вот теперь около покойного мужа я сидела две ночи, как только он скончался, я пришла в невменяемость, какая-то занавес спустилась мне на голову. Я не плакала, я просто стояла, все эти чувства явственно овладели мною после похорон. Я всё же думаю, что это было просто болезненные чувства детства, так как уже десять лет мы спали в разных постелях. Последние годы половые акты были очень редки, как-то машинально и только по желанию мужа, я же была безразлична, но огорчить его не хотела, поэтому и допускала его, а о том, чтобы трогать половой орган меня совершенно оставило. Последний год ужасно его ненавидела, а раз пьяный, — значит ссоры, незаслуженные оскорбления, на которые он не был скуп и это доводило меня до желания укоротить жизнь. Но, когда он приходил в трезвом состоянии, меня опять к нему влекло. Такая неведомая сила, с которой бороться трудно. Я делалась безнравственная, не уважающая своего женского достоинства, хотя уже и не могло быть полового акта, я садилась у его постели в ногах, у меня являлось настроение якобы шутить, я преклонялась грудью на одеяло или проводила рукой именно по тому месту, где находился половой орган и мне делалось так приятно в душе, являлось столько счастья и радости, я могла так лежать около него, пока муж бывало не скажет: “Ой, Лена, мне тяжело, иди уже спать”, и я уходила злая на него. Вот и выводы — кого я любила. Или бывало так, купаясь, он звал меня помыть спину и, когда мой взор падал на его половые органы, у меня появлялось желание шутить с ним, то дернуть слегка, на что муж сердился, а я получала большое удовлетворение. Вот почему мне так трудно без него. Главное ещё, что посторонних мужчин

я презираю, нет никакого желания даже разговаривать с ними, я считаю, что мой муж был выше всего другого и так было всю прожитую с ним жизнь. Здесь мною владеет здравый рассудок, в то время как в молодости меня мог увести любой мужчина куда угодно, но когда доходило до близости, я давала пощечину и убегала, озверевшая. Вот потому я и не могла приобрести порядочного мужа, потому что порядочный не поймёт моей странности и будет избегать как это и было, а отбросы жизни как первый муж, так и второй сами уцепились за меня и я вынуждена была жить. Но как же будет теперь? Пойму ли я? (свою любовь). Сумею ли я владеть собой и уяснить себе как мне только тяжело и трудно».

*Блок № 3 (основные факты истории болезни; припадок; фрагмент самоописания больной: машинопись, оригинал):*

«Отметим основные факты из истории болезни.

I. В течение почти 3-х лет с 4 — 6 лет девочка ежедневно подвергалась развращению 16 — 18-летним юношей путём манипуляции со своим penisом по разным частям её тела не только кожи, но и наружной области её гениталии и полости рта.

Все эти манипуляции проводились в виде игры взрослого с ребёнком, причём главной игрушкой служил penis, который девочка с хохотом касалась, манипулировала с ним руками и касалась им разных частей своего тела. Раздражая своим penisом голое тело ребёнка а также слизистую рта наружных половых органов, девочка испытывала тактильные ощущения, одновременно с зрительным восприятием penis'a и кожно-двигательным при гонке и схватывании penis'a руками. Все эти раздражения подкреплялись радостным, эмоциональным возбуждением, а также вкусовыми ощущениями от сладостей, которыми юноша её одаривал при этой “игре”.

Укрепился зрительно-двигательный условный рефлекс из постоянной связи между восприятием “игрушки” (penis'a) и движением к нему руками.

Из психологии известно, что ведущей деятельностью ребёнка в дошкольном возрасте (3 — 7 лет) является игровая деятельность.

“Основное место в игровой деятельности начинает занимать ролевая (или сюжетная) игра, в которой ребёнок принимает на себя и выполняет ту или иную роль, соответствующую каким-либо действиям, выполняемым взрослыми.

Ролевая игра по своему содержанию является воспроизведением того, что ребёнок видит вокруг себя в жизни и деятельности взрослых и в то же время — это своеобразная самостоятельная деятельность ребёнка” (Психология. Учебник для педагогических институтов 1950 г. стр. 522).

В данном случае под влиянием взрослого и вместе с ним девочка играла “в папу и маму”. Недаром юноша всё время твердил, что она делает всё “как взрослая”.

Интересно отметить тут, что в своих воспоминаниях о детских годах, проведённых в “игре” с дядей больная пишет, что она в дошкольные годы чувствовала себя и в поведении вела себя как взрослая, а, будучи взрослой, вела себя как ребёнок.

Эти слова приведены спустя много лет после проведённого лечения гипноанализом.

Имел ли значение в упрочении эмоциональной реакции ребёнка и двигательной реакции — тяге к месту полового органа — эротический компонент трудно сказать. Вряд ли в этой “игре” имело место эротическое влечение, можно думать только о чувстве удовольствия, подобно щекотке при касании её кожи и слизистых половым органом её дяди. Но эти неясные ощущения в более позднем возрасте могли принять более выраженный эротический характер.

После разлуки девочки с дядей и переезде семьи в другой город влечение трогать руками половой орган осталось настолько крепко, что едва её братики достигли 1½ — 2 лет, она брала их на руки и хватала их половые органы, за что потом была бита отцом. Приходили в гости родные и знакомые мужчины, девочка садилась к ним на колени и стремилась касаться их половых органов. Из-за такого поведения ребёнка родители переехали в другой город, но и там эта закреплённая условная реакция ребёнка постоянно проявлялась по отношению к мальчикам, соседям.

Следует отметить, что такое поведение ребёнка нельзя оценить как развращающие действия в связи с ранним развитием полового чувства.

Ребёнок рос в полном неведении о сути половой жизни взрослых, не зная роли в этом половых органов мужчин и женщин и, когда в 16½ лет она вышла замуж, то обнаружила полное неведение во всех этих вопросах и накануне свадьбы она получила некоторые сведения от своей тётки, так как мать её к этому времени уже умерла.

Таким образом, образовалась прочная условная связь между восприятием (зрительным, кожно-мышечным) полового органа мужчины с импульсивным движением касаться и хватать его руками. Постоянным подкреплением этого условного двигательного рефлекса было сильное эмоциональное возбуждение, исходящее от эмоциональных структур подкорки с соматовегетативными реакциями, а также вкусовые подкрепления сладостями, продолжавшиеся в течение двух лет игровой деятельности ребёнка с взрослым мужчиной.

Эта импульсивная условная реакция была настолько прочно закреплена в мозгу ребёнка, что она проявлялась не только по отношению к живому мужчине (ребёнку и взрослому), но и к умершему. Когда труп другого её дяди лежал перед похоронами в гробу на столе, она как-то подкралась к нему и пыталась коснуться полового органа умершего, но была замечена и с побоями её утащили от гроба.

Когда после раскрытия родными развращающего действия юноши с ребёнком девочку лишили общения с ним, у ребёнка развилась тоска, смутное влечение к чему-то отнятому (радости), блуждание по городу, тревожный сон, потеря аппетита, искание встречи с разлучённым дядей, т.е. родилась реактивная депрессия.

Надо думать, что в течение 2-х лет у ребёнка сложился определённый стереотип поведения и чувство возбужденной радости в процессе “игры” с дядей (оба бегали голыми по комнате с хохотом и хватанием ею его полового органа).

Внезапно этот стереотип поведения и глубокого эмоционального возбуждения и удовлетворения был прекращён родными, что послужило развитию у ребёнка тоскливого депрессивного состояния.

В своей статье “Динамическая стереотипия высших отделов головного мозга” (1932 г.) И.П. Павлов пишет: “Мне думается, что достаточно оснований принимать, что описанные физиологические процессы (с применением стереотипа опытов на собаках) в больших полушариях отвечают тому, что мы субъективно в себе обыкновенно называем чувствами в общей форме положительных и отрицательных чувств и в огромном ряде оттенков и вариаций: здесь — чувства трудности и лёгкости, бодрости и усталости, удовлетворённости и огорчения, радости, торжества и отчаяния. Мне кажется, что часто тяжёлые чувства при изменении обычного образа жизни, при прекращении привычных занятий, при потере близких людей, не говоря уже об умственных кризисах и ломке верований, имеют своё физиологическое основание в значительной степени именно в изменении, в нарушении старого динамического стереотипа и в трудности установок нового. При сильной напряжённости и длительности таких случаев может наступить и болезненная меланхолия (20-летний опыт, 6 изд. 1938 г. стр. 626 — 627).

В нашем случае у девочки 6 лет развилась болезненная меланхолия после внезапного срыва длительного динамического стереотипа её игровой деятельности в течение 2 лет и разлуки с любимым дядей, доставлявший ей столько детской радости при игре с его половым органом, приносивший всегда сладости и говорившем ей, что она поступает как взрослая.

После разлуки девочки с дядей и переезда семьи в другой город ещё некоторое время проявлялось её тяготение к половым органам детей и юношей, но после 7 лет двигательная реакция к месту половых органов мужчин была заторможена, но тоска, смутное влечение и вместе с тем страх при виде юношей-мужчин не только не ослабли, но и возросли.

Чем объяснить, что, начиная с 7-летнего возраста, после переезда в другой город, по-видимому, забылась “игра” с половым органом дяди, а осталось только влечение и тоска? Из психологии известно, что детские переживания до 6-летнего возраста обычно забываются. Забвению также способствовал отъезд ребёнка в другой город и разрыв этих связей.

Двигательная реакция к половому органу мужчины с ростом сознания ребёнка была заторможена, но аффективные переживания остались.

Но и в дальнейшем заторможенная двигательная реакция к penis’у проявлялась у больной в фазовом состоянии при засыпании, при неполном бодрствовании.

Иногда эта двигательная реакция не имела импульсивного характера, а проявлялась в виде шуточной игры при купании мужа или при уходе за 4 — 5-летним внуком.

Можно думать, что в этих случаях возбуждение, исходящее из подкорковых структур, на короткое время затормаживало деятельность сознания.

Обратимся теперь к выяснению генеза других патологических симптомов в поведении больной.

Начнём с выяснения генеза и механизма её истерических припадков.

#### *Припадок.*

О физиологическом механизме развития судорожного припадка у истеричных И.П. Павлов пишет: “Есть достаточно физиологических оснований, чтобы у истеричных при остром и резко задерживании коры под влиянием непосильных для неё раздражений, а также при её слабости наступали разные аффективные взрывы и судорожные припадки, то в виде более или менее определённых инстинктивных и рефлекторных деятельностей, то в совершенно хаотической форме, соответственно локализации и передвижения торможения в коре и подкорке, то в ближайшей, то более отдалённой (п.с. соч. И.П. Павлова, т. 3, кн. 2, стр. 205).

Вот что пишет Л. Блуменау о нервном механизме истерического припадка: “Исходной точкой возбуждения при эмоциях и аффектах служит кора полушарий, сочетательный аппарат коры. Отсюда раздражение передаётся по корково-бугровым волокнам зрительным буграм, от них — полосатым телам и уносится дальше внепирамидными путями. Комплекс корковых нейронов или интракортикальный сочетательный механизм, первично возбуждающийся в таких случаях, является в коре очагом возбуждения. Этот очаг в силу индукции, по Павлову, вызывает сначала торможение в окружающей массе коркового вещества (чем объясняется большее или меньшее расстройство логических операций и отуманение сознания при сильном аффекте” (Л.Н. Блуменау “Истерия и её патогенез”, 1926 г., стр. 66 — 67).

По Иванов-Смоленскому истерический судорожный припадок характеризуется: “Растормаживанием с бурным, хаотическим возбуждением сложных подкорковых (инстинктивных) реакций на фоне кортикального торможения находит своё выражение в судорожных приступах, в отличие от эпилептических, всегда в большей или меньшей степени отражающих инстинктивную экспрессию яростной само[неразборчиво] или эротики, обычно связанных с когда-то пережитыми, но инвертализированными или амнезированными острыми “конфликтными ситуациями” (А.Г. Иванов-Смоленский).

Если определение И.П. Павлова относится к чисто физиологическому механизму истерического припадка, а определение Л.Н. Блуменау преимущественно к нервно-анатомической структуре возникновения его, то А.Г. Иванов-Смоленский полнее определяет клинико-физиологическую характеристику припадков.

Интересно также отметить, что если И.П. Павлов подчёркивает значение торможения коры полушарий в развитии истерического припадков, то Л.Н. Блуменау и А.Г. Иванов-Смоленский придают большое значение в клинике его процессу возбуждения, как в коре, так и подкорке на фоне коркового торможения, как вторичного явления — действием индукционного торможения.

Определение сути истерического судорожного припадков, данного А.Г. Ивановым-Смоленским более полно и ярко характеризует кли-

нику отмеченного нами развития судорожного припадков у нашей больной и характеризует её генез анамнестически как с одной стороны инвертализированным; с другой — и амнезированным острыми конфликтными ситуациями.

Проследим развитие судорожных припадков у нашей больной. Первый судорожный припадок с потерей сознания на несколько часов возник у неё в первую брачную ночь при грубом и оскорбительном обращении с ней мужа и сильном страхе и неведении, что с ней произойдёт. Она не ощущала боли при дефлорации.

В дальнейшем судорожные припадки с потерей сознания возникали часто при пристальном взгляде молодых мужчин с особой улыбкой, похожей на улыбку развратившего её дядю в детстве; когда при этом она чувствовала безотчётное влечение к этому мужчине и вместе с тем, и страх.

Кроме больших судорожных припадков с потерей сознания у больной наблюдались “истерики” без потери сознания.

Характерно описание причины такого большого судорожного припадков в её письме лечащему врачу после анализа его возникновения от 28.IX.1964 г.

Спустя много лет после начала лечения больной (28.IX.1964.), когда она могла уже анализировать своё патологическое поведение и сознательно отнести эти моменты к проявлениям её отношения к развратившему её дяде, она записала: “8 августа (1964 г.) наступил сильнейший судорожный истерический припадок, подобного не было около пяти лет. Чем он был вызван? Очевидно, это был последний и решающий. Ввиду того, что все такого рода припадки вызывались впечатлением к половому органу мужчины и торможением моего сознания.

В данный момент с наступлением возраста моего внука, в котором я видела “дядьку”, в моём подсознании было влечение к внуку как к дядьке, т.е. влечение к его половому органу взглядом.

Я этого сознательно не замечала, но это влечение сопровождалось ревностью, злобой, ненавистью, недоверчивостью. И вот, когда я увидела своего внука, ушедшего с его знакомой девушкой, я настолько была раздражена — все эти чувства нахлынули на меня сразу, я изорвала на себе всю одежду и билась о пол головой, била ногами так, что несколько человек не могли меня удержать. После всего этого я несколько дней была больна, очень слаба и бессильна. Только потом, лежа в постели, я поняла почему это случилось, после этого я опять почувствовала себя спокойной и уравновешенной, к внуку стала безразличной, и всё улеглось.”

Судорожные припадки с потерей сознания в процессе лечения наблюдались всё реже и описанный выше большой судорожный припадок был последним. Малые же “истерики” без потери сознания наблюдались часто до последнего времени.

В одной из своих записей последнего времени больная пишет, что по её мнению “припадок вызывался борьбой двух чувств — непонятным влечением (возбуждением) и страхом, в припадке как бы изливалась моя злость”.

В переводе на физиологический язык возникновение большого истерического судорожного припадка связано со столкновением (“сшибкой” по И.П. Павлову) двух нервных процессов — доминантного возбуждения, в основном “исходящего” из эмоциональных структур гипоталамуса и торможением (страх — это торможение по И.П. Павлову) коры полушарий головного мозга.

Другой важный симптом болезни — это страх — безотчётный страх, часто в сочетании с тревогой и тоской. Интересно отметить, что страх выступал не сам по себе в поведении больной, а почти всегда вместе с чувством влечения к мужчине юного возраста. Влечение как бы порождало страх.

Такое сочетание чувств можно проследить из анамнеза больной в процессе гипноанализа с 5 — 6-летнего возраста в зачаточной форме.

Страх у девочки возникал тогда, когда её “дядя” угрожал уходить и больше не возвращаться к ней, чтобы продолжать совместную “игру”; но тогда он появлялся спорадически, мимолётно и подавлялся продолжением этой игры.

Страх усилился в поведении девочки, когда родители застали обоих и отец стал её избивать. Тогда вместе со страхом появилась ненависть к отцу, а впоследствии ко всем взрослым мужчинам, которые, по её мнению, как-то особенно на неё смотрели.

Страх достиг апогея, когда родители настаивали, чтобы девочка призналась в чём состояла её “игра” с юношей, её повели на Кузинский мост и угрожали скинуть с моста вниз. Страх поддерживался в дальнейшем частыми побоями отца, когда она возилась с половыми органами 2 — 3-летних братьев или стремилась потрогать половой орган взрослых мужчин.

Страх вместе с болью проявлялись во время её лечения в больнице — последствия повреждений кожи и слизистой на наружных её гениталиях.

Когда после раскрытия родителями её тайной игры её дядя перестал ходить в их дом — появлялись тоска, тревога, ожидание его прихода.

После 6 — 7-летнего возраста в связи с переездом семьи в другой город развилась настоящая меланхолия с тоской, тревогой ожидания, страхом и неясным волнением. С этого возраста память о тайной “игре” с дядей не сохранилась в сознании ребёнка, но в её поведении отразились последствия этой “игры”, закрепившиеся в мозгу ребёнка ощущения и восприятия связей между обликом юноши, зрительно-кожно-мышечным ощущением от захватывания полового органа юного мужчины, подкреплённым в своё время положительной эмоцией радости и удовлетворения, а теперь, с утратой этих положительных эмоций, заменённых другими отрицательными, в связи с переменой внешней обстановки, разлукой с “дядей” и жизнью в другом городе.

В физиологическом плане — в мозгу ребёнка доминировали тогда раздражения, идущие с гипоталамической области и других эмоциональных структур ближайшей подкорки с их влиянием на кору головного мозга и её поведении в связи с влиянием сознательного окружения ребёнка в новой обстановке».

*Блок № 4, дефектный (физиологический анализ патологии: оригинал):*

«Попытаемся провести анализ развития данной патологии поведения в разных аспектах.

В физиологическом аспекте мы можем усмотреть в импульсивном стремлении больной к ощущению penis'a преимущественно руками, в меньшей степени трением как прочно выработанный с раннего детства условный рефлекс, постоянно подкрепляемый положительными эмоциями: телесными ощущениями от кожного анализатора и вкусового подкрепления сладостями.

В раннем детском возрасте при ещё слабо развитой деятельности коры полушарий головного мозга и слабости сознания и преобладающем значении для ребёнка эмоциональной деятельности, исходящей от лимбической системы и гипоталамуса высоко насыщается эмоциями удовольствия игровая деятельность ребёнка, связанная с ощущениями, исходящими от зрительного и тактильно-мышечного восприятия возбуждённого penis'a юноши, надо думать ещё больше подавляли деятельность коры полушарий головного мозга ребёнка (и следует при этом полагать, что в коре полушарий головного мозга ребёнка развивалось фазовое состояние) — и отсутствовало сознание недозволенности такого поведения. Об этом говорит и то обстоятельство, что ребёнок продельывает движение к овладению penis'ом у взрослых родственников, не стесняясь присутствия родителей и несмотря на их побои. Ребёнок почти не понимал за что его бьют.

Можем допустить, что вся эта деятельность у ребёнка протекала если не полностью бессознательно, то при крайне суженном сознании.

Что касается физиологического состояния корковых центров у взрослой больной, то можем с уверенностью сказать, что двигательная реакция больной по отношению к penis'у мужа всегда происходила в бессознательном состоянии, в торможении деятельности коры полушарий головного мозга».

*Блок № 5 (психологический анализ патологии: машинопись, оригинал):*

«Из психологии известно, что память о переживаниях раннего детского возраста до 5 — 6 лет обычно утрачивается».

В данном случае утратились воспоминания о деталях развращающей “игры” ребёнка с половым органом её дяди.

Забвению, возможно, содействовало и то, что ребёнка вывезли в 6 лет в другой город из-за её позорного в глазах родителей поведения — постоянного навязчивого тяготения касаться половых органов мужчин.

Но, если забылось содержание “игры” с дядей и импульсивные движения её рук к месту половых органов мужчины, если забылось эффекторное звено прочно закреплённого в мозгу ребёнка условного двигательного рефлекса, то отрицательная эмоциональная реакция ребёнка, возникшая при отрыве её от “игры” с её дядей, от внезапного прекращения столь сильной эмоции радости при этой “игре”; развившееся затем депрессивное состояние: грусть, тоска, тревожное ожидание — это всё осталось в душе ребёнка.

Исчезла у ребёнка связь её депрессивного состояния с фактом её разлуки с любимым дядей, отрыва от столь сладостной для неё “игры” — сладостной не только в психологическом аспекте, но и физически сладостном — от вознаграждения её со стороны партнёра конфетами и другими сладостями во время этой “игры”.

Надо полагать, что болезненная меланхолия, овладевшая ребёнком, являлась результатом резкого срыва, доминировавшего в течение нескольких лет, установ[ив]ше[го]ся стереотипа её поведения в связи с ежедневной “игрой” с её дядей. Вот что И.П. Павлов говорит по этому поводу: “Мне кажется, что часто тяжёлые чувства при изменении обычного образа жизни, при прекращении привычных занятий, при потере близких людей, не говоря уже об умственных кризисах и ломке верований, имеют своё физиологическое основание в значительной степени именно в изменении, в нарушении старого динамического стереотипа и в трудности установки нового при сильной напряжённости и длительности таких случаев может наступить и болезненная меланхолия” (20-летний опыт, 6 изд. 1938 г. стр. 627).

В нашем случае разлука девочки с дядей, внезапное прекращение любимой “игры” с ним, сопровождавшейся вкусными сладостями и привели к развитию у девочки болезненной меланхолии с тоской, грустью и тревожным ожиданием со страхом».

*Блок № 6 (динамика терапевтического процесса: оригинал):*

*«Динамика терапевтического процесса.»*

В процессе двухлетнего гипноанализа были выяснены почти все события жизни больной и её переживания, начиная с 3-летнего возраста до её выхода замуж в 16 лет. При проведении гипноанализа больная высказывала эти события и переживаниями словами, сопровождавшимися разными эмоциональными и вегетативными реакциями — слезами, рыданиями, стоном, гневом, злостью, ненавистью, хохотом, улыбкой удовольствия или гримасой отвращения, рвотой, бурными двигательными реакциями, страхом, одышкой, сердцебиением и другим.

Эти мимико-эмоциональные, вегетативные реакции были выражением её переживаний в связи с конкретной социальной обстановкой в семье, отношениями к ней её родителей, реагировавших на её антисоциальное поведение. Но главным содержанием её переживаний были её отношения с любимым дядей и игрой с его половым членом до 6 лет, а потом её переживания и поведение после разлуки с дядей и переезда в другой город, а затем её первая брачная жизнь с нелюбимым мужем.

Так, например, вдруг возникшая рвота и плач с удущем у больной после периода высказываний и реакциями удовольствия от “игры” с половым органом её дяди выявили момент, когда дядя манипулировал своим penis’ом в полости рта девочки и эякуляция семени стала причиной этих реакций у девочки. Через короткое время эти отрицательные эмоциональные реакции у больной сменялись улыбкой удовольствия, причмокиванием языком и саливацией — это был момент, когда для успокоения девочки её дядя угощал её сладостями».

*Блок № 7 (анкета причин; вопросы [и] ответы: оригинал, машинопись):*

*«Вопросы»*

1. Когда в 15 — 16 лет они жили в доме своего дяди (Миша, который её совратил) вспоминала ли она о своём детстве 4 — 6 лет с проделками его к ней? Понимала ли она за что бил её отец?

2. Когда окончательно появилась сознательная связь между влечением к penis’у и её поведением? (В 1947 г. когда она обнаружила свою руку на penis’е мужа; или только после смерти мужа.)

3. При coitus’е с первым мужем был ли когда-либо оргазм? А со вторым мужем? Был ли настоящий оргазм или [неразборчиво] удовлетворение от прикосновения penis’a?

4. При баловстве в детстве были ли всегда приятны прикосновения к penis’у дяди или были какие-то ощущения в области её половых органов?

5. Когда появлялся истерический припадок, при каких переживаниях? Когда в первый раз случился истерический припадок? В чём выражался внешне припадок (судороги, смех, плач, какие-то ощущения в теле?)

6. Как кончался истерический припадок, какие ощущения? память о нём?

7. Как сложилась жизнь после 3-х замужеств, половая жизнь, оставалась ли что-либо из прежних симптомов (взгляды мужчин, тяга к половому органу, любовь к сладкому, истерические припадки — когда они окончились)?

8. Отношение к дочери и внукам, что изменилось в её отношении к ним?

9. В период от 7 — 16 лет какие были проявления болезни (отношение к мальчикам, попытки касаться их половых органов, бродяжничество, тоска, неясные влечения к чему-то, взгляды мужчин)? Когда она почувствовала половое влечение к мужчине?

10. По какому поводу она попала в психиатрическую больницу, в клинику Вольфовского [неразборчиво]?

11. Какое поведение было с 6 — 16 лет, после выезда в Днепропетровск — было ли влечение к половому органу?

12. Когда кончились истерические припадки?

13. Когда впервые возникли нормальные половые ощущения во время полового акта — оргазм?

*Ответы на прилагаемые вопросы:*

1. Когда в 16 лет я вернулась в Харьков и стала жить в семье дяди, то никаких воспоминаний не было о случившемся в детстве. Отношение к дяде самое обыкновенное, как и к каждому мужчине: непонятное влечение со страхом и тревогой, тоска, рассеянность.

2. Обо всём я вспоминала последовательно при помощи гипноанализа Иоганна Марковича, начиная с осени 1928-го года. В моём понятии отец бил меня за бродяжничество по улицам, преследуя на расстоянии мальчишек-подростков, а при их приближении ко мне я убегала, скрывшись в уединении, Я искала и ждала со страхом и тревогой, сама не зная чего.

3. Моё поведение было часто детское и тянуло, как потом стало известно, дотронуться к половому органу, как к игрушке, которая доставляла мне удовольствие и вместе с которой давались мне сладости. Когда приходили два брата матери, старших дяди, конечно, приносили сладости как ребёнку, то я со смехом и радостью взбиралась к ним на колени и тянулась к месту полового органа, за что меня били по рукам и отправляли в кладовую. Был случай: во время смерти брата отца такого же возраста, ночью я подставила скамеечку к гробу покойного и протянула руку с желанием потрогать половой орган. За что получила удар по голове, и на следующий день, после похорон, меня нашли плачущей на его могиле.

4. Никакого полового удовлетворения в детстве я не помню, при баловстве с дядей мне было весело и радостно. Он играл со мной голым, изображая лошадь, потом гонялись друг за другом, нагоняя хлопал половым органом по моему телу, сажая меня к себе на живот, подбрасывая, я с хохотом держалась руками за половой орган. По утрам он брал меня к себе в постель, когда возился своим половым органом у меня, мокрота меня приводила в плач, появлялись сладости, и сейчас же давал мне в руки половой орган. Иногда он давал мне в рот, это тоже мне не нравилось, так как от слизи я давилась до рвот. На основании чего у меня при лечении появлялся рвот. Кроме всего, он внёс грязь в мои половые органы. Родители обнаружили сухую корку на моих половых органах. Допрашивая с кем я играла, меня били отчаянно, запирали на ночь в кладовую. Меня вывели на Кузинский мост, угрожая сбросить вниз под паровоз, но я упорно молчала. В один из таких дней дядя пытался кончить в рот мне, от чего я кричала, что и послужило открытием нашей тайны. Дядю арестовали. Поместили записку о насилии, но вскоре выпустили с опровержением насилия, а меня положили в больницу, где от страха я ночами кричала. После в скорости меня вывезли в Днепропетровск. Все процедуры нашего занятия с дядей длилось два года. Он жил у нас, и мать с отцом работали. Об этом подтвердил, обо всём, сам дядя, которого вызывал Иоганн Маркович по окончании гипноанализа, длившегося несколько лет.

5. Первый обморок с потерей сознания случился в брачную ночь, почувствовав прикосновение полового органа мужа, с криком и страхом. Я провалилась в тёмную яму, обморок длился долго, привела в чувство скорая. Мне было шестнадцать с половиной лет, мужчин я не знаю, мужу тридцать три. Выдали замуж родственники после смерти матери в 1921 году в Харькове.

6. Чувств к половой жизни с мужем никаких. Но понятное влечение со страхом и тревогой, ожидание, но не дяди, взгляды мужчин казались мне манящими на что-то запретное. Меня и тянуло к ним, и вместе с тем я убегала. Состояние ухудшалось с появлением судорожных припадков, после чего я была слаба, бессильна, но спокойна на 1 — 2 недели. Припадок вызывался, мне кажется, непонятным влечением и страхом и всей борьбой этих двух чувств делали меня якобы изливая злость.

7. Когда моей дочери исполнилось четыре года, ко всему прибавилось подозрение к ней, ревность как к ней, так и к мужу, я начинала ненавидеть их обоих, бить дочь и драться с мужем как с виновниками, не зная в чём. Следила за дочерью, подозревая в какой-то тайне от меня. При содействии Иоганна Марковича дочь от меня изолировали и гипноанализ участвовался. Всякое новое воспоминание под гипноанализом сопровождалось судорожным припадком даже в кабинете Иоганна Марковича. Иногда применялось внушение о покое, но не на долго. Все высказывания под гипноанализом, запись снов, где исключительно снились голые мужчины, расшифровка их, ничто не давало моему сознанию понять, что влечёт со страхом к желанию потрогать половой орган мужчины. Сонная я это делала из слов мужа, но стоит проснуться, я не замечала как отдёргивала руку. Одна я никогда не засыпала, только с мужем. Очевидно, подсознательно меня такое удовлетворяло, что не допускало меня осознать. Так длилось до сорока двухлетнего возраста, сладость меня всегда успокаивала и влекло к ней.

8. После почти девятнадцатилетнего наблюдения с промежутком пяти лет войны с мучительным состоянием всего того же, только вот к дочери изменилось отношение. Я её не била, улеглась ненависть, ревность, как к ней так и к мужу, изредка начали появляться материнские чувства, но страх отгонял их всегда. К половой жизни с мужем было желание, но редко, без удовлетворений, благодаря страху. Когда внуки достигли возраста дяди, т.е. 16 лет, при встрече с ними я всегда волновалась и всегда тянуло быть в их обществе, потом такое состояние проходило.

9. От 7 — 16 лет я находилась в Днепропетровске, состояние было такое же как и до выезда, только я больше уединялась; когда брала братьев 2-х и 3-х лет, меня очень влекло потрогать за их половые органы, так как они, при касании до них, делались твёрдыми, за что меня били и сажали в кладовую; бродяжничала, тоска, неясное влечение к чему-то и главное страх и тревога.

10. В психбольницу я попала под диагнозом психической депрессии по направлению Иоганна Марковича. Лечение было снотерапией и уколами глюкозы.

12/13. Истерические припадки покидали меня постепенно всё реже и реже, а также нормальные половые ощущения при совокуплении с мужем стали появляться после 42 лет. Когда я, проснувшись, сознательно заметила свою руку на половом органе мужа, с криком и страхом я отдёргнула руку, провалившись в яму, потеряв сознание на мгновение, к большому удивлению мужа. Я лежала два дня бессильная, слабая, не имея даже голоса; с понятием — вот к чему меня тянуло, влекло, ждала со страхом и тревогой, поняла, что такая привычка была у меня болезненная. Постепенно, очень медленно все мои болезненные явления начали меня покидать окончательно в особенности после смерти второго мужа. Через три года я отдохнула и ничто меня не преследовало. Я вынуждена была поменять место жительства села на город, зарегистрировавшись с 75-летним стариком, который оказался вполне способен к половой жизни. Мне же



65 лет. Я якобы обрадовалась, впервые без всяких помех получала всё то, что положено природой. Первые два месяца ежедневно, а потому постепенно остывали оба, а теперь старость даёт о себе знать. Быстрая утомляемость, боль во всём теле, задвижка, полное отсутствие памяти, с большой рассеянностью, но со всеми домашними работами я справлялась сама. А самое главное у меня большая впечатлительность, слова обиды могут тревожить очень продолжительно, а какая-либо неприятность вообще долго не даёт мне покоя.

16.2.1975 г.».

*Блок № 8 (письма-самоописания пациентки):*

*Письмо без даты («после больницы у Вольфовского»: оригинал):*

«Профессору Аптер И.М.

Дорогой Иоган Маркович! Может это и последние мои записи Вам, а также посещение Вас я очень прошу сказать об этом моей дочери, но мне кажется злоупотребление в этом не было, я не надоедала Вам, я приходила к Вам только в самых тяжёлых моих состояниях, где Вы помогали мне натолкнуться на тревожащую меня мысль, я писала расшифровывала и мне становилось легче. Так я и жила все годы. Самое страшное осталось позади все ужасы пережиты и отреагированы. Последние мои жалобы были после ссоры с мужем. Это обида и тяжесть в душе, полное безразличие и не желание ни что делать, даже разговаривать и ежедневный плач. Иной раз случившая тяжесть наталкивала на самосуд. После беседы с Вами третьего марта на Сумской 4 я люминал уничтожила, которым хотела отравить себя. Вы прописали сантодрин и индокаин, и резерпин. Я уехала у дочери приняла 14 хвойных ванн и прописанные Вами лекарства. Раздражительность будто меньше стала но случившая обида в душе и тревожный сон, памяти никакой, розсеянность ужасная, пролежу всю ночь с открытыми глазами, тяжесть затылка качало меня во все стороны. 3-го апреля я и попросила Вас положить в стационар. К мужу полная антипатия, совершенно чужой человек и находится с ним мне было ещё тяжелее. Когда я сказала Вам о разводе Вы отклонили, да и мне этого не хочется, а потом как всегда раньше такое состояние заканчивалось разрядкой т.е. истерическим припадком. Так и теперь нужно было этого ожидать.

Поступив в стационар сразу я повеселела но не спала т.е. сплю но всё слышу не было дня что бы несколько раз не менялось настроение то слёзы то смех. Очень внимательная Ирина Алексеевна, осмотрев меня ужаснулась разшатанной моей нервной системой, но мило успокоила, что они подлечат, я была уверена в этом, назначили бром с валерьянкой, через неделю назначили снотерапию, я уснула но не скоро а иногда и совсем не усну. Лёжа с насильно закрытыми глазами. Меня начало тревожить всё прошлое и потянуло писать я даже обрадовалась, что смогу вылить свою тяжесть на бумагу. И почемуто почти целую тетрадь написала. Ирина Алексеевна оставила у себя. Александр Илич производил своим присутствием страх на меня, я его избегала в особенности взгляда его. Два дня после написанного я очень была расстроена, а потом мне стало легче, спокой-

нее на душе, больше спать. Мне начали колоть глюкозу и бром в вену и только последнюю неделю я начала вспоминать о доме, у меня начало появляться желание увидеть мужа, вроде без обиды я начала надеяться на улучшение.

Что меня очень всегда беспокоило за последующий год, так это слабость, быстрое утомление пока сварю обед несколько раз ложусь отдыхать. Но зато ни каких влечений детских не стало совершенно и не стало половых чувств в этой части покончено навсегда а вот истощённую нервную систему мне обещала укрепить Ирина Алексеевна. Третьего апреля я поступила, а двадцать четвёртого меня вызвал Александр Илич. Разговор его со мною меня просто убил. Во первых улучшение пошло после того как я написала. Это всего прошла неделя т.е. 18 — 24.IV. Александр Илич почитав мою запись вероятно, и сделал свои выводы: «Вы совсем не больна, сказал, он, идите работать не сидите дома, если мы такими будем загружать койки то настоящих больных негде будет класть: — С мужем не жить сейчас же разойтятся и разговаривать я с ним не желаю. Напрасно Аптер с Вами или терял время, или церемонился» точно не помню но смысл таков, и говорить ещё пятнадцать лет назад нужно было оставить мужа. Я ответила: «Этого нельзя было сделать так как влечение было настолько сильно, что меня могли мужчины уводить за собой, а он отвечает, «ну и чтож? Вы бы подрабатывали на этом», я с ужасом сказала, «так к чему бы меня это привело», а он отвечает спокойно, «ничего, такие тоже живут» и это говорит профессор, просто наглец, как же ему доверяют жизнь человеческую. Я видела его небрежность к В/методу лечения меня. И я бы сказала не то зависть, не то какая затаённая злоба к Вам. В особенности моё влечение он считает просто выдумкой. На другой день приезжает муж. С ним разговаривает «профессор» вызывают меня. Он опять повторяет, что я здоровая и занимаю только место. Муж говорит если я здорова то пусть меня выписывают. Я вижу что меня выталкивают в спину и курс лечения не кончен потому, что после снотерапии помоему нужно хотябы 2 — 3 дня дать поспать больному без барбамила и потом назначено 10 энекций глюкозы с бромом, а сделала всего 7. И прямо с сонной палаты на выписку всё кажется както странно. Но я и за это поблагодарила записью в книгу, но только благодарност, а с каким состоянием ухожу я не написала, боясь как бы мне не попасть опять к ним. Потом одной сестрой было сказано: «что там Аптер, он лечит не людей, а собак? И главное когда я собирала вещи свои в палате ко мне подбегает Ирина Алексеевна взволновано шепчет: «Вы ж нас не подведите, пожалуйста:» Я удивилась, в чём говорю? Она отвечает Аптер пришёл, я опять говорю, ну и что же? А она опять пошпешно просит: «Вы ж скажите что уходите с хорошим состоянием, а тут и Вы подошли. Иоган Маркович. Я выписалась с полным недоумением, но не жалею. Обстановка так под конец мне казалась ужасной, крики, всё на ключе, я к такому не привыкла. Окружающая атмосфера ужасная. Мне не подходит его лечение в заключении. При чём при муже "профессор" сказал: «к Аптеру больше не ходите и не пейте ни каких лекарств его, а если Вам будет хуже, то приходите ко

мне. Мужу он также на едине сказал, что лучше нам разойтись. Нет! с этим я не согласна, это не мешает, хотя он вертел пальцем у виска называя нас глупыми. А я и не собираюсь занимать у него ума. Уже буду доживать какая есть. Иоган Маркович, ему нужно ещё поучиться у Вас как обращаться с больными, не напрасно у него много таких, которые возвращаются несколько раз нужно дать качество, а не количество.

За свою болезнь я много видела врачей но равному ему нет. Я очень прошу в последний раз как продолжать принимать центендин и аидоксин, и если нужно то и аминоксин. Всё это у меня ест только аминоксин 0,1.

Домой пришла с переутомлённым состоянием.

25.IV к вечеру т 38. и так до 29-го спокойна не раздражительна, но совсем без сна лёжа всю ночь с открытыми глазами. Но на душе тяжести и вот к вечеру 1-го был разговор с мужем, я обезумела сразу с диким криком кричала на него, я металась как раненый зверь я рвала всё на себе и так почти всю ночь приступами и обезсилевшая падала на кровать. Я немного успокоилась приняла андаксина две штуки и успокоилась совсем только всхлипывала. Муж вначале обиделся, а потом я успокоилась подошла к нему утром второго попросила прощения. На душе чисто, светло несмотря что всю ночь была в припадке безумия и истерики я не чувствовала усталости. Приготовила завтрак обед. К мужу самые хорошие тёплые чувства которых наверное не испытывала не меньше как 6 — 7 лет. И мне кажется что это реакция умерших во мне двойственных чувств полового влечения.

В/б-ная Е. П-ко».

*Письмо от 28.09.64. (оригинал):*

«28 сентября 1964 г.

Профессору Аптер Иоганну Марковичу.

8-го августа наступил сильнейший судорожный истерический припадок подобного небыло около пяти лет. Чем вызван? Очевидно это был последний и решающий. Ввиду того что все такого рода припадки вызывались влечением и торможением моего сознания. В данный момент с наступлением возраста моего внука в котором я видела “дядьку” в моём подсознании было влечение к внуку как к дядьки (т.е. влечение к пол. орг. взглядом). Я этого сама не замечала. Но проявлялось ревностью, злобой, ненавистью, недоверчивостью и вот когда я и увидела его ушедшего с девушкой я на столько была раздражена все чувства хлынули сразу, я изорвала всю одежду на себя и билась о пол и головой и ногами несколько человек не смогли меня удержать после чего я несколько дней была в слабом в без-сильном состоянии и только лёжа в постели я поняла почему это случилось и я опять почувствовала себя и спокойной и уравновешенной к внуку безразлична все уляглось. Сейчас я принимаю водолечение и светолечение.

б-ная Е. П-ко».

*Письмо от 23.09.68 г. (машинопись):*

«23 сентября 1968 год

Писать, писать и ещё раз писать. Смерть наступила не по запросу и не по указу, а как положено, следовательно, нужно смириться, но как? 25 апреля сего года скончался мой муж на 71-ом году жизни от третьего инфаркта. Я прожила с ним 30 лет. Блестящей жизни как с мужем, как с другом у меня не было вследствие его запоев, а отсюда и ссоры. Но жить с ним я должна была по известным причинам, которые выражались у меня благодаря моей болезни с самого раннего детства и которая выражалась любовью и влечению к половому органу мужчины. Всё проявлялось скрытно и бессознательно с 5 лет. Семнадцати лет я вышла замуж, состояние обострилось резко выразились истерические припадки. Двадцати четырёх лет я пошла к доктору Аптеру в психоневрологический диспансер с частыми припадками, с влечением и ненавистью к мужчинам, большею частью юношеского возраста. Это была осень 1928 г. Под длительным гипнозом через день в течении двух лет было установлено, вернее восстановлено в памяти моей, что начиная с 3 — 4 летнего возраста я подвергалась половым извращениям моим 16 летним дядей — братом моей матери, тайно и скрытно под угрозой, что он меня убьёт, если я скажу кому-нибудь. Причём всё сопровождалось лакомством, улыбкой и словами, что я всё выполняю как взрослая и что если я не буду выполнять он уйдёт. Наши занятия настолько увлекли и настолько были приятны, что я без них не могла жить. Выражались они в следующем: он жил у нас, не работал нигде, работали мать и отец. Он оставался за няньку. По утрам он приглашал меня к себе в постель, давая мне конфеты. Он приучил меня к обнажённому половому органу, которым он хлопал меня по телу, касался к моим половым органам, заставлял целовать, брать в рот, брать руками, от чего я хохотала. Он гонялся за мной голый, а также и я была голая. Нагоняя меня, он подхватывал меня на руку, сажал к себе на живот, изображал лошадь, а я наездница и если у него сходилась плоть и она пачкала мне руки или мои половые органы. Я плакала и он успокаивал меня, давая конфеты, угрожая уйти. Так продолжалось примерно до 6 летнего моего возраста почти ежедневно. Никто из родных ничего не замечал. Вдруг была обнаружена родными, засохшая корочка на моих половых органах. Отец ужасно бил меня просто беспощадно, допрашивая меня с какими мальчиками я игралась, я упорно молчала. Всё это делалось без дяди, а дядя уже ушёл от нас жить в другое место, приходил реже. Я же без него жить не могла, уходила из дому, встречая его, часами просиживая у ворот, ожидая его. И вот в один день, никого не было дома я, увидев пришедшего дядю с полными карманами всевозможных сладостей и безцеремонно когда мы оставали[сь] одни я лезла руками в место полового органа, вытаскивала его, но почему-то я всегда его помню в полной эрекции, прижималась, целовала и брала в рот. Так получилось и в этот раз. Он произвёл движения когда находился половой орган у меня во рту, очевидно достал до горла, я почувствовала слизь и задыхаясь, испугавшись, закричала. Как раз в этот момент вошли в комнату родители. Отец бил и его и меня, но я

упорно молчала. Дядю арестовали. Но после моего медицинского обследования не обнаружив насилия его выпустили, а меня положили в больницу и лечили мои половые органы, снимая эту корку. О всём остальном так никто и не узнал, но я и после ухода дяди безцеремонно лазила к мужчинам в прореху, уходила из дому, меня били до без сознания. Кончилось тем, что меня вывезли в другой город, где мы прожили 10 лет. С 7 лет до 16-ти я жила с родными в другом городе. Состояние моё было такое же как и до выезда. Только я больше удивлялась, когда брала с собой двух моих братьев 3 — 4 лет. Меня очень влекло трогать их половые органы, они делались твёрдыми, за что меня били и запирали в кладовку. Бродяжничала, уходила из дому с тоской, страхом и неясным влечением к чему-то и тревогой. Через десять лет в моём болезненном состоянии ничего не изменилось, а именно: была замкнута, также уходила из дому, также ожидала часами у ворот, рассеяная, без способностей к учению всякого рода. К молодым юношам влекло со страхом, повзрослее ненавидела, в них я видела отца. И вот два чувства ненависти и влечения беспокоили меня в одно время — это влечение к дяде и ненависть к отцу, третье чувство — тоски и тревоги — это к половому органу.

В шестнадцать лет меня привезли опять в Харьков вместе с сестрой и двумя братьями, так как мать умерла с голода, а отец нас бросил. Я очутилась в семье этого же дяди, который жил с женой и с отцом и матерью жены, моими дедушкой и бабушкой. Помнится знакомая улыбка дяди, много конфет. Большое внимание со стороны дяди не воскресили в сознательной памяти наших встреч и занятий в детстве всё было забыто, только эти чувства тоски и тревоги не давали мне покоя, почему, отчего я понять не могла. В шестнадцать с половиной лет меня выдали замуж, которому было 30 лет. Первое совокупление произошло с ним со страшным истерическим припадком страха и ненависти с полным отсутствием памяти. Замужество было не удачное, любви никакой. Страх, ненависть, тоска, влечение, тревожность и безконечные слёзы начались сильнее со времени моего замужества. В 1922 году родилась дочь, без всякого полового удовлетворения, которого я избегала и часто сопровождалось припадком. Когда дочери исполнилось 4 года, я начала видеть в ней себя, я ей не доверяла, всегда следила за ней, мне казалось, что она что-то таит от меня, я вечно её допрашивала, какая-то ненависть, ревность, злоба, ласкать ужасно боялась её, часто просто убивала её, мне казалось, что обязательно нужно её бить, ни в чём не верить ей. Девочка росла хилая и забитая и только в 1929 году, когда ей было 6 лет, т.е. в те годы, когда самое страшное случилось со мною я уже была невменяемая, частые припадки, в любом месте меня изнуляли, мужа не могла видеть, чувства влечения, ненависти, страха и тоски не покидали ни на минуту. И вот в один из таких дней в экстазе сильного припадка, который случился на улице меня внесли в кабинет доктора Аптера и с этого момента началось моё лечение. Благодаря ему всё было вскрыто, но подсознательно, я рассказывала, писала, но не осознавала, всё крылось там где-то в моей памяти глубоко засевавшая, ютилось

в подсознании беспокоило и не оставляло. Временами мне делалось лучше, я реже посещала врача, была просто под наблюдением, припадки реже, но всё же были поскольку они были связаны с тревожившими меня роковыми чувствами. В 1936 г. я оставила мужа, так как он занимался онанизмом почему он и не женился до 30 лет, а я оказалось, что не особенно претендовала на половую жизнь, он удовлетворялся настоящей половой жизнью очень редко, а больше поворачивал меня к себе задом возился половыми органами о мой зад и конал — меня это возмущало, больше я его ненавидела, чаще стали припадки, но трогать его половые органы я сознательно не трогала и только сонная во сне я протягивала руку к его половому органу от чего у меня наяву больше беспокоили мои роковые чувства, его же это удовлетворяло в следствии чего прожив со мною 9 лет он сделался не способный к половой жизни. Эрекция бывала, но осуществить половой акт он не мог, член быстро опадал. Ссоры, ревность ко мне привела его к психическому заболеванию и я вынуждена была его оставить. Со временем лечения отношения к дочери улучшились. Главное, что я будучи взрослой чувствовала себя ребёнком, в то время когда я была ребёнком, я чувствовала себя взрослой; но всё же постепенно состояние моё улучшилось, реже припадки, реже слёзы, но влечения, страх, тоска и ненависть меня не покидали ни на минуту; хотя я и писала и говорила, но покончить не могла. Но вот в 1947 г. я проснувшись, живя уже с другим мужем, за которого вышла замуж в 1938 г. и который был не только привыкший к алкоголю, но ещё и туберкулёзный. Я же по, предложению доктора Аптера, закончила курсы бухгалтеров — работала на соответствующей работе. Часто, будучи пьяным, муж, очевидно не замечал моего болезненного влечения — это украдкой трогать половые органы. Я и не замечала, когда я это проделывала, но очевидно такие явления были часты. Потому, что меня влекло ужасно, а потом это меня оставляло, очевидно удовлетворившись, через некоторый период оно опять возобновлялось, но всё подсознательно. Так вот проснувшись рано утром, я в страхе увидела, что моя рука лежит у спящего мужа на половом органе. Я с криком и ужасом отёрнула руку и потеряла сознание, после чего я была очень больна, разбита, как после припадка. После этого случая я поняла к чему меня влечёт, я больше этого не делала, но чувства влечения, страха, ненависти на всегда меня не покинули, они появлялись реже, но чувствительно. Иногда я посещала доктора, но через время, интервал был 2 — 3 года, потом 5 — 6. Я могла сама расшифровать к чему влечёт, от чего страх, к кому и почему ненависть и почему тоска. Так я жила до апреля 1968 г. т.е. до того времени, когда умер мой второй муж. Внезапная смерть, процесс похорон меня вывели из колеи совершенно. Первое — это воспоминание о покойнике — в детстве. Когда дядя уже не стал к нам ходить, за мной следили и за каждый мой порыв к влечению били. Как я не ходила, ни ждала, ни искала мне нигде не удавалось достигнуть того к чему влекло — увидеть и потрогать руками пол. орган.

Умер брат отца такого же возраста, как дядя. И вот он лежал покойным на столе, горели свечи, наступила ночь, помню я подошла к столу, встав на маленькую скамеечку протянула руку к половому органу покойного, пытаясь его вытащить но в этот момент сильный удар отца по моей голове рукой, опрокинул меня на пол, после чего я долго болела, что было потом я не знаю, но помню меня долго учили ходить после болезни. И вот теперь около покойного мужа я сидела две ночи как только он скончался я пришла в невменяемость, какая-то занавес опустилась мне на голову. Я не плакала, я просто стонала, все эти чувства явственно овладели мною после похорон. Я всё же думаю что это были просто болезненные чувства детства, так как уже десять лет мы спали в разных постелях. Последние годы половые акты были очень редко, как-то машинально и только по желанию мужа, я же была безразлична, но огорчить его не хотела, потому и допускала его, а о том чтобы трогать половой орган меня совершенно оставило. Конечно, 30 лет сблизило нас я привыкла, поэтому мне тяжело в связи с болезненностью, я переживаю в двое больше, весь этот процесс похорон... <...> ...половом органе? Да! Любовь у меня была к нему ни как к человеку близкому, дорогому, нет такого не было. Последний год я ужасно его ненавидела, а раз пьяный значит ссоры, оскорбления не заслуженные на которые он не был скуп и это доводило меня до желания укоротить жизнь. Но когда он приходил в трезвое состояние — меня опять к нему влекло. Такая неизвестная сила, с которой бороться трудно. Я делалась безнравственная, не уважающая своего женского достоинства, хотя уже и немогло быть полового акта я садилась у его постели в ногах у меня являлось настроение якобы шутить я преклонялась грудью на одеяло или проводила рукой именно по тому месту, где находился половой орган и мне делалось так приятно в душе являлось столько счастья и радости я могла так лежать около него и пока муж бывало не скажет, Ой, Лена, мне тяжело, иди уже спать и я уходила злая на него. Вот и выводы — кого я любила. Или бывало так, купаясь он звал меня помыть спину и когда мой взор падал на его половые органы у меня появлялось желание шутить с ним с его членом, то толкнуть, то дёрнуть слегка на что муж сердился, а я получала большое удовлетворение. Вот почему мне так трудно без него. Главное ещё, что посторонних мужчин я презираю, нет никакого желания даже разговаривать с ними я считаю что мой муж был выше всего другого и так было всю прожитую с ним жизнь. Здесь мною владеет здравый рассудок, в то время как в молодости меня мог увести любой мужчина куда угодно, но когда доходило до близости я давала посщёчину и убегала, озверевшая. Вот потому я и немогла приобрести себе порядочного мужа, потому что порядочный не поймёт моей странности и будет избегать как это и было, а отбросы жизни как первый муж, так и второй сами уцепились за меня и я вынуждена была жить. Но как же будет теперь? Пойму ли я? (свою любовь). Сумею ли я владеть собой и уяснить себе как мне только тяжело и трудно».

*Письмо от 9.12.69 (оригинал, машинопись):*

«Профессору Аптеру Иогану Марковичу.

9 декабря 1969 года.

Дорогой Иоган Маркович!

Только с Вами я могу поделиться, только Вам я могу излить свою душу и только Вы меня поймёте, а это даёт мне покой. В далёком прошлом Вы вернули мне жизнь, которая висела на волоске. Много и очень много Вами воскресилось в моей памяти, начиная с раннего детства, много-много было понято и отреагировано безвозвратно. Во мне были восстановлены материнские чувства, играющие главную роль в моей жизни, что послужило основной разгадкой того тайного, неизвестного, далеко скрытого в моей душе, чувства близкого, дорогого и незабываемого. Полтора года нет моего мужа, с которым я прожила тридцать один год. Анализируя прожитую мною всю жизнь: детство, первое замужество, второе замужество — можно сказать: детство не забывается, во мне тёплые чувства, которые были рано вскрыты, хранятся до сих пор. Я понимаю, что? является объектом таких чувств у меня, но ведь, живя с мужьями, такие чувства были тоже, любовью их нельзя назвать, скорее можно назвать удовлетворением похоти, и ничего хорошего в памяти у меня не осталось. А вот то, что возбуждало меня в детстве у меня осталось и, вероятно, останется. Нередко я прихожу к могиле мужа, вначале слёзы, но потом задумчивость и уходить не хочется, я могла бы сидеть в каком-то забвении часами, если бы не сознание того или той причины, которая меня тянет к могиле мужа. Эта ясность даёт мне понять и с горечью в душе, возвращаясь, о многом я вспомню и передумаю о всём пережитом за всю мою жизнь. Вот так и коротаю я своё одиночество с 1964 года. Сон неплохой, аппетит также, обслуживаю себя сама, со всеми домашними заботами справляюсь также сама, только вот тоска и тревога со страхом меня не покидают, иногда со слезами проходят два-три дня, затем наступает покой. Но всё жду и какая-то надежда на что-то ожидаемое, хорошее, близкое, родное, даже непонятное живёт во мне и никогда не покидает, а чтобы меня меньше это беспокоило я должна загрузить себя работой, потом чтение газеты, книги и телевизор. Иногда бывает и бессонница, но редко.

Вот сейчас наступил покой, очень тянет встретиться, как всегда каждая встреча вносит мне ясность, что служит не на короткое время для меня полным покоем.

В/больная Е. П-ко».

*Письмо от 23.01.70 г. (оригинал, машинопись):*

«Профессору Аптеру Иогану Марковичу.

23 января 1970 года.

Несколько дней я в слезах от мучительно тоскливого влечения. Пойти на могилу мужа невозможно, всё занесено снегом, а посещение могилы внесло бы моему сознанию до некоторой степени ясность, затем покой. Всю ночь я пролежала с открытыми глазами, с приятной скованностью, охватывающей мою душу и тело какой-то

томной ожидающей негой. В мыслях как в тумане проплывали образы всех тех лиц, с которыми я была близка, временами они возбуждали во мне неизмеримое желание ощутить около себя половой орган. С утра слёзы не истерические и не безумные. Моё сознание говорило, что эти дерзания не новость и нужно бороться, и я только об одном молю судьбу скорее бы это кончилось. Очень тревожусь, как бы на этой почве не лишиться рассудка, но разве это не безумие в таком возрасте. Я вспоминаю о днях смерти мужа, казалось бы это большое горе, но я его не ощущала так, как ощущала жажду находиться около покойного, я ловила себя на устремлённом взгляде на место полового органа покойного мужа. Какой ужас, я искалечена на всю жизнь, сознание мне не помогает, даже несмотря на возраст. Как не хочется приносить страдания моим детям, лишив себя наглядно жизни. Если бы наглотаться чего-нибудь и уснуть навсегда и, как видно по всему, это неизбежно. Тринадцатого января я встретила случайно человека, с которым я была близка пред вторым замужеством примерно за год, остаться с ним я не могла, узнав, что жена его оставила из-за запоев. Испытав мучительное влечение к нему, тогда ещё непонятное мне, долго не выдержала и вышла замуж за второго моего мужа. И, прожив 31 год, я других мужчин не знала, я была к нему прикована без рассудка, не замечая его отрицательных сторон. В последние годы половая близость уже не была главным этапом жизни, мы спали в разных комнатах. Но бывало я простаивала у постели мужа или сидела у него на краю кровати, даже если он был пьян, оскорблял меня, я забывала все обиды, удовлетворённая я уходила в свою комнату, спокойно засыпала, мне не нужно было ощущать его [половой орган], я просто духовно успокаивалась его близостью. Всё это время, 1 год 10 месяцев, когда мужа уже нет, мне удавалось себя отвлекать, побывав у могилы мужа. И вот зимой такой возможности нет, я остро начала ощущать опять это влечение. Встретив этого человека мимолётно, он меня даже не заметил, я прошла мимо, дрожа от радости и какого-то горячего прилива во всём теле, я остановилась, я не могла двинуться с места и, наверное бы, пошла за ним, но я потеряла его с виду, и с тех пор я в сильном возбуждённом виде, желание с ним встретиться временами проходит, но не надолго, иногда даже собираюсь его разыскивать через адресный стол, но физически невозможно в снежное морозное время. Появляются возбуждения к близости как в молодости. Очевидно, у меня сильна зрительная память плюс болезненное явление, потому что лица, с которыми я не была близка или не видела [полового органа], меня не тревожат; есть у меня семейные приятели, знакомые, соседи мужчины, но я ко всем равнодушна. Прожив с мужем столько лет, я несколько раз встречала его случайно, он пытался завести разговор, но я спокойно отклонялась и уходила, а теперь совсем иное влечение к нему, невозможно.

Б-ая Е. П-ко».

*Письмо от 23.02.70 г. (продолжение: оригинал, машинопись):*

«23 февраля 1970 г.

После того, как через адресный стол я разыскала адрес встретившегося случайно, бывшего близким со мною человека, остановить я себя не могла никакими размышлениями. Под видом того, что мне необходимо восстановить стаж для пенсии, переходя с пенсии инвалидности на пенсию по старости, так как ранее мы работали вместе на одном производстве, я пошла к нему по адресу местожительства. Открыла мне его жена, от которой я узнала, что только полчаса назад она привезла его с больницы после операции рака желудка. Войдя в комнату и поздоровавшись с ним, даже за руку, ко всему я отнеслась очень спокойно и уравновешенно, договорившись, в следующий раз снять копию с трудовой книжки, я ушла. Переступив только за порог его квартиры, я почувствовала лёгкость души и даже радостный покой. И до сегодняшнего дня ни единого раза я о нём не вспоминала, но сон беспокойный и неглубокий, очень раздражительна и впечатлительна. Какое-либо неприятное слово мучает меня навязчиво или мысли дневных впечатлений настолько навязчивы, что выводят меня к безобразным словам, раздражительности и к слезам. Часто бывает на душе тоскливое ожидание, мучительная тревога, влечения к [половому органу] я не чувствую, сознательно я понимаю свою болезненность, имею силу воли отклонить себя от таких мыслей, а такие мысли являются и часто. Душевно я страдаю мучительно и сейчас как то я особенно реагирую на всё, всякие обиды, прошлых лет, воскресают ясно — точно будто это случилось вчера или сегодня.

Е. П-ко».

*Письмо от 16.02.75 г. (фрагмент: машинопись):*

«...в особенности после смерти второго мужа. Через три года я отдохнула и ничто меня не преследовало. Я вынуждена была поменять место жительства села на город, зарегистрировавшись с 75-летним стариком, который оказался вполне способным к половой жизни. Мне же 65 лет. Я якобы обрадовалась, впервые без всяких помех получала всё то, что положено природой. Первые два месяца ежесуточно, а потом постепенно остывали обое, а теперь старость даёт себе знать. Быстрая утомляемость, боль во всём теле, задвижка, полное отсутствие памяти, с большей рассеянностью, но со всеми домашними работами я справлялась сама. А самое главное у меня большая впечатлительность, слова обиды могут тревожить очень продолжительно, а какая-либо неприятность вообще долго не даёт мне покоя. 16.2.1975 г.»

*Письмо от 2.12.75 г. (оригинал, машинопись):*

«Профессору Иогану Марковичу Аптеру.

1928 — 1975 гг.

С ужасом вспоминаю течение болезни и её лечение. Теперь всё это мне кажется страшным сном. Всё ясно мне помнится, начиная с четырёх летнего моего возраста и кончая сегодняшним семидесятилетним: Я была лишена детства, юности, материнства чистой сво-

бодной любви, удовлетворения, а главное [были] желания укоротить жизнь. Много было затрачено времени, труда, терпения, силы воли, чтобы гипноанализом воскресить, затем отреагировать, что послужило моему выздоровлению. Сорок пять лет я наблюдалась и хочется выразить искреннюю неоценимую благодарность Вам, дорогой Иоган Маркович, и Вашей науке. В настоящее время у меня совершенно иное состояние, по мнению врачей поликлиники оно относится к возрастному, я же думаю не мудрено вылиться в осложнение такое длительное напряжение нервной системы, одни только припадки как меня обессиливали, окрепнуть не допустила наступившая старость. После похорон мужа прошло семь лет. Четыре года я в третьем браке, следовательно, в шестьдесят пять лет я вынуждена была переменить место жительства села на город, поближе к дочери, что и послужило тому, что я вновь вступила в половую близость, так как муж, несмотря на свой семидесятипятилетний возраст, был вполне способен. Первые два месяца ежедневно, а иногда двукратной близости, меня окрылили. Во мне явилась молодость полная счастья, при полном удовлетворении, до обморочного состояния, без всяких помех воспоминания прошлого. Я отдавалась чувствам, всё во мне было живое, энергичное. Потом постепенно я начала остывать и реже допускать к себе мужа, что иногда порождало ссоры. Последний год стали редкие совокупления. Но эти редкие близости бывают с удовлетворением обеих сторон. В течение последнего полугодия я стала чувствовать быструю утомляемость, рассеянность, впечатлительность ужасная, слова обиды могут вызвать чуть ли не обморочное состояние; болезнь дочери, предстоящая операция её фибромиомы, её воздушная отрыжка, которая за три года не поддаётся никакому лечению, тревога за неё повседневно меня преследуют и лишают сна, вызывают вялость, боль и шум в затылке, боль во всём теле. Артериальное давление часто меняется в связи с нервным напряжением, а если перенапряжение или переутомление, то приходится лечь в постель от слабости и боли во всём теле с применением седуксена или белоспона. Наступивший сон укрепляет на две-три недели, а потом снова.

В б-ная Е. П-ко  
2.XII.75 г.».

*Письмо от 10.02.76 г. (оригинал, машинопись):*

«10 февраля 1976 г.

Дорогой Иоган Маркович!

Как много хочется сказать в знак благодарности за Вашу внимательность ко мне и за Ваш благородный труд, приложенный в моём лечении, столько лет. Сейчас мне семьдесят один год, а я ведь попала к Вам на лечение в двадцать три года. Сам процесс лечения вначале ухушил моё состояние, зато воскресил причину моего заболевания, которая произошла в возрасте до шести лет между мною и шестнадцатилетним дядей (братом моей матери), потом всё было забыто и покрыто мраком страшной виноватой тайной. Невозможно даже представить себе в каком ужасном состоянии Вы приняли ме-

ня на лечение, без никаких надежд на жизнь, имея при этом мужа и пятилетнюю дочь. Моё состояние выражалось в следующем: истерические, судорожные припадки, вызываемые страхом и влечением, в одно время, не зная к чему, определённым взглядом мужчин, ревность и ненависть к женщинам, недоверие к дочери, избивая и обвиняя её в чём-то неизвестном, полное отсутствие чувств к половой жизни, неимея совершенно чувств матери, желание самоубийства с попытками. Вот с чем и пришла я к Вам сорок семь лет тому назад. После длительного лечения гипноанализом было установлено, что влекло меня, подсознательно к половому органу мужчины, потрогать и поиграть с ним, что происходило два года между мною и моим дядей под страхом и в полной тайне. Всё это укрепилось в моей детской голове на десятки лет. Только в сорок два года, я поняла корень зла моей болезни. С течением времени, в результате моего лечения болезненные явления постепенно начали меня покидать, временами начали появляться чувства к половой жизни, а затем и материнские, но несмотря на такое улучшение моего состояния подсознательно я находилась больше в детском состоянии, чем во взрослом, тогда как в детстве я больше чувствовала себя взрослой, чем ребёнком. Так длилось до шестидесяти лет. После [этого появились] чувства материнства, полное удовлетворение половых чувств укрепилось. Я стала матерью и полноценной женщиной. Несмотря на мой возраст. Так протекала моя жизнь, сопровождающаяся Вашим наблюдением и лечебной помощью. Сейчас моё теперешнее состояние несколько иначе. К сожалению, я имею полиартрит, атеросклероз, кардиосклероз, гипертонию и диабет сахарный пока в лёгкой форме. Самочувствие меняется при малейшем переутомлении не только физическом, но даже, если я продолжительное время побуду на воздухе: наступает усталость, полное отсутствие сил, боль в мышцах и во всём теле, в голове шум, звон в ушах, ощущение в затылке пульсации сердца, а если какое-либо переживание или расстройство, я с мучительной, физической и душевной болью нахожусь в постели, бесконечно меняя положение рук, ног, и туловища, так как боль не даёт возможности лежать спокойно. Постепенно успокаиваясь, принимая седуксен, белоспон и микстурку с травкой, вхожу в норму. Очень впечатлительна и восприимчива, какое-либо слово ли мелодия назойливо лишает меня даже сна.

С большой благодарностью В/бывшая больная Е. П-ко».

*Письмо от 24.12.78 г. (оригинал):*

«24 декабря 1978 г.

Дорогой Иоган Маркович!

Пользуясь случаем хочется поделиться с Вами. Шестого сентября на 83-м году жизни умер мой муж с которым я прожила семь с половиной лет. Жила я с ним не плохо, казалась бы всему моему прошлому конец, даже мало этого в свои семидесятые годы, я была удовлетворена больше чем за всю прошлую жизнь во всех отношениях:

Перенёс он два этапа операцию Оденомы, начал поправляться, и под конец двухсторонне во[с]полнение лёгких и склероз мозгов. Пер-

в[о]го сентября привезла домой очень слабым к вечеру т° 40° спал до 6-го и не просыпаясь скончался:

Длилось всё это около года. Вначале несколько месяцев недержалась моча, частые позывы, а потом совсем закрылась и двадцать третьего апреля произвели первый этап операции Оденемы. Я же в свою очередь приобрела гипертонию последней стадии, которая часто проявляется гипертонической кризой, сердечная недостаточность, атеросклероз и кардиосклероз, ишемия во всех уголках сердца, диабет сахарный, полиартрит. Частые электрокардиограммы с последующим лечением меня поддерживали и во многом помогал мне муж, а вот когда после первого этапа операции, я забрала его домой, а это было десятого мая, я почувствовала, что силы меня покидают, ведь нужен был уход в б-це, санитарок не хватало в редких случаях меня могла подменить доч. Находясь дома он не редко делал всё под себя, трубка часто выпадала с бутылки для стёка мочи, всё нужно было убирать, перевязки, промывка трубки тоже возлагались на меня, к тому упав я выбила руку из левого плеча, убинтованная с невыносимой болью, я вынуждена была всё делать сама. Бессонные ночи от боли и от страха что выпадет трубка, я вскакивала по несколько раз на ночь, приготовить еду, покормить его, обмыть, застирать, всё это для меня было не под силу с одной рукой. И вот десятого августа был произведён второй этап операции. Двадцать дней он находился в б-це слабел с каждым днём, слабела и я с утра до вечера я находилась около него, по тем же самым причинам. Измученной и слабой, я провожала его в последний путь, выполняя все обязанности похорон. Лежавши в гробу он казался мне близким и дорогим, я была какая то не вмняемая люди мне мешали. Мне хотелось быть с ним одной слёз не было, душевная боль, боль в сердце высокое давление меня обессиливало совсем...

После похорон все мои болезни начали давать о себе знать. Некоторое время, был постельный режим эл. кардиограммы, энэкции А.Т.Ф. папаварин с дебазолом делала на дому. Пила пустырник (травку) элениум, седуксен и рауазан.

Постепенно я укрепились но глубокого сна не было просыпалась от сильного толчка сердцебиения с чувствительностью шума и звона в голове. Но вот последний м-ц я стала часто плакать, чувство ожидания с большим влечением к сладостям и именно к лиденцам. Часто беспокоит образ больного мужа и страдания свои, когда я ухаживая за ним падая на пол с высоким давлением, головокружением и тошнотой. Думаю что не ошибаюсь; в связи со своим состоянием здоров'я с большим перенапряжением всей нервной системы, переутомления плюс покойник и вызвали симптомы моего прошлого заболевания, при сравнения всего, моё внимание останавливается на случае с покойником в детстве, после чего меня вывезли в другой город. Как ясно мне всё то представляется и я чувствую облегчение и расставание с ожиданием всё по тому же поводу.

Условие моей настоящей жизни не плохое живу одна, сахар сейчас в норме, давление 160/90 но оно часто меняется. Слабости нет, ритм серд[ц]а налаживается а вот большая чувствительность и впе-

чатливость не покидает. Частые слёзы тоже очень расстраивают. Всё время только и разговариваю о болезни мужа и моих страданиях. Но не теряю надежды со временем и это оставить. С домашними роботами справляюсь сама, силы восстанавливаются, прибегаю к записям иногда но потом переживая уничтожаю их на столько они кажутся мне не лепыми за то делается легче.

Доч по поводу фибромиомы оперировалась в 1976 г. в 12-й б-це на Х.Т.З. На Тринклера попасть не удалось. Операция прошла успешно и без последствий. Воздушная отрыжка длится шесть лет, сейчас немного уменьшилась принимает "аминолон" по назначению невропатолога. В этом м-це она пошла уже на пенсию но пока будет работать. В семье у неё всё благополучно.

Дорогой Иоган Маркович! В этом году исполнилось пятьдесят лет моего наблюдения у Вас. Можно смело назвать Вас спутником моей жизни благодаря чему я существую. Мне уже 73 года.

С уважением и благодарностью

б. В/б-ная Е. П-ко».

*Письмо от 29.12.78 г. (оригинал):*

«29 декабря 1978 г.

Дорогой Иоган Маркович!

Вчера 28 декабря я получила Ваше поздравление. Очень и очень Вам благодарна за такой скорый Ваш отзыв. Через некоторое время моё состояние ухудшилось появился страх. Ночь спала не плохо, но встала утром 29-го совершенно разбитая, вялая, недаю отчёта своим действиям, всё валится из рук разбила две вещи. Сосредоточится не могу далёкое прошлое стало близким и мучительным. Я решила приступить к записям: Мне очень хотелось поставить в комнате ёлку. Доч помогла осуществить. Наряжала я её 27-го декабря в каком-то экстазе радости и ликования сама не узнавая себя. А сегодня в мыслях не эта елка, та, далёкая детская. Когда приходил дядя и приносил так много мне конфект и сладких пряников а значить ясно мне, что я опять пошатнулась своим состоянием, например неделю назад я видела сон: Женщина, которую я знаю, вдруг с большим мужским пол.-органом настаивает на полов. близость. Я украдкой посматривала на неё и удивлялась, как же может быть такое, мне очень хотелось потрогать для убеждения, но без всякого чувства и стремления, проснувшись в холодном поту с неприятным мучительным чувством моего душевного состояния но вскоре забылась сном тревожным и поверхностным. Чувство двойственное — с этим мужем ежегодно мы ставили ёлку но без всяких осложнений и тревог. Сейчас от окна не отхожу всё жду, знаю что умер он. Но я ждала и тогда, когда дядя не стал ходить к нам, когда уйдут люди и я смогу подойти к гробу к покойному дяди в детстве за что я получила удар по голове, я ждала, что дядя придёт провозжать когда мы выезжали и он пришёл в вагон. Я ждала засыпая на могиле покойного дяди в детстве, я ждала дядю, но он уже не приходил к нам. Сейчас я всё чего-то хочу успокаиваюсь сладким. Не смотря, что живя все семь лет с этим мужем при чём имея диабет, я не думала совершенно о сладком. Он всегда

находился со мною, я любила обвить его шею руками и прижиматься к его груди, он всегда нежно гладил меня... от чего я засыпала, не думая что может явиться у него потребность на половую близость, против чего я была всегда настроенна, но когда ночью я просыпалась от возбуждения, я приходила к нему в постель якобы я замёрзла он никогда мне не отказывал, и мы получали полное обоюдное удовлетворения — старик был полон сил и энергии. После чего я уходя в свою постель опять продолжала свой сон, крепкий и здоровый. Главное трогать руками меня не влекло, я была счастлива и очень хорошо прошли эти годы. Думаю и надеюсь, что явление пройдёт только нужно поработать над собой. Со стороны сердечно-го заболевания приняты все меры воздействия так как по отношению других заболеваний, а вот общее состояние плохое этот месяц очень и очень часто тоскливо и обидчево плачу, просто рыдаю, так было после похорон предшественника этому мужу. Лечащий врач терапевт мне сказал, что нужно обязательно показаться психиатру и подлечиться, так у вас со стороны всего организма благополучно.

Вечер 29 декабря.

За день несколько приступов ни то истерики не то психостения если можно так выразится. Ломая руки я заливалас рыдая. Чем себя успокоить? Писать и только писать. Тяжело на душе. Образ умершего этого мужа! <...> ...6-го IX в 5 ч. вечера скончался я одна находилась около него. Состояние моё было странное не то радость меня охватила возможно и так, ведь я уже падала без сил. Но меня всё время тянуло к нему он казался мне красив и приятен ни какого страха. Как я уже писала два месяца я очень болела сердцем на третий начала появляться тоска и ожидание, на четвёртый всё хуже и хуже, ходила бродить по улицам, всматриваясь в лица прохожих, пытаяс когото узнать уединяясь задумывалась и вдруг мысль Я — убийца. Это я его убила тогда когда он упал с кровати и я тормошила его стараясь его поднять, если бы я так не поступала он бы ещё может и поправился бы. Ни кому я ни о чём этом не говорю только Кати моей дочери, она успокаивает говорит у него уже был паралич и что моей вины нет, а меня это мучает даже преследует я не нахожу покоя.

Бродишь, встречать это понятно кого, дядю, с покойником тоже ясно. Ведь с этим мужем было только хорошо спокойно он меня очень жалел и берёт помогал мне во всём так что жалеть есть о чём. Но ведь смерть без причины не бывает, я может только ускорила его смерть боюсь — что я убица это меня очень мучает. Я очень впечатлительна всякое событие очень ранит мою душу и восприимчивая к запахам. Например дым я услышу сразу даже при закрытых окнах я слышу, сразу ощущаю не приятное во рту раньше никогда такого не наблюдалось, теперь всякие спесья, которые я так любила, сейчас не переношу такие как лавровый лист, чеснок всякие коренья запах приправ, не могу ничего есть, случилось такое во время болезни мужа, ведь запах Мочи и вообще всего остального до сих пор не проходит.

Утро 30 декабря.

С помощью Элениума спала хорошо даже не ворочаясь, как это бывает без конца. Встала спокойная, но перечитав опять слёзы и всевозможные воспоминания но не детства, а время болезни и смерть моего мужа, боясь слова убийцы тоже несколько двойственно с прошлым; боясь чтобы не высказать, что мы делали с дядей при допросах, я упорно молчала — как молчу сейчас.

б. В/б-ная Е. П-ко

Приписка.

Дорогой Иоган Маркович!

Чтобы не уничтожать написанное я лучше отошлю Вам. Если можно сообщите письменно, когда можно будет посетить Вас. Я же буду работать над собой — это писать и ещё раз писать главное снять с себя вину убийцы. Очень благодарю за внимание ко мне.

Желательно днём.

б. В/б-ная Е. П-ко».

*Оставшееся нераспечатанным письмо от 3 — 4.01.79 г. (оригинал):*

«3 января 1979 г.

После того, как опустила конверт в ящик, мне показалось, что всё страшное и тяжесть моей души пошло с конвертом, я как то облегчённо вздохнула. И действительно мне стало легче. В течении этих дней покой, уравновешенность и не плохой глубокий сон ни что окружающее не кажется двойственным. Ёлка стоит и не манит к сладостям, нет чувства ожидания с тревогой. А ведь очень запало в душу, когда в детстве я лежала в б-це после процедур, я не отходила от окна ожидая дядю. Я всё время думала ну почему не идёт он ко мне? Всего случившего я не понимала на все допросы, и в полиции, и в больнице и дома я упорно молчала, получая пощечины от отца, но чувство вины и угроза дяди, что не придёт заставляли молчать и ждать. Возможно и сейчас чувство вины так ярко меня тревожит даже душевно болезнено. Кроме того, что меня мучает чувство убийцы в том что он сполз с кровати ещё и второй случай:

Он не соглашался на второй этап операции, врачи предупредили у него застой в нижней части лёгких и хроническое восполнение лёгких так что надежды мало на хороший исход, а так он ещё поживёт! Но я вынуждена была настаивать, я не могла больше делать перевязки промывая трубку, не спать совершенно из за того что не услежу когда выскочит трубка и вся моча будет на полу. <...> И теперь я испытываю чувство вины в его смерти. Если бы я была по сильнее и здоровее, я бы конечно поступила иначе бы, сейчас меня тревожит это. Как понять? Как забыть? Его выражение лица измученное и как бы просящее моей помощи. Мне жаль от души было его. Жалок выглядел и он и несчастен. Его печальные глаза якобы обижены всё время следили за мной. Вот это мне не даёт покоя. Смогу ли я избавиться, но главное я не могу ни кому сказать об этом. Молчание, тайна, вина моя это очень похоже на двойственное чувство теперь и в детстве возможно если бы не случилось такого в детстве то и сейчас бы я реагировала совсем иначе.

Нужно сказать, что этот муж был очень хорошим для меня после дяди, эти два лица и запахи так глубоко мне в душу. Как первый так



и второй муж были у меня, когда я так тяжело болела, следовательно у меня ничего хорошего не осталось в памяти после их, а вот последний этот был со мной я уже всё ощущала сознательно и чувствительно он меня берёт очень и старался делать для меня всё хорошее и приятное без искажения и мне ни чего не мешало ощущать в таком позднем возрасте. Ему 81 мне 72 года. Мы жили мирно счастливо. И вдруг такая тяжёлая и печальная разлука. Ведь меня ни кто не поймёт, меня засмеют если, я, кому скажу да и так замечают мне в глаза что я так слишком за ним убиваюсь. Вся жизнь моя такая тяжёлая и печальная, я ни сколько не страшусь своей кончины, меня пугают душевные страдания и переживания, а ведь в жизни не бывает всё гладко у многих умирают и они ни когда не говорят и не вспоминают о них, а я как только увижу его вещь которую он пользовал, или фотографию или его любимое блюдо так и слёзы ну сколько можно так реагировать вот 6-го четыре месяца, как его нет и не век же я с ним прожила, и всё время думаю о нём.

Очень тревожит меня встреча и беседа, я попросила сообщить мне письменно мне бы протянуть время, меня пугает даже услышанный голос у телефона ни хочется этой беседы и вместе с тем таянет и жду. Жизнь моя построена только на этой беседе, он давало мне возможность жить. Скорее не жить, а существовать и мне остаётся быть только благодарной, а мог бы быть другой не поправимый исход ещё пятьдесят лет назад.

Я сейчас очень расстроена со слезами пишу для того, чтобы спать эту ночь... <...> Пишу и хочу уяснить себе что вины моей в его смерти нет. Как понять и успокоится, избавиться от всего такого? Писать и расшифровывать.

б. В/б-ная Е. П-ко

Приписка от 4 января 1979 г.  
Дорогой Иоган Маркович!

Отсылаю чтобы не уничтожить следуя Вашему совету. Спала хорошо, но как всегда встаю очень слабой с шумом и звоном в голове, а потом както не заметно проходит и я свободно занимаюсь своими делам[и].

С уважением б. В/б-ная Е. П-ко».

*Письмо от 11.01.79 г. (оригинал):*

«11 января 1979 г.

В ночь на девятое января, я перенесла гипертонический криз самый тяжёлый из которых у меня бывали. Скорая и доч делали всё, чтобы облегчить моё состояние. Сильная пульсация сердца ужасно чувствовалась в моей голове, боль в глазах, ушах и в челюсть[х] распирающая, тошнота до рвот, всё это давало себя знать нетерпимо. Сегодня давление 180/110 вместо 220/120, боли утихли, но слабость и шум в голове ощущается. Хочется записать и отослать ведь это моя помощь и спасение я это чувствую хорошо. Взглянув на вещи покойного мужа, я разрыдалась. После отсылки второго конверта с записями мне стало ещё лучше, хотя и вызвало такое повышенное давление, которое у меня всвязи с нервно-психическим состоянием.

Сейчас меня беспокоит измученный образ покойного. Хочется оправдать себя снять вину где я переходила рамки при уходе за больным мужем. Но ведь я гипертоник при чём всякое переутомление, перенапряжение моей нервной системы, выводило меня из строя нормально-мыслящего человека, а такое бывало у меня не редко и раньше, но условия позволяли не доводить себя до такого состояния, была возможность изменить режим и предоставить себе отдых. И мне удавалось быстро войти в колею нормального человека. В данном же случае, благодаря длительности его болезни сопровождающаяся двумя этапами операции оденумы, я совершенно вышла из строя и сделалась невменяемой, во время чего я и кричала на него со слезами и шлёпала в злобе мокрым полотенцем по его заду, когда он несколько раз на день удельывался, от головокружения, тошноты, а иногда и рвоты, рыдая, падала на пол я нидавала отчёта ни своим словам ни действиям. Наступил пятый месяц после его смерти, а я ещё не могу забыть ни его ни своих мук. Мне легче уже в том, что я не жду ни кого, не тянет к сладкому, не ухажу из дому бродит[ь] надеясь когото встретит[ь], всматриваясь в лица прохожих. В данный момент мне не обходима ясность и я её поняла.

Улыбка покойного мужа очень сходственна с улыбкой дяди. Эти улыбки были всегда при моментах связанных с чувством удовольствия с наслаждением, при ощущении своим телом соприкасаясь с возбуждённым п.-орг. Если с дядей было такое под страхом и тайной то с мужем при таком возрасте со стыдом и тайной интемностью. Когда ночью я приходила к нему в постель, он сейчас же возбуждался, я ощущала это своим телом прижимаясь и обнимая его шею. Он же был всегда моему приходу и рад и счастлив, не всегда хотелось половой близости для нашего возраста это было часто не под силу, ну а если решались то удовлетворения наступало быстро и сразу у обоих и мы были счастливы оба. Если бы я была не дефективна, поражённая детством и всей прожитой жизнью, которая складывал[ась] только-только из непониманий глубоко пережитого как в детстве так и на протяжении[и] всей моей жизни, то возможно небыла бы так истощена моя нервная систем[а] и я бы не выходила теперь из рамок предела своих действий и слов. И теперь так больно в душе, что я так с ним обращалась. Сейчас я отдохнувшая и яркие воспоминания обращения с ним не заслужены им меня тревожат, не всегда было так, только тогда когда я переутомлялась я теряла самообладание. А ведь он как больной был не капризен, не требователен, не настойчив, всё молча переносил он понимал, что мне было трудно и он меня с первых дней очень уважал всегда считался со мной.

б. В/б-ная Е. П-ко

Приписка от 11 января 1979 г.  
Иоган Маркович дорогой!

Позвольте мне время от времени пересылать Вам написанное мною пока я совершенно пойму и успокоюсь. Думаю что сейчас для беседы нет необходимости, а возможно ограничусь только записями, чтобы лишний раз не беспокоит[ь] Вас.

Я искренно благодарна за протянутую Вами руку помощи.

С благодарностью б.В. б-ная Е. П-ко».

А вот клинико-теоретические выводы И.М. Аптера, — завершающиеся парадоксальной, на первый взгляд, филиппикой в адрес Freud'a.

1. Гипноанализ, или катартический метод, имеет большое значение при психотерапии истерических неврозов, особенно при инфантильных психических травмах.

2. Катартическое состояние, наступающее в процессе гипноанализа, может иметь различные формы выражения и возникать (протекать) на различных уровнях деятельности высших отделов головного мозга.

3. Катарсис, протекающий только в эмоциональных структурах мозга, не ведёт к стойкому терапевтическому результату.

4. Можно полагать, что имеются различные степени катартической разрядки и на уровне второй сигнальной системы.

5. Наиболее стойкое выздоровление наступает в случаях, когда процесс катарсиса возникает и осуществляется при совместной деятельности обеих сигнальных систем и подкорковых эмоциональных структур [мозга].

6. Наиболее длительно держатся и трудно уступают психотерапии [истерические] неврозы, корни которых связаны с психотравмами, которые длительно протекали в возрасте до 6 лет.

7. Процесс осознания значения симптомов невроза, их переработки в сознании и их изживания в этом процессе проходит ряд этапов. Раньше всего ликвидируются невротические симптомы, проявляющиеся в двигательной сфере, затем — в вегетативно-сосудистой системе, а дольше всего изживаются аффективные проявления невроза.

8. В процессе гипноанализа часто наблюдается обострение симптомов невроза.

9. Значительно ускоряет терапевтический эффект применение в процессе гипноанализа суггестивного воздействия при обострении симптомов невроза.

10. Возникновение и развитие всех симптомов невроза, периоды их обострения всегда детерминированы условиями внешней социальной среды и действительными переживаниями больного.

11. Данные клинического анализа возникновения симптомов невротических расстройств и динамика их лечения полностью противоречат концепциям фрейдовского психоанализа и его теории развития либидо в детском возрасте.

Дальнейшее развитие психоанализа осуществлялось в рамках так называемого «неопсихоанализа».

Позднейшие варианты психоанализа неисчислимы; сохраняется идущая изначально особенность психоанализа — каждая модификация жёстко персонифицирована (исключение составляют лишь некоторые гибридные техники, — такие, как тот же гипноанализ).

Среди них можно выделить модификацию, где придаётся большее, нежели в классическом психоанализе, значение социо-культуральным факторам [в развитии невроза] и учиты-

вается влияние общества на выбор и формирование невротических симптомов. Это — «культурный психоанализ»; его наиболее видными представителями являются К. Horney (1885 — 1952) [57]\*, E.P. Fromm (1900 — 1980) [58, 59]\*, W. Reich (1897 — 1957) [60]\* и некоторые другие.

Среди других направлений «неопсихоанализа» влиянием пользуется концепция объектных отношений М. Klein (1882 — 1960) [61]\*.

В настоящее время довольно определённо различают психоанализ и психоаналитическую (психоаналитически-ориентированную) психотерапию (будет изложена ниже).

### Поведенческая терапия

В основе поведенческой, или бихевиоральной (английское *behaviour* — поведение), терапии лежат тренинговый принцип и терапевтический эффект, базирующийся на феномене угасания реакции.

Для классического, свойственного поведенческой терапии редукционистского понимания характерно единство теоретических положений и вытекающих из них — методически детерминированных — вмешательств.

#### Историко-персонологическая справка

В качестве непосредственно предшествующего поведенческой терапии может рассматриваться довольно широкий, ориентированный на поддержание дисциплины и коррекцию поведения круг методов: это — не считая ряда форм госпитально-педологической психотерапии XVI — XVIII веков, — и механо[психо]терапия, и приёмы, позднее названные «психоортопедическими», и наблюдения, полученные в рамках «психофизиотерапии» конца XIX века, и многие другие; из более современных её истоков следует назвать методы психотерапии, основанные на принципах научения, которые появились во втором десятилетии XX века и вошли в медицинские анналы под названием условно-рефлекторной терапии (в частности, В.М. Бехтерев (1915) [62]\* прямо говорил о «психо-рефлекторной терапии»).

Сам термин «поведенческая [психо]терапия» начинает использоваться со второй половины XX века. В 50 — 60-е годы поведенческая психотерапия оформляется как самостоятельное направление. Существующие на тот момент центры [исследования и развития] располагаются в ЮАР (J. Wolpe, A.A. Lazarus, S. Rachman), Англии (D. Shapiro, A.J. Yates, H.J. Eysenck), США (N.H. Azrin, T. Ayllon).

1960-е годы — период бурного развития поведенческой психотерапии<sup>104</sup>.

<sup>104</sup> К началу 1970-х годов в поведенческой терапии выделяли 15 различных направлений (L. Krasner) [63]\*, которые со временем слились в единое.

В последнее время она применяется не столько в чистом виде, сколько в сочетании с когнитивной формой рационально-эмоциональной (иначе — рационально-эмотивной) терапии.

На становление и развитие поведенческой терапии, очевидно, оказали влияние идеи философии прагматизма, а также методология позитивизма в целом; точнее, это её прямые *методолого-философские истоки*.

Что касается феноменологии, то в рамках поведенческой [психо]терапии фактически главенствует единственный феномен — *научение*.

#### Феноменология

Именно на *научение* как основной феномен ориентируются все методики поведенческой терапии. Однако научение в понятийном поле поведенческой терапии со временем эволюционирует и всё больше приобретает черты *концепт-феномена*.

В принципе, ту же трансформацию претерпевает и сложноструктурированный, высокоорганизованный феномен, — а скорее концепт, — *поведения*.

#### Понятия и концепты

Основной концепт поведенческой [психо]терапии — *поведение*. В то время как на первых порах под термином «поведение» понималась сугубо совокупность всех внешних, наблюдаемых реакций, в последующем в это понятие стали включать и эмоционально-субъективные, мотивационно-аффективные и вербально-когнитивные проявления.

Первой современной теорией, положенной в основу поведенческих методов, явилось *классическое обусловливание*, связанное с работами И.П. Павлова [64]\*. И.П. Павлов, так же как и основоположник бихевиоризма J.B. Watson [65]\*, исключал значение промежуточных переменных и ограничивал исследования раздражителями внешнего мира и элементами внешнего же поведения (что выражалось формулой «стимул — реакция (поведение)»).

В теории *оперантного*, или *инструментального*, обусловливания E.L. Thorndike [66]\* и B.F. Skinner'a [67]\*, напротив, подчёркивается значение стимулов, имевших [в прошлом] позитивный или негативный характер («закон эффекта»), в возникновении и укреплении различных форм поведения. В этой теории стимул приобретает функциональные качества *подкрепления*, повышающего силу реакции.

Для классической поведенческой психотерапии проблема *[структуры] личности* — это прежде всего проблема поведения.

Профессиональная подготовка близка к моделям таковой в рамках психологического консультирования; стилистика поведения психотерапевта отвечает позиции консультанта-наблюдателя.

#### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

В ходе поведенческой терапии врач, как правило, достаточно директивно управляет лечебным процессом и добивается поставленных целей. Неотъемлемыми навыками психотерапевта являются профессиональная манипуляция процессом взаимодействия с пациентом, умение поощрять и подкреплять его полезные реакции, убеждать и скрыто внушать. Вместе с инструкциями он даёт советы и рекомендации, выступает в роли учителя.

[Клинико-]теоретическое обоснование поведенческой терапии в отечественной психотерапевтической традиции апеллирует к постулатам условно-рефлекторного толка; в западных же школах оно имеет социально-психологический контекст.

#### Психо-физиолого-теоретическое обоснование механизмов патогенеза

Согласно современным характеристикам (в частности, J. Fadiman'a и R. Frager'a [68]\*), поведенческую [психо]терапию отличают следующие черты:

- 1) ориентация на то, чтобы помогать людям реагировать на жизненные ситуации так, как они хотели бы этого сами, то есть действовать увеличению потенциала их [личностного] поведения, мыслей, чувств и уменьшению или даже исключению нежелательных способов реагирования;
- 2) избегание изменения [эмоциональной] сути отношений и чувств личности;
- 3) позитивное терапевтическое отношение;
- 4) оценка жалоб пациента как значимого, самодовлеющего материала, на котором терапия и фокусируется, — а не как симптомов лежащей за ними «скрытой» проблемы;
- 5) консенсус в отношении специфических целей терапии: и пациент, и психотерапевт должны знать, когда и как эти цели могут быть достигнуты.

В рамках поведенческой парадигмы диагностически важным признаётся наблюдение за поведением. Отсутствие специфических *диагностических приёмов* объясняется, по-видимому, редукционистскими представлениями о терапии — она направлена непосредственно на коррекцию (разрешение) проблем.

Процедуры и техники поведенческой терапии отличаются значительным разнообразием уже в силу того факта, что поведение является сложноструктурированной и высокоорганизованной совокупностью [социо]психических, физиологических, кине[сте]тических и прочих процессов. Поэтому понятия «воздействие на поведение» или «поведенческая терапия»

как таковые представляются слишком общими, неопределёнными. Каждая из методик, заявленная как поведенческая, — от электрошокового «наказания» за неправильное (например, повторяющееся навязчивое) действие до иногда относимой к поведенческим методикам «прогрессирующей мышечной релаксации» (на основании одного лишь факта использования тренинговых приёмов) — апеллирует к целому ряду феноменно-интрапсихических, личностно-характерологических, суггестивно-рациональных и прочих элементов.

### Процедуры и техники

Основной формой реализации поведенческой [психо]терапии является *поведенческий тренинг*; его целью выступает обучение [приспособительным] умениям, необходимым при столкновении со сложными жизненными ситуациями. Поведенческий тренинг — это скорее программируемый курс обучения, нежели серия обычных психотерапевтических занятий. Подбор пациентов в группы нередко осуществляется на основе сходных проблем и необходимости решения чётко обозначенных задач.

Индивид на определённых жизненных этапах приобретает конкретные умения, необходимые как для преодоления критических ситуаций, так и для продолжения развития. Одним из важнейших считается поздний подростковый / ранний взрослый этап, когда человек впервые сталкивается с необходимостью сделать ряд важных выборов. Наиболее сложными являются ситуации знакомства, особенно с лицами противоположного пола, отказа, выражения своих потребностей и чувств. Приобретение умений в сфере межличностных взаимоотношений, преодоление трудностей и управление эмоциями предопределяют будущие успех или неудачу в установлении отношений, достижении независимости и обретении компетентности.

Поведенческий тренинг, хотя и может проводиться индивидуально или в группе, имеет ряд постоянных особенностей.

1. *Постановка целей.* Пациент (индивидуально или в качестве члена группы) определяет, какие поведенческие навыки он хотел бы приобрести в результате занятий. В индивидуальном поведенческом тренинге («функциональная тренировка поведения») может быть составлена иерархия целей — по сложности их достижения. Пока не достигнута одна цель, переходить к другой не следует.
2. *Измерение и оценка проблем.* Задача пациента — научиться анализировать, что предшествует проблемному поведению, как и когда оно проявляется, и каковы его последствия. Воздействие на каждое из звеньев этой цепи на любом этапе может привести к положительным изменениям. Членов группы необходимо поощрять заниматься самонаблюдением и записывать данные о себе.
3. *Психотерапевтические приёмы.* В зависимости от индивидуальной и групповых целей выделяются следующие методические приёмы поведенческого тренинга: использование ролевых игр; чёткое тематическое построение занятий; объединение ролевых игр с анализом отношений; интегративный подход.

*Репетиция поведения* — основная методика поведенческого тренинга, состоящая из ролевого проигрывания сложных ситуаций, которые создавали или могут создать определённые трудности. В процедуре репетиции поведения используются элементы *оперантного* и *наблюдательного научения*. Прослушивая смоделированные — уверенные — ответы, участники косвенно обучаются этому умению. В некоторых группах применяются аудио- и видеозаписи образцов «уверенного» поведения. Моделирование особенно полезно тогда, когда участник группы не имеет определённых представлений о том, каким может (или должно) быть положительное, уверенное поведение в конкретной ситуации. Другим компонентом репетиции поведения является *подкрепление* (чаще всего это поощрение за любое улучшение, а не только за эпизод демонстрации уверенности в себе).

Существуют различные схемы подкрепления: с фиксированным или переменным интервалом времени, с фиксированной или переменной кратностью etc.

*Методика положительного подкрепления* (положительной тренировки) осуществляется в четыре этапа.

Первый этап — определение цели тренировки. К обсуждению привлекается не только пациент, но и лица, которые принимают участие в лечении и от которых зависит получение / неполучение подкрепления; круг этих лиц желательно ограничить. На этом же этапе должен быть определён и способ постоянного наблюдения за поведением пациента с фиксацией внимания на изменениях — в терапевтическом направлении — вырабатываемого стереотипа поведения; следует стремиться к максимальной объективизации.

На втором этапе основная задача состоит в определении стимулов — объектов или действий, — которые будут служить в качестве подкрепления; анализ реального поведения больного позволяет выявить значимость и иерархию различных стимулов.

На третьем этапе вырабатывается желательный стереотип поведения, — для чего создаются условия, облегчающие его формирование. Следует максимально использовать действие как положительного, так и отрицательного подкрепления. На первых порах применяется схема постоянного подкрепления, — то есть за выполненное действие пациент получает подкрепление, характер которого постоянно меняется, чтобы не вызвать пресыщения. Иногда появление желательного поведения облегчается при демонстрации соответствующего поведения другими лицами (моделирование).

На четвёртом этапе закрепляется выработанный стереотип поведения, — с тем чтобы он сохранился в реальной ситуации и при иных условиях подкрепления.

Аналогичная система правил действует и при использовании *методики отрицательного подкрепления*.

4. *Домашняя работа.* Эта практика, поощряющая перенос поведенческих изменений во внешний мир, служит «экологической проверкой» благоприобретённых навыков. Кроме того, в домашних условиях осваиваются различные методы релаксации и подавления тревоги.

Иные известные методики поведенческой терапии, как классические, так и современные — они приведены ниже, — *систематическая десенсибилизация, иммерсия* (в частности, «парадоксальная интенция» по В.Е. Франклу), *имплозия и эксплозия*, методики *наводнения, наказания, «остановки мыслей», погружения, вызванного гнева, акцептивный тренинг, «жетонная система»* и другие.

*Методика контроля стимула* основывается на положении, гласящем, что связь между стимулами и реакцией на них носит вполне жёсткий характер; таким образом, появление определённого стимула позволяет предсказать ответ. Контролируя же условия появления стимулов, можно добиваться изменения поведения — с меньшими затратами времени и сил, нежели контролируя результаты самого поведения.

Стимулы, предшествующие поведению, можно сгруппировать следующим образом:

- события: дискриминирующие (связанные в прошлом с определённым негативным подкреплением) и потенцирующие (облегчающие и / или активизирующие определённые формы поведения);
- условия, увеличивающие силу подкрепления (обычно это период депривации какой-либо потребности).

Данная методика преследует такие цели:

- 1) научить пациента идентифицировать дискриминирующие и потенцирующие стимулы в реальной ситуации, а также выявлять условия, увеличивающие силу подкрепления;
- 2) обучить пациента укреплению стимулов, связанных с правильным / желательным поведением;
- 3) привить пациенту навыки манипуляции периодом депривации (в частности, не доводить ситуацию до уровня потери контроля).

Вариантом методики положительного подкрепления, приспособленным к условиям стационара, является «жетонная система» (token economy).

«Жетонная система» направлена на создание условного подкрепления, необходимого для упрочения психотерапевтически congruentного поведения пациента.

Теоретической основой методики является модель оперантного обусловливания Skinner'a. Пациент, ведущий себя требуемым образом, получает специальные жетоны, которые может далее обменивать на определённые льготы.

Методику предложили Т. Ayllon и N.H. Azrin в 1968 году [69]\*. Она эффективна при лечении пациентов с хроническими нарушениями психики и содействует успешной реабилитации.

Все поведенческие методики являются, по сути, модификациями системы позитивного / негативного подкрепления.

Поведенческая [психо]терапия может иметь как индивидуальную, так и групповую *формы проведения*. Группы поведенческой терапии наиболее эффективны при обучении технике достижения «уверенности в себе». Различный жизненный

опыт членов группы является благоприятной почвой для создания и отработки уверенных, элиминации неуверенных и изживания агрессивных реакций и для обеспечения *обратной связи*.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Поведенческая терапия, особенно её условно-рефлекторные варианты — так называемые «функциональные тренировки» (Н.М. Асатиани [70]\*, И.Е. Вольперт (1891 — 1979) [71]\*, А.М. Свядош [72]\* и другие) или же «тренировочная психотерапия» (М.С. Лебединский (1895 — 1980) [73]\*), — имеет широкое распространение в клинической медицине. Многие «психоортопедические» моменты, сопряжённые с распространённой в психиатрической практике трудовой [психо]терапией — это, по сути, та же поведенческая терапия, только преломлённая социально. Очень широко, особенно в клинике наркологии, применяются различные виды «аверсивной» [поведенческой] терапии.

В качестве образчика поведенческой терапии можно привести описанную А.М. Свядошем *методику угашения условной связи*, используемую для лечения фобических расстройств.

«Девочка 4 лет входила в кухню. В это время соседка, желая пошутить, надела на голову корзинку и, неожиданно повернувшись к девочке, громко зашипела. Девочка испугалась и убежала. С этого времени она стала бояться корзинок, кошёлков и сумок, соседки, а также боялась заходить в кухню. Особенно резкая пассивно-оборонительная условнорефлекторная реакция наступала у неё при виде соседки в кухне или соседки с корзинкой. Угасить условный рефлекс путём обычного убеждения не удавалось.

Тогда девочке в её комнате предложили поиграть в «папы-мамы». «Ты будешь мама, — сказали ей, — вот здесь будет твой домик, а здесь мой... здесь будет магазин... мама покупает в магазине продукты... (это будут деньги)... Возьми вот эти кубики (это будут продукты), отнеси их домой... А ты ещё хлеба не купила, не купила картошки, капусты, моркови, как много продуктов тебе надо нести домой! Тебе не унести все их в руке. Вот я возьму себе продукты в корзиночку» (маленькую детскую корзиночку, имеющую весьма отдалённое сходство с той корзинкой, которой девочка была испугана). Девочка смотрит на эту корзиночку с испугом и сторонится её. Мимо неё несколько раз проносят игрушки в корзиночке и показывают, как это удобно. Заинтересованная игрой, наконец, она сама берёт эту корзиночку и кладёт в неё «продукты». Увлечение игрой помогает ей подавить (по механизму отрицательной индукции) лёгкое чувство страха, вызванное видом этой корзиночки (т. е. генерализовавшуюся условнорефлекторную пассивно-оборонительную реакцию). Далее она много раз берёт в руки эту корзиночку, при этом безусловнорефлекторного подкрепления пассивно-оборонительной реакции не происходит и условнорефлекторная реакция на корзиночку постепенно угасает, хотя ещё остаётся на большую корзинку, соседку и кухню.

На следующий день во время игры берётся корзиночка больших размеров, на следующий день — ещё больших. Когда реакция на них

угасает, тогда, наконец, берут ту корзинку, которая вызвала испуг ребёнка, включают её в игру и достигают угашения вызванного ею условного рефлекса. Затем говорят ребёнку о том, что корзинку трудно нести в руке, и кладут её на плечо, потом несут её на голове, постепенно приближаясь к той ситуации с корзинкой, которая вызвала испуг. Потом предлагают её нести ребёнку на плече, на голове, наконец, шутя надевают себе эту корзинку на голову так, как это было сделано соседкой, одновременно прибегая к внешнему торможению (разговоры о том, как это интересно, какая весёлая игра...) для подавления слабой условнорефлекторной реакции страха, которая обычно при этом всё же возникает. Постепенно достигают полного угашения и этой условнорефлекторной реакции.

Угашение условного рефлекса на корзинку, надетую на голову, обычно ведёт к устранению условного рефлекса и на остальные связанные с ней раздражители: кошёлки, сумки, соседку в кухне (вторично угашенные рефлексы по И.П. Павлову).

Угасший условный рефлекс через некоторое время нередко вновь возобновляется (ребёнок опять начинает побаиваться корзинки), хотя и в менее резкой форме, и лишь постепенно совершенно исчезает, не подвергаясь подкреплению» [72, с. 357 — 358]\*.

Дальнейшее развитие поведенческой терапии и трансформация её в когнитивно-бихевиоральную психотерапию во всём многообразии вариантов последней являются следствием признания и выражением богатства психосоциальных аспектов поведения<sup>105</sup> (а точнее, составляющих его компонентов).

## 9.2. Синтетические (психотерапия «new wave») методы

*Синтетические методы психотерапии*, или *психотерапия «new wave»*, фактически представляют собой комбинированные методики, большинство которых обнаруживает отношения наследования с классическими методами<sup>106</sup> и явные тенденции к интегративно-ассимиляционным процессам.

<sup>105</sup> В последние десятилетия в построении методик допускаются даже элементы *интроспекции*, — в антитезу которой как методу, собственно, и возник в своё время бихевиоризм.

<sup>106</sup> «Эриксоновский» гипноз — гипноз; нейро-лингвистическое программирование — суггестия; гештальт-терапия — психоанализ (и психодрама); групповой анализ — психоанализ; трансактный анализ — бихевиоризм и психоанализ; когнитивно-бихевиоральная терапия — поведенческие методы; психоаналитически-ориентированная психотерапия — психоанализ.

### «Эриксоновский» гипноз

«Эриксоновский» гипноз представляет собой персонифицированную модификацию гипнотерапии, сфокусированную на эксплуатации феномена [гипнотического] транса.

#### Историко-персоналогическая справка

Автор и пропагандист методики — американский психотерапевт М.Н. Erickson (1901 — 1980), который в силу собственных психофизических дефектов акцентировал эмфатико-интонационные особенности и этолого-пантомимическую аранжировку терапевтического контакта.

Основные работы — «*Hypnotic Realities*», «*Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*» [74]\*, «*Experiencing Hypnosis*», «*Time Distortion in Hypnosis*» etc. [75]\* — написаны в соавторстве; опыт М.Н. Erickson'a обобщён в четырёхтомнике «*Collected Papers on Hypnosis*»: «*Nature of Hypnosis and Suggestion*» (I), «*Sensory, Perceptual and Psychophysiological Processes*» (II), «*Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes*» (III), «*Innovative Hypnotherapy*» (IV).

«Эриксоновский» гипноз имеет весьма скудные методолого-философские заимствования — в силу того, что является модификацией такого метода-техники психотерапии, как классический гипноз.

#### Методолого-философские заимствования

Итак, «эриксоновский» гипноз фактически является индивидуально-персоналистически ориентированной модификацией *классического гипноза*; основные отличия — в отдельных атрибуциях лечебного воздействия, по сути — это эксплуатация трансовых состояний самого психотерапевта, якобы для раскрепощения его интуиции и эмпатии (под контролем котерапевта-наблюдателя), а также феномена индукции, или «эмоционального заражения».

Иные отличия не являются специфическими: и в классическом гипнозе существуют общие, не симптомо-ориентированные (например, «психотонические») формулы, — ориентированные на «саногенные ресурсы пациента»<sup>107</sup>; «подстройка» под пациента и подбор индивидуальных приёмов гипнозизации (особенно для низкогогипнабельных пациентов) являются профессиональной нормой психотерапевтической практики; наконец, нозоспецифичность и противопоказания относятся к требованиям клинической практики и не являются атрибутами классического гипноза как метода.

Ещё одна сфера заимствований методики — традиционалистские «магические» ритуалы.

Феноменология в рамках «эриксоновского» гипноза сводится к различным состояниям изменённого сознания, называемым «трансовыми».

<sup>107</sup> Однако уже S. Freud уподоблял психоанализ хирургической практике: дело психотерапевта — вскрыть, удалить; организм сам заживит рану.

**Феноменология**

Таким образом, в пределах «эриксонского» гипноза происходит вполне традиционалистская ориентация на бинарный феномен гипнабельности / гипноза.

Несколько большее, чем в классическом гипнозе, значение придаётся феномену [параллельных] «трансовых состояний» [со стороны] психотерапевта, — но принципиально отличны лишь положительная оценка и психотехническая эксплуатация подобных проявлений.

Кроме того, редуцирован — а точнее, завуалирован, сокрыт, — суггестивный компонент; отказ же от феномена внушения является декларативным.

Поскольку в рамках «эриксонского» гипноза специальных теоретизаций не проводилось, — а, напротив, постулировалась опора на практику, — то характерной чертой является существование лишь немногочисленных понятий-концептов (точнее, неких аморфных концептуальных понятий).

**Понятия и концепты**

Одним из центральных в «эриксонском» гипнозе является понятие / концепт *саногенных ресурсов*.

Концептуальные черты также имеет понятие «*гипнотической индукции*».

Поскольку «эриксонский» гипноз является модификацией метода-техники, то представления о *структуре личности* как таковой в его рамках не поднимались.

**Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта**

Основной формой подготовки специалистов являются методические семинары. Особых требований к личности психотерапевта не предъявляется; декларируется отказ от авторитарно-директивной аранжировки поведения, принятой в классическом гипнозе.

Большинство гипнотерапевтов, пользующихся описываемым методом, придерживается расплывчатых *психо-физиолог[о-теорет]ических обоснований* состояния гипнотического транса — как основного саногенного фактора и ведущего механизма излечения пациента при условии мотивации его к достижению поставленной цели и помощи гипнотерапевта в «наведении» и сохранении достаточной глубины и продолжительности трансового состояния. В этой связи, как уже указывалось выше, в процессе использования транса, в отличие от классического гипноза, крайне редко применяются симптомо-центрированные лечебные формулировки (кото-

рые в отдельных случаях якобы могут способствовать дополнительной — ятрогенной — фиксации симптома).

**Механизмы пато(сано)генеза**

Полагается, что «наведение» трансового состояния [сознания] содействует «доступу» сознательных установок на исцеление к бессознательным саногенным ресурсам и формированию новых условных связей (используемые терапевтические формулы строятся семантически расплывчато, что позволяет пациенту «бессознательно» наполнять их любым — субъективно полезным — содержанием; типичный пример: «Находясь в состоянии транса, Вы обучаетесь новому полезному опыту...»).

Таким образом, «конечным» саногенным механизмом в рамках «эриксонского» гипноза признаётся уже само достижение [состояния] гипнотического транса.

*Диагностические приёмы* в целом отвечают таковым в классическом гипнозе, однако актуальность диагностического исследования снижается в силу широко распространённого постулата, согласно которому «эриксонскому» гипнозу подлежат все пациенты, — даже традиционно считающиеся негипнабельными. Добавлен компилятивный комплекс процедур аналитико-ассоциативного ряда.

**Процедуры и техники**

Основные группы процедур и техник — используемые для «наведения» транса и для его терапевтической *эксплуатации*.

В «эриксонском» гипнозе различают *приёмы* и *вербальные паттерны* «наведения» гипнотического транса; их разнообразие позволяет — путём перебора и комбинаций — подстраиваться к индивидуальным особенностям пациента.

Важное значение придаётся также «*физиологическому присоединению*» гипнотерапевта (в частности, это синхронизация дыхания, телодвижений и прочее).

Приёмы «наведения» гипнотического транса:

— словесная подстройка и ведение: вербализация наблюдаемых [искомых] двигательных и вегетативных реакций пациента;

— невербальная подстройка и ведение: синхронизация дыхания, ритма речи и раскачиваний психотерапевта с ритмом дыхания пациента; в дальнейшем — обратным образом — дыхание пациента может переводиться в более редкий ритм;

— последовательное наложение сенсорно-репрезентативных матриц («Вы ощущаете...», «Вы отчётливо слышите мой голос...», «перед Вашим мысленным взором...» и тому подобное);

— воспроизведение [ощущений] предшествующего транса: воссоздание и закрепление воспоминаний о трансовых состояниях, — возможно, возникавших в естественных условиях;

— методика «якоря»: на первом сеансе гипноза формируется условная связь трансового состояния [сознания] с каким-либо внешним стимулом; в дальнейшем для «наведения» транса достаточно одного лишь воспроизведения стимула (определённый звук, прикосновение психотерапевта, усаживание в кресло и другое);

— описание реакций, обычно наблюдающихся при погружении в транс;

— «рычажное наведение»: пациенту предлагают вытянуть руку перед собой и связывают постепенное опускание руки с погружением в транс;

— «разрыв шаблона»: целенаправленно прерываемое автоматизированное действие может привести к «шоковому» трансу;

— методика «перегрузки», базирующаяся на восприятии большого количества информации, вследствие чего может возникать трансовое состояние [сознания]; как вариант применяется одномоментная загрузка нескольких сенсорно-репрезентативных систем; ещё один вариант — в быстром темпе подаются инструкции, отличающиеся, а порой и взаимоисключающие, что также может приводить пациента в шоковое замешательство, после чего формулировки становятся более упорядоченными и способствуют установлению раппорта;

— «двойное наведение»: два котерапевта, расположившись по обе стороны от пациента, одновременно производят вербальное «наведение» транса, причем контексты их высказываний то сближаются, то расходятся; при слаженной работе котерапевтов состояние транса может достигаться в течение нескольких минут.

Речевые паттерны гипнотизации:

— «каузальная пресубпозиция»: высказывания о предполагаемой — желательной — реакции в императивно-утвердительном ключе, например — основанное на рекомбинации причинно-следственных связей: «Не хотели бы Вы опустить руку, когда станете погружаться в состояние транса?» (вытянутая рука, естественно, через некоторое время начнёт опускаться, и пациент получит якобы объективное подтверждение погружения в транс);

— «пресубпозиция псевдовыбора»: «Может быть, Вы удивитесь тому, какая половина Вашего тела начнёт расслабляться первой — правая или левая» (выделенные слова, символизирующие вероятностный пространственный разброс, маскируют суггестию процесса релаксации);

— «пресубпозиция пропущенного условия»: «Вы можете продолжить расслабляться» (подразумевается, что релаксация уже происходит);

— «встроенные приказы»: «Вы и теперь хотите закрывать глаза на огромное значение состояния транса?» (значимые слова могут выделяться интонацией, паузами, жестами);

— «негативные приказы»: «Не старайтесь полностью погрузиться в приятные телесные ощущения» (отрицание непосредственно неприложимо к первичным — правополушарным — переживаниям, в отличие от математических и лингвистических символов, и требует их воссоздания);

— «разговорные постулаты»: «Могли бы Вы закрыть глаза?» (подобные вопросы формально предполагают ответы «да — нет», но стереотипно вызывают ответные действия);

— «конструкции с синтаксической расплывчатостью»: «Скоро Вы окончательно осознаете, что сидите в удобной позе, слушаете мой голос и ... начинаете погружаться в глубокий транс» (естественно, пациент осознает, что слышит голос психотерапевта, но в связи с расплывчатостью синтаксических границ фразы может «осознавать» и погружение в транс);

— «конструкции с семантической расплывчатостью» (например, утилизация выражения «закрывать глаза» в прямом смысле при включении во фразу в смысле переносном): используются номинализации («гипноз», «опыт», «знания», «решения», «трудности»), неопределённые глаголы («научиться», «удаётся») и неопределённые референтные индексы («некие», «это»), позволяющие пациенту наполнять их любым желательным для него субъективным содержанием; выражения с семантической расплывчатостью выделяются в качестве «метамоделей»;

— «прозрачные метафоры»: искомые реакции пациента могут приписываться неодушевлённым предметам или другим людям, но пациент может принимать их в свой адрес (например: «Книга, которую Вы держите в руках, понимает основные установки читателей, желающих овладеть навыками “эриксоновского” гипноза»).

Ещё одной особенностью метода является, как указывалось выше, техника [пантомимической] синхронизации ряда физиологических функций психотерапевта с наблюдающимися у пациента проявлениями (дыхание, ритмика речи, раскачивания и тому подобное).

Типичным приёмом эксплуатации транса в «эриксоновском» гипнозе является рассказывание пациенту историй со скрытыми «встроенными» сообщениями и командами, — которые могут выделяться голосом, жестом, прикосновением etc.

Доступу к полезному интуитивному опыту пациента могут способствовать и специфические [психо]технические приёмы: идентификация с «образом достижения», «кладовая ресурсов» и некоторые другие.

Так, в *приёме идентификации с «образом достижения»* пациента просят представить себя после достижения поставленной цели или же вообразить человека, который может являться «имаготерапевтическим примером», а затем вчувствоваться и запомнить переживания и действия этого воображаемого человека в трудной для пациента ситуации.

Той же цели служит *приём «кладовая ресурсов»*: «Вы открываете дверь, и перед Вами предстаёт просторная комната... Постарайтесь быть внимательны: в комнате могут находиться предметы, — а возможно, и люди, — которые могут помочь в достижении Вашей цели. Будьте внимательны и запомните то, что может быть полезным для Вас. Оставайтесь в этой комнате столько времени, сколько необходимо, — а когда почувствуете, что приобрели достаточный для Вас опыт, дайте мне знак, медленно подняв правую руку».



Приём «путешествие во времени» (или «хрустальные шары») способствует доступу к саногенным интуитивным ресурсам и патогенетическим инсайтам. После того как пациента попросили представить себе «образ достижения» и ввели в состояние транса, ему предлагают вообразить семь хрустальных шаров, расположенных по дуге, и себя, желающего достичь своей цели, — в центральном шаре; следует постепенно передвигаться вправо, от шара к шару, идя за регрессирующими воспоминаниями о событиях в прошлом, имеющих отношение к достижению поставленной цели. После сравнения пациентом четырёх первых образов и выявления важных для него сходств и различий ему предлагают представить следующее: себя в крайнем левом шаре в «образе достижения», в шестом шаре — образ того, как именно была достигнута поставленная цель, а в седьмом — что он делал несколько раньше, чтобы достигнуть своей цели. Процедура — пошаговая, переход к каждому последующему шагу совершается только по получении заранее оговоренного сигнала пациента о выполнении предыдущей инструкции (кивок головой, поднятие руки и тому подобное). Завершается приём предложением соединить все шары (радугой или золотой лентой) и забыть пережитое в трансе, если он не хочет об этом помнить.

Приём «маятник» способствует конструктивному преодолению (негативно-позитивному синтезу) проблем. Например, пациенту, не вполне уверенному в какой-либо деятельности, предлагается составить два списка ассоциаций — в сфере чувств, образов, звуков и символов. Первый список соответствует переживаниям удачной деятельности, второй включает ассоциации, связанные с её невыполнением. После введения пациента в транс гипнотерапевт зачитывает слова из первого списка, слегка наклоняясь корпусом влево, затем — слова из второго списка, слегка наклоняясь вправо. Третий шаг: гипнотерапевт поочередно произносит слова первого и второго списков, изменяя соответственно положение тела. Четвёртый шаг: сидя прямо, гипнотерапевт в случайном порядке произносит слова из обоих списков. Завершается приём суггестивной «интеграцией частей». Аналогичной цели можно достичь приёмом «наложения образов», синтезом негативного и позитивного субъективных образов пациента.

«Эриксоновский» гипноз может иметь как индивидуальную, так и групповую *формы проведения*.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания.

В силу психотехнического родства и близости саногенетической механики — хотя и меньшей результативности, — клиническое применение «эриксоновского» гипноза имеет тот же патогенетический ареал, что и при классической гипно[суггестивной] психотерапии.

Реальные возможности «эриксоновского» гипноза, а также выраженность и отличия его эффектов от традиционных гипносуггестивных результатов подлежат дальнейшему исследованию и уточнению.

### Нейро-лингвистическое программирование

Нейро-лингвистическое программирование<sup>108</sup> (устойчивая аббревиатура — НЛП) представляет собой пробу экспансии отдельных концептов [нейро]лингвистики в психокоррекционную и управленческую практики.

В основе метода лежит сочетание вербальной суггестии (скрытых «встроенных» команд), суггестивного потенцирования идеомоторных стереотипов и ритмических словесных структур; формулы терапевтического внушения при этом формируются косвенно, путём внедрения ключевых слов в структуру индифферентных по смыслу предложений.

#### Историко-персонологическая справка

«Духовным отцом» нейро-лингвистического программирования называют М.Н. Erickson'a; собственно метод разрабатывается математиком R.W. Bandler'ом (род. в 1950) и лингвистом J. Grinder'ом (род. в 1940) с 1975 года.

Основные работы — «*Reframing: Neuro-Linguistic Programming and the Transformation of Meaning*» [76]\*, «*Trance-Formations: Neuro-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis*» [77]\*, «*Structure of Magic*» [78]\* etc.; многие тексты, посвящённые нейро-лингвистическому программированию, представляют собой обработанные стенограммы семинаров.

По сути, нейро-лингвистическое программирование является набором эмпирических техник; при имеющихся указаниях на широкий круг заимствований все они сводятся к эклектическому сочетанию вариантов нейролингвистики — от представлений о латерализации [речевых] нейрофункций и традиционных концептов до «философии языка». Заметна также необихевиористская ориентация метода.

#### Методолого-философские заимствования

Метод нейро-лингвистического программирования эклектически заимствует из целого ряда источников; в нём нашли отражение: некоторые направления американской психотерапии — прежде всего «эриксоновский» гипноз, а также *семейная психотерапия* по V. Satir (1916 — 1988) [79]\*, *гештальт-терапия* E.S. Perls'a [80]\* и другие; данные о межполушарной асимметрии; эксперименты «*экологии разума*» G. Bateson'a (1904 — 1980) [81]\*; *генеративная лингвистика* N. Chomsky (род. в 1928) [82]\*; *кибернетика* 50 — 60-х годов XX века; «*логический анализ*» B.A.W. Russell'a (1872 — 1970) [83]\*.

<sup>108</sup> Термин «нейро-лингвистическое программирование» следует писать именно через дефис, — вследствие того, что речь идёт о вербальном, лингвистическом, «программировании» (при всей аклиничности, антипсихиатричности, ятрогенности последнего термина) нейросферы.

В отношении *феноменологии* нейро-лингвистического программирования следует отметить, что предложенные приёмы эксплуатируют отдельные нейропсихологические механизмы.

Тезаурус нейро-лингвистического программирования в основном состоит из весьма произвольных неологизмов; его основные понятия и концепты представляют собой редуцированные и вольно денотированные — для практического использования — общие нейропсихологические понятия.

#### Понятия и концепты

Под концептом «*метамоделей*» в нейро-лингвистическом программировании понимается комплекс лингвистических средств для сбора информации, направленных на восстановление связи речи и того опыта, который эта речь представляет.

Моделирующие процессы — *обобщение* (генерализация), *исключение* (стирание) и *искажение*; они выражены в определённых лингвистических паттернах; если они ограничивают, а не расширяют возможности выбора, то подлежат коррекции с помощью «*метамоделей*». Главное в «*метамоделей*» — форма коммуникации.

Построение «*метамоделей*» позволяет работать в пределах «внешнего» сенсорного опыта, без опоры на внутренний опыт, — без понимания, поскольку основой является *интуиция*.

Ещё один концепт — *репрезентативная система* [переработки информации]; предпочтительная система — та, в [рамках] которой индивид чаще всего воспринимает информацию об окружающем.

Базисные постулаты нейро-лингвистического программирования таковы:

- формирование «программ» и стереотипов поведения происходит путём закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансowymi состояниями сознания;
- большая часть «программы» неосознанна и невербализована, но отражена в глубинных речевых структурах; эта информация может быть «считана» при ответах пациента на целенаправленно сформулированные вопросы путём анализа ряда специфических «формальных» языковых структур и невербальных проявлений;
- поведенческие паттерны выполняли и, вероятно, продолжают выполнять адаптивные функции; возможно «программирование» новых, более качественных стереотипов на основе изменения особенностей переработки информации и трансowych состояний пациента;
- внимание акцентируется на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях взаимодействия; такая ориентация сочетается с признанием самооценности человека и принципом *pop posere*.

*Структура личности* не проговорена, поскольку метод в плане персонологии фиксирован на выявлениях и коррекции искажений «*метамоделей*» (см. таблицу 8).

Таблица 8  
Нарушения «*метамоделей*»

№ №	Формы нарушений « <i>метамоделей</i> »	Образчики речевых искажений	Примеры соответствующих уточняющих и корригирующих вопросов
1	Номинализация (обозначение процесса существительным)	Моя депрессия мучает меня. Тревога сводит меня с ума	Что Вас угнетает? Что тревожит? (вопросы для перевода существительного в глагол)
2	Употребление неспецифического глагола	Переживаю, чувствую	Как Вы это чувствуете?
3	Отсутствие референтного индекса	Этому... некое ощущение	Чему именно? Какое конкретно?
4	Описание простого ощущения	Отсутствие значимого уточнения	Что? Кто? Когда? Где?
5	Использование универсального квантификатора (сверхобобщения)	Всегда ... никогда	Действительно никогда?
6	Применение модального оператора (предполагающего отсутствие выбора)	Я должен это сделать. Не могу...	Что случится, если не сделаете? Что Вас останавливает?
7	Нарушение причинно-следственных связей	Он делает меня несчастным	Как именно он это делает с Вами?
8	«Чтение мыслей» (от интуитивного высказывания «это может быть» отличается тем, что «это точно так»)	Наверняка они думают, что я...	Каковы конкретные признаки того, что они думают именно так?
9	Утрата преформатива (оценочное суждение не содержит стандарта-оценки)	Я недостаточно хорошо это сделал	Относительно чего (какого стандарта)?

### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Подготовка специалистов в области нейро-лингвистического программирования не формализована; её содержание сводится в основном к практическим — диагностическим, а затем психотехническим — упражнениям.

К личности психотерапевта предъявляются неспецифические требования следования профессиональным стереотипам и, естественно, признания основных постулатов метода.

Как [*психо-]*физиолого-теоретическое обоснование, так и представления о *механизмах пато(са)ногенеза* лежат в области метапсихологии метода, обнаруживающей яркую зависимость от когнитивно-бихевиористских представлений.

### Диагностические приёмы

В нейро-лингвистическом программировании разработан ряд специальных диагностических приёмов, поскольку направленная концептуально-фиксированная диагностика составляет значительную часть [приёмов] метода.

Так, в процессе диагностики выявляются речевые искажения «метамоделей», ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да — нет» и коррелятов глубинных речевых структур.

Диагностика «ведущей» репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму «подстройки» к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и поведенческих стереотипов, а также калибровки глазодвигательных сигналов.

В работе с пациентом рекомендуется калибровка индивидуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки информации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим отслеживанием глазодвигательных реакций.

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в приёме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов с фиксацией микромимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да — нет» сначала задаются вопросы, предполагающие однозначные утвердительные ответы, затем — отрицательные. Пациент может говорить или молчать — внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет». Квалифицированный специалист-«коммуникатор» вставляет тестовые вопросы в обычное интервью и может «считывать» до десятка стандартных телесных [коррелятов] ответов «да» и «нет» (расширение зрачков, учащение дыхания, подёргивание щеки или стопы etc.).

Аналогичным образом могут калиброваться многие семантические структуры, преимущественно дихотомического характера, что позволяет целенаправленно вмешиваться в переживания пациента, ориентируясь на выявленные невербальные сигналы.

Существует специфический БИАС-тест для определения [ведущих] репрезентативных систем [84]\*.

Коррекционные техники нейро-лингвистического программирования базируются преимущественно на изменённых состояниях сознания пациента («transe»), для достижения которых разработаны специальные техники — «рефрейминга», «якоря», «аудиально- и визуально-кинестетической диссоциации», «маха», «взрыва», «изменения личной истории» и другие [11].

### Процедуры и техники

«*Переформирование*» (reframing) — «перепрограммирование», «переработка», «перестройка», — методика, апеллирующая к бессознательным ресурсам пациента, замена неудовлетворяющего стереотипа реагирования (симптома) или способа решения / ухода от проблемы более адекватным и адаптивным.

Рассмотрим модификацию наиболее известной техники нейро-лингвистического программирования — «шестишагового рефрейминга».

Содержание этих «шагов» таково:

1. Выработка невербальной сигнальной системы ответов «да — нет».

2. Идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению: «Прошу Вас: выбрать некий стереотип поведения, который Вам не нравится, назовём его — X; дать сигнал “да”, когда выбор будет завершён» («+» → 3-й шаг).

3. Подключение сигнальной системы «да — нет»: «Прошу Ваше подсознание подключить систему ответов “да — нет” к той его области, которая ведает действием стереотипа X. Когда это произойдёт, прошу эту область подсознания подать сигнал “да”, а затем — “нет”» («+» → 4-й шаг).

4. Выделение положительной функции поведенческого стереотипа: «Желаете ли Вы позволить Вашему сознанию узнать, каково значение того, что происходит, когда проявляется стереотип X, каков его смысл?» («-» → 5-й шаг; «+-» → «Продолжайте, проинформируйте Ваше сознание. Когда это будет сделано, подайте мне сигнал “да”, и мы сможем перейти к следующему шагу».)

5. Создание новых альтернатив: «Желает ли область подсознания, ответственная за стереотип X, обратиться к созидающим ресурсам личности и выработать новые способы поведения, отличающиеся от стереотипа X, но выполняющие такие же позитивные функции?» («+» → «Прошу подсознание продолжать и подать сигнал “да”, когда оно найдёт не менее трёх вариантов поведения. Дождавшись “+» ответа — перейти к 6-му шагу. Можно предварительно определить время, необходимое для поиска, предлагая конкретные временные интервалы и ориентируясь на ответы «да — нет», что позволит врачу на это время предоставить пациента самому себе.)

6. Оценка новых альтернатив: «Прошу область подсознания, ответственную за стереотип X, оценить каждый из найденных вариантов. Уверено ли подсознание в том, что данный вариант поведения по крайней мере настолько же непосредствен, доступен и эффективен, как стереотип X? Прошу подавать мне сигнал “да”, когда таким

образом будет положительно оценен каждый новый вариант. Всякий раз, когда один из вариантов будет определён как соответствующий поставленным условиям, должен быть подан сигнал «да». (При получении менее трёх сигналов «да» — просьба о продолжении поиска и выработка большего количества вариантов, повторение 5-го шага. При достаточном количестве «+» ответов → 7-й шаг.)

7. Выбор лучшей альтернативы: «Прошу подсознание выбрать новый способ поведения, наиболее доступный и наиболее точно выполняющий позитивные функции стереотипа X, и подать сигнал «да», когда такой способ будет найден» («+» → 8-й шаг).

8. Экологическая проверка, подстройка к будущему поведению: «Прошу Ваше подсознание представить использование нового способа поведения в соответствующей ситуации и сообщить сигналом «да», если он окажется удовлетворительным» («-» → 5-й шаг; «+» → закрепление выбора и выведение из транса).

*Методика «якорь»* подразумевает использование ассоциативных связей («якорей»); их можно создать искусственно. «Якоря» могут быть визуальными, аудиальными, кинестетическими: мимика, жесты, интонации, прикосновения и прочее.

Терапевт выбирает — при активном участии пациента — определённое чувство, переживание или симптом, которые нужно «поставить на якорь».

Большое значение при определении переживаний пациента имеют невербальные признаки. Зная «ключи доступа» к внутренним процессам, например — паттерны глаз, предикаты речи etc., можно усилить или, наоборот, ослабить эти переживания, а потом «поставить их на якорь».

Техника:

- 1) дать пациенту возможность получить полный и глубокий доступ к нужному переживанию и попросить его подать знак по достижении;
- 2) в момент наиболее полного переживания применить дополнительный стимул, например — прикосновение;
- 3) позаботиться о точном воспроизведении этого стимула в последующем.

*Методика визуально-кинестетической диссоциации* базируется на положении, согласно которому ассоциированное восприятие усиливает остроту переживаний, диссоциированное же — уменьшает. Диссоциированное восприятие метафорически определяется как «чувство по поводу чувства».

Цель методики — лишить переживания их первоначальной — травматической — эмоциональной насыщенности, переводя негативные воспоминания в эйдетических образах (ассоциированное восприятие) в воспоминания в сконструированных образах (диссоциированное восприятие).

В основу методики «маха» положена апелляция к гомеостабилизирующему принципу гедонизма.

Техника:

- 1) определение проблемы или симптома, требующих коррекции;

- 2) сосредоточение и последующее выявление «пусковой» картины (звуков, ощущений, образов и прочего), предшествующей симптому (проявлению проблемы, нежелательному поведению) с использованием приёма диссоциации (вынесением себя за рамки);
- 3) создание второй картины (фактически — «образа достижения») и её пространственная и цветовая композиция;
- 4) собственно «мах»: сперва следует представить первую, «пусковую» картину, большую и яркую, а затем поместить в её нижний правый угол маленькую и тусклую пока вторую картину; после этого необходимо мгновенно заменить большую картину маленькой, сделав последнюю большой, яркой, контрастной; требуются несколько повторений;
- 5) контроль: необходимо вызвать первый — нежелательный образ; эффект считается достигнутым если картина будет тусклой, размытой и удалённой.

**Формы проведения** — преимущественно индивидуальные, что связано с преобладанием диагностических приёмов невербального характера.

**[Клиническое] применение, осложнения и противопоказания**

При очевидных заслугах нейро-лингвистического программирования в плане попытки ассоциации частных [нейро]лингвистически ориентированных методик и психокоррекции, а также в описании отдельных паттернов невербального поведения, метод не может быть рекомендован к широкому применению в клинической практике; в психиатрии же его применение возможно лишь как вспомогательного, и только в клинике невротических расстройств.

Для дальнейшего изучения и развития психотехник нейро-лингвистического программирования в отечественном психотерапевтическом пространстве необходимо решить ряд проблем: во-первых, нейробиологического и нейропсихологического обоснования; во-вторых, адекватной транскрипции понятий и концептов; в-третьих, оценки отдалённых последствий применения метода и некоторых других.

### *Гештальт-терапия*

**Гештальт-терапия** (немецкое *Gestalt* — вид, [целостная] форма; фигура) является синтетическим методом, располагающимся на пересечении психоанализа, психодрамы, телесно-ориентированной [психо]терапии, а также феноменологического и экзистенциального подходов.

**Историко-персонологическая справка**

Гештальт-терапия как метод психотерапии и психокоррекции была предложена F.S. Perls'ом (1893 — 1970) под влиянием идей геш-

гальт-психологии<sup>109</sup>. Представления о психологической значимости «целостной структуры» появились у Фредерика Пёрлса в 1926 году во времена работы с Куртом Гольдштейном в Институте военных мозговых травм. Одновременно он увлёкся психоанализом и проходил анализ у Вильгейма Райха.

В 1952 году Perls основал в Нью-Йорке Институт гештальт-терапии. Широкую известность гештальт-подход приобрёл в калифорнийский период жизни Perls'a в связи со студенческим «контркультурным движением» в США конца 1960-х годов, направленным на поиск новых общечеловеческих и творческих ценностей.

Основные тексты гештальт-терапии — «*Ego, Hunger and Agression: The Beginning of Gestalt Therapy*» («Эго, голод и агрессия: начала гештальт-терапии») (1944) [85]\* и «*Gestalt Therapy Verbatim*» («Гештальт-терапия дословно») (1969) [86]\*.

Области *методолого-философских заимствований* гештальт-терапии — феноменология, экзистенциализм, гештальт-психология, а также психоанализ.

#### Феноменология

Гештальт-терапия ориентируется на концепт-феномен *инсайта* — психологический феномен внезапного, нового и якобы невыводимого из прошлого опыта понимания / постижения существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого осуществляется осмысленное решение проблемы.

Этот концепт-феномен был введён в рамках гештальт-психологии (W. Köhler) в антитезу бихевиористскому понятию «пробы и ошибки»; в первом случае решение проблемы осуществляется мгновенно, во втором же — постепенно, путём длительных поисков. Кроме того, для гештальтистов инсайт (и здесь отчётливо видны черты концептуализации) означает переход к новой познавательной, образной структуре, соответственно которой сразу же меняется и характер приспособительных реакций.

Естественным следствием скудной феноменологической базы является викарирующее развитие понятийно-концептно-го аппарата.

#### Понятия и концепты

Основным для гештальт-терапии является, разумеется, концепт *гештальта*.

Ещё один важнейший гештальт-психологический концепт — «*отношение фигуры и фона*».

Теория гештальт-психологии утверждает, что перцептивное поле спонтанно организуется как совокупность структурированных и зна-

<sup>109</sup> Её представители — Max Wertheimer (1880 — 1943) [87]\*, Kurt Koffka (1886 — 1941) [88, 89]\*, Wolfgang Köhler (1887 — 1967) [90, 91]\* — проводили эксперименты по изучению [структур] психологии восприятия (1910-е годы); позднее Kurt Goldstein (1878 — 1965) [92, 93]\* применил гештальт-теорию в области [исследований] мотивации поведения.

чимых систем. Восприятие некоего целого не может быть сведено к сумме воспринятых стимулов, ибо целое — нечто иное, чем простая сумма его частей. Поэтому для понимания всего поведения или ситуации важен не только их анализ, но и их синтетическое видение в связи с общим контекстом, или *фоном*, на котором происходит событие, или *фигура*. В силу этого полагается, что *контекст* зачастую даёт больше для понимания ситуации, чем текст. Поведение же можно рассматривать как изменение направленности фокуса внимания, его переключение с «фигуры» на «фон», и наоборот.

Согласно идее К. Goldstein'a человек и среда в каждый конкретный момент составляют единое целое (Gestalten), а следовательно, «соотношение фигуры и фона» можно использовать в терапевтических целях для осознания и мотивации человеческого поведения. В момент максимального переживания чувства, являющегося «фигурой», — то есть доминирующего над остальными, — происходит «завершение» гештальта. Если же этого не происходит, то есть гештальт остаётся «незакрытым», возникает «эффект незавершённого действия», или «эффект Зейгарник»<sup>110</sup>, доминирующий и определяющий переживания и поведение человека до тех пор, пока гештальт не будет отреагирован (здесь, очевидно, теория гештальт-психологии приближается к аргументам и апелляциям катартического плана).

Понятие *прегнантность* означает тенденцию каждого психического феномена принимать отчётливую, завершённую форму.

Иные концепты («законы») гештальта — *тяготение частей к образованию симметричного целого, группировка частей в направлении максимальной простоты, близости, равновесия* и прочее подобное.

Из экзистенциальной философии (и психологии) в гештальт-терапию пришло понятие «здесь и теперь»: для того чтобы гештальт мог сформироваться, необходима сосредоточенность на настоящем.

Будучи производным выстроенной на экспериментально-психологическом материале концепции, но быстро приобретая черты доктринальности, гештальт-терапия не могла не коснуться проблем персонологии.

#### Структура личности

Представления о [структуре] личности в рамках гештальт-психологии, а вслед затем и гештальт-терапии связаны с самим понятием гештальта. В целом, с известным огрублением можно считать, что личность в персонологических воззрениях гештальт-терапии сведена к совокупности гештальтов (гештальт-процессов) и их функционально-динамическим особенностям.

Профессиональная подготовка состоит в понимании и признании основных теоретических понятий и концептов гештальт-терапии и практики-участия в сессиях.

<sup>110</sup> «Эффект (феномен) Зейгарник» назван по имени Блюмы Вульфовой Зейгарник (1900 — 1988) [94]\*.

### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

В процессе гештальт-терапии терапевт ведёт себя активно, но не директивно, и не влияет на выбор направления работы. Он полностью находится в распоряжении пациента, внимательно сопровождая его на выбранном самим пациентом направлении. Роль психотерапевта состоит скорее в том, чтобы предоставить возможности и поощрить, нежели проанализировать происходящее и заставить пациента выполнять свои указания.

Таким образом, гештальт-терапевт и его пациент всегда остаются партнёрами, участвующими в паритетных отношениях, — такова основная позиция гештальт-подхода в отношении стилистики поведения психотерапевта.

[Психо-]физиолого-теоретические обоснования гештальт-терапии как таковые не проговорены — по причине редукции представлений о пато(сано)генетических механизмах до понятийно-концептуального поля гештальт-процессов.

### Механизмы пато(сано)генеза

В представлениях гештальт-терапии синдромогенез как таковой является следствием незавершённых гештальтов (определённого — критического — уровня). Этот процесс непрерывен — интеракции с окружающими ведут к формированию всё новых гештальтов.

Симптом рассматривается как способ общения человека, выбранный им язык, поэтому клиента внимательно выслушивают и поощряют к максимальному самовыражению, используя технику *амплификации* (усиления). Таким образом, симптом становится «входными воротами», позволяющими осуществить более глубокий контакт [с личностью].

Большую часть времени человек концентрируется на своих фантазиях и представлениях и не находится в контакте ни с собой (не осознаёт себя, не чувствует своего тела, его частей), ни с внешним миром (не воспринимает цвета, запахи, вкусы, звуки). При выраженной, обсессивной концентрации на этих фантазиях речь идёт о «невротическом» пациенте.

Стрессовые переживания оставляют в организме специфические воспоминания в виде «телесной брони», — то есть своеобразного сопротивления, выражающегося соматически. Гештальт-терапевт с помощью специальных приёмов может помочь пациенту осознать эти «мышечные зажимы» и начать работу по освобождению от них.

Для ограждения «Я» от тенденций нарушения самоидентификации возникает система психологических защит, снижающая опасность до допустимого для переживания уровня, — субъект перестаёт слышать и замечать то, что его раздражает. Гештальт-терапевт совместно с пациентом выявляют защиту, — которая скрывает проблему, — и начинается работа по осознанию, освобождению от защит, что приводит личность к своеобразному «пробуждению».

В качестве основных видов психологической защиты в гештальт-терапии выделяются *слияние, ретрофлексия, эгоизм, дифлексия, интроекция, проекция*.

При *слиянии* нарушается граница между «я» и «другим»; употребляется местоимение «мы» вместо «я» («Все мы сейчас раздражены»).

При *ретрофлексии* происходит смещение границы контакта «на свою территорию», и человек наносит себе тот вред, который он хотел бы причинить другим; например, вследствие переживания гнева или обиды при невозможности их выражения нарушается ряд вегетативных процессов, результатом чего являются различные психосоматические заболевания.

Разновидностью ретрофлексии можно назвать *эгоизм*; формулировка: «Вроде бы всё хорошо, но ни от чего не получаю удовольствия».

Для *дифлексии* характерно изменение направления энергии, что в рамках вербальной активности проявляется в ответах вопросом на вопрос.

При *интроекции* индивид делает то, что ожидают от него другие, — не критично, без обработки интериоризируя взгляды, установки, мнения окружающих.

Перенос своих чувств, качеств и установок на других определяется как *проекция*.

Так как целью гештальт-терапии являются не столько формирование понимания, анализ или интерпретация событий, поступков или чувств, сколько направленное осознание того, как функционирует индивид, как протекают процессы его приспособления к окружающей среде, интегрирования актуального опыта, как проявляются избегания и механизмы защиты («сопротивления»), то основным саногенным терапевтическим воздействием полагается отношение терапевта, его умение «взрастить» терапевтическое пространство, способное принять всю необычность и инаковость пациента.

*Диагностические приёмы* в рамках гештальт-терапии направлены исключительно на диагностику нарушений гештальт-процессов, — главным образом психических, поведенческих и физиологических коррелятов незавершённых гештальтов.

Поскольку гештальт-терапия стремится к «холистичности» (направлена на достижение «целостности»), её целью является не «излечение», «исправление», «коррекция» каких бы то ни было расстройств, а поддержание и укрепление общей гармонии и самочувствия в широком смысле, развитие личности и прочее.

В практике гештальт-терапии высоко ценится право человека быть непохожим на других; такие представления сопряжены с понятиями личностного роста, развития человеческого потенциала, — что принципиально отличается от «нормализаторских» концепций, нацеленных на социальную адаптацию<sup>111</sup>.

<sup>111</sup> Согласно высказыванию К. Goldstein'a, норма должна определяться не способностью к адаптации, а, наоборот, способностью изобретать новые нормы.

### Процедуры и техники

Гештальт-анализ имеет три основные составляющие: «актуальность — осознанность — ответственность».

Терапевтический сеанс нацелен на одного человека, а группа используется для поддержки в целях амплификации.

Терапевт во время терапевтической сессии помогает повторно пережить «незавершённую» ситуацию из прошлого или встретиться лицом к лицу с неуверенностью в завтрашнем дне.

В гештальт-терапии сочетаются и интерферируют множество различных как вербальных, так и невербальных методик и техник, направленных на сенсорное восприятие, сновидения и воображение, выражение эмоций, а также креативные техники, психодрама, дыхательные упражнения и прочее.

Хотя в практике гештальт-терапии используются определённые феноменологические техники, называемые «играми» или «упражнениями», суть гештальт-подхода состоит в его общем духе, который оправдывает существование этих техник.

Итак, технические процедуры в гештальт-терапии называются *играми*. Они представляют собой разнообразные действия, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Игры предоставляют возможность экспериментировать с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляют себя со значимыми чувствами и переживаниями, «отчуждёнными частями» личности и интроектами.

Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание — это то, что происходит, когда «закрывается» гештальт; по мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит и прояснение интеллектуальное.

Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные.

«*Совершение кругов*». Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, — например, выяснить, как его оценивают другие, что о нём думают, или же выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

«*Незаконченное дело*». Полагается, что любой незавершённый гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения; по существу, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных, в частности, с их родственниками, родителями. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью приёма «пустого стула» высказать свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен(а)...»

*Проективная игра*. Когда пациент заявляет, что другой человек испытывает некое чувство или имеет определённую черту характера, его просят проверить, не является ли это проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию», то есть примерить на самого себя это чувство или черту. Так, пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых чувств или черт.

«*Выявление противоположного (реверсия)*». Явное поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания скрытых желаний и противоречивых потребностей пациенту предлагается разыграть роль, противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Такой приём позволяет достичь более полного соприкосновения с теми чертами характера, которые прежде были скрыты.

*Упражнения на воображение*. Они иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений популярна игра типа «Старый (заброшенный) магазин». Пациенту предлагается закрыть глаза, расслабиться, а затем представить, что поздней ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные — но, если заглянуть, можно заметить какую-то вещь. Пациенту предлагают тщательно её рассмотреть, а затем отойти от витрины и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, а также ответить на вопросы: почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование и подобные. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Главные принципы, лежащие в основе техник и процедур гештальт-терапии, продиктованы феноменологическим подходом.

*Принцип «сейчас»* — функциональная концепция непосредственного действия (например, акт воспоминания далёкого прошлого признаётся частью настоящего).

*Принцип «непосредственного общения»* — направленность высказываний на конкретное лицо, адресность сентенций.

*Принцип «субъективизации высказываний»* — перевод семантических структур [речи] из страдательного залога в активно-деятельностный контекст.

*Принцип «континуума сознания»* — концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний, подразумевающая отказ от интерпретаций (и обдуманых вербализаций).

**Формы проведения** гештальт-терапии — малая группа (2 — 3 человека), 1 — 2 раза в неделю.

Полагается, что контекст использования гештальт-терапии довольно широк: в индивидуальной терапии, в терапии пар, в семейной, в групповой терапии и в «группах личностного роста»; в учреждениях — как медицинского, так и образовательного характера, на предприятиях.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Гештальт-терапия декларируется как подход, применимый не только к страдающим от соматических или психических расстройств, но и к тем, кто испытывает трудности экзистенциального плана (конфликт, разрыв отношений, одиночество, траур, безработица и прочее). Кроме того, указывается, что гештальт-терапия обращена ко всем, кто стремится выявить и развить свой потенциал, перейти от обыденного существования к максимальной полноте жизни, к новому качеству бытия.

Прочное место гештальт-подход занял в бизнес-консультировании как отдельных предпринимателей, так и организаций.

Сам же Perls подчёркивал, что речь идёт о «терапии нормальных людей».

Однако, невзирая на конъюнктурные декларации, реальное применение гештальт-терапии в клинике исчерпывается эффектами *групповой терапии* (последняя будет рассмотрена ниже).

### Групповой анализ

**Групповой анализ** (или *групповой психоанализ*) как метод психотерапии представляет собой *психоанализ групп*, которые рассматриваются в качестве целостных образований — со своим собственным коллективным бессознательным; занимающая отдельную терапевтическую нишу, групповой анализ имеет свои традиции и, соответственно, специфическую теорию, технику и показания к применению.

#### Историко-персонологическая справка

Термин «групповой анализ» предложен американским психоаналитиком Т. Burrow (1875 — 1950) [95, 96]\*, который в 20-е годы XX века начал проводить перекрёстный анализ с коллегами по работе (в эту группу зачислялись и студенты университета). Экспериментируя с коллективной моделью, участники исследовали влияние группы на процессы идентификации, — не считая, однако, что подобная процедура может иметь какой-либо терапевтический эффект.

В начале 1930-х годов подобные эксперименты проводили: L. Wender [97]\* (психоаналитические и психопатологические интерпретации

в школьных классах), P. Schilder (1886 — 1940) [98, 99]\* (группы пациентов, которые проходили у него индивидуальный анализ), A. Wolf (род. в 1907) [100, 101]\* (первый теоретически обработанный опыт группового психоанализа), S.R. Slavson (1890(1) — 1981) [102 — 105]\* (группы с детьми и подростками).

Впрочем, эти первые попытки к групповому анализу, в современном его понимании, можно отнести лишь с долей условности, поскольку предпринимались они или в виде теоретического «индивидуального анализа в группах» (Т. Burrow, L. Wender, A. Wolf), или даже без достаточного психоаналитического или психокоррекционного опыта (S.R. Slavson).

Терапевтический подход, направленный на групповое преодоление болезненных проявлений, возник в США в рамках движения групп самопомощи — «Анонимных Алкоголиков», или «АА-групп» (май 1935 года).

Интересен следующий малоизвестный факт: один из основателей «АА-групп» (R.H. Smith (1879 — 1950), хирург по специальности)<sup>112</sup> консультировался накануне с С.G. Jung'ом, у которого ранее — недостаточно, впрочем, успешно — проходил индивидуальный анализ по поводу алкоголизма. Вместе с рекомендациями С.G. Jung'a «АА-группы» позаимствовали его теоретические взгляды. С этими взглядами в практику проникли идеи *групповой динамики* как базового процесса.

Опыт работы «АА-групп» нашел в Англии иное выражение<sup>113</sup>.

В Европе первые группы носили социально-адаптирующий характер. J. Bieger [106]\* организовал психотерапевтические клубы для стационарных и амбулаторных пациентов. Он оттачивался от концепции групповой работы, предложенной А. Adler'ом (1933): готовность к социальной интеграции и кооперации, основой которой является «чувство общности», позволяет каждому индивиду-участнику преодолеть «комплекс малоценности». Подобную идеологию развивал и М. Jones (1907 — 1990) [107, 108]\*. Позднее, в соавторстве с W.R. Bion'ом (1897 — 1979), им была предложена терапевтическая модель «Норфилд» («Northfield»).

Поворотным пунктом в истории группового анализа стал послевоенный опыт «Тависток»-школы (W.R. Bion [109]\*, J. Rickman (1891 — 1951) [110]\*, H. Eziel [111]\*, J.D. Sutherland (1905 — 1991) [112]\* и другие).

Bion начал психотерапевтическую работу с солдатами «без ведущего», в виде специфической формы самопомощи. Совместно с Rickman'ом «терапевты» открыто сопоставляли собственные невротические проблемы с подобными у солдат.

Лишь после Второй мировой войны, под влиянием теоретических разработок М. Klein, школа «Тависток» впервые внедрила в терапевтический процесс концепцию анализа «группы как целого».

<sup>112</sup> Другой основатель «АА-групп» — W.G. Willson (1895 — 1971) — инициировал концепцию «Двенадцать шагов».

<sup>113</sup> Указаний на то, что американский опыт работы с группами был известен в Европе, нет, — следовательно, процессы развития группового анализа на обоих континентах можно рассматривать как параллельные. Ведущими для группового анализа в США являются концепции Н. Kohut'a (1913 — 1981) [113, 114]\* и О.F. Kernberg'a (род. в 1928) [115]\*.



С этих пор групповой анализ получает своё собственное методическое, а затем и теоретическое обеспечение.

Начиная с 1942 года, в Лондоне инициированы ещё четыре группы. Их составляют индивидуальные пациенты S.H. Foulkes'a (1898 — 1976) — эмигранта из Германии (1933). Эти группы сразу же начали работать в психоаналитической конвенции, с чётким определением роли ведущего. Наглядно ознакомленный с опытом американских коллег (в частности, L. Wender'a), Foulkes называет свой метод «групповым анализом» и предлагает собственный подход. Благодаря теории, которая выростала непосредственно из терапевтической практики, этот подход к концу 1950-х годов стал, с интеграцией опыта других школ, базовым [116, 117]\*.

В поздние послевоенные годы групповой анализ обрёл своих приверженцев в Голландии и Франции, а затем и в Германии, Австрии и Швейцарии. В начале 1970-х годов в Лондоне было основано «Group-analytic Society»; в Европе и США групповой анализ постепенно приобретает статус отдельного психотерапевтического (и образовательного) метода. Благодаря этому создаются специализированные институты, где кандидаты имеют возможность получить последипломную квалификацию «групповой аналитик».

Теоретико-методологические влияния, испытанные групповым анализом, очевидны — это классический [индивидуальный] психоанализ; ещё одним источником являются социально-психологические теории и концепции (теория ролей, теория «малых групп» и некоторые другие).

#### Методолого-философские заимствования

Групповой аналитико-терапевтический процесс не был сферой специальных интересов S. Freud'a; его работы «*Totem und Tabu*» («*Totem и табу*») (1913) [118]\* и «*Maßenspsychologie und Ich-Analyse*» («*Массовая психология и анализ Я*») (1921) [119]\* относятся к прикладному анализу. Вместе с тем Freud обнаруживал потребность в апробации своих взглядов в более широком социальном контексте. В «*Totem und Tabu*» он предлагает свой комментарий к этнологическим исследованиям, которые в конце XIX — начале XX столетий переживали настоящий бум. Freud, de facto, настойчиво ищет подтверждений «эдипова» сюжета в так называемых «первичных» культурах. Для него такое подтверждение означает: во-первых, объективность [существования] и универсальность «комплекса Эдипа» для всех форм цивилизованного общества; во-вторых, глубинность корней этого комплекса — как феномена «коллективного бессознательного». Freud, очевидно, не мог не понимать, что «открытый» им «комплекс Эдипа» является всего лишь мифологемой, — которая, наряду с другими, может иметь множество интерпретаций (об оценке этих представлений Freud'a уже говорилось выше).

В *тотеме*, символе магического подчинения божеству, и *табу* — категорическом запрете — Freud увидел возможность конъюнктурной редукции групповых отношений до «базовых треугольников»: отношений «женщина — дети — отец». В «первичных» кланах выра-

жено суровое избегание *инцеста*. Система табу включала также *запрет на убийство отца*, нарушение которого закономерно сопровождалось мощным чувством вины и страхом перед наказанием. В развитых цивилизациях эти первичные регуляторные эмоции и соответствующие принципы становятся, согласно Freud'u, *интроектами эдиповой фазы* и выявляют себя в форме обобществлённого чувства совести, конкуренции и моральных «императивов».

Два следующих социальных феномена — *лидерство* и *подчинение* в иерархических сообществах — Freud старается разрешить в работе «*Maßenspsychologie und Ich-Analyse*». Предметом исследования являются жёстко организованные структуры — церковь и армия<sup>114</sup>. На примере последних Freud описывает процесс выработки либидинозной привязанности всех членов сообщества к личности вождя. Объяснение Freud'a таково: каждый член иерархии делегирует функции своего «Super-Ego» (здесь — поддержки, контроля и наказания) на вершину иерархии, что чаще персонифицирует единовластный лидер. В психодинамическом смысле описанный механизм является почвой для формирования коллективного «Ego-идеала», то есть идеализированного образа лидера. Следует, однако, иметь в виду, что любой процесс идеализирования носит защитную функцию. В случае коллективного «Ego-идеала» эта функция характеризуется выраженной склонностью к регрессии, когда общество стоит перед угрозой потери вождя. Такая регрессия является специфической, поскольку её проявления распространяются одновременно на всё общество. Коллективный «Ego-идеал» даёт возможность компенсировать страх или даже панику при «падении» лидера. На осознаваемом уровне речь идёт о чувстве сплочённости и необходимости устранить межличностные недоразумения. Глубокой потребностью, однако, является групповое желание иметь могущественную фигуру «отца» и, вместе с тем, обеспечить одну из наиболее базовых потребностей быть защищённым.

Регрессивность поведения в обществах со строгой социальной иерархией имеет и обратную сторону. Полагается, что коллективная регрессия означает снижение уровня самоконтроля, рефлексивной способности (здесь — взвешенного обдумывания), а главное — творческих начинаний. При значительном падении этих функций группа может приблизиться к позиции бредовой интерпретации окружающего мира (так называемая «шизоидно-параноидная позиция», по M. Klein). Если же общество удерживает баланс между иллюзией полной защищённости со стороны «Ego-идеала» и реальным состоянием вещей, то результирующим компромиссом будет формирование сверхценной позиции в виде коллективной идеологии.

В монографии «*Das Ich und die Abwehrmechanismen*» («*Я и механизм защиты*») [121]\* A. Freud (1895 — 1982) описывает идентификацию с агрессором, с одновременным развёртыванием ситуации против собственного «Я» (Selbst). Как раз этот механизм регулярно проявляется

<sup>114</sup> Годом раньше (1920) W. McDougall (1871 — 1938) публикует монографию «*The Group Mind*» [120]\*, — где психологические студии церкви и армии открывают поле для других исследователей.

в группах, а также в институционализированных коллективах и «командах» в виде регрессивных тенденций типа «расщеплений» и «проекций», или, иными словами, — в виде поиска внешних врагов, создания внутрigrупповых коалиций, продуцирования интриг и тому подобного.

Важное значение имеет концепт-*феноменология* общепсихологической теории и практики, а именно — *сопротивление, защита, перенос, контрперенос*; проработка материала переживаний и прочее. Поскольку эти аспекты в значительной мере перекликаются с аналогичными в рамках индивидуального психоанализа, предмет особого рассмотрения составляют нюансы их функционирования в группах.

Понятия и концепты группового анализа — если оставить классические представления психоанализа и рассмотренные выше «групповые» представления Фрейд'a — обнаруживают выраженную зависимость от теоретика-исследователя; в остальном они оформлены в целостные понятийно-концептуальные платформы.

#### Понятия и концепты

Наиболее известными являются концепции W. Bion'a и Foulkes'a<sup>115</sup>, а также *гёттингенская модель*.

Теоретические положения Bion'a важны не только в историческом плане. С теми или другими трансформациями они применяются в групповом анализе и сегодня, в особенности в группах с массивными регрессивными проявлениями. Подобно всем последователям M. Klein, Bion концентрирует своё внимание на наиболее ранних нарушениях коммуникаций и поведения и, соответственно этому, на самых глубоких основах поражения [чувства] собственной целостности. В терминологии M. Klein выраженные формы регрессии проявляют себя через тревогу и / или страх «психотического уровня», то есть состояний, в которых человек переживает угрозу потери собственной индивидуальности или независимости. Этот уровень — «шизоидно-параноидной» и следующей за ней «депрессивной» позиции — отвечает *превербальному* периоду развития ребёнка (первый год жизни) и характеризуется появлением способности к символизации<sup>116</sup>. В концепции группового анализа Bion рассматривает любую

<sup>115</sup> Эмигрировав в Англию, он сменил имя согласно английскому произношению — Foulkes. В среде же групповых аналитиков остаётся известным как Фукс (Fuchs).

<sup>116</sup> «Символ» в широком понимании слова означает «знак», выражающий совокупность разных, чаще ассоциированных между собой смыслов. Однако значение греческого *символη* может иметь отношение к коммуникации. Тем самым способность символизировать отображает двойственный процесс, а именно — общение на уровне знаков, не обязательно словесных, но, напротив, широкого спектра действия.

группу в двух планах. Психические проявления регрессивного (глубокого бессознательного) уровня отвечают фрейдовским *первичным процессам*, которые регулируются *влечениями* (Trieb'ами), *принципом удовлетворения* непосредственных потребностей. На этом уровне любая общность людей функционирует как *базово-позиционная группа* (basic assumption group). В переживаниях поверхностного (осознанного) уровня отображаются *вторичные процессы* (мышление, целесообразное поведение); они формируются под влиянием требований реального внешнего мира. Такой уровень Bion определяет как *рабочую группу* (work group). Названные уровни находятся в постоянном динамическом противостоянии; их взаимодействие проявляет себя в виде эмоционально-аффективной регуляции. С одной стороны, начальные неструктурированность и неясность отношений в группе вызывают у участников неосознанные беспокойство и тревогу, стимулируя их к поиску «интуитивных», неосознаваемых форм самоорганизации перед лицом опасности, безнадёжности или безысходности. Одновременно сознательное поведение и «работа» в группе блокируются эмоциональным напряжением, которое и возникает в силу указанных причин: трудностей в выработке группой компромиссных форм защиты.

Bion выделяет три *базовые позиции*, которые формируются при взаимодействии двух уровней функционирования группы: *зависимость* (dependency), *борьба и бегство* (fight-flight), *образование пар* (pairing). Названные позиции большей частью остаются неосознаваемыми, указывают на уровень регрессии группы и являются предметом проработки.

Особенностью динамики групп Bion'a является высокое «давление» желания участников достичь конформного поведения при выраженной глубинной склонности к регрессии в сторону деиндивидуализации и дезинтеграции.

Очевидно, что в условиях, когда членам группы приходится думать о самосохранении и заниматься «жизненно важными» переживаниями, им вроде бы нет резона проникаться такими банальностями, как рассказ о собственных жизненных коллизиях или обмен информацией о симптомах, — на это не остаётся ни места, ни времени. Отсюда и исходит главный принцип концепции Bion'a, согласно которому объектные отношения в группе формируются не столько между отдельными участниками, сколько между группой в целом и аналитиком. Иначе говоря, «драматургия» группового анализа, согласно Bion'u, разворачивается в надындивидуальном поле, где подавляющее большинство интервенций и интерпретаций направляется аналитиком на группу как целостность; лишь через анализ групповой ситуации участники имеют шанс отработать свою частную, делегированную в общий процесс, актуальную в данное время часть переживаний. Поэтому для аналитика в группе Bion'a важными являются не только вербальные «явные» и сознательные коммуникации, но и невербальные способы поведения, или так называемая «сценическая панорама».

Неясным, однако, для групп этого типа остаётся целый ряд вопросов: одинакова ли регрессия участников по темпу и глубине для всей

группы; отображает ли бессознательный (basic assumptions) уровень функционирования группы одинаковую картину психопатологии, нарушений идентичности и конгруэнтности участников; наконец, — могут ли такую группу одновременно составлять участники с невротическим, эдипальным, личностным и психотическим (ранним) уровнями поражения?

На эти вопросы предпринимаются попытки сформулировать ответ в современных концепциях «аффективного» компонента (D.N. Stern [122]<sup>\*</sup>) онтогенеза. В настоящее время принято считать, что кляйнианское направление наиболее эффективно «работает» в группах пациентов с глубоким ранним поражением и серьёзной, близкой к психотическому регистру (или даже психотической), симптоматикой, с явными нарушениями «Я-идентичности». Продолжением этого направления является подход, предложенный Е. Jacobson (1897 — 1977) («*The Self and the Object World*» [123]<sup>\*</sup>); в рамках этого подхода можно относительно непротиворечиво объединить наработки психоанализа 1960-х годов: *теорию объектных представителей* (M.S. Mahler (1897 — 1985) [124, 125]<sup>\*</sup>), *концепции ранних нарцисстических поражений и нарушений «Я-идентичности»* (Е.Н. Erikson (1902 — 1994) [126]<sup>\*</sup>). В теоретическом и практическом смысле опыт этой линии группового анализа отстаивают D. Sandner [127]<sup>\*</sup>, D. Ohlmeier [128]<sup>\*</sup>, U. Finger-Trescher [129]<sup>\*</sup>.

Групповой анализ в понимании и видении S.H. Foulkes'a, благодаря своей универсальности и собственным теоретическим разработкам, является базовой моделью, — по меньшей мере для европейского психоаналитического сообщества.

В основу своего видения Foulkes кладёт понятие «трансперсональной групповой матрицы». В действительности Foulkes опирается в своей теории на два источника:

а) гештальт-психологию (Wertheimer, Goldstein etc.), — шестуя параллельно с развитием теории поля К. Lewin'a [130]<sup>\*</sup>;

б) этнопсихологию McDougall'a, из которой заимствует понятие «дух группы»<sup>117</sup>.

Названные источники понятия «матрица» позволяют сегодня лучше понимать широту границ применения группового анализа. Сама по себе матрица, будучи «конденсатором» индивидуальных переживаний в единое, тесно переплетённое коллективное бессознательное, одновременно отображает все важные пласты функционирования группы: *персональный* (каждого отдельного участника), *трансперсональный* (взаимодействия и взаимосвязи участников), *целостно-групповой* («базовых позиций» Bion'a), *социальный* (семья, институ-

ция, социум, этнос). Поэтому внедрение в концепцию группового анализа понятия «матрица» имеет ещё более широкое теоретическое и методологическое значение, а именно — признание за индивидуумом фундаментальной потребности в *общении и социальной «уязвимости»*. Интрапсихическая динамика отдельных участников происходит в группе, согласно Foulkes'у, лишь на уровне интерперсональных [концепт-] феноменов и проявляет себя в качестве *множественных переносов*. Соответственно, групповое действие («актуальные групповые отношения», по Foulkes'у) отражает мультиперсонную сеть (multipersonal network) психических конфликтов. Таким образом, участники группы являются своего рода «опорными пунктами» этой общей сети; они одновременно и продуцируют матрицу, и выражают своими переживаниями — каждый в отдельности — коллективное бессознательное группы. Потому, как считает Foulkes (и большинство современных аналитиков), высказывания в группе *не имеют и не могут иметь формы свободных ассоциаций*. Их надлежит рассматривать как *свободно плавающие дискуссии* (Foulkes, 1948), что каждый раз всё больше центрируются вокруг непосредственных отношений в группе («теперь»). Благодаря этому матрица создаёт безопасное поле для *прямого* выражения конфликтов — носителей всей гаммы классических психоаналитических проявлений: сопротивления, защитных механизмов, множественных переносов и соответствующих форм регрессии.

Понятно также, что анализ группы в модели Foulkes'a происходит поочередно в двух направлениях: или в сторону целостной матрицы, когда интервенции и интерпретации ориентированы на вопрос «Как и что происходит в группе?», или же в направлении отдельных участников, — то есть реконструкции персональных переживаний. В первом случае ведущий работает с общегрупповым полем, во втором — с фигурами.

Важным вкладом в практическую часть группового анализа является проработка Foulkes'ом таких вопросов, как: «рамочные условия» (сеттинг), показания к терапии, состав и размеры группы; продолжительность, частота встреч и завершение работы; возможности объединения индивидуальной и групповой терапии, а также роли и функций ведущего (см. ниже).

Среди признанных моделей психоаналитической групповой психотерапии необходимо также назвать упомянутую выше *гёттингенскую модель*, проработанную рядом немецких авторов (А. Heigl-Evers, F.S. Heigl, 1973 [131]<sup>\*</sup>; К. König, 1991 [132]<sup>\*</sup>, и некоторые другие). Главным отличием этой модели является принцип подчинения групповой тактики различным типам болезненных проявлений или проблем участников. Технические и позиционные варианты касаются всех возможных аспектов группового анализа.

К. König указывает следующие вариативные отличия.

«*Прозрачность*» (транспарентность) терапевта — может простираться от максимальной нейтральности до обнажения своих актуальных переживаний и эпизодов собственной биографии.

*Способ коммуникации ведущего* — либо с преобладанием метафорических, либо непосредственно описательных, или даже «естественных» разговорных компонентов интервенции.

<sup>117</sup> Впрочем, если непосредственная связь концепции Foulkes'a с гештальт-психологией является общепризнанной, то ссылок на влияние монографии McDougall'a «*The Group Mind*» современная литература избегает. McDougall ещё до Freud'a приводит детальные характеристики коллективных бессознательных и полусознательных феноменов типа «группового самознания», «групповой идеи» и «лояльности», «группового чувства и морали». И хотя сам Foulkes, рассматривая понятие «групповой матрицы», не упоминает работу McDougall'a, его трактование особенностей «духа группы» явным образом указывает на родство взглядов этих авторов.

*Структурирующие аспекты терапевтического поведения* таковы. Влияние ведущего на членов группы может быть достаточно директивным: в частности, когда он, например, чётко декларирует свои ожидания в отношении участников. Однако терапевт может добиться такого же эффекта благодаря своим возможностям невербальной коммуникации или гибкости в использовании собственной «прозрачности».

*Распределение терапевтической работы между терапевтом и пациентами* может колебаться от полюса, на котором ведущий группы принимает на себя большую часть нагрузки, до полюса, где значительная роль отводится самим участникам (концепция Foulkes'a).

«Поле» восприятия терапевта, будучи «многоплоскостным», может распределяться в различных направлениях. В определённые моменты ведущий обращает внимание на те феномены, которые опровергают или подтверждают его теоретические взгляды и непосредственное видение группового процесса. Терапевт может менять «угол зрения», воспринимая на переднем плане общегрупповую сцену, — либо концентрироваться на отдельных, острейших интеракциях, или же сосредоточиться на некоторое время на отдельных проблемах.

*Выбор теоретических обоснований* следует рассматривать не как эклектическое «размывание» избранной аналитиком концепции, а как возможность лучше понимать и объяснять различные феномены с разных points de vue.

Факторы «рамочных условий» (setting'a) — прежде всего такие, как частота занятий группы, продолжительность одного «часа», амбулаторный или стационарный варианты работы, и прочие, — могут испытывать определённые видоизменения в зависимости от конкретных и чётко обоснованных потребностей группы.

Приведённые модификации можно распространить на любые другие параметры групповой терапии. Важным, однако, является соблюдение терапевтом соответствующего концептуального «стиля» работы.

Гёттингенская модель предусматривает два варианта глубины проработки курируемых расстройств. *Психоаналитически-ориентированный* стиль не допускает глубокой регрессии в группе, фокусируется на пресознательных (pre-conscious) переживаниях, позволяет и прямые директивные, и недирективные интервенции и направлен на преодоление личностных, характерологических и невротических проявлений. *Анализ в группах* (интеракционный подход) допускает массивные регрессивные сдвиги, является недирективным, концентрируется вокруг бессознательных (unconscious) процессов и применяется для проработки расстройств широкого спектра.

**Структура личности** в рамках группового анализа рассматривается исключительно сквозь призму групповых феноменов и процессов.

Вопросы профессиональной подготовки, личности, стилистики поведения терапевта (ведущего) традиционно — как и для всех психоаналитически-ориентированных методов — играют важную роль.

### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Для группового анализа Foulkes предлагает рассматривать терапевта в амплу «ведущего-поводыря» (conductor). Его роли лучше всего отвечает образ дирижёра, одновременно следящего за многими «партиями», старающегося удерживать участников группы в едином дискуссионном «звучании».

Групповой аналитик должен иметь базовые психоаналитические знания или, как указывает Foulkes, ориентироваться в практических аспектах индивидуальной психотерапии. Обязательным вместе с тем является специальное групповое аналитическое образование.

Следующие три вопроса кратко отображают позицию ведущего в группе: кем является терапевт? кого он представляет? что он делает?

Ответы на сформулированные Foulkes'ом вопросы составляют сегодня отдельный теоретико-технический раздел группового анализа.

Главные положения его таковы:

- *соблюдение границ*: умение обеспечить защищённое и надёжное пространство для переживаний пациентов и одновременно не давать им превратить группу в место бегства от реального мира (конфронтационная «выдержка» терапевта);
- *абстинентность*: способность сохранять собственную идентичность при одновременном удержании себя от использования группы как способа проработки своих проблем;
- *«прозрачность»*: готовность терапевта быть искренним в конкретных ситуациях, которые требуют этого (селективная аутентичность);
- *нейтральность*: способность сохранять доверие к переживаниям пациентов при максимальном воздержании от оценивающей установки;
- *активность*: умение поддерживать в группе творческую атмосферу, прежде всего в рече-символической форме её выражения;
- *«сценическое видение»*: способность распознавать латентный, то есть скрытый за фасадом дискуссий и манифестного содержания, смысл (герменевтичность);
- *«свободно плавающее» внимание и эмпатия*;
- *«чувствительность» к переносам*: умение распознавать все варианты эмоциональных и неосознаваемых отношений участников к себе самому;
- *анализ контрпереносов*: способность конструировать групповую ситуацию при максимальном осознании собственных мотиваций;
- *фрустрирующая стабилизация*: способность поддерживать в группе стабильность переживаний при наличии конфронтации, неудовольствия, агрессии или других проявлений фрустрации.

[Психо-]физиолого-теоретические обоснования группового анализа лежат в поле обще-психоаналитических и, отчасти, гештальт-терапевтических представлений, но отличаются определённой — главным образом «групповой» — спецификой; с

ней связано формирование концептов «матрицы», «духа группы», а также противопоставленных традиционным *свободным ассоциациям* техник «свободно плавающих дискуссий» и многих других.

#### Механизмы пато(сано)генеза

Интрапсихические проявления, подобные тем, что обнаруживаются в аналитических группах и на которые направляются терапевтические усилия, в целом не отличаются от таковых в индивидуальном анализе. Однако полагается, что в групповом контексте динамические психические процессы подлежат определённым модификациям.

*Структурирование групповых процессов* происходит таким образом, будто участникам изначально известно о распределении бессознательных, пресознательных и осознаваемых пластов переживаний, и они переносят это «знание» на группу в целом.

Так, расщепление отображается в группе в виде её реального разделения на подструктуры, каждая из которых начинает выполнять свою функцию: непрерывного фантазирования и продуцирования групповых ассоциаций (эквивалент Id); рационального осмысления проблем (Ego); контроля и оценки событий в группе (Super-Ego). Если подобные процессы становятся особенно яркими и чётко структурированными, можно говорить о наличии в группе *поляризации*.

*Групповая символизация* отображает символическое распределение ролей и фантазий, в своей совокупности составляющих образ групповой матрицы. На «телесном» уровне участники могут представлять различные «части тела» или даже «органы» целостной группы; на поведенческом — отдельные фиксированные роли; на мировоззренческом — различные жизненные позиции. Указанные уровни символизации могут проявляться как одновременно, так и поочередно, однако распределение ролей всегда происходит таким образом, что все участники вместе воссоздают всю полноту группового переживания-матрицы. Сама же групповая матрица зачастую символизирует «имаго» матери.

Символы, которые участники бессознательно воссоздают в группе, Foulkes называет *персонификациями*.

*Резонанс* как специфический групповой феномен проявляет себя в характерном способе *селективной бессознательной коммуникации*, когда участники с первых минут после провозглашения основного правила работы начинают дискутировать «аналитические» темы. Создаётся впечатление, что всем в группе хорошо известны не только общие положения психоанализа, но даже нюансы аналитических воззрений на психопатологию. (Описанный Foulkes'ом феномен резонанса связывается сегодня с процессами *структурирования* и *регрессии* в аналитических группах и является важным фактором формирования множественных переносов между участниками.)

*Регрессия* в группе проявляется в виде «свободного плавания» в коллективных фантазиях или разнообразных попытках нарушить «рамочные условия». Большинство авторов разделяет мнение о том, что групповая регрессия наступает быстрее и по своим особенностям

достигает значительно более глубоких уровней, чем это имеет место в индивидуальной терапии. Кроме того, регрессивные переживания в группах, формируясь в значительной мере спонтанно, являются менее «управляемыми» и контролируемыми со стороны терапевта. С практической точки зрения это означает, что ведущий группы должен одновременно «видеть» и распознавать как различные формы, так и различную скорость и глубину регрессивных проявлений у участников. Поэтому одной из важных и специфических задач группового анализа является умение «гармонизировать» регрессивные переживания и благодаря этому «отыскивать» главный, общий для всех «матричный» конфликт. Именно в фокусе такого группового конфликта находит своё отражение вся палитра групповых форм психологической защиты и интерперсональных переносов. Соответственно и терапевт может лучше разбираться в базовых контрпереносах и, следовательно, эффективнее обрабатывать групповой конфликт.

*Конфликты и их разрешение* остаются для психоаналитической теории и практики центральным пунктом. В групповом контексте, однако, конфликты представлены особенно широким спектром проявлений, которые можно распределить следующим образом: *типичные формы, темы, инсценировки и проработка групповых конфликтов*.

*Типичные формы групповых конфликтов:*

- между участниками — указывающие на уровень зрелости группы; чем «взрослее» группа, тем выше способность участников воспринимать и прорабатывать интерперсональные конфликты;
- между участниками и ведущим(и): предоставляется возможность выявить главные варианты переносов и контрпереносов;
- между ведущими, — если они радикально отличаются по возрасту или уровню образования, а также в гетерогенных парах, — при условии, что терапевты не сумели достаточно полно отработать свои отношения как представители разных полов;
- специфические конфликты, которые возникают в ситуации, когда индивидуальные и групповые терапевтические сессии проходят параллельно у одних и тех же аналитиков; в таких ситуациях резко возрастает опасность ятрогений, связанная с возможностью бессознательного (со стороны терапевта) перенесения информации из индивидуальных сессий в групповые, или наоборот.

*Типичные темы групповых конфликтов:*

- количество времени, уважение и доброжелательность, которые терапевт может уделить каждому из участников;
- борьба за позицию «помощника» терапевта;
- неосознанная конкуренция за место «самого больного» или «наиболее скомпрометированного», то есть пациента, претендующего на наибольшее внимание со стороны терапевта;
- зависимость и автономия в группе.

*Типичные варианты групповых инсценировок* распределяются по двум главным направлениям.

При первом из них участники отображают свои собственные конфликты в группе как «едином» организме, что на практике выглядит

так, будто все другие члены группы *бессознательно отражают* те или иные аспекты «протагониста». Очевидно, что при этом направлении групповая сцена формируется за счёт всех имеющихся конфликтов, которые тесно переплетаются между собой на различных уровнях и, наконец, приводят к образованию единой, общей для всех участников «панорамы». Любой вариант такого направления следует расценивать как продуктивный.

При втором направлении, когда в групповой динамике преобладают механизмы *проективной идентификации*, возникает угроза трансформации внутриспсихических конфликтов каждого из участников в «нормальные человеческие» межличностные конфликты с возможным продолжением их вне групповой ситуации («отреагирование наружу», Abreagieren, acting-out). В таком случае групповая сцена перестаёт отображать внутренние персональные проблемы и становится «застывшей» ареной межличностных противостояний. Иногда, если участники не имеют достаточной «смелости» вербализовать интраперсональные конфликты (то есть когда неосознанные страхи или тревога подлежат чересчур массивной защите), объектами инсценировок становятся лица вне группы (партнёр, родители, руководители и другие).

Как и в классическом психоанализе, в групповом анализе диагностика всецело сопряжена с терапией и непрерывно сопровождает её, в силу особенностей самой аналитической техники.

#### Диагностические приёмы

Выделяется девять наиболее значимых индикаторных факторов:

- 1) *акцепция* — признание пациентом комфортного самочувствия в группе;
- 2) *альтруизм* — желание помогать другим и принимать поддержку;
- 3) *универсальность* — признание пациентом относительной уникальности собственных проблем и умение видеть её в других;
- 4) *понимание (интеллектуализация)* — достаточный интеллектуальный уровень;
- 5) *реальное видение* — умение распознавать в групповой ситуации настоящее, истинное (а не лишь теоретически сконструированное) собственное содержание;
- 6) *перенос*;
- 7) *интеракция (взаимодействие)* — способность пациента к спонтанным коммуникациям, то есть к выявлению собственного «материала»;
- 8) *перспективный опыт* — способность учиться не только «на себе», но и на опыте, заимствованном у других;
- 9) *свободные ассоциации (вентиляция)* — внутренняя готовность к дискуссии на темы, которые в обычных ситуациях вытесняются.

Foulkes подчёркивает ещё одно: *пациент, без понятного обоснования отказывающийся от групповой терапии, имеет, как правило, неблагоприятный прогноз относительно психотерапии в целом, а в особенности психоаналитической.*

Процедуры и техники группового анализа во многом уже были изложены при написании предыдущих рубрик.

Технологический алгоритм группового анализа в общем приближается к таковому при групповой психотерапии, — здесь ведущую роль тоже играют факторы групповой динамики. Однако для данного метода психотерапии характерна чрезвычайно тщательная проработка так называемых «рамочных условий» (setting), — в силу прежде всего того факта, что группа понимается как (и должна представлять собой) единое целое.

Остаётся коснуться вопроса трансформации «главного правила анализа».

#### Процедуры и техники

Классическим образцом главного, или основного, правила аналитической работы по-прежнему является предложенное Freud'ом: «Высказывайте ... всё, что приходит Вам на ум. Старайтесь вести себя так, будто Вы, например, путешествуете железнодорожным составом и, глядя в окно, описываете другим пассажирам, которые сидят в глубине [купе], всё, что открывается Вашему зору». Формулируя таким образом главное правило аналитической работы, Freud имел в виду введение пациентов в режим *свободного ассоциирования*. Со стороны аналитика этому отвечает состояние *свободно плавающего внимания*, то есть свободного от любых оценок и суждений восприятия всех высказываний пациентов.

В групповом анализе главное правило формулируется в этом же ключе, но следует иметь в виду, что современное понимание данного метода, соответственно концепции Foulkes'a, склоняется к «*свободной интеракции-взаимодействию*» участников (см. выше). Спонтанность высказываний, при всей многомерности событий в группе, возможна только в условиях *свободно плавающей дискуссии*, что является своеобразным эквивалентом *групповой ассоциации*.

Можно предложить следующую формулу: «*В этом месте и в настоящее время Вы имеете возможность высказать все свои мысли, фантазии, воспоминания и идеи, которые Вы переживаете непосредственно, — не обращая внимания на то, насколько целесообразно высказанное Вами.*»

Сведения относительно форм проведения и моделей группового анализа уже приводились выше, — и теперь необходимо рассмотреть вопросы *состава группы* и *рамочных условий*.

#### Формы проведения

По составу группы разделяются на две категории: *гетерогенные* (куда входят неоднотипные по своим особенностям участники) и *гомогенные* (однотипные, — например, невротические пациенты). И хо-

тя на сегодня не существует достаточно убедительных аргументов в пользу той или другой категории групп, всё же практический опыт большинства групповых аналитиков склоняет чашу весов в сторону гетерогенных групп.

Подбор участников в такие группы чаще базируется на предложением Foulkes'ом «принципе Архе-Ноя»: по каждому параметру — диагнозу и симптомам, образованию и социальному статусу, семейному положению, возрасту и полу — надлежит подбирать пару участников-близнецов.

Реже применяется «принцип зеркала»: для каждого участника подбирается противоположный по всем характеристикам тип. Этот принцип, однако, требует детальной диагностики с продолжительным предшествующим собеседованием и не всегда может быть воплощён в чистом виде.

По форме Foulkes различает три варианта групп.

*Открытые группы* рекомендованы для первичного внедрения в групповой анализ «новичков» или для поддерживающей терапии после короткофокусных интенсивных групп. Участники сами определяют время и частоту посещений. Поэтому состав группы не фиксируется, а отбор осуществляется лишь по принципу «желания принимать участие». Главной целью таких групп является общая проработка индивидуальных проблем и поддержание терапевтических отношений. Соответственно, терапевтическая «глубина» групп этого типа незначительна.

*Закрытые группы* формируются для работы с чётко определёнными расстройствами, синдромами или проблемами и с неизменным количеством участников. Их особенностью являются фиксированные начало и конец работы, а также обязательное участие всех членов во всех групповых сессиях, частота которых задана наперед. Указанные условия требуют строгого подбора участников, значительной интенсивности работы, большая часть которой фокусируется на групповом процессе (матрицы). Степень регрессии здесь, как правило, значительна, — что, с одной стороны, оказывает содействие скорейшему углублению, а с другой — требует максимальной технической готовности ведущего. Стандартное время продолжительности работы закрытых групп составляет от 3 до 6 месяцев, но иногда может достигать года и более.

Компромиссом между указанными вариантами являются *полуоткрытые группы* (slow-open). Такой тип групп более всего отвечает практическим возможностям и позволяет избежать трудностей, связанных как с нестрогостью открытых, так и с чрезмерными требованиями закрытых групп. Продолжительность работы полуоткрытых групп может быть неограниченной: её «несущий» каркас может меняться по мере выбытия выздоровевших и прихода новых участников. Неизменными остаются количество членов группы, принцип её комплектования, а также ритм работы. Выбывают из группы либо по желанию, либо в силу мотивированных обстоятельств (переезд, экономическая или ситуационная необходимость завершить терапию и прочее). Подбор новых участников играет в группах этого типа

важную роль, поскольку новоприбывшие не должны нарушать группового баланса.

Если открытые группы находят применение главным образом в амбулаторной и консультативной работе, а закрытые — в стационарной практике, то для полуоткрытых групп возможности реализации весьма широки. Приведённые характеристики групп полуоткрытого типа показывают и их терапевтические преимущества, — в частности, возможность продолжительной проработки широкого круга расстройств. Однако такие группы имеют и свои недостатки. Это, прежде всего, проблемы присоединения и выхода участников, — что порождает, в частности, угрозу существованию, а также усиливает конкуренцию «новых» и «старых» пациентов, обостряет борьбу за лидерство, провоцирует чувства зависти и «близости» к ведущему etc. Более разнообразна и нагрузка терапевта, задачи которого в группах этого типа мультицентричны: работа с целостной матрицей, с интерперсональными отношениями, индивидуальными проблемами, а главное — с различными по глубине формами регрессии, сопротивлению и механизмами защиты.

*Рамочные условия* (setting) включают совокупность факторов, которые определяют *внешние рамки* психоаналитической (в том числе групповой) ситуации.

В групповом анализе, как и в индивидуальном, к самым важным факторам setting'a относятся:

- время, частота и длительность занятий, продолжительность курса терапии, планирование отпусков терапевтов и пациентов, а также сроков завершения групповой работы;
- формы и размеры групп;
- место проведения: стационар, поликлиника, специальные психотерапевтические центры, частный кабинет;
- помещение: постоянное, непостоянное; параметры дизайна;
- форма оплаты<sup>118</sup>: бесплатно (в государственных учреждениях); если с оплатой, то при условиях точного установления её размера и соблюдения контракта (в частной практике).

К рамочным условиям группового анализа присоединяются ещё два фактора:

- способ размещения участников группы: на креслах, на диванах, за столом; закрытым или разомкнутым кольцом и тому подобное;

<sup>118</sup> Оплата в психотерапии, и в частности в психоанализе, имеет не только прагматический, но и технологически-теоретический характер. С одной стороны, оплата обозначает «меру ответственности» пациента и его отношение к терапии, а с другой — выступает эффективным регулирующим фактором установления нейтральных психотерапевтических отношений между терапевтом и пациентом. Проблема оплаты и бесплатного проведения психотерапии, в своё время подчёркнутая Freud'ом, вызывает сегодня особенно острые дискуссии в связи с развивающейся практикой «оплаты третьей стороной» (родителями и другими родственниками, спонсорами, страховыми компаниями etc.).

— концепция проведения группы: с одним или двумя ведущими, с гомо- или гетерогенной парой ведущих, со сменными или постоянными ведущими и прочее.

В широком значении «setting» определяет стабильность и надёжность внутреннего «пространства» психотерапии, то есть границы внешних влияний на аналитическую процедуру. Таким образом, соблюдение рамочных условий даёт возможность создать потенциальное поле группы, которое становится для участников своеобразным «третьим миром». Этот мир — «смесь», состоящая из элементов окружающего реального бытия — общего для всех и понятного всем, а также из отдельных фантазий и переживаний, «спроецированных» в групповую матрицу каждым участником в зависимости от его субъективного жизненного опыта.

Соответственно, рамочные условия, которые определяют границы и возможности потенциального группового поля, выполняют две главные функции:

- *безопасности* в защищённом от внешнего мира пространстве;
- *мягкой травматизации* — специфической провокации фантазий, страхов, неприятных переживаний и прочего, связанных с прошлым опытом и актуализированных «здесь и теперь».

В групповом анализе setting несёт ещё одну важную процедурно-техническую нагрузку, а именно — «водителя ритма» для всех участников группового процесса. Благодаря строгой периодичности занятий setting оказывает содействие *синхронизации* переживаний всех участников группы, а затем облегчает «доступ» к проявлениям групповой матрицы.

Современное «постсоветское» общество имеет ряд объективных особенностей, предоставляющих методу группового анализа определённые преимущества; к этим особенностям относятся:

- ограниченная возможность предоставления индивидуальной психоаналитической помощи;
- глубоко заложенная склонность к коллективным формам переживания;
- сниженная способность к автономным формам поведения, по сравнению с западными обществами;
- культуральная «непривычность» индивидуальной психоаналитической психотерапии.

Практические наблюдения показывают, что пациенты из стран СНГ довольно охотно подвергаются психотерапии в группах, тогда как индивидуально-аналитические систематические сеансы принимаются чаще в качестве эксперимента.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания.

Независимо от социально-культуральных обстоятельств и психотерапевтических стандартов, важным является само признание группового анализа как *самостоятельного и самодовлеющего метода психотерапии*. Этот метод, обладающий всеми позитивными свойствами

групповой психотерапии, показан при всех неврозах и невротических формах развития, переживаниях малоценности (в том числе сексуальной), личностных и психосоматических расстройствах. Групповой анализ является вспомогательным методом терапии расстройств личности различной степени тяжести, антисоциальных нарушений, зависимостей, перверсий, а также малопрогрессирующих форм шизофрении и аффективных заболеваний.

Отдельной проблемой группового анализа остаётся работа больших аналитических групп. В отличие от модели семьи или любой интимно, тесно переплетённой в своих взаимосвязях и интерперсональных отношениях общности, большие группы раскрывают неосознанные аспекты бытия в социуме, закономерности функционирования которого принципиально отличаются от таковых в малых группах.

### Транзактный анализ

*Транзактный анализ* представляет собой психотерапевтический метод, основанный на исследовании и разыгрывании типовых ситуаций, в котором основными психотерапевтическими приёмами выступают *отработка ритуалов, процедур и развлечений*, а также — *жизненных сценариев*.

#### Историко-персонологическая справка

Метод предложил Е. Берне (1910 — 1970). Основные тексты — «*Transactional Analysis in Psychotherapy*» («*Транзакционный анализ в психотерапии*») (1961) [133]\*, «*Games People Play: The Psychology of Human Relationships*» (1964) [134]\* и «*What Do You Say After You Say Hello? The Psychology of Human Destiny*» (1972, посмертно) [135]\* (в переводе объединены в издании: «*Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений*» и «*Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы*» [136]\*), «*Beyond games and scripts*» («*За пределами игр и сценариев*») (1976, посмертное издание) [137]\* и некоторые другие.

В плане *методолого-философских заимствований* транзактного анализа можно обнаружить общеметодологическое влияние философии прагматизма. Очевидно также и определённое влияние теории ролей. Акцептированы идеи (в частности, А. Адлера) о личности как о комплексе интерперсональных отношений.

#### Феноменология

Транзактный анализ ориентирован на концепт-феномен *осознания-инсайта*, который, с учётом [технической] специфики метода, правильнее называть *скрипт-инсайтом*.

В рамках метода предложен ряд понятий и концептов, в которых, несмотря на претензии на специфичность, чётко про-



слеживаются классические психоаналитические идеи и ряд положений бихевиоризма; многие традиционные термины всего лишь по-иному денотированы.

### Понятия и концепты

Одним из основных в транзактном анализе является концепт «ранних решений» (по поводу жизненной позиции). Предполагается, что сформированный под их влиянием «сценарий»<sup>119</sup> сохраняется на протяжении всей жизни; таким путём некие стереотипы, которые когда-то были необходимы для «психологического выживания» ребёнка, влияют на поведение в настоящем, хотя теперь уже большей частью бесполезны.

Под *транзакцией* в транзактном анализе понимается любое взаимодействие (коммуникация) между людьми. Начало транзакции называется *стимулом*, ответ — *реакцией*.

Важным является также понятие «*психологической позиции*», которым определяется отношение индивида к себе и другим в рамках дилеммы «благополучие / неблагополучие»; эта позиция может быть *гармоничной*, или *симбиотической*, *деструктивной*, *депрессивной*, *защитной* и *реалистической*.

Ещё одно понятие транзактного анализа — «*структурирование времени*»; Е. Верне говорил о существовании шести различных способов проводить время в группах (парах): «уход», «ритуалы», «времяпрепровождение», «деятельность», «игры», «интимность».

В транзактном анализе принята традиционная для психоанализа и некоторых других методов культурально-детерминированная трёхкомпонентная структура личности — модель «Его-состояний», или модель «родитель — взрослый — дитя»; подчёркивается, однако, что «Его-состояния» — это не *роли*, а *поведенческие стереотипы* — «феноменологические реальности», — появление, активация которых провоцируется конкретной ситуацией.

<sup>119</sup> «Сценарий», или «жизненный план», сравнивается со спектаклем, который индивид вынужден постоянно играть. Он зависит от позиций, принятых в детстве, и фиксируется в детском «Его-состоянии» через транзакции, происходящие между родителями и ребёнком. «Игры», в которые «играют» люди, представляют собой части «сценариев». Анализ персонального «сценария» является основным содержанием транзактного анализа; осознав свои «позиции» и «игры», индивид может понять — а следовательно, и изменить — свой жизненный «сценарий».

Первоначально, в раннем детстве, «сценарий» пишется невербально, затем дети получают от родителей вербальные сценарные сообщения, которые могут относиться как к общему жизненному плану, так и к различным сторонам жизни: ребёнку предписываются профессиональный «сценарий», «сценарии» маскулинности / фемининности и матримониального поведения, «сценарии» образования, увлечений и прочие.

### Структура личности

Согласно модели «родитель — взрослый — дитя», «Его-состояния» личности таковы: *родитель* (экстеропсихе), *взрослый* (неопсихе), *дитя* (археопсихе).

«Его-состояние» *родитель* инспирировано информацией, полученной в детстве от родителей и других значимых лиц из окружения ребёнка; это наставления, поучения, социальные нормативы, запреты — в целом, правила поведения в различных ситуациях. Для этого состояния характерны определённые высказывания из круга запретов и санкций, долженствования и морализаций, оценочных суждений и опеки.

«Его-состояние» *дитя* ассоциировано с представлениями о детской эмоциональности и, одновременно, конформности (естественность и адаптация). Маркёрами данного состояния признаются высказывания, выражающие чувства, желания, опасения и прочее.

Под «Его-состоянием» *взрослый* понимается способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате собственного опыта, и на основе этого принимать независимые (и адекватные ситуации) решения.

Таким образом, *родитель* — «преподанная концепция жизни», *дитя* — «концепция жизни через чувства», а *взрослый* — «концепция жизни через мышление».

С учётом игрового характера метода, его близости к психокоррекционно-психологической, а не клинической, практике, особых требований к *профессиональной подготовке* не предъявляется. Правила *стилистики поведения* и аранжировки личностных качеств *психотерапевта* сводятся к постулированию дружески-партнёрских отношений типа «психотерапевт — клиент».

В практике транзактного анализа записи терапевта доступны для клиента; для облегчения общения психотерапевта и клиента положения транзактного анализа излагаются на понятном не-специалисту языке.

Транзактный анализ целиком расположен в поле психологически-психоаналитических представлений; таким образом, он не имеет никаких *[психо-]физиологических обоснований*.

### Механизмы пато(сано)генеза

Основными целями психотерапевтического процесса в транзактном анализе являются: ревизия некоторых [личностных] стереотипов в отношении жизненных позиций, достижение осознания непродуктивных стереотипов поведения, препятствующих принятию адекватных [настоящему] решений, а также формирование новой системы ценностей, соотнесённой с собственными потребностями и возможностями.

В транзактном анализе, как и в каждой «аналитической» [психо]терапии, *диагностические приёмы* занимают важное место. Основную их часть составляет анализ *содержания, характера и направленности транзакций*, а также иных концептов — «сценариев», *структурирования времени, игр* и прочего.

#### Процедуры и техники

Транзактный анализ представляет собой «интеракционную психотерапию».

Пациентов обучают основным понятиям анализа (принципы *доступности* и *открытости* метода), пониманию механизмов поведения и причин поведенческих расстройств.

Транзактный анализ включает *структурно-личностный анализ, анализ транзакций, анализ «психологических игр»* и *скрипт-анализ*.

*Структурно-личностный анализ* подразумевает, согласно своему названию, анализ структуры личности.

*Анализ транзакций* — исследование вербальных и невербальных взаимодействий между индивидами.

*Анализ «психологических игр»* позволяет изучить «скрытые» транзакции, призванные приводить к желаемому исходу (выигрышу).

*Скрипт-анализ*, или анализ «сценария», подразумевает изучение индивидуального «жизненного сценария».

В целях обеспечения наглядности в транзактном анализе пользуются графической записью (диаграммой) модели «Его-состояний» [личности] и транзакций. Модель «родитель — взрослый — дитя» графически изображается тремя соприкасающимися друг с другом окружностями (для каждого из пары), а возможные транзакции — параллельными или пересекающимися линиями (векторами).

Полагается, что при взаимодействиях (транзакциях) людей на первый план могут выступать разные «Его-состояния»; различают *параллельные, перекрёстные* и *скрытые* транзакции.

*Параллельными* называются транзакции, соответствующие ожиданиям (экспектациям) контактирующих людей, отвечающие не-конфликтному взаимодействию (векторы стимула и ответной реакции при таком взаимодействии изображаются параллельными линиями; «Его-состояние», в которое направлен вектор стимула, является источником реакции).

*Перекрёстные транзакции*, напротив, конфликтногенны (в этом случае стимул и реакция показываются перекрещивающимися линиями).

*Скрытые* транзакции отличаются тем, что при взаимодействии «активируются» более двух «Его-состояний», так как

сообщение-стимул в скрытой транзакции внешне маркировано как социальное, но ожидаемая ответная реакция должна иметь психологический подтекст (что, собственно, и составляет суть «психологических игр»).

Итак, «психологическая игра» представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных, скрытых транзакций с чётко определённым и предсказуемым исходом. Это набор транзакций с потаённой мотивацией; серия ходов, содержащих ловушку, подвох. В качестве выигрыша выступает какое-либо определённое эмоциональное состояние, к которому «игрок» бессознательно стремится. Это далеко не всегда позитивное чувство, удовольствие или радость, — чаще это неприятные ощущения, которые для «игрока» являются «любимыми» и которые он как бы «коллекционирует».

В рамках транзактного анализа описаны десятки «игр». Они могут быть исполнены: из «Его-состояния» *родителя*, когда повторяются какие-либо «игры» родителей; из «Его-состояния» *взрослого*, когда «игры» сознательно рассчитаны; из «Его-состояния» *дитя*, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребёнок определил в отношении себя и других ещё в детстве.

Вот пример одной из таких «психологических игр», которая может быть названа «*Это всё из-за тебя!*».

Муж не может найти запонки и спрашивает у жены: «Ты не знаешь, где мои запонки?» Это вопрос *взрослого*, ждущего информации, и параллельный дополнительный ответ был бы таким: «Посмотри в верхнем ящике гардероба». Однако если у жены тяжёлый день, то она может сказать: «Куда положил, там и возьми». Стимул исходит от *взрослого*, но жена вернула ответ от *родителя*. Стимул и реакция пересеклись. Коммуникация прекращается: муж и жена больше не могут говорить о запонках, сначала они должны выяснить, почему он никогда не кладёт вещи на свои места. Если бы ответ жены исходил от *ребёнка* («Вечно я у тебя во всём виновата!»), образовался бы тот же тупик. Такие перекрёстные транзакции начинаются взаимными упреками, колкими репликами и заканчиваются хлопаньем дверью и громким выкриком: «Это всё из-за тебя!»

Для транзактного анализа характерны преимущественно групповые *формы проведения*.

В транзактном анализе практикуется *психотерапевтический контракт*, в котором оговариваются условия лечения (в частности, указываются цели, поставленные пациентом, и пути их достижения, предложения психотерапевта по плану и содержанию лечения и перечень требований к пациенту, которые тот обязуется выполнять).

**[Клиническое] применение, осложнения и противопоказания**

Трансактный анализ можно использовать в качестве психокоррекционной методики, в том числе в процессе различных тренингов (управленческого, поведенческого и других); в клинической практике ценность применения трансактного анализа сводится в основном к достижению эффекта «психотерапии группой» и, отчасти, ролевому тренингу.

В настоящее время развиваются модифицированные варианты трансактного анализа, — в частности, сочетающие его традиционные принципы и приёмы с гештальт-терапией, психодрамой и модификацией поведения. Несмотря на интеракционный и инсайт-ориентированный характер трансактной группы, акцентируется рациональный подход; руководитель группы, используя дидактические подходы, выступает в большей степени как наставник.

**Когнитивно-бихевиоральная терапия**

**Когнитивно-бихевиоральная терапия**, или **моделирование поведения**, представляя собой синтез поведенческих методов с теорией [переработки] информационных воздействий, является обучающей практикой, направленной на формирование у пациентов новых паттернов поведенческих реакций.

**Историко-персонологическая справка**

Когнитивно-бихевиоральная терапия является модификацией поведенческой психотерапии, но качественно от неё отличающейся.

Следующий за теорией *оперантного*, или *инструментального*, обусловливания E.L. Thorndike (1874 — 1949) и B.F. Skinner'a (1904 — 1990) этап развития поведенческой терапии связан с попыткой введения учёта промежуточных переменных, расположенных между «стимулом» и «реакцией»; при этом эти *внутренние переменные* рассматриваются как скрытые реакции на внешние раздражители (именно их «сокрытие» и исключало понятную связь с внешними раздражителями).

*Внутренние переменные* — это прежде всего *мысли и представления*, управляющие иными процессами, например эмоциональными или мотивационными.

В плане такого понимания в конце 60-х — начале 70-х годов XX века были предложены новые методики, вошедшие в литературу под названиями «скрытое кондиционирование» / «скрытое обусловливание» (J.R. Cautela, 1967 [138]\*), «скрытый контроль» (L.E. Homme, 1965 [139]\*), «саморегуляция» (E.H. Kanfer (1925 — 2002), 1970 [140]\*).

Однако предложенные идеи пытались распространить на познавательный (информационный) аспект теории классического и оперантного обусловливания механистически, что заранее обрекало эти попытки на неудачу.

В 1960-е годы на развитие поведенческой психотерапии оказала влияние теория [социального] *научения через наблюдение* (A. Bandura (1925 — 1988) [141, 142]\*). Было показано, что одно лишь наблюдение за моделью позволяет сформировать новые стереотипы поведения, ранее отсутствовавшие у животного или человека. В дальнейшем это привело к теоретическим обобщениям, получившим название *концепции самоэффективности*.

Последующий отход от первоначальной парадигмы поведенческой [психо]терапии («стимул — реакция»), в котором «когниции» рассматривались как промежуточные переменные, как структурирующие и регуляционные компоненты эмоциональных, мотивационных и моторных процессов, отражают теории A. Ellis'a (род. в 1913) [143 — 145]\* и A.T. Beck'a (род. в 1921) [146, 147]\*.

В концепции *рационально-эмотивно-поведенческой [психо]терапии*<sup>120</sup> (rational emotive behaviour counselling) Ellis'a главной промежуточной переменной, делающей понятной связь между стимулом и поведением, являются рациональные и иррациональные «когниции». В концепции *когнитивной психотерапии (когнитивное консультирование)* Beck'a определяющей переменной являются реалистичные и нереалистичные (связанные с ошибками в когнитивных выводах) «когниции».

Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых. С их точки зрения центром воздействия психотерапии должны быть промежуточные когнитивные переменные.

Попытка интеграции когнитивного и поведенческого подходов связана с именем D.H. Meichenbaum'a (род. в 1940) [148 — 150]\* и его коллег, чьи работы можно рассматривать как дальнейшее развитие идей A.P. Лурия (1902 — 1977) и Л.С. Выготского (1896 — 1934) о «внутренней речи». Разработанные Meichenbaum'ом «методика самоинструктирования», «прививка против стресса» и другие представляют собой способы овладения «внутренней речью» в виде «самовербализации». (Следует заметить, что эмоционально-волевая тренировка по A.T. Филатову также предусматривает внутреннее проговаривание вербальных формул.)

Аналогично направление работ M.J. Mahoney (род. в 1946) [151, 152]\*, рассматривающего когнитивные переменные («экспектации») и их модификации как главный объект и цель когнитивно-поведенческой психотерапии («персональная наука» («personal science») Mahoney).

**Методолого-философские заимствования** когнитивно-бихевиоральной терапии как разновидности терапии поведенческой — это прежде всего прагматизм, апплицированный позитивизмом, однако заметны присоединяющиеся влияния теории информации и, отчасти, теории систем.

<sup>120</sup> С 1955 года называлась «рациональной терапией»; с 1961 года — «рационально-эмотивной терапией»; настоящее же название введено в оборот в 1993 году.

**Феноменология**

В рамках когнитивно-поведенческой психотерапии сохраняется ориентация на концепт-феномен *научения*.

В рационально-эмоциональной и когнитивной психотерапии признаётся концепт-феномен *инсайта*, который рассматривается как процесс установления зависимости между жизненными событиями и психологическими реакциями; он связан с обнаружением значений, которые пациент придаёт внешнему окружению и внутренним ощущениям.

Как и во всех синтетических методах, в когнитивно-бихевиоральной психотерапии понятийно-концептуальная платформа преобладает над феноменной базой. Новацией по сравнению с поведенческой терапией является ориентация на так называемую «социально-когнитивную теорию».

**Понятия и концепты**

«Социально-когнитивная теория» описывает влияние социума на мысли и действия людей и роль когнитивных процессов в формировании мотиваций, эмоций и в совершении действий; она постулирует ряд [основных] когнитивных способностей, которые образуют базис [социального] функционирования человека. К ним относятся:

- *символизация* — умение преобразовывать свой опыт в символы и обрабатывать их;
- *предвидение* — способность прогнозировать последствия своих действий и построения целей;
- *опосредование* — умение, фактически являющееся основой человеческого научения, использовать не прямой опыт, а наблюдение за поведением других людей и его последствиями; опосредованное научение сокращает время, которое требуется на приобретение необходимых навыков;
- *саморегуляция* — способность к развитию внутренних стандартов, с помощью которых оценивается своё поведение;
- *самоанализ* — возможность рефлексивного самоосознания, анализа своего опыта и оценки адекватности своих мыслительных процессов.

Понятие *агентности* подразумевает [интегративную] способность осуществлять самоуправление через контроль над собственными мыслительными процессами, мотивациями и действиями; оно концептуализировано в понятиях: *автономной агентности* (люди являются полностью независимыми агентами своих действий); *механической агентности* (базируется на детерминантах окружающей среды); *взаимодействующей агентности* (возникает на основе предыдущих типов и является моделью «социально-когнитивной теории»).

Основные концептуальные положения когнитивно-бихевиоральной терапии состоят в следующем:

- 1) многие поведенческие проблемы являются следствиями пробелов в обучении и воспитании;

- 2) имеются реципрокные взаимоотношения между поведением и средой;
- 3) с точки зрения теории научения (А. Bandura), случайный опыт оставляет более значимый личностный след, чем это допускалось в традиционной поведенческой модели «стимул — реакция»;
- 4) моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс; когнитивный аспект является решающим в ходе научения; дезадаптивное поведение может быть изменено посредством приёмов самообучения, активизирующих когнитивные структуры.

**Структура личности**

Персонологические представления когнитивно-поведенческой психотерапии заметно различаются в зависимости от модификаций последней, однако все их отличает явная гиперболизация когнитивных (когнитивно-эмоциональных) процессов, сквозь призму которых рассматриваются традиционные для поведенческих методов феномены, понятия, концепты — поведение, научение, подкрепление, опыт и прочие.

*Профессиональная подготовка* в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии сводится к овладению набором соответствующих методик. *Стилистика* аранжировки *поведения психотерапевта* — консультативно-партнёрская; в практике когнитивно-бихевиоральной терапии лечение сопряжено с обучением и облачено в форму сотрудничества.

Стиль работы психотерапевта в ходе рационально-эмоциональной психотерапии определяется необходимостью активного сотрудничества пациента на всех стадиях психотерапии. Установлению оптимального взаимодействия помогают такие характеристики психотерапевта, как способность к эмпатии, дозируемая открытость, умение сосредоточиться на конкретной проблеме и не уходить при необходимости от конфронтации. Взаимоотношения временами могут приобретать образовательный характер по типу союза «учитель — ученик».

**Психо-физиолого-теоретическое обоснование**

Во всех разновидностях когнитивно-поведенческой психотерапии (рационально-эмоциональной, в когнитивном консультировании и других) признаётся определяющее влияние на поведенческие реакции и процессы — а также на эмоциональные и психические расст-

ройства — когнитивного опосредования (структуры, приобретённые в прошлом, и актуальные процессы).

В связи с этим психологические нарушения, предшествующие этапу нейрофизиологических расстройств, связываются с «абerrацией мышления», под которой понимаются нарушения — на когнитивной стадии — пере[об]работки информации (обозначение, селекция, интеграция, интерпретация), искажающие видение объекта или ситуации.

Таким образом, саногенетические механизмы связываются прежде всего с осознанием неадекватных правил обработки информации и заменой их конструктивными, а также с овладением рядом [самообучающих] приёмов (наблюдение, объективизация, регуляция поведения и прочее).

Диагностика в когнитивно-поведенческой психотерапии основана на широком, сопровождающем терапевтический процесс на всём его протяжении, использовании приёмов, позволяющих оценить неадекватные аспекты мышления и представлений, а также выявить некие «правила», согласно которым личность реагирует на внешние события, — «переводя их из внешнего во внутренний план».

**Диагностические приёмы** в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии направлены на выявление патогенетически-значимых «структур» — прежде всего различных классов «когниций», и прочего. Большое значение отводится также самодиагностике [пациентов].

#### Процедуры и техники

Полагается, что поведение может быть изменено уже в результате наблюдения за ним. Каждая задача может решаться одним из четырёх способов научения — *ответным*, или классическим, *оперантным*, *наблюдательным* и *когнитивным* — или же путём их различных сочетаний.

Следует отметить, что когнитивное научение включает в себя *самоконтроль*, *самонаблюдение*, *составление контрактов*, *работу в системе правил пациента*.

Большое внимание уделяется *целям обучения*. Пока не достигнута одна цель, переходить с помощью психотерапевтических приёмов к другой не следует. Важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализуются формулой «я хочу», а не «я хотел бы». Проблемы лучше определять и формулировать в понятных для пациента терминах; можно также очертить барьер, который он желает преодолеть, например: «Я хочу преодолеть страх общения с незнакомыми людьми». На психотерапевтическом занятии больному можно предложить избрать альтернативы для преодоления своей проблемы (например — методом «мозгового штурма») с выписыва-

нием всех идей на доске или листе бумаги. Затем вместе с ним можно выбрать самые интересные.

Заключаются также *психотерапевтические контракты* — в виде письменной фиксации предполагаемых изменений со стороны пациента. Избирается, по возможности, не бросающийся в глаза и удобный способ протоколирования любых изменений, наступающих в процессе психотерапии.

Большое значение придаётся домашним заданиям: выполняются конкретные упражнения из программы тренинга самоутверждения, самоинструкций. Функциональные тренировки поведения зачастую не гарантируют того, что пациент будет пробовать использовать приобретённые заново способы поведения также в естественной окружающей среде.

В беседе с пациентом надо вникнуть в систему правил проблемного поведения, начав с составления их списка. Желательно выяснить, кто и для чего это правило создал (нередко источником являются родители), нет ли конфликта между правилами. Если когнитивные компоненты поведения являются предметом психотерапевтического вмешательства, то к концу каждого занятия рекомендуется модифицировать уже составленный список правил на основе полученного во время его проведения опыта; при этом устаревшие правила могут быть исключены.

Одна из важнейших целей занятий — переструктурирование негативных правил в позитивные. Следуя принципу переучивания, пациент при ежедневном просмотре правил когнитивно кодирует и применяет их за рамками психотерапевтического занятия. Реализации планов отчётливо препятствуют зафиксированные правила, отсутствие готовности к изменениям, — что, по сути, является психологической защитой. На каждом психотерапевтическом занятии необходимо подводить итоги, намечать дальнейшие шаги. Если удалось справиться с проблемой, то для закрепления успеха следует проанализировать способствовавшие этому факторы.

Приведём ряд приёмов, которые рекомендуются применять на занятиях.

Согласно D.H. Meichenbaum'у, неспособность пациента справиться со стрессом возникает в результате отсутствия специфических умений и навыков — релаксации, когнитивных самоубеждений, а также опыта столкновения со стрессовыми воздействиями. На практике уровень тревожности может быть снижен путём обучения пациента методам релаксации и изменения отношения к тревожным мыслям и чувствам. Ситуация, вызывающая тревогу, воспроизводится в безопасной обстановке психотерапевтического занятия, а затем переносится в реальную стрессовую обстановку.

Одной из предложенных Meichenbaum'ом методик является *тренинг самоинструкций*; его составляющие:

- 1) подготовка к столкновению со стрессом: «Я смогу разработать план, чтобы справиться со стрессом»;
- 2) реагирование во время стресса: «Пока я могу сохранять спокойствие, я контролирую события»;

- 3) совладание со стрессом: «Возбуждение мешает мне воспринимать ситуацию»;
- 4) отражение опыта: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

A. Vandura, придавая большое значение наблюдательному научению, рекомендует на психотерапевтическом занятии проводить специальные процедуры; к ним относятся:

- 1) выработка / тренировка навыков альтернативных самостоятельных описаний стрессовых ситуаций (проводится в состоянии релаксации; больному предлагается вслух при закрытых глазах подробно описать стрессовую ситуацию); в отличие от техники *импюзии*, в данном случае следует не уходить от повышения уровня тревоги, а применять тренинг самоинструкции или углублять релаксацию;
- 2) подготовка психотерапевтом альтернативных вариантов решений проблем;
- 3) выборочная проба переживаний, осуществляемая пациентом;
- 4) обсуждение достигнутых результатов и письменная фиксация их в дневнике пациента;
- 5) заучивание вслух альтернативного диалога, предложенного психотерапевтом;
- 6) применение «stop-методики»: в случае усиления тревоги следует громко произносить «стоп», при этом представлять красный сигнал светофора; далее предлагается воссоздать картину, вызывающую положительные эмоции (пациент сам обучается результативному субвокальному произнесению слова «стоп»).

M.J. Mahoney акцентирует внимание на составлении индивидуальной программы психотерапевтического обучения («персональная наука»). Личностные проблемы предлагается рассматривать как проблемы «научные». Обучение совладанию со стрессовыми и конфликтными ситуациями происходит через определение проблемы, постановку целей и задач исследования, сбор и интерпретацию данных, выбор гипотетических возможностей разрешения проблемы, эксперимент, анализ результатов, пересмотр или замену гипотезы. Суть лечения заключается в самонаблюдении, продуцировании умозаключений и приобретении навыка контроля над ситуацией.

A. Ellis в своей *рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии* ориентировался на представления, согласно которым положительные эмоции — такие, например, как чувство любви или восторга, — часто являются результатом внутреннего убеждения, выраженного в виде фразы «Это для меня хорошо», а отрицательные эмоции — такие, как гнев или депрессия, — связаны с убеждением, выраженным фразой «Это для меня плохо». Ellis полагал, что эмоциональный отклик на ситуацию отражает «ярлык», который «навешивают» на неё (например, опасна она или приятна), — даже в том случае, когда эта стигма не соответствует действительности. Для достижения счастья, по Ellis'у, необходимо рационально сформулировать цели и выбрать адекватные средства. В любую ситуацию привносятся два различных типа «когниций»: *убеждения* и *предположения*.

Перечень наиболее типичных иррациональных убеждений, которые необходимо преодолеть пациенту, таков:

- 1) «существует жёсткая необходимость быть любимым или одобряемым каждым человеком в значимом окружении»;
- 2) «каждый должен быть компетентным во всех областях знания»;
- 3) «большинство людей подлые и испорченные — и поэтому достойны презрения»;
- 4) «произойдёт катастрофа, если события пойдут иным путём, чем запрограммировал человек»;
- 5) «человеческие несчастья обусловлены внешними силами, и у индивида мало возможностей их контролировать»;
- 6) «если существует опасность, то не следует вступать в противостояние»;
- 7) «легче избежать определённых жизненных трудностей, чем соприкоснуться с ними и нести за них ответственность»;
- 8) «в этом мире слабый зависит от сильного»;
- 9) «прошлая история какого-либо человека должна влиять на его непосредственное поведение “сейчас”»;
- 10) «не следует беспокоиться о чужих проблемах»;
- 11) «необходимо правильно, чётко и совершенно решать все проблемы, иначе произойдёт катастрофа»;
- 12) «если кто-либо не контролирует свои эмоции, то ему невозможно помочь».

*Специальные техники и приёмы когнитивно-бихевиоральной терапии*

Существуют множество разнообразных техник и приёмов релаксации. Согласно распространённому мнению, усвоение приёмов релаксации является навыком и включает в себя такой когнитивный аспект, как ощущение контроля над трудными ситуациями. Важное значение придаётся также обучению дыхательным упражнениям для предупреждения гипервентиляционного синдрома.

Многие методики и техники, применяемые в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии, требуют использования приёмов *экспозиции*, при которой пациента подвергают воздействию раздражителей, вызывающих страх, или обуславливающих стимулов. Делается это с целью создать условия для угасания (по мере того как ситуация становится привычной) условно-рефлекторной эмоциональной реакции на этот набор стимулов. Считается, что данные приёмы могут также служить средством коррекции ожиданий или убеждений больного относительно определённых ситуаций и их последствий.

Приёмы экспозиции различаются в зависимости от способа предъявления стимулов (пациент может подвергаться их воздействию в воображении или *in vivo*) и по интенсивности воздействия (осуществляется ли в процессе лечения постепенный переход к более сильным раздражителям или больного сразу же сталкивают с самым мощным из них). В некоторых случаях, например при адаптации к психотравмирующим воспоминаниям в процессе лечения посттравматического стрессового расстройства, уже в силу специфической природы страдания применима только экспозиция в воображении. При использовании же приёмов, ориентированных на когнитивные функции, иррациональные мысли пациента оспаривают, подвергая его воздействию ситуаций, показывающих, что эти идеи являются ложными или нереалистичными.

Техника *десенситизации* (называемой также «*систематической десенситизацией*») состоит в том, что с помощью психотерапевта больной строит иерархию раздражителей, провоцирующих, в первую очередь, тревогу, а затем и воспроизводящих психотравму в целом. Затем ему предъявляют эти стимулы, начиная с самых безобидных. После того как он справится с одним раздражителем, предъявляют следующий. Предъявление стимулов может происходить двумя путями: либо десенситизация в воображении (целостная картина), либо десенситизация *in vivo* (градуированное воздействие).

Десенситизация в воображении заключается в том, что больной, находясь в состоянии расслабления, представляет себе сцены, вызывающие у него тревогу. Десенситизация *in vivo* предполагает, что больной должен сталкиваться с вызывающими тревогу раздражителями (начиная с самых слабых) в реальной жизни. Последний вариант, как наиболее эффективный, предпочитает большинство психотерапевтов, поскольку именно столкновение со стрессорами в реальной жизни всегда является конечной целью лечения.

Если при «систематической десенситизации» погружение в ситуацию, вызывающую страх, происходит постепенно, то в другой технике, называемой «наводнение» (или «погружение»), подчёркивается терапевтическая эффективность одномоментного столкновения с раздражителями, относящимися к вершине иерархии, переживания сильной эмоции страха. Чем резче столкновение с ситуацией, вызывающей страх, чем она длительнее, чем интенсивнее сопровождающая эмоция страха, тем в большей степени процедуру можно назвать техникой «наводнения».

Итак, техника «наводнения» состоит в том, что пациента побуждают столкнуться с реальной ситуацией, вызывающей страх, и убедиться при этом в отсутствии воображаемых негативных последствий. Для этого пациент должен испытывать как можно более сильный страх и находиться в этой ситуации как можно дольше, — подвергаясь воздействию до тех пор, пока тревога не исчезнет спонтанно («приобретение привычки»).

Техника «наводнения» эффективна лишь при выполнении ряда условий-ограничений.

Во-первых, больные, имеющие органическую патологию, — в силу чего их состояние под влиянием интенсивного эмоционального стресса может резко ухудшиться, — не должны подвергаться такому лечению.

Во-вторых, с самого начала терапии пациент должен стать активным её участником. Для этого он заранее должен получить необходимую информацию о механизмах действия данной техники. Обсуждаются конкретные задачи, на реализацию которых пациент даёт своё информированное согласие, интенсивность конфронтации со стимулом, вызывающим страх, преимущества быстрой или постепенной конфронтации — по отношению к нему лично.

В-третьих, должна быть исключена возможность использования механизмов скрытого избегания для предупреждения снижения интенсивности (субъективного уровня) чувств тревоги и страха. Пациенту должно быть объяснено, что механизм здесь близок к тому, ко-

торый формирует сам страх и фобию (навыки избегания приобретаются и подкрепляются на основе редукции страха, приобретение опыта избегания подкрепляет поведение избегания).

Пребывание в ситуации, вызывающей страх, должно быть длительным (не менее 45 минут). Последующие тренировки проводятся ежедневно, а намеченный план следует выполнять, несмотря на различные обстоятельства и / или возражения (даже имеющие характер рационализации).

С начала лечения члены семьи также должны быть ознакомлены с его задачами, участвовать в их решении или, во всяком случае, ему не противодействовать. Обязательным является письменное фиксирование самостоятельных тренировок в периоды между заданиями (позитивное подкрепление), выполняющимися в присутствии медицинского персонала.

Если тренировки проводятся с группой пациентов, имеющих сходную симптоматику, то следует максимально использовать эффект моделирования.

В практической работе отнесение той или иной процедуры к технике «наводнения» или «систематической десенситизации» во многих случаях является условным. Все методики подобного рода можно представить в виде континуума, на одном полюсе которого находится «систематическая десенситизация», на другом — «наводнение».

Параметры, по которым различаются эти полюса, следующие:

- быстрая или медленная конфронтация (столкновение) со стимулом, вызывающим страх;
- высокий или низкий уровень интенсивности страха;
- длительность или кратковременность столкновения со стимулом, вызывающим страх.

Когнитивно-поведенческая психотерапия имеет как индивидуальную, так и групповую *формы проведения*.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Элементы моделирования поведения — чаще в виде сочетаний функциональных тренировок с рациональной психотерапией — могут применяться в психоневрологической клинике, в сфере наркологии и сексологии, а также в общесоматической практике.

Нельзя отрицать ценности применения определённых когнитивно-поведенческих приёмов в социально-психологической сфере.

Когнитивно-поведенческая психотерапия довольно легко — в области психотехник — соединяется с иными психотерапевтическими методами, в частности с психоанализом (когнитивно-аналитическая терапия), ауто-суггестивными методиками (разновидности аутогенной тренировки) и другими<sup>121</sup>.

<sup>121</sup> Родство же когнитивно-бихевиоральной терапии с рациональной психотерапией очевидно.

### Экзистенциальная («гуманистическая») психотерапия

Собирательным названием *экзистенциальная психотерапия* (от латинского *ex[is]tentia* — существование — у А. Augustinus'a и других) обозначены психотерапевтические подходы, в которых делается упор на «свободную волю», нестеснённое развитие личности, осознание ответственности за выбор жизненного пути и формирование внутреннего мира.

#### Историко-персонологическая справка

Границы экзистенциальной психотерапии не определены, и в литературе можно встретить несколько вариантов её понимания.

В узком смысле термин «экзистенциальная психотерапия» обычно упоминается, когда речь идёт о так называемом «экзистенциальном анализе» V.E. Frankl'a (1905 — 1997) [153 — 156]\*.

Иногда выделяют даже *экзистенциально-«гуманистическое» направление*, — в качестве крупнейшего представителя которого указывается R.R. May (1909 — 1994) [157 — 160]\*.

К экзистенциальной психотерапии причисляют также *дазайн-анализ* («анализ бытия», «анализ существования») L. Binswanger'a (1881 — 1966) [161, 162]\*.

Несмотря на использование синонимических определений в названиях указанных направлений, образ мышления и состав понятий в них несколько различаются.

В более широком смысле под экзистенциальной психотерапией понимается «гуманистическое» направление в психотерапии в целом, а в частности «клиент-центрированная» («центрированная на клиенте») психотерапия C.R. Rogers'a (1902 — 1987) [163, 164]\* (собственно, именно она и выступает как непосредственно психотерапевтический метод).

Все разновидности экзистенциальной («гуманистической») психотерапии обнаруживают genuинное родство с философией экзистенциализма — и, по сути, являются проекцией экзистенциального мировоззрения на область психологически-психотерапевтической практики.

#### Методолого-философские заимствования

Итак, все «гуманистические» психотерапевтические подходы генеалогически восходят к философии, а точнее, к мировоззрению экзистенциализма, основоположником которого считается S.A. Kierkegaard (1813 — 1855) [165]\*. Во второй половине XX века актуальными становятся написанные много ранее работы M. Heidegger'a (1889 — 1976) [166]\*, K.Th. Jaspers'a [167]\*, G. Marcel'я (1889 — 1973) [168]\* и других. Позже M. Heidegger, а вслед за ним J.-P. Sartre (1905 — 1980) [169 — 171]\*, M. Merleau-Ponty (1908 — 1961) [172, 173]\* и другие путём приложения феноменологического метода [анализа] превратили экзистенциализм в систематическую онтологию, то есть в «учение о бытии».

Экзистенциальная психотерапия не имеет опоры на специфическую психотерапевтическую *феноменологию*, и все введённые термины имеют понятийно-концептное метапсихологическое наполнение (даже такой распространённый в психотерапии различных парадигм концепт-феномен, как *осознание*).

В отличие от классических методов, в экзистенциальной психотерапии исключительно большое позитивное значение — сравнимое, пожалуй, только с аналогичным в рамках «эриксонского» гипноза — придаётся феноменам [«со стороны»] психотерапевта.

#### Понятия и концепты

*Аутентичность* (греческое *ἀληθής* — подлинный) — понятие, актуализированное в «гуманистической» психологии и психотерапии, — представляет собой способность к ролевой деидентификации, позволяющей проявляться подлинным, свойственным только данной личности мыслям, эмоциям и поведению. (В качестве синонимов понятия выступают такие определения, как «полноценно функционирующая личность» (C.R. Rogers), «свобода» (G.W. Allport (1897 — 1967) [174 — 177]\*), «самоактуализация» (A.H. Maslow (1908 — 1970) [178]\*), «самость», «целостная личность» (F.S. Perls), «конгруэнтность» (J. Grinder, R. Bandler).)

По Rogers'у, аутентичность — это способность человека в интерактивном общении отказываться от различных социальных ролей (психотерапевта, профессионала, педагога, руководителя и тому подобных); наряду со способностью к *безусловному принятию* и *эмпатии* аутентичность является обязательной составляющей эффективного человеческого общения.

С точки зрения психологического наполнения концепт-понятие «аутентичность» можно определить как согласованное, целостное, взаимосвязанное проявление основных психологических процессов и механизмов, обуславливающих личностное функционирование. Проявление или непроявление аутентичности с этой позиции наблюдается при столкновении личностных мотивов и интересов с социальными нормами и доминирующими тенденциями общественного сознания. В такой ситуации аутентичное поведение предполагает цельное переживание непосредственного опыта, не искажённого [психологическими] защитными механизмами. Человек вовлечённо воспринимает происходящее и затем непосредственно проявляет своё эмоциональное отношение. Его мысли и действия согласованы с эмоциями.

В направлениях психологии, разрабатывающих формальные структуры коммуникации, поведение такого человека оценивается как «конгруэнтное» (то есть, с точки зрения стороннего наблюдателя, информация, поступающая от него по вербальному и невербальному каналам, является согласованной).

Важнейшим для «клиент-центрированной» психотерапии Rogers'a является понятие *эмпатии* (от немецкого *Einfühlung* — проникновение [в сущность]), означающее понимание эмоционального состояния пациента посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир.



Разумеется, в экзистенциальной психотерапии обще-персонологическим воззрениям, — как это следует уже из самого определения «гуманистическая», — отводится весьма солидное место.

### Структура личности

В концепции личности, предложенной Rogers'ом, некоторые аспекты опыта индивида в процессе его развития приобретают характер, символизированный в осознании бытия. Это то, что Rogers называет «Я-опыт». По мере взаимодействия со средой, в частности со значимым окружением, «Я-опыт» постепенно развивается в «Я-концепцию» («реальное Я», то есть представление о самом себе). Другим важным звеном является «идеальное Я» — представление о том, каким человек хотел бы быть. «Идеальное Я» в значительной степени формируется под влиянием извне, под воздействием норм и ценностей, навязываемых человеку окружением и не всегда согласующихся с его собственными потребностями и стремлениями, с его «реальным Я».

По мере осознания «Я» у индивида развивается потребность в положительной оценке. Эта потребность, по мнению автора, носит центральный характер, является всеобъемлющей и постоянной. Ради сохранения положительной оценки со стороны окружающих индивид начинает фальсифицировать некоторые из переживаемых им оценок и воспринимать их только по критерию ценности для окружающих. Возникает существенное препятствие на пути развития психологической зрелости индивида как самоактуализирующейся личности, и формируется невротическое поведение. (Противоположностью же «невротической личности» является некая идеальная «аутентичская личность».)

Фрустрация потребности в положительной оценке (самооценке) порождает тревожность. Уровень тревожности зависит от степени угрозы «Я-структуре». В случае, если процесс защиты неэффективен, переживание полностью символизируется в осознании, а целостность «Я-структуры» разрушается этим переживанием инконгруэнтности. В результате наступает состояние дезорганизации. Указанному пониманию личности и нарушений её функционирования соответствуют и разработанные Rogers'ом основные принципы клиент-центрированной психотерапии.

Для экзистенциальной психотерапии в целом характерен довольно широкий диапазон профессионально-образовательного ценза.

«Клиент-центрированная» психотерапия подразумевает атмосферу глубоко личного контакта при обязательном (основное требование к личности психотерапевта) соблюдении особых условий, называемых «триадой Rogers'a»:

- 1) психотерапевт всегда подлинен в отношениях с пациентом;

- 2) психотерапевт изначально настроен на безусловно положительную оценку по отношению к пациенту;
- 3) психотерапевт воспринимает пациента неизменно эмпатически.

Сам Rogers неоднократно подчёркивал, что речь должна идти не о том, *как вести себя терапевту*, а о том, *каким ему быть*.

### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Итак, в «клиент-центрированной» психотерапии психотерапевт во взаимоотношениях с пациентом является искренним, подлинным (аутентичным), стремится сохранять безусловную позитивную позицию по отношению к больному, [вос]принимая его с уважением как личность, включающую отдельные слабости и недостатки. При этом психотерапевт должен быть эмпатичным, способным вчувствоваться во внутренний мир пациента, уловить и вербализовать те эмоции, которые тот ещё только начинает осознавать. Разумеется, речь идёт об идеальной модели поведения; в действительности же наблюдается лишь определённое приближение к ней.

Большое значение придаётся более полному выражению чувств психотерапевта как фактору, усиливающему эффективность терапии. Повышение степени личностной включённости в процесс взаимодействия с пациентом составляет важную задачу психотерапевта.

[Психо-]физиолого-теоретическое обоснование терапевтического процесса в рамках экзистенциальной («гуманистической») психотерапии в целом, и в частности «клиент-центрированной» психотерапии, не проведено, так как аргументы и апелляции лежат в плоскости философски-умозрительной «гуманистической» психологии.

### Механизмы пато(са)ногенеза

В «гуманистической» модели решающим фактором действительности психотерапии признаётся эмпатическая коммуникация «психотерапевт — пациент», при которой основным лечебным средством является эмпатическая реакция психотерапевта в соответствующий момент переработки материала. Существенную роль при этом играет создание условий для развития процесса позитивных изменений личности пациента. Считается, что при создании благоприятных условий пациент естественным образом будет изменяться в нужном направлении и развиваться как личность, что повлечёт за собой редукцию невротической симптоматики.

При этом во время бесед пациент поощряется ко всё более свободному выражению своих переживаний, к их полному осознанию и включению в «Я-концепцию» с целью её конструктивной реорганизации.

Существенным саногенетическим фактором является также более полное выражение чувств самим психотерапевтом, его личностная включённость в терапевтический процесс.

В то же время, при всей концептуальной определённости сано(пато)генетических воззрений метода, нельзя не заметить некоего кагартического эффекта, достигаемого путём таких собеседований.

Диагностика и собственно *диагностические приёмы* в рамках «клиент-центрированной» психотерапии сводятся прежде всего к выявлению и констатации нарушений [структур] «Я-концепции».

#### Процедуры и техники

Технические средства, согласно воззрениям «клиент-центрированной» психотерапии, являются дополнением позиции психотерапевта и сами по себе не обеспечивают терапевтического продвижения.

Наиболее используемыми приёмами являются:

- *вербализация* (от латинского *verbalis* — словесный): описание переживаний, чувств, мыслей, поведения; специфическое понимание вербализации — точное словесное описание, проговаривание психотерапевтом эмпатического понимания эмоционального содержания переживаний пациента;
- *молчаливое при[н]ятие*, то есть умелое использование молчания;
- *отражение эмоций*: повторяются те слова пациента, в которых непосредственно выражаются эмоции.

Экзистенциальная психотерапия в силу ряда методолого-методических особенностей не имеет каких-либо очерченных наборов формул и приёмов, равно как и специфического психотехнического арсенала.

В качестве примеров [техник] экзистенциального консультирования можно привести описания из области терминальной психотерапии.

*Выигрыш от углубляющегося осознания смерти.* Углубление осознания смерти может вести к более высокой оценке жизни. Неизлечимо больные пациенты реагируют на сообщение о диагнозе по-разному. Многие пациенты как будто не воспринимают то, что им сообщают; других с головой захлёстывает экзистенциальный ужас; иные принимают полученную плохую новость сразу, перегруппировывают свои средства защиты, после чего становятся готовы к приёму большого объема информации. Однако некоторые пациенты способны использовать факт своего заболевания как отправную точку для личностного роста. Они переоценивают ценности, стараются не совершать тривиальных, бессмысленных поступков, начинают глубже понимать смысл жизни в настоящем, на более глубоком уровне общаться с близкими, меньше бояться рисковать, устанавливают более тесный контакт с природой. Механизмы психологических изменений неизлечимо больных включают в себя убеждение в том, что существование не может быть отложено, и подсчёт полученных от жизни счастливых событий.

Кроме того, углубление осознания смерти может вызывать радикальный сдвиг в стратегиях поведения, направленного в будущее, у пациентов, которые не являются неизлечимо больными.

*Способы углубления осознания смерти.* I.D. Yalom рекомендует клиницистам использовать в качестве рабочего правила следующее положение: «Тревога, связанная со смертью, обратно пропорциональна удовлетворённости жизнью». Использование терапевтами и консультантами способов, направленных на углубление осознания смерти, может в ближайшей перспективе усиливать беспокойство пациентов (клиентов). Однако следует не стремиться к устранению тревоги, а помогать примириться с ней и использовать её конструктивно.

*«Дозволение терпеть».* Терапевты / консультанты могут намекать на то, что обсуждение проблем, связанных со смертью, высоко ценится в экзистенциальной психотерапии. Это может быть сделано посредством проявления интереса к самораскрытию пациентов (клиентов) в данной области, а также путём поощрения их самораскрытия. Терапевты / консультанты могут активно способствовать тому, чтобы процесс психотерапии / консультирования оставался «на виду». Им также необходимо быть устойчивыми к собственной тревоге, связанной со смертью, чтобы оставаться адекватными задачам терапии / консультирования.

*Выявление механизмов защиты.* Два главных механизма защиты от тревоги, связанной со смертью, — это вера в свою особость и вера в существование спасителя, который придёт на помощь. Экзистенциальные терапевты / консультанты работают с пациентами / клиентами, чтобы идентифицировать эти механизмы защиты и их отрицательные последствия. Требуется такт, настойчивость и умение правильно выбирать время для помощи в идентификации инфантильных взглядов на смерть и их изменении.

*Работа со сновидениями.* Экзистенциальные терапевты / консультанты побуждают пациентов / клиентов рассказывать о своих сновидениях. В сновидениях, особенно кошмарных, могут проявляться подсознательные переживания — в неподдавленном и неотредактированном виде; темы смерти встречаются достаточно часто. Обсуждение и анализ сновидений должны проводиться с учётом экзистенциальных конфликтов, переживаемых в данный момент пациентами / клиентами.

*Работа с напоминаниями о недолговечности (бренности) существования.* Терапевты / консультанты могут помогать идентифицировать тревогу, связанную со смертью, и справляться с ней посредством обнаружения знаков смертности, являющихся частью обыденной жизни. Смерть близких может быть мощным напоминанием о личной смертности; так, смерть родителей означает, что наше поколение умрёт следующим. Кроме того, столкнуться лицом к лицу с бренностью существования и с собственной уязвимостью может серьёзное заболевание.

*Использование вспомогательных средств для углубления осознания смерти.* Иногда экзистенциальные терапевты / консультанты могут прибегать к искусственным вспомогательным средствам для углубления осознания смерти. Они могут попросить пациента / клиента заполнить анкету с вопросами, которые касаются тревоги, связанной со смертью, или предложить пофантазировать на тему своей смерти, воображая «где», «когда» и «как» она произойдёт и как пройдут похороны.

Уменьшение чувствительности клиентов к смерти. Терапевты / консультанты могут помогать пациентам / клиентам справляться с ужасом смерти, многократно вынуждая их испытывать этот страх в уменьшенных дозах.

Понимание тревог, связанных со смертью. Консультанты могут идентифицировать и уничтожить тревоги, связанные со смертью. Следует проводить разграничение истинной беспомощности, являющейся результатом осознания фундаментального экзистенциального факта смертности, и вторичного ощущением безысходности. Пациентов / клиентов можно поощрять восстанавливать ощущение жёсткого контроля над теми аспектами своей жизни, на которые они могут влиять. Пациентам / клиентам также можно помогать идентифицировать их вторичные опасения (например, страх мучительной смерти, одиночества, беспокойство о близких) и рационально им противостоять. Инфантильный иррациональный ужас смерти, свойственный каждому, можно выявить, реалистично оценить и изжить.

«Клиент-центрированной» психотерапии свойственны не только индивидуальные, но и групповые *формы проведения*.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

В целом «клиент-центрированная» психотерапия может проводиться в рамках клиники акцентуаций характера и психопатий, а также неврозов и реакций дезадаптации. Вместе с тем её применение имеет скорее вспомогательное, профилактическое значение, которое наиболее полно может быть раскрыто в период компенсации.

Экзистенциальная психотерапия применяется в практике терминальной психотерапии, а также в клинике кризисных состояний (в том числе реакций дезадаптации), в условиях депривации и тому подобных.

Следует также подчеркнуть, что экзистенциальная психотерапия чаще реализуется в организационных формах консультирования.

В последнее время в рамках экзистенциальной психотерапии разрабатываются модернистские подходы, которые включают индивидуальные и групповые лечебные и коррекционные технологии.

### Психоаналитически-ориентированная психотерапия

*Психоаналитически-ориентированная психотерапия*, по существу, представляет собой редуцированный, прежде всего в отношении продолжительности процесса, и модифицированный — в направлении эмпатичности и синтетичности [техник] — психоанализ, завершающийся по достижении инсайта (своего рода абортивный эмпатический инсайт-психоанализ).

В качестве синонимов психоаналитически-ориентированной психотерапии в литературе используются такие, весьма многочисленные, синтагмы, как «психоаналитическая психоте-

рапия», «[психо]динамическая психотерапия», «инсайт-ориентированная психотерапия», «эксплоративная психотерапия» etc.

#### Историко-персоналогическая справка

Подходы и концепции, методики и техники психоаналитически-ориентированной психотерапии персонализированы даже в несколько большей степени, нежели в рамках прочих психотерапевтических парадигм.

Наиболее известными в психоаналитически-ориентированной литературе являются:

- «волевая терапия» О. Rank'a (1884 — 1939) [179, 180]\*;
- активная аналитическая терапия W. Stekel'я (1868 — 1940) [181]\*;
- интерперсональная психотерапия H.S. Sullivan'a (1892 — 1949) [182]\*;
- «интенсивная психотерапия» F. Fromm-Reichmann (1889 — 1957) [183]\*;
- характерологический анализ K. Horney;
- «гуманистический психоанализ» E.P. Fromm'a;
- «Эго-анализ» M. Klein;
- Чикагская школа психоанализа F.G. Alexander'a (1891 — 1964) и Th.M. French'a (1892 — 1974) [184]\*;
- «секторная терапия» F. Deutsch'a (1884 — 1964) [185]\*;
- «объективная» психотерапия по B. Karpman'y (1886 — 1962) [186]\*;
- краткосрочная (short-term, brief) психотерапия P.E. Sifneos'a (род. в 1920) [187, 188]\*; D.H. Malan'a (род. в 1922) [189]\*; L. Bellak'a (1916 — 2000), L. Small'a (1913 — 1982) [190]\*;
- психобиологическая терапия A. Meyer'a (1866 — 1950) [191]\*;
- биодинамическая концепция J.H. Masserman'a (1905 — 1994) [192 — 194]\*;
- «адаптационная психодинамика» S. Rado (1890 — 1972) [195]\*;
- гипноанализ L.R. Wolberg'a (1905 — 1988) [196]\*;
- характерологический анализ W. Reich'a [197]\*.

В силу постепенной утраты изоляционистски-пуристских черт и резко — средового — возрастания интенсивности тенденций к формированию и применению синтетических форм, психоаналитические приёмы и даже [психо]техники — вследствие их безусловной диагностической ценности и методической привлекательности — всё чаще стали интегрироваться в разнообразные психотерапевтические и психокоррекционные системы.

Этот процесс, сопряжённый с сепарацией психотехнических приёмов и элиминируемых метапсихологических и персоналогических воззрений психоанализа, сегодня представляется уже необратимым.

Несмотря на существование мнения, согласно которому *психоанализ* невозможно чётко отграничить от *психоаналитической психотерапии*, — кроме как по таким количественным факторам, как число сессий, регулярно проводимых по расписанию на протяжении установленного срока, и большая продолжительность, — отмечает H.C. Curtis [198]\*, — сравнивая их по качеству процесса, можно установить выраженные различия.

(Даже учитывая, что указанные различия могут быть размыты на границе, где *интенсивная аналитическая психотерапия* способна приобрести некоторые формальные и качественные характеристики *психоанализа*, сохраняются различия в значении опыта пациента и характера интеракций между пациентом и аналитиком, а также в технических вмешательствах, которые одновременно и вызывают, и являются результатом этого опыта.)

Следует заметить, что некоторые из различий связаны с соответствующими целями названных методов, в особенности при переходе из пограничной зоны в область, специфичную для каждого из методов.

Уже сами названия указывают на важный параметр: *терапия*, а не *анализ*, — хотя очевидно, что эти две категории не являются взаимоисключающими (кроме, быть может, того, что в крайних точках данного спектра целью *терапии* является акцент на *смягчение, облегчение, адаптацию и возобновление функционирования*; те же явления возникают и при *анализе*, — но они не рассматриваются как конечные пункты и подвергаются дальнейшей эксплорации для определения их значения и функций, поскольку акцент смещён на достижение другой цели — *повышение самопознания и способности постоянно расширять осознание внутренней психической жизни*).

Подчёркивается, что проведение различий между *психоанализом* и *психоаналитической психотерапией* делается с целью обеспечения научно-практической системы, в рамках которой может быть осуществлён обоснованный выбор оптимальной формы психоаналитической терапии. Действительно, с сугубо практической и терапевтической точек зрения необходимость разработки множества научных и утилитарных форм применения психотерапии приобретает первостепенное значение. Роль психоанализа в этом поиске состоит в открытии принципов, которые могут послужить базой дальнейшего развития и практического использования психоаналитически-ориентированной психотерапии. Поэтому надлежащим образом применённая аналитическая психотерапия не должна считаться второстепенной или всего лишь вариантом, продиктованным ограничениями реальности.

**Методолого-философские** конструкты[-*заимствования*] психоаналитически-ориентированная психотерапия черпает в основном из тех же источников, что и классический психоанализ, однако с поправкой на временной разрыв; прибавляется также фактор качественного разнообразия, обусловленный

разветвлённостью и многочисленностью методов и методик. Имеются указания на некие отношения наследования между психоаналитически-ориентированной психотерапией как целым и «глубинной психологией» — «понимающей» психологией, «философией жизни» W. Dilthey'я (1833 — 1911) [199]\*.

#### Феноменология

Как указывалось выше, по отношению к психоаналитически-ориентированной психотерапии употребляется, среди прочих, эпитет «инсайт-ориентированная», — что, очевидно, обусловлено центральной психотехнической и саногенной ролью концепт-феномена *инсайта*.

В психодинамической психотерапии инсайт-ориентированные беседы начинаются с анализа симптомов, затем акцент переносится на эмоциональные состояния, осуществляется переход к инсайту с учётом связи эмоциональных состояний и жизненной ситуации, далее — к личностным стереотипам и представлениям, которые создали данную жизненную ситуацию, и, наконец, к опыту раннего детства.

Для достижения инсайта, а также исследования функционирования личности больного требуется разностороннее изучение происхождения невротических стереотипов и представлений как объяснимых реакций и способов адаптации к психотравмирующему опыту раннего периода развития. Инсайт взаимосвязан с интерпретациями, с помощью которых пациент постепенно подводится к *осознанию* влияния «эдипова комплекса» на происхождение своих проблем. В результате у пациента наступает внезапное прозрение, «инсайт», — и в сознании устанавливаются связи между настоящими проблемами, страхами, «эдиповскими» влечениями, переносом в отношениях с психоаналитиком и прочим. Последующая переработка инсайта приводит к соответствующим личностным изменениям пациента.

Прочие психоаналитические концепт-феномены и процедуры центрированы вокруг [достижения] концепт-феномена инсайта. Впрочем, концептная база довольно широка, — ведь бесчисленные «комплексы» психоанализа — это тоже концепты.

#### Понятия и концепты

Концепты *конфликта* и *компромисса* являются отражением психических процессов, представляющих собой усилия, направленные на достижение равновесия, удовлетворяющего «желания» и «запросы» всех аспектов психики. Симптомы, черты характера, сновидения, перенос — всё это «компромиссы» различной степени сложности, выражающие элементы *желания, защиты* и *наказания*.

При любой форме психотерапии, — как и в любом межличностном общении, — существует потенциал для изменения формы компромисса (в зависимости от трансформации различных компонентов). Как в спонтанных, непреднамеренных социальных взаимоот-

ношениях, так и при научно обоснованной, планируемой психотерапии индивид может использовать взаимодействие, чтобы чувствовать себя более удовлетворённым, менее тревожным, в безопасности, освободившись от чувства вины — или, наоборот, осуждаемым, наказанным, обездоленным и так далее.

В любом случае существовавшие ранее симптомы, черты, препятствия могут стать более или менее интенсивными, исчезнуть или же быть заменены.

Если психотерапевт воспринимается как «хороший родитель» — оказывающий поддержку, приносящий утешение, чувство безопасности, прощающий и многое позволяющий, — то баланс между компонентами компромисса может меняться, часто в сторону облегчения симптомов. Если же врач в состоянии мобилизовать пациента и помочь ему использовать имеющиеся психические резервы, достигается новое — и более адаптивное — равновесие.

При интенсивных, экспрессивных формах аналитической психотерапии, частых и продолжительных, личное взаимодействие пациента и психотерапевта создаёт уникальную возможность нового опыта человеческих отношений. Более эффективные формы поведения могут быть усвоены методом проб и ошибок в безопасной и «разрешающей» атмосфере лечения, — а когда они интегрируются благодаря идентификации с психотерапевтом, это может привести к стойким личностным изменениям.

В рамках психоаналитически-ориентированной психотерапии сохраняются в целом те же, что и в классическом психоанализе, представления о *структуре личности*.

Воззрения на профессиональную подготовку отличаются меньшей строгостью, — в отношении же личности психотерапевта-аналитика, равно как и стилистики его поведения, допускаются изменения, на которые указывалось выше, — а именно возможность и даже желательность проявления *эмпатии*.

#### **Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта**

В психодинамической психотерапии в соответствии с особенностями аналитической ситуации психотерапевт занимает позицию эмпатической объективности, сдержанности и нейтралитета. Термин «нейтралитет» не подразумевает безразличия и пассивности, а используется для описания общего отношения психотерапевта и включает в себя профессиональный кодекс, то есть уважение к индивидуальности пациента, его праву быть хозяином своей жизни, не допускать, чтобы в неё вторгались или её нарушали бы собственные предпочтения и потребности аналитика (R.R. Greenson [200]\*).

В классическом психоанализе поведение психотерапевта строится в соответствии с постулатом S. Freud'a о том, что аналитик подобен «экрану» или «зеркалу» по отношению к пациенту: отражает его проявления и не вносит собственных чувств и ценностей, а также

соблюдает «технический нейтралитет», чтобы предотвратить возможность переносных [эротических] притязаний больного. Контрперенос включает собственные чувства аналитика, его отношение [притязаний] к пациенту и является, согласно Freud'у, помехой в практической работе психоаналитика, будучи проявлением его бессознательных потребностей и конфликтов.

В современной же психоаналитически-ориентированной психотерапии контрперенос считается полезным практическим инструментом анализа и осознания психотерапевтом своих реакций; он обеспечивает дополнительные возможности для идентификации бессознательных процессов пациента.

В психоаналитической психотерапии от врача требуется создание с пациентом *лечебного альянса*, или *рабочего союза*, отражающего реальные рациональные и не-регрессивные отношения.

Также используется — с конъюнктурно-коммерческой целью — определение «психоаналитически-ориентированный психотерапевт». Так называют специалиста, который утверждает, что использует психоаналитическую теорию и приёмы, но не претендует на получение подготовки (читай: сертификата или диплома) в какой-либо психоаналитической институции; он ограничивается лишь самообразованием, психодинамически-ориентированными семинарами и личностным тренингом.

Аргументы *психо-физиолого-теоретического обоснования* близки к таковым в классическом психоанализе, — они столь же чужды физиологии и реальной клинической практике психодисциплин.

#### **Механизмы пато(сано)генеза**

Основным механизмом (и эффектом) саногенеза видится *осознание*, являющееся результатом [достижения] *инсайта* и ориентированное на конкретные проблемные области (см. выше).

К основным *диагностическим приёмам* и процедурам психоаналитически-ориентированной психотерапии относятся те же, что и в классическом психоанализе, — прежде всего, это *свободные ассоциации*; свою роль сохраняет и ряд диагностически значимых психоаналитических [концепт-] феноменов.

Н.С. Curtis'ом были предложены некоторые — претендующие на статус базовых — технические рекомендации по проведению психоаналитически-ориентированной психотерапии:

- 1) определение решающих динамических вопросов с целью локализации и ограничений предпринимаемых терапевтических действий;
- 2) запрещение касаться аспектов личности, не имеющих близкого отношения к центральной проблеме;

- 3) фокусировка внимания на текущих взаимоотношениях пациента и защитных механизмах личности;
- 4) поддержание адаптивных навыков и ресурсов пациента;
- 5) создание устойчивой, восприимчивой атмосферы поддержки и уважения;
- 6) поощрение более адаптивных способов устранения болезненных симптомов посредством новых перемещений и идентификаций.

#### Процедуры и техники

Начало, становление и сохранение процесса психоаналитической психотерапии требует специального сочетания технических мер, создающих *психоаналитическую ситуацию*.

Эти технические приёмы включают:

- использование свободных ассоциаций, охватывающих всю психическую сферу (а не целенаправленное обсуждение);
- расположение пациента на кушетке, лёжа;
- регулярность сеансов — 4 — 5 раз в неделю;
- позиционирование аналитика, выражающее эмпатическую объективность, терпимость и нейтральность относительно реакций пациента;
- воздержание от участия во внеаналитической жизни пациента или в его поступках, выражающих перенос;
- реагирование на проявления переноса разъяснением и интерпретацией.

На разных этапах эти элементы можно варьировать в различных сочетаниях, но они должны формировать относительно постоянную конфигурацию, приводящую к возникновению ранее не осознаваемых или не вполне понимаемых мыслей, чувств и фантазий, которые становятся более доступными для инсайта, модификации и интеграции в зрелую личность.

Всякое изменение или несоблюдение любого из элементов психоаналитической ситуации может значительно повлиять на характер продуцируемого пациентом материала и на качество интеракции с аналитиком. Особенно это относится к влиянию на две центральные динамические силы — перенос и сопротивление, анализ которых вследствие отклонения от оптимального равновесия указанных основных технических характеристик может быть затруднён.

Психоаналитически-ориентированная психотерапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах; последняя, в силу своей специфики, выделяется в отдельный метод — *групповой анализ* (был рассмотрен выше).

#### Формы проведения

Очевидно, что психоаналитически-ориентированная психотерапия основана на принципах и подходах, используемых в класси-

ческом психоанализе, но менее интенсивна. Существуют два основных её варианта: сугубо *инсайт-ориентированная* и *суппортивная* психотерапия.

*Инсайт-ориентированная психотерапия* предусматривает проведение занятий 1 — 2 раза в неделю; цель её заключается в осознании бессознательных психологических конфликтов, но при этом упор делается на реальных проблемах; в меньшей степени акцентируется развитие переноса.

В *психоаналитической суппортивной психотерапии* основным элементом является поддержка пациента (а не развитие у него инсайта), что выражается прежде всего в повышении реальных социальных возможностей, успокоении, совете и помощи в социальных изменениях; такая терапия проводится длительно.

На этапе, когда пациент проявит стойкое улучшение, должен быть рассмотрен вопрос об окончании лечения. Ограниченные цели психотерапии требуют, чтобы регрессия к зависимости от психотерапевта контролировалась с помощью поддержки и поощрения у пациента стремления к самостоятельному поведению. Доказательства возросшей способности к независимому функционированию должны быть признаны в качестве достижения, заслуживающего уважения; желание больного прекратить лечение обычно сопровождается тревогой, которая может быть снижена признанием со стороны психотерапевта — декларацией уверенности в способности пациента сохранять достигнутое улучшение.

Проблемы *[клинического] применения, осложнений и противопоказаний* метода в целом те же, что и для классического психоанализа, однако иной, по сравнению с психоанализом, — психотехнический — акцент терапии позволяет расширить рекомендации для применения психоаналитически-ориентированной психотерапии.

### 9.3. Групповая [психо]терапия

Под *групповой [психо]терапией* понимается психотерапевтический метод, — а точнее, целая совокупность методов, достигающая уровня парадигмы, — состоящий в целенаправленном использовании комплекса взаимоотношений и взаимодействий, которые возникают между всеми участниками группы, не исключая психотерапевта, — *групповой динамики*, — в лечебных целях относительно каждого из пациентов-участников группы.

Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психотерапия применяется в рамках различных теоретических ориентаций (точнее, психотерапевтических парадигм), которые и определяют её своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приёмов и прочее.

В качестве самостоятельного метода групповая психотерапия выступает в том смысле, что рассматривает пациента в *социально-психологическом плане*, в контексте его взаимоотношений и взаимодействий с окружающими, раздвигая тем самым границы психотерапевтического процесса и фокусируясь не только на индивиде и его внутриличностной проблематике, но и на индивиде в совокупности его реальных контактов и связей с окружающим миром.

Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают таковые в его обыденной жизни, поскольку группа выступает как модель реального микросоциального окружения, — где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, — и изменить их в атмосфере доброжелательности и взаимного при[н]ятия.

Следует также подробнее остановиться на различиях *индивидуальной* и *групповой* психотерапии, позволяющих последней занимать особое положение среди иных методов психотерапии.

Опора на групповую динамику и межличностное взаимодействие нередко формирует представления, согласно которым групповая психотерапия направлена на переработку конфликтов в сфере межличностного взаимодействия, в то время как индивидуальная — на раскрытие и переработку глубинного, внутриличностного конфликта.

Однако групповая психотерапия в рамках конкретного психотерапевтического направления решает те же задачи, что и индивидуальная, но с помощью специфических средств. Если психотерапия имеет своей целью раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных, нарушенных отношений личности, обусловивших его возникновение и субъективную неразрешимость, то эта цель является общей и для индивидуальной, и для групповой психотерапии.

Трудности в сфере межличностного взаимодействия, межличностные конфликты в значительной степени являются следствием глубинных коллизий и нарушенных отношений личности. В межличностных конфликтах проявляются скрытые и неосознаваемые психологические проблемы.

В групповой психотерапии внутренний психологический конфликт и нарушенные отношения личности раскрываются через их непосредственное отражение в реальном поведении пациента в группе.

В то же время групповая психотерапия, несмотря на доминирующую интеракционную направленность, не ограничивается актуальной ситуацией («здесь и теперь»). Адекватная коррекция нарушенных отношений личности может быть осуществлена пациентом лишь в том случае, если весь комплекс психологических особенностей, проявляющийся в процессе группового взаимодействия, соотносится с его реальной ситуацией и проблемами вне группы, позволяет реконструировать особенности взаимоотношений в ситуациях прошлого («там и тогда»). Закономерная повторяемость, стереотипность конфликтных ситуаций, особенностей поведения и эмоционального реагирования в группе и вне её, в настоящем и прошлом, делают более наглядным и убедительным содержание обратной связи, получаемой в группе. Это способствует созданию устойчивой мотивации к самоисследованию и коррекции своих отношений, позволяет вычлнить то, что стоит за поведением в различных ситуациях.

Следует особо подчеркнуть, что групповую психотерапию надлежит отличать и от *групповой терапии*, и от *коллективной психотерапии*; первая выступает в качестве «психотерапии группой», тогда как последняя является «психотерапией в группе», — предполагая, по сути, использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов, расцениваемой в качестве простой их совокупности.

#### Историко-персоналогическая справка

История развития групповой психотерапии — это движение от *групповой терапии* к *групповой психотерапии*, то есть к осознанию и признанию групповых эффектов и целенаправленному использованию их в психотерапевтических целях.

Проявляющиеся в группах ожидания и эмоции, чувство надежды, вера в компетентность [психо]терапевта и эффективность применяемых процедур увеличивают состояние аффективного напряжения, возрастающего по мере «эмоционального заражения» участников, и способствуют податливости пациентов к воздействию и влиянию.

Воздействие традиционно заключается прежде всего во *внушении*, которое обращено к эмоциональной сфере больного — и, минуя его рациональное, критическое мышление, оказывает влияние на его самочувствие и психофизиологическое состояние (и, как следствие, на социальное функционирование).

Историческим примером оказания группой [психо]терапевтического влияния на личность могут служить сеансы F.-A. Mesmer'a.

Одним из первых современных авторов, обративших внимание на [психо]терапевтические возможности применения группового взаимодействия, был J. Pratt, который в 1905 году организовал терапевтические группы («classroom method», называемый иначе «thought control») для больных туберкулезом [201, 202]\*. Первоначально Pratt рассматривал группу с позиций экономической целесообразности: как удобный способ информирования пациентов о причинах болезни и факторах, способствующих выздоровлению, об образе жизни и отношениях; он не вычленил её собственно [психо]терапевтических возможностей. В дальнейшем он пришёл к убеждению, что в психотерапии главная роль принадлежит группе, воздействие которой заключается в эффективном влиянии одного человека на другого, в возникающих в группе взаимном понимании и солидарности, способствующих преодолению пессимизма и ощущения изоляции.

Практически все психотерапевтические методы XX — начала XXI веков так или иначе использовали групповые формы и внесли определённый вклад в развитие групповой психотерапии.

Особое место в этом ряду принадлежит *психоаналитической* терапии — и, отчасти, психотерапии «гуманистической».

Так, А. Adler считал, что группа представляет собой контекст для выявления эмоциональных нарушений и их коррекции. Полагая, что источник конфликтов и трудностей пациентов состоит в неправильной системе их ценностей и жизненных целей, он утверждал, что группа не только формирует взгляды и суждения, но и может помочь их модифицировать. Работая с группой пациентов, Adler стремился добиться понимания пациентами генеза их нарушений, а также трансформировать их позиции.

Развитию психоаналитически-ориентированной групповой психотерапии своими работами способствовали также упоминавшиеся выше S.R. Slavson, P. Schilder, A. Wolf и многие другие.

Существенный вклад в развитие групповой психотерапии внёс основатель психодрамы J.L. Moreno (1889 — 1974) [203 — 205]\*: некоторые авторы приписывают ему введение самого термина «групповая психотерапия».

Среди психотерапевтов «гуманистического» толка особое место в развитии групповой психотерапии занимает С.Р. Rogers, придававший большое значение групповым формам, — считая, что психотерапевт в этом случае является моделью для участников, способствуя тем самым устранению тревоги и развитию самораскрытия; что отношения, складывающиеся между участниками группы, могут создавать оптимальные условия для терапевтических изменений.

Большое влияние на развитие групповой психотерапии оказали работы в области *групповой динамики* К. Lewin'a (1890 — 1947) [206]\*; он полагал, что большинство эффективных изменений происходят в групповом, а не в индивидуальном контексте. Lewin и его последователи рассматривали личностные расстройства как результат и проявление нарушенных отношений с другими людьми, социальным окружением.

**Методологические заимствования** групповой психотерапии лежат в практических сферах ряда социолого-психологических дисциплин: социальной психологии, психологии малых групп, теории ролей и прочих.

### Феноменология

За исключением упоминавшейся выше *групповой динамики* — феномена, фактически уже приобретшего вид концепта, — практически единственным — объективным — феноменом, специфическим для групповой психотерапии, является феномен [*групповой*] *индукции*.

Признание всех прочих психотерапевтических феноменов (а также феноменов-концептов и концепт-феноменов), равно как и характер их эксплуатации, зависят от методической ориентации группового психотерапевта.

Подобное справедливо и в отношении понятий и концептов групповой психотерапии; важно осознавать, что само понятие «группа» — не что иное, как специфический концепт групповой [психо]терапии.

### Понятия и концепты

Под *психотерапевтической группой* понимается специфически организованная общность пациентов, находящаяся между собой в непосредственном личном общении и взаимодействии для достижения определённых психотерапевтических целей.

Ещё один базовый концепт групповой психотерапии — *групповая динамика*; она понимается как совокупность групповых действий и интеракций, возникающая в результате взаимоотношений и взаимодействия членов группы, их деятельности и влияния внешнего окружения, и представляет собой развитие, или движение, группы во времени.

В общем виде групповую динамику определяют: цели, задачи и нормы группы; её структура (включая лидерство); *групповые роли*; *сплочённость группы*; *групповое напряжение*; актуализация прежнего эмоционального опыта; формирование подгрупп; виды вербальной коммуникации в группе и прочее.

Представления о *структуре личности* в рамках групповой психотерапии обусловлены предпочтением, отдаваемым той или иной парадигме; однако все методические ориентации групповой психотерапии в качестве главного аспекта личности признают систему её социальных ролей и связей (вне зависимости от уровня и контекста рассмотрения этой системы).

### Профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта

Профессиональная подготовка группового психотерапевта в целом регламентируется соответствующими нормами и положениями отправляемого метода психотерапии, на основе которого сформирована групповая практика.

Поведение группового психотерапевта в значительной степени определяется методической ориентацией, но в целом его позиция может быть охарактеризована как преимущественно *недирективная*.



Основные задачи группового психотерапевта можно сформулировать следующим образом:

- 1) побуждение членов группы к проявлению отношений, установок поведения, эмоциональных реакций — и их обсуждению и анализу, а также к разбору предложенных тем;
- 2) создание в группе условий для полного раскрытия пациентами своих проблем и эмоций в атмосфере взаимного при[н]ятия, безопасности, поддержки и защиты;
- 3) разработка и поддержание в группе определённых норм;
- 4) гибкость в выборе директивных и недирективных техник воздействия.

Предпочтительным в плане руководства психотерапевтической группой является наличие в ней двух психотерапевтов, что позволяет каждому из них получать обратную связь относительно своего поведения в группе. В этом случае психотерапевты профессионально контролируют друг друга и могут обратить внимание на искажения в понимании группового процесса и возможный контрперенос. *Котерапевтом* часто выступает менее опытный, начинающий групповой психотерапевт, который, участвуя в работе, приобретает опыт в области групповой психотерапии. Ведение групп психотерапевтами, находящимися на одинаковом профессиональном уровне, — также распространённое явление. Наиболее предпочтительным представляется вариант работы в психотерапевтической группе пары психотерапевтов: врача и психолога, мужчины и женщины.

Аргументы и апелляции, характерные для практики групповой психотерапии, лежат в большинстве своём в плоскости социолого-психологических исследований, в силу чего каких-либо *[психо-]физиолого-теоретических* обоснований не приводится.

#### Механизмы пато(сано)генеза

При рассмотрении эффектов групповой психотерапии выделяют разнообразные механизмы, или факторы, лечебного действия, которые располагаются в трёх основных плоскостях, каковы суть: *эмоциональное переживание, самопонимание и регуляция поведения*. В зависимости от методистской ориентации терапевты придают большее или меньшее значение каждому из них, подчёркивая при этом и определённую роль других.

В качестве основных механизмов лечебного действия групповой психотерапии рассматриваются *эмоциональный опыт, конфронтация и научение*.

Один из важнейших механизмов лечебного действия групповой психотерапии — реконструкция пациентом в группе тех эмоциональных ситуаций, которые имели место в его реальной жизни в прошлом и являлись субъективно неразрешимыми и неотреагированными. Эта реконструкция предполагает переработку прошлого негативного опыта, проявляющегося в актуальной эмоциональной ситуации в группе, — без которой невозможно добиться позитивных и достаточно глубоких личностных изменений. Адекватное самопонимание также не может быть достигнуто вне общего контекста формирования и развития личности пациента.

Цели и задачи групповой психотерапии как метода, ориентированного на личностные изменения, в определённой степени различаются в зависимости от теоретических [пато]персоналогических представлений, однако опора на [концепт]-феномен *групповой динамики* существенно сближает позиции.

Итак, в общем виде цели групповой психотерапии определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.

Учитывая три сферы ожидаемых изменений — *когнитивную, эмоциональную и поведенческую*, — конкретные задачи групповой психотерапии можно сформулировать следующим образом:

- *относящиеся к познавательной сфере* (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание): осмысление связей «личность — ситуация — болезнь», интерперсонального контекста собственной личности и генетического (исторического) плана;
- *относящиеся к эмоциональной сфере*: получение эмоциональной поддержки и формирование благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание и осознание нового опыта в группе и самого себя; точное распознавание и вербализация эмоций; переживание заново и осмысление прошлого эмоционального опыта, а также получение нового эмоционального опыта в группе;
- *относящиеся к поведенческой сфере*: формирование навыков эффективной саморегуляции.

Таким образом, задачи групповой психотерапии фокусируются на трёх составляющих самосознания: *самопонимании* (когнитивный аспект), *отношении к себе* (эмоциональный аспект) и *саморегуляции* (поведенческий аспект), что позволяет определить глобальную цель групповой психотерапии как расширение сферы самосознания пациента.

Динамика психотерапевтического процесса в группе имеет определённые закономерности и подразделяется на четыре фазы, или стадии.

Процесс начинается с зависимого и поискового поведения, проходит через возникновение, обострение и разрешение внутрисгрупповых конфликтов и продвигается к формированию групповой сплочённости и эффективному решению проблем.

Однако на дескриптивном уровне обнаруживается гораздо больше сходства, нежели различий.

*Первая фаза* групповой психотерапии характеризуется пассивностью пациентов и высоким уровнем напряжения, обусловленного преимущественно несовпадением ожиданий с реальной групповой ситуацией и позицией психотерапевта.

Для *второй фазы* также свойствен высокий уровень напряжения (специфика которого заключается, как правило, в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевту) в сочетании с более высокой активностью пациентов. Конструктивным разрешением кризиса можно считать открытое выражение пациентами своих чувств и обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетностью, зависимостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью.

*Третья фаза* характеризуется процессом структурирования группы, развитием групповой культуры, выработкой групповых норм, целей, ценностей, формированием сплочённости, отношений взаимопомощи и взаимоподдержки.

*Четвёртая фаза* является «рабочей» — фазой активно и целенаправленно работающей психотерапевтической группы. Возникшие в предыдущей фазе сплочённость, искренность, спонтанность, заинтересованность, чувство безопасности создают необходимые условия для собственно психотерапевтического процесса в группе.

Каких-либо универсальных — для всех видов групповой психотерапии — *диагностических приёмов* не предложено; применяемые же специфические приёмы свойственны методам, явившимся методологической основой данной разновидности групповой психотерапии. В целом повседневная центрированность на мельчайших проявлениях *групповой динамики* позволяет говорить о формировании диагностической направленности на последнюю.

#### Процедуры и техники

Очевидно, что основным инструментом лечебного воздействия групповой психотерапии выступает *психотерапевтическая группа*, позволяющая выйти на понимание и коррекцию проблем пациента посредством межличностного взаимодействия. Все элементы *групповой динамики* обсуждаются в процессе работы — так как в них наиболее ярко выражается специфика системы отношений, установок, особенностей поведения и прочего — и могут рассматриваться как основные темы *групповой дискуссии*.

Важнейшей процедурой групповой психотерапии поэтому является *формирование психотерапевтической группы*.

По количеству пациентов-участников психотерапевтические группы могут быть *малыми* — «классическими» (8 — 12 человек), *средними* (15 — 25 человек) и *большими* (30 — 40 человек).

Однако классификация психотерапевтических групп чаще основывается на критериях состава: учитывается не только и не столько количество пациентов, сколько принцип «однородности / неоднородности» («гомогенности / гетерогенности»).

Проблема «однородности / неоднородности» психотерапевтических групп охватывает такие параметры, как нозология (синдромология), пол, возраст, образование, социо-культурный уровень, личностные особенности, типология конфликтов и прочее.

Приверженцы *однородных групп* отмечают такие их особенности, как более быстрая взаимная идентификация, сокращение длительности лечения, раннее возникновение взаимной эмпатии, уменьшение сопротивления и проявлений деструктивного поведения, редкое формирование подгрупп. Группы, как правило, являются однородными при терапии крайних возрастных контингентов (дети / подростки, пожилые люди).

Сторонники *неоднородных групп* полагают, что в таких группах возможна более глубокая психотерапия — так как одна из важнейших задач заключается в конфронтации пациентов: имеющих узкий диапазон поведенческих и эмоциональных стереотипов и тех, что обладают способностью к альтернативному поведению и реакциям. Гетерогенность группы способствует столкновению множественных — различающихся — способов реагирования, предоставляет пациентам возможность научиться различать оттенки в отношениях между людьми, учит терпимо, лояльно относиться к противоположным реакциям, чувствовать себя безопасно в непривычной среде, среди других людей. Отмечают и такие преимущества разнородных групп, как более эффективное научение, всесторонняя «проверка действительностью», быстрое формирование группового «переноса», облегчение процесса создания группы etc.

Подчёркивается, что оптимальный состав группы должен быть таким, чтобы её члены, несмотря на различия, могли вести между собой дискуссию.

В настоящее время отмечается большое число сторонников нозологической однородности групп. Вместе с тем имеются многочисленные данные, свидетельствующие о терапевтической эффективности групп, неоднородных в нозологическом отношении.

По организационным особенностям группы делятся на *амбулаторные* и *стационарные*.

Психотерапевтические группы подразделяются также на *закрытые* и *открытые*.

*Закрытые группы* имеют постоянный состав участников: новые члены в группу не включаются — даже в том случае, если из неё по какой-либо причине до окончания срока лечения выбывает кто-то из пациентов; эти группы обычно имеют фиксированную продолжительность работы.

В закрытых группах происходит совместное и одновременное прохождение пациентами всех фаз психотерапевтического процесса; их

отличает значительная глубина и сила групповых переживаний, высокая степень идентификации психотерапевта с группой, его эмоциональная вовлечённость и ответственность, высокие сплочённость и эффективность углублённой работы.

*Открытые группы* не имеют постоянного состава участников: по мере окончания лечения пациенты уходят из группы и на их место в состав уже работающей группы включаются новые члены; в таких группах, как правило, нет заранее фиксированной длительности работы.

К преимуществам открытых психотерапевтических групп относятся: более лёгкое усвоение пациентом, вступающим в уже работающую группу, групповых норм, целей, ценностей «групповой культуры»; в целом менее выраженное сопротивление; положительное влияние пациентов, заканчивающих лечение, на вновь поступивших; большая эффективность при выполнении различных заданий тренингового и обучающего характера (в частности, научение более эффективным социальным контактам).

В стационарных отделениях предпочтительнее использование закрытых психотерапевтических групп, в амбулаторных — открытых.

Процедуры и техники групповой психотерапии условно подразделяются на *основные* и *вспомогательные*.

Основной процедурой является *групповая дискуссия*, имеющая три главные ориентации — *интеракционную*, *биографическую* и *тематическую*.

К вспомогательным техникам (квалифицируемым также как формы проведения) относятся: *психодрама* (разыгрывание ролевых ситуаций), *психогимнастика* (невербальное межличностное взаимодействие), *проективное рисование* (рисование на заданную тему) (см. рубрику «Формы проведения»).

Используемые в групповой психотерапии средства воздействия разделяются также на *вербальные* и *невербальные*.

К вербальным относятся: *структурирование хода занятий*, *сбор информации*, *интерпретация* (отражение эмоций, кларификация, конфронтация, собственно интерпретация), *убеждение* и *переубеждение*, *предоставление информации*, *постановка заданий*.

К невербальным средствам принадлежат *мимика*, *жестикуляция*, *интонация*.

Сочетание групповой дискуссии с различными вербальными и невербальными вспомогательными приёмами определяется конкретной групповой ситуацией и фазой развития группы. В зависимости от этого может изменяться удельный вес различных вербальных и невербальных методов, а также содержание и структура занятий (так, в начальной фазе групповой психотерапии, когда существует выраженная дистан-

ция между пациентами и страх перед её преодолением, полезно увеличить объём невербальных приёмов).

Вспомогательные вербальные и невербальные методы часто используются в группе для разрешения трудных ситуаций. Их применение в ходе групповой дискуссии позволяет обратить внимание группы — и отдельных пациентов — на характерные особенности и способы поведения, вскрыть существующие взаимоотношения и сделать их более наглядными, оживить процесс взаимодействия, дать дополнительный материал для анализа проблем группы в целом и каждого пациента в отдельности.

Продолжительность курса групповой психотерапии зависит от методической ориентации психотерапевта, нозологической принадлежности участников группы (контингента) и типа лечебно-профилактического учреждения. В среднем она составляет 40 сеансов по 1,5 часа каждый; существуют *кратковременные* (1 — 6 месяцев) и *долговременные* (до нескольких лет) варианты.

#### Формы проведения

Разработаны специфические формы проведения (вспомогательные техники, варианты) групповой психотерапии.

*Психогимнастика* — один из невербальных вариантов проведения групповой психотерапии, в основе которого лежит использование двигательной экспрессии в качестве главного средства коммуникации в группе. Психогимнастика предполагает выражение переживаний, эмоциональных состояний, проблем с помощью движений, мимики, пантомимы. Психогимнастика включает три части, характеризующиеся самостоятельными задачами и собственными методическими приёмами, — *подготовительную*, *пантомимическую* и *заключительную*.

*Психодрама* является вариантом (и формой проведения) групповой психотерапии, представляющим собой ролевую драматическую импровизированную игру на заданную тему, в ходе которой создаются необходимые условия для спонтанного выражения чувств, связанных с наиболее важными для пациента проблемами и конфликтами, — и их частичной интеграции.

Классическая процедура психодрамы по Ж.-Л. Могено предполагает наличие пяти элементов; к ним относятся:

1. Протагонист — пациент — субъект психодрамы, главный исполнитель, представляющий свои проблемы.

2. Терапевт (режиссёр, фасилитатор) — тот, кто помогает пациенту исследовать свои проблемы. (Функции терапевта заключаются в организации психодраматического действия и пространства; создании атмосферы доверия; стимулировании участников к спонтанности; подготовке протагониста и всей группы к ролевой игре; выявлении проблем и переживаний пациента; комментировании; включении вспомогательных персонажей; организации обсуждения, эмоционального обмена, анализа [интерпретации] происходящего.)

3. Помощники терапевта — котерапевт и пациенты, исполняющие вспомогательные роли и потенцирующие функции терапевта. (Эта категория также обозначается как «вспомогательные “Я”». Последние могут олицетворять значимых для протагониста людей или части его собственного «Я». Выделяют несколько основных функций «вспомогательных “Я”»: сыграть роль, которая необходима протагонисту для реализации замысла; помочь понять, как протагонист воспринимает взаимоотношения с другими персонажами действия; сделать очевидными неосознаваемые протагонистом отношения; направлять протагониста в решении проблем и конфликтов; помочь протагонисту перейти от драматического действия к реальной жизни.)

4. Зрители — остальные члены группы, не принимающие непосредственного участия в психодраматическом действии, но обсуждающие ситуацию после её завершения — не только относительно протагониста и участников психодрамы, но и применительно к самим себе.

5. Сцена — место, где разворачивается психодраматическое действие, «жизненное пространство».

Процесс психодрамы включает три основные фазы: *инициальную* (или подготовительную); собственно *психодраматическое действие*; *обсуждение* (предоставление обратной связи и эмоциональный обмен).

В первой, *инициальной фазе* происходят выбор протагониста, получение диагностического материала, предварительное обсуждение проблемы и самой ситуации с протагонистом, подготовка протагониста и других участников, организация пространства для психодраматического действия. Обычно в инициальной фазе проводится «разминка», задачи которой состоят в стимулировании спонтанности участников, ослаблении страха, тревоги и беспокойства, снятии защит, создании соответствующей эмоциональной атмосферы. Для этого используются различные вспомогательные приёмы: дискуссия, «живые скульптуры», импровизации, разыгрывание сказок или фантастических ситуаций и прочее.

Вторая фаза — разыгрывание ролевой ситуации, или *психодраматическое действие*. В ходе её пациент может достичь катарсиса и осознать свои истинные чувства, отношения, установки, проблемы и конфликты. Облегчить эти процессы помогает целый ряд приёмов: «зеркало», «двойники», «другие “Я”», «монолог», «диалог», «построение будущего», «проба реальности» и другие.

Третья фаза — *обсуждение*, или фаза интеграции, — является завершающей. По сути дела, эта фаза состоит в предоставлении протагонисту обратной связи двух видов — *ролевой и идентификационной*. Первая — обратная связь «из роли». Тут протагонист получает информацию о том, что чувствовали его непосредственные партнёры, о чём они думали, что им хотелось сделать или сказать протагонисту во время разыгрывания психодраматической ситуации. Идентификационная обратная связь основана на возможной идентификации с протагонистом или его партнёрами зрителей, — то есть тех членов группы, которые не принимали непосредственного участия в разыгрывании психодраматической ситуации. Здесь члены группы, наблюдавшие за ролевой игрой, говорят о том, что чувствовали они, какие переживания, мысли, воспоминания, ассоциации возникли

у них. Идентификационная обратная связь, во-первых, предполагает более активное вовлечение всех участников группы в работу над собственными проблемами, во-вторых, предоставляет протагонисту поддержку и позволяет почувствовать, что его проблемы и переживания не чужды другим людям, — а также может помочь ему увидеть иные возможности преодоления и разрешения существующих проблем и конфликтов.

Иногда третья, завершающая, фаза психодрамы может содержать и собственно анализ и интерпретацию психодраматического действия. Однако при наличии качественной ролевой и идентификационной обратной связи это становится излишним.

Разновидностью групповой психотерапии, в которой совмещены гипноз и психодрама, является *гипнодрама*; методика описана в 1950 году J.L. Moreno совместно с J.M. Eppes'ом [207]\*.

Констатируется, что групповые формы психотерапевтического (и психокоррекционного) воздействия имеют важнейшее преимущество — экономичность; указывается также на их более высокую, по сравнению с индивидуальными формами психотерапии, эффективность.

Причины последнего видятся в том, что, во-первых, групповые формы, подразумевающие формирование малых групп, комплиментарны социетально-психологическим структурам вообще; во-вторых, здесь сказывается влияние тенденций к демократизации общества.

#### [Клиническое] применение, осложнения и противопоказания

Групповая психотерапия используется в комплексном лечении самых разнообразных контингентов (ей подлежат невротические состояния, различные формы химической и игровой зависимости, психозы в ремиссии, психосоматические расстройства, хронические соматические заболевания и многое другое). Применение групповой психотерапии должно быть обусловлено прежде всего ролью психогенных факторов в этиопатогенезе заболевания, а также его социально-психологическими последствиями.

Групповая [психо]терапия находит применение не только в границах клиники; существуют различного рода группы (тренинги) умений, личностного роста, организационного развития, сплочённости; управленческие тренинги и тому подобное. В этом плане групповая психотерапия по содержанию и формам проведения приближается к иным формам групповой работы.

Высказываются также мнения, что групповая [психо]терапия является частным выражением тотального *группового движения* в психотерапии.

## Глава 10

## ФАРМАКОПСИХОТЕРАПИЯ

Современный патоморфоз клинических проявлений преобладающих психотерапевтически пато-нозо-специфичных расстройств — традиционных «неврозов» и «пограничных состояний» — обуславливает необходимость комплексных подходов к построению любых лечебно-реабилитационных стратегий.

Этот клинический патоморфоз характеризуется следующими чертами:

- преобладанием соматоформных проявлений;
- сложной интерференционной клинической картиной;
- тенденцией к затяжному прогрессирующе-рецидивирующему течению;
- ростом резистентности к проводимой терапии.

Этим объясняется недостаточная эффективность традиционных форм терапевтических подходов, используемых изолированно. Кроме того, возросший интерес к психотерапевтическим методам «новой волны» и формирование тенденций к внедрению психологической модели психотерапии, благодаря PR-промоции несколько даже вытесняющей медицинскую, привели к неоправданному, как представляется, уменьшению объёма [использования] научно обоснованных психофармакологических подходов к лечению расстройств невротического регистра.

В определённой мере эту тенденцию обусловил также фактор настороженного, а подчас и негативного отношения к психофармакологии как составляющей «репрессивной психиатрии».

\* \* \*

Однако — хотя фармакотерапию и продолжают рассматривать как основной инструмент медико-биологического вмешательства — в специальной литературе подчёркиваются её прямые и опосредованные психотерапевтические эффекты.

Так, полагается, что фармакотерапия содействует психотерапевтическому процессу как таковому — через реализацию своей специфической биологической активности. Во-первых, это может быть полезным при установлении контакта с больным и для укрепления терапевтической связи, в частности для демонстрации пациенту компетентности лечащего врача. Во-вторых, путём ослабления наличествующих болезненных симптомов фармакотерапия может устранить преграды на пути эффективного психотерапевтического общения, повышая степень свободы при изучении скрытых психологических конфликтов. В-третьих, лекарственная терапия путём разрушения существующих симптоматических барьеров может способствовать усилению психологических изменений и интеграции нового понимания в повседневную жизнь [пациента].

Как отмечают В.Д. Weitman [и соавторы] [1, 2]\*, фармакотерапия может усилить реакции переноса — аналогичные тем, которые имеют место без применения лекарственной терапии. Требование пациента о назначении какого-либо медикамента может выявить лежащие в глубине зависимые или иные переносные взаимоотношения — точно так же, как обсуждение лекарств[а] может способствовать выявлению характерных особенностей, имеющих место при других межличностных отношениях. Лекарственные предписания могут помочь в понимании ключевых психодинамических процессов, относящихся к сопротивлению, переносу, контрпереносу, и в целом содействовать наступлению позитивных изменений в процессе работы.

\* \* \*

В клинической практике и научно-исследовательской работе в области психотерапии всегда *необходим учёт первичного — терапевтического — фармакологического фона*, поскольку медикаментозные схемы лечения в сфере клинической ком-

петенции психотерапии не только распространены исключительно широко, но и явно преобладают.

Это объясняется, с одной стороны, несомненными успехами психофармакологии, а с другой — невозможностью в настоящее время удовлетворить потребность в квалифицированной психотерапевтической помощи всех тех, кому она показана и для кого может быть эффективной, — прежде всего из-за больших затрат времени. Напротив, медикаментозные препараты широкодоступны, отличаются высокой избирательной активностью и быстротой действия.

Намеренное же и целенаправленное сопряжение психотерапевтических воздействий и фармакотерапевтических влияний обозначается как *фармакопсихотерапия*.

**Таким образом, фармакопсихотерапия представляет собой психотерапию, проводимую с помощью (на фоне) применения специально подобранных психофармакотерапевтических средств<sup>122</sup>.**

\* \* \*

В настоящее время достаточно чётко обозначены следующие направления исследований / проблемные области фармакопсихотерапии:

- отыскание вариантов комбинаторных соответствий фармакопрепаратов и методов психотерапии (и её форм);
- разработка схем использования фармакопрепаратов в отношении краткосрочных или одномоментных форм психотерапии, что отвечает современным тенденциям к ориентации на недлительные формы психотерапии;
- психотерапевтическое потенцирование и опосредование назначения и отмены психофармакотерапевтических средств;
- дальнейшее развитие медико-ориентированной психотерапевтической парадигмы путём разработки эффективных фармакопсихотерапевтических подходов;
- оценка и, возможно, парциальное применение психотехник и методик так называемой «психоделической психотерапии» на основе использования не-наркотических препаратов.

<sup>122</sup> Сводные таблицы фоновой психофармакологии приведены в главе «Понятие «фармакологического фона»».

\* \* \*

Специфическим вариантом фармакопсихотерапии является методика *наркопсихотерапии* (М.Э. Телешевская, 1985 [3]\*), представляющая собой применение медикаментозных препаратов для успешного преодоления антисуггестивных барьеров и эффективной реализации суггестии.

Выделяются следующие разновидности наркопсихотерапии:

- внушение на фоне кратковременного или продлённого неполного наркоза;
- наркогипноз;
- метод многократных внутривенных введений препарата (барбитуратов);
- комбинированная наркопсихотерапия.

Для достижения наркоза используются растворы амиталнатрия, гексенала и другие (чаще 1 — 10%-й раствор амиталнатрия и гексенала в дозах от 0,5 до 3 мл).

При проведении наркопсихотерапии в динамике наркоза выделяют три стадии, имеющие различное значение.

*Первая стадия* — «понижения общей активности и инициативы» — характеризуется усиливающейся брадикардией, гиподинамией, [лёгким] головокружением.

Наступающую по мере дальнейшего введения препарата *вторую стадию* — «эмоциональных сдвигов» — отличает состояние эйфории с повышением общительности, оживлённости и развитием многоречивости. Продолжительность стадии колеблется от 10 минут до 1 часа.

В *третьей стадии* — «оглушения» — наблюдается картина собственно оглушения с эхолоалией и персеверациями.

Довольно широкое применение в своё время получило внушение на фоне кратковременного неполного наркоза. В состоянии эйфории с элементами оглушённости врачебные суггестивные воздействия становятся более эффективными. Препарат вводится в течение 3 — 4 минут, после чего врач в императивном тоне повторяет краткие, ясные формулы внушения. На фоне эйфории больные легче обретают чувство уверенности и впоследствии более охотно выполняют различные задания.

Длительное состояние амиталового (гексеналового) субнаркоза используется в терапии истерических моносимпто-

мов (амавроз, астазия-абазия, мутизм etc.), а также стойкой ипохондрической симптоматики и другого. После введения препарата в течение 15 — 20 минут проводится внушение и предлагаются тренировочные упражнения (ходьба — при астазии-абазии, чтение вслух — при афонии, и тому подобное).

При лечении больных с длительной бессонницей после введения 1 — 2 мл 1 — 3%-го раствора амитал-натрия используются обычные формулы внушения — как при погружении больного в гипнотическое состояние. Сеанс наркопсихотерапии продолжается от 30 минут до 1 часа, формулы внушения повторяются каждые 8 — 10 минут.

В случае физиогенных астений при тревожно-депрессивном фоне настроения могут проводиться многократные введения барбитуратов (амитал-натрия, гексенала), по следующей схеме: через день, до 20 инъекций на курс. Используется только эйфоризирующее действие препаратов, без внушения, — но при общей атмосфере психотерапевтического потенцирования.

Комбинированная наркопсихотерапия предполагает последовательное применение — в процессе лечения — нескольких методических приёмов.

Еще одной специфической формой фармакопсихотерапии является *наркоанализ (наркосинтез)*, при котором наркотические средства применяются в расчёте на ускорение аналитического процесса.

\* \* \*

Резюмируя, следует отметить, что фармакопсихотерапия имеет неограниченные возможности в клиниках психиатрии и психотерапии, да и психоневрологии вообще. Фактически, психофармакотерапию психозов (хотя пациенты с расстройствами психотического ранга, должно подчеркнуть, являются наиболее дистанцированными от психотерапевтического поля контингентами) надлежит понимать как разновидность фармакопсихотерапии, — причём разновидность с усечёнными психотерапевтическими функциями. Очевидно, что это всё те же неизбежные последствия разведения психотерапии и психиатрии, — точнее, организационно-терапевтической сепарации последней.

*Часть V*

**ГЕНЕАЛОГИЯ  
И ДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ:  
МЕДИКО-  
ОРИЕНТИРОВАННАЯ  
ПРАКТИКА  
В СОЦИАЛЬНО-  
ФИЛОСОФСКОМ  
И ЭТНОКУЛЬТУРНОМ  
ПРОСТРАНСТВЕ**



В истории психотерапии несложно проследить определённые линии происхождения [основных] её методов и методик, с выраженными отношениями наследования между различными историко-культурными их воплощениями; декларируемая же обыкновенно новизна — содержательная, методическая, феноменологическая, психотехническая etc. — при ближайшем рассмотрении выступает, как правило, прежде всего в денотации, ракурсе, стилистике подачи — и не более того.

Так, *рациональная психотерапия* — это линия, идущая от Σωκράτης'a, и далее — Celsus — Sylvius — Pinel — Ideler — Dubois — Déjérine и многие, многие другие; вялая клиническая институционализация, ни к чему не обязывающее душесловие, вставшее в один ряд с филигранными психотехниками [иных] классических методов.

Что до *поведенческой терапии*, то это методизм Soranus'a Ephesius'a — индивидуализированные дисциплинарные воздействия Celsus'a — механопсихотерапия Ideler'a и Heingoth'a — физиопсихотерапевтическая практика электризации — клинико-физиологические констелляции Павлова — бихевиоральная схоластика Volpe и Lasarus'a — уклон в эмотивность Ellis'a — инспирация интеллектуализацией (Bandura); последовательная эволюция, лишённая каких-либо особенных — и прежде всего идеологических — скачков и открытий.

*Активирующая психотерапия* — основная, легитимная, вассальная психотерапия психиатрической клиники, это ряд практика киевских монастырей — психоортопедия Ганнушкина — активирующая психотерапия Консторума — трудопсихотерапия; сей не слишком увлекательный перечень, за исключением, быть может, его истоков, знает каждый.

*Психоанализ* — сборная практика, наследующая как технику аналитической драмы (аттическая трагедия в лице Αισχύλος'a и Εὐριπίδης'a, но особенно — Σοφοκλῆς'a), так и ряд элементов духовного пастырства (которые нельзя однозначно привязать к какой-либо эпохе, хотя обычно указывают на Средневековье), — но, главное, воспринявшая древнюю страсть к экзегезе; ближайшие же её предшественники хорошо известны.

Что касается *гипносуггестии* — то это библейская ещё практика; уже Евангелия канонизируют — в категории «miracle» — ряд психотехнических подробностей — и, надо заметить, довольно тонких.

Важность этих аналогий, которые будут хорошо заметны при изложении реконструированной истории психотерапии, состоит в том, что понимание истоков для этой дисциплины неизмеримо ценнее, нежели для любой иной медицинской науки-специальности, — и много больше, чем для почти всех других областей социо-психической практики. Тому есть ряд причин:

- все методы, заявленные как «новые», оказываются, как правило, довольно древними;
- установление истоков синтетических методов позволяет выделить, по крайней мере у большинства из них, сущностные черты и, затем, классифицировать (то есть даёт основания для типологизации, которую иначе порой очень трудно провести, учитывая специфическую стилистику текстов, представляющих психотерапевтические методы «new wave», — в частности, аргументы и апелляции, которые совершенно невозможно свести в мало-мальски уместимый ряд);
- удаётся указать на близость методов и методик к тем или иным типам социетальных — душепопечительных светских, духовных, философски-рефлексивных — практик, что позволяет выявить [сугубо] клинические, реальные физиологические практики и, в конечном итоге, способствует правильной ориентации практического врача и становлению психотерапии как аутоидентифицированной дисциплины.

\* \* \*

В этой части я также разбираю проблемы социально-философских и методологических заимствований психотерапии, в том числе её концептуального базиса.

Не менее важной проблемой является и рассматриваемая этно-культуральная дифференциация психотерапии.

\* \* \*

Своеобразные примеры психотехнических влияний — рельефные, обнажённые, массовые — демонстрирует феномен *психических эпидемий*, что периодически возникают на

протяжении Средних веков, Ренессанса и Нового времени<sup>123</sup>. Психические эпидемии отображают некие глобальные, базисные, хотя и спонтанные, стохастические психотехнические влияния, изредка персонифицированные (особенно в момент первичной индукции, который почти всегда очень трудно проследить), а затем — являют развёрнутую, почти клиническую, картину массового психического заражения.

По этому поводу я подготовил отдельное исследование, хотя ещё не полностью определился с названием этого текста: я хочу назвать его «*Эклиптика Страха: Психические Эпидемии*» (возможно, я заменю первую часть названия — это станет «*Раса Бегущих*»).

\* \* \*

Предварительно упорядочивая предмет рассмотрения, я вынужден был коснуться вереницы весьма каверзных вопросов; приведу некоторые из них.

*Вокруг чего следует центрировать предисциплинарную историю психотерапии?*

— Это сложный вопрос, потому как история ли это повседневных межличностных влияний, или пастырски-властных отношений, или практик духовной опеки, либо искусства некоей снобистской риторики; история ли конформности или откровений, или же должного (стилистики существования, порядка речи, рецептов поведения, паттернов реагирования, модусов ментальности и прочего) — мы не можем ответить определённо.

*Не были ли утрачены какие-то виды практик?*

— Очевидно, были, и множество.

*Не имеем ли мы каких-то, возможно довольно многочисленных, лакун, не являются ли наше знание и наши толкования слабой конъектурой, выстроенной, к тому же, исходя из ложных посылок?*

— Может быть, судить сложно.

Поэтому я предпочту обратиться к узко-практическому аспекту и рассмотреть лишь то, что сегодня мы можем признать как некие формы психо-терапии, «психического лече-

<sup>123</sup> Хотя, разумеется, античность также знает множество подобных примеров, отражённых даже в мифологии; психические эпидемии вспыхивают и в новейшее время, — и какие! Однако наиболее показательны всё же эпидемии, случавшиеся в названные отрезки истории.

ния» — во всей смысловой широте термина, исключая или, в случае невозможности, маркируя сходные или конкурирующие типы практик — социо-культурных, властно-политических, духовных etc.

Ещё раз подчеркну: очевидно, что на уровне предисциплинарной истории «психического лечения» психотерапия и психиатрия, при всей проблемности подобной дихотомии, могут быть разделены лишь по признаку наличия изоляции / стеснения / организации, что несущественно для стоящей перед нами сейчас задачи.

## *Глава 11*

### **ПРЕДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИСТОРИЯ (ЭПОХИ) ПСИХОТЕРАПИИ**

Предисциплинарная история психотерапии складывается из трёх крупных исторических периодов — которые, по совокупности их свойств, можно охарактеризовать как «эпохи психотерапии». Это *греко-римская эпоха психотерапии, эпоха схоластики и эпоха госпитализма, или призрания*. Разумеется, обозначенные периоды имеют как исторические и теоретические разрывы, так и элементы взаимонаследования, взаимопроникновения и взаимообуславливания, — в силу чего их хронологические рамки, конечно же, весьма относительно.

Следует также отметить, что третья эпоха предисциплинарной истории психотерапии — эпоха госпитальной психотерапии — обнаруживает уже непосредственные элементы психотерапевтической практики, — в силу чего обще-психиатрический и культурально-средовой контексты уже не имеют такого большого значения для иллюстрации психотерапевтических воззрений, как это было в предыдущие периоды. В данный же период создаётся теоретическая платформа *картезианства*, оказавшего определяющее влияние на развитие отечественной физиологической школы, — что послужило базой для формирования *физиологического направления* в отечественной психотерапии.

Итак, психотерапия имеет три крупнейшие свои эпохи: греко-римскую, схоластики и госпитализма, или призрания. Подобное членение, естественно, отражает привязку каждой из них к определённому этнокультурно-географическому признаку, — однако в этом случае мы имеем дело не столько с некоей условностью, сколько с констатацией реального положения вещей.

### 11.1. Греко-римская эпоха психотерапии (идеи психических влияний в античном мире)

Изложение предисциплинарной истории психотерапии следует начинать с греко-римской эпохи — хотя, конечно же, и задолго до классической античности психотехнические элементы занимали отнюдь не последнее место в повседневной жизни, — и не только в рамках оккультно-религиозных церемоний, но и в «светской» медицинской практике, — ведь до возникновения развитой эллинской цивилизации существовали Шумер и Аккад, Египет и Нубия, Вавилон и Ассирия, Финикия и Крит — и многие, многие другие. Однако шумеро-вавилонская, эгейская, египетская культуры, доарийская культура долины Инда, архаический мир Китая и прочие культуры (иногда называемые также «цивилизациями») древности настолько сильно отличаются от культурально-монотонного современного мира, что вряд ли сведения об их психотехниках — во всём необозримом многообразии культурально-поведенческих, социо-религиозных, политико-экономических и прочих аранжировок последних — могут пролить свет на истоки современной психотерапии или указать происхождение каких бы то ни было содержательных или организационных её черт.

Кроме того, в компетенции историко-теоретического исследования психотерапии находятся прежде всего медицинские аспекты психотехнической деятельности, точнее — применение психотехник для лечения различных патологических состояний.

И именно в рамках истории медицины — в Древней Греции — мы находим указания на тот факт, что уже тогда терапия «неистовства», «безумия» и тому подобного входила в перечень специализированных платных услуг как категория медицинской помощи.

\* \* \*

Идеи психических влияний с терапевтической целью имели широкое распространение в архаических и античном мирах.

Так, важным успокоительным средством считалось использование музыки, — на что имеются указания в Библии.

С давних пор применяются также фиксация и изоляция — и не только как меры дисциплинарно-дистанцирующие, но и как успокоительные.

Древнегреческими врачевателями хорошо различались «мании» (неистовство, с указанием на выраженный аффект и двигательное возбуждение) и «паранойя» (неправильность суждений и дефекты [формальной] логики вообще), требовавшие неодинаковых психо-терапевтических мероприятий: тогда как по отношению к первой использовалась преимущественно фиксация, ко второй пытались применять так называемый «сократовский диалог».

Начальные элементы психиатрической терминологии, встречающиеся в книгах Гиппократова сборника<sup>124</sup>, — меланхолия, мания, [пара]френизис, паранойя, эпилепсия — обуславливали и соответствующие коррекционные мероприятия.

Πλάτων [4]\* под термином «анойя» подразумевал «безрассудство», которое бывает двоякого рода: «мания» — неистовство и «аматия» — бессмыслие; в числе терапевтических советов у Πλάτων'а присутствуют «систематическое разъяснение и обучение».

Отдельные психоические замечания рассеяны в разных местах сочинений 'Αριστοτέλης'а. В трактате «Περὶ μνήμης καὶ τοῦ μνημονεύειν» («О памяти и вспоминании»), а в латинском переводе — «De memoria et reminiscencia» [5]\* он приводит примеры, когда некие безумцы «говорили, будто бы образы (φαντάσματα) — прошлое (γεγόμενα), о они будто бы удерживают их в памяти»; он говорит также, что «любая память [связана] со временем (μετὰ χρόνου πασα μνήμη)».

Одним из главных достижений Александрийской медицины, — а именно в Александрию, начиная с IV века дохристианской эры, переместился центр тяжести древнегреческой культуры, — в области психоневрологии и психотерапии стало познание нервной системы.

Обратясь кратко к свидетельствам истории, — а в античном мире они неотделимы от эпоса и мифологии, — мы встречаем и примеры практической психотерапии.

Так, согласно историческому анекдоту, 'Ερασίστρατος излечил сына сирийского царя Σέλευκος'а — 'Αντίοχος'а, страдавшего депрессивным состоянием. Заподозрив затаённую любовь, 'Ερασίστρατος провёл остроумное испытание. Положив больному руку на сердце, он распорядился, чтобы все живущие во дворце женщины по очереди подходили к нему. Когда порог переступила молодая мачеха юноши, — красавица Στρατονίκη, — рука находчивого врача ощутила беспокойное

<sup>124</sup> «Внутренние болезни», «Болезни молодых женщин», «Трактат о диете», «Эпидемические болезни», «О священной болезни», «Афоризмы» [1 — 3]\*.

биение сердца больного, который изменился в лице и задрожал; на лбу его выступили капли пота<sup>125</sup>.

Особое место в предисциплинарной истории психотерапии занимает Avl Cornelius Celsus (Авл Корнелий Цельс), — возможно, благодаря тому, что сохранилось и дошло до нас его сочинение «*De medicina*» («*О медицине*» [6 — 9]\*). Высказываются мнения о том, что сочинения Celsus'a, талантливого компилятора-энциклопедиста, отражают значительную часть утерянных александрийских подлинников, — сам Celsus в психиатрически-психотерапевтической части указанного труда неоднократно ссылается на Ἀσκληπιάδης'a.

Ю.В. Каннабих [1] считает сочинение Celsus'a первым связным психиатрическим трактатом в истории медицины. С этим мнением следует согласиться — с одной лишь оговоркой: *это первый трактат, посвящённый психическому лечению*, — так как задачи систематики-диагностики подчинены исключительно целям психо-терапии; в изложении предлагаемых методов лечения подавляющее место — подчеркну, большее, нежели диете, травмам или физикальным процедурам, — отведено собственно психотерапии.

Так, ссылаясь на мнение «древних», Цельс указывает, что при «безумии» (латинское *phrenēsis*, греческое *φρενήσις*) больных следует содержать в тёмном помещении, ибо «сама темнота, в какой-то мере, создаёт душевное спокойствие» [6, с. 116]\*.

«Ко всем душевнобольным необходимо подходить сообразно с природными свойствами каждого из них. В самом деле, у одних надо рассеять ложный страх, например, когда боящемуся умереть с голоду очень богатому человеку, часто говорят о получении мнимых наследств. ... У третьих же надо прекращать бессмысленный смех порицанием и угрозами; четвёртых надо отвлечь от печальных мыслей гармонической музыкой, кимвалами и другими шумовыми эффектами.

Однако, — уточняет далее Celsus, — следует с больными чаще соглашаться, чем им противоречить; и понемногу, хотя и не так заметно, надо, освобождая рассудок от бессвязных идей, подводить к бо-

лее осмысленным. Иногда даже следует отвлечь внимание больного, как это делается в отношении образованных людей, которым читают книгу, или хорошо, чтобы доставить больному наслаждение, или нарочно плохо, чтобы такое чтение вызвало их протест, ведь исправляя, они начинают приходить в себя. Их также надо заставлять говорить наизусть, если они что-нибудь помнят» [6, с. 117]\*.

Другой «вид помешательства», по мнению Celsus'a, «характеризуется мрачными настроениями, которые, по-видимому, зависят от чёрной желчи» [6, с. 118]\*. Здесь, очевидно, речь идёт о меланхолии.

Таких больных следует «освобождать от всяких страхов и лучше внушать им надежду; доставлять им развлечение рассказами и играми, особенно теми, в которые они привыкли играть в здоровом состоянии; хвалить работы больного если они у него есть, каковы бы они ни были, помещая их перед его глазами; слегка осуждать его за его мрачное настроение, настойчиво указывая, что обстоятельство, которые его беспокоят, скорее являются поводом к радости, а не к тревоге» [6, с. 118]\*.

«Третий вид безумия» имеет две разновидности: «одних больных преследуют навязчивые образы при сохранении рассудка [*imaginibus, non mente falluntur*]...; другие теряют рассудок. Если больных преследуют навязчивые образы, то, прежде всего, следует выяснить, чем сопровождается это безумие, состоянием подавленности или весёлостью» [6, с. 118]\*.

«Если же рассудок у больного помутился, то его лучше всего лечить некоторыми мерами принуждения. Когда больной говорит или делает что-нибудь несуразное, его обуздывают голодом, заключением, мерами физического воздействия. Его заставляют сосредоточить внимание на чём-либо, заучивать что-нибудь наизусть и запоминать; и получится то, что под влиянием страха больной понемногу начинает задумываться над тем, что он делает.

При такой болезни полезно даже неожиданно испугать больного, заставить больного в страхе вскочить и полезно почти всё то, что сильно действует на сознание. Ведь может наступить некоторое изменение, когда рассудок будет выведен из того состояния, в котором он пребывал. Также имеет значение, смеётся ли больной постоянно сам с собой без причины; или же он находится в состоянии уныния и подавленности; ведь безумие с весёлым настроением лучше излечивается при помощи запугивания...; если же у него безутешная тоска, то полезно применять дважды в день лёгкое, но продолжительное растирание; также поливать с головы холодной водой, погружать тело в воду и масло. ... Не следует оставлять их одних, или среди незнакомых, или среди тех, кого они презирают, или кем они не дорожат. Необходимо менять местопребывание и, если рассудок возвращается, ежегодно совершать путешествие» [6, с. 119]\*.

<sup>125</sup> Практически аналогичный случай связан с именем Avicenna: ему удалось излечить одного безнадежно страдающего пациента, положив пальцы на его пульс и велев вспоминать вслух названия провинций, районов, городов, улиц, а также имена людей. По учащению пульса пациента при упоминании определенных названий Avicenna выяснил, что тот влюблён в некую девушку; тем же методом было установлено её место проживания. Пациент по совету целителя женился на этой девушке — и выздоровел.

Таким образом, можно видеть дифференцированную систему психического лечения, — и при этом систему достаточно строго индивидуализированную, — в которой большое место отводится и психотерапии — в современном почти что понимании, в том числе и «лечению словом».

Замечательным памятником греко-римской психиатрии являются сочинения Аретея Каппадокийского (Ἀρεταῖος Καππαδοκός) [10, 11]\* (вторая половина I века) — излагавшего, в частности, учение Архигена (Ἀρχιγενής).

Ἀρεταῖος — очевидно, вслед за Ἀρχιγενής'ом, — даёт определение и яркие, объёмные клинические описания «меланхолии» (подавленное состояние при наличии той или иной неправильной (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки) и «мании» (полное помешательство); дифференцирует их с «помешательством» преклонного возраста и таким, что наступает вследствие злоупотребления вином, приёма ядов, — а также «френитом»; ему принадлежит заслуга и в развитии положений относительно эпилептических психозов.

Терапия, предлагаемая Ἀρεταῖος'ом для лечения меланхолии, выдержана в «соматическом», Гиппократовом духе: «мудрым выжиданием помочь природе и её целительным силам». К сожалению, меры лечения, предлагаемые Ἀρεταῖος'ом при мании, неизвестны — были утеряны соответствующие главы «*De acutorum ac diuturnorum morborum*» [10]\*. Между тем в рекомендациях по лечению «френита» можно видеть широкий спектр режимно-охранительных — прямо-таки психогигиенических — мероприятий.

«Комната должна быть достаточно велика, чтобы в ней всегда поддерживалась чистота воздуха и умеренная температура; лучше всего, если стены будут совсем гладкими, так как всякие выступы и украшения плохо действуют на слабый ум больного: он видит то, чего нет, волнуется и протягивает руки вперёд. Слух обычно обострён, шум раздражает больных, а потому и в комнате и во всём доме необходимо поддерживать тишину» [1, с. 46]. В заключение же даётся напутствие «всеми силами поддерживать бодрое настроение в больном: пусть приходят друзья развлекать его лёгкой беседой» [1, с. 46].

Важнейшей вехой римской психиатрии признают деятельность Сорана Эфесского (Soranus Ephesius, Σοράνος Εφεσῖος), взгляды которого в основном известны по переводам Целия Аврелиана (Caelius'а Aurelianus'а) [12, 13]\* (конец IV — начало V веков).

«Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятых рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух. Целесообразно при этом подбирать текст, содержащий ошибки, чтобы таким образом вновь пробудить критическую способность. Однако содержание книги должно быть понятно и просто. В дальнейшем можно пользоваться и театральными представлениями, способными рассеять печаль, разогнать нелепые страхи. Когда выздоровление уже подвинулось далеко, надо побуждать больного к более сложной умственной деятельности и даже к ораторским выступлениям. Надо учить его, чтобы вступление к речи было выдержано в спокойном тоне, главная тема, наоборот, излагается с некоторым воодушевлением и достаточно громким голосом, после чего следует краткий, незаметно сходящий на-нет, эпилог. Среди слушателей должны быть только друзья и близкие, которым предлагается благожелательно слушать и высказывать одобрение» [1, с. 49].

Даны указания и относительно содержания бесед: «С человеком неграмотным тема беседы должна касаться его профессии: с земледельцем — обработки полей, с моряком — навигации. Совершенно невежественному человеку предлагается тема наиболее общего содержания или же ему предлагают вычислять. Можно найти пищу для всякого ума, но надо стараться быть приятным тому, с кем имеешь дело» [1, с. 49].

Имеются указания на то, что склонность к применению психотерапевтических приёмов не была чужда Клавдию Галену (Γαλῆνος, Claudius Galenus), — несмотря на его увлечённость экспериментальной медициной [14, 15]\*: он с одобрением ссылаясь на Руфа Эфесского (Rufus Ephesius, Ροσφός Εφεσῖος) [16]\*, который якобы «надел на одного больного тяжёлую свинцовую шапку, чтобы он перестал бредить, что у него нет головы» [1, с. 53].

Последующим векам Galenus завещал свои знаменитые представления о существовании трёх частей «души»: растительной, чувствующей и рассуждающей (anima vegetativa, anima sensitiva et anima rationale), — над которыми потом много размышляли схоласты, предшественники Descartes'а и Locke.

Любопытные примеры психического лечения, не раз цитировавшиеся впоследствии, приводит Александр Тралльский (Alexander de Tralles, Αλεξάνδρος τος Τραλλῖος) [17, 18]\*.

«Одной женщине, вообразившей, что у неё в животе змея, Александр Тралльский распорядился дать рвотное, при чём подбросил незаметно в сосуд заранее припасённую живую змею: больная поправилась, а пресмыкающееся удостоилось бессмертной славы, продолжая занимать умы психиатров и широкой публики вплоть до позднейших времён (подобными же приёмами пользовались ещё в сороковых годах XIX века в Европе)» [1, с. 55].

Греко-римская эпоха психотерапии — если судить по дошедшим источникам — заканчивается вроде бы внезапно; тем не менее её влияние отчётливо прослеживается на протяжении всех последующих веков.

### 11.2. Эпоха схоластики (попечительство души и психическое лечение в Средние века)

Вторая эпоха психотерапии — это европейское Средневековье; средневековая арабская медицина — медицина периода халифатов, медицина времен Авиценны (Avicenna) и Разеса (Rhazes) — в силу этнокультуральных особенностей арабского мира (примером таковых служит существование древних сект дервишей) не имела поводов и причин для выработки какой-либо специфической психо-терапии, — а имевшиеся в текстах указания на психическое лечение, точнее его элементы, были заимствованы из эллинских рукописей.

Характерные, выпуклые черты психотерапии эпохи схоластики — это, *во-первых*, компилятивное переписывание сказанного по поводу рассматриваемого предмета греко-римской, а также арабской, культурами [медицины]; *во-вторых* — повсеместное распространение психотехнической, по сути, процедуры экзорцизма; *в-третьих* — формирование опеки, или попечительства души, в виде практики духовного пастырства.

Иные духовные практики также имели место, — и, как выяснилось впоследствии, весьма значительное.

В частности, это касается Аврелия Августина (Aurelius Augustinus) (354 — 430), автора знаменитого труда «*Confessiones*» («*Исповедь*» [19]\*); его называют родоначальником интроспективных опытов, и полагают, что он якобы предвосхитил феноменологию и экзистенциализм; в этом жанре автобиографии-исповеди (с использованием манеры [жанра] *visiones*) можно усмотреть также и процедуру [авто]катарсиса.

Ещё одна, наиважнейшая, тенденция — появление жанра собственно онирической автобиографии: прежде всего это труд «*De vita sua*» («*О моей жизни*») Guibertus'a (Guibert de Nogent) (1053(5) — 1124) [20]\* (к слову, я готовлю книгу «*Онирическая автобиография Средневековья*», куда вошёл новый его перевод).

\* \* \*

Вполне естественно, что мнение, согласно которому единственной «психо-терапией» Средневековья являлись пытки и казни «беспокоительных», оказалось несостоятельным.

В то же время нельзя отрицать, что процедура экзорцизма, с сопровождающими её психотехниками, постепенно становится профессиональным занятием, — в силу чего формируется как бы отдельный класс социальных взаимоотношений, в контексте [запросов] эпохи выступавших как психо-терапевтические — «бесоизгнание», коему в рамках средневековой европейской культуры подлежали практически все категории душевнобольных.

Эта ситуация в определённой мере потенцировалась тем обстоятельством, что некоторые ордена — бенедиктинцы, алексиане, иоанниты, госпитальеры и другие — специально занимались медициной.

Собственно, даже последующее развитие практической хирургии и всё большая сепарация её от монастырско-медицинской деятельности — чему способствовал сохраняющийся запрет на телесные прикосновения — никак не повлияли на тесное ассоциирование отправления духовно-дидактических и душевно-терапевтических практик.

Ещё одна тенденция, сохранявшая патронат религиозных институций, — прогрессирующая урбанизация.

Развитие городов, ближе к концу Средневековья, обуславливало — с практической точки зрения — необходимость изоляции психически больных, — в силу чего в психическом лечении как таковом нужды не возникало. Однако имелось объяснение причин подобных состояний — бесоодержимость; краткие попытки «лечения» предшествовали заключению в какую-нибудь из разновидностей *cista stolidorum* (или же *custodia fatuogum*) — и сводились к «отвлекающим методам», в частности сечению, — чтобы «дать диверсию материальной причине мании», по свидетельству Michele Savonarola (1385 — 1468), а после заключения — зачем же лечить? Психическое лечение как таковое не входило в социетально-поведенческие паттерны «эпохи бесоодержимости».

Особой духовной практикой, складывающейся, — а точнее, получающей выраженное развитие в период высокой схоластики, — является *попечительство души*. Имеются мнения (в частности, М. Foucault [21]\*), что попечительство души в виде практики покаяния, сопровождавшей различные, самые мельчайшие, проявления человеческих поступков и помыслов, впоследствии самым прямым образом сказалось на оформлении [классического] психоанализа, — естественно, уже без какой-либо религиозной аранжировки.

«Начиная по крайней мере со средних веков, западные общества поместили признание среди самых важных ритуалов, от которых ожидают производство истины: регламентация таинства покаяния Латеранским Собором в 1215 году; воследовавшее из этого развёртывание техник исповеди; отход обвинительных процедур в уголовное правосудие; исчезновение испытаний виновности (клятвы, поединки, апелляции к суду Бога) и развитие методов допроса и дознания; растущая доля королевской администрации в преследовании нарушений, и это в ущерб способам приведения к частному соглашению; учреждение судов инквизиции, — всё это способствовало тому, чтобы придать признанию центральную роль в порядке гражданской и религиозной власти. Эволюция слова “признание” и правовой функции, им обозначаемой, сама по себе показательна: от “признания” как гарантии статуса, идентичности и ценности, придаваемой одному лицу другим, перешли к “признанию” как признанию кого-то в своих собственных действиях и мыслях» [21, с. 156 — 157]\*.

Меняется и характер дидактической — а точнее, психодидактической — литературы: от повествований о героике, примерах достоинств и образцах храбрости центр тяжести воспитания смещается на всё новое и новое воспроизведение упорядоченной процедуры тысяч признаний.

Соответственно этому развивается и техника — конечно же [ауто]психотехника, — которая не может быть определена иначе, как «аналитическая». Её развитие стимулируется — причём повседневно — практикой исповеди-покаяния — и поощряется процедурой отпущения грехов.

Характерная черта этого процесса — его тотальность, — как в смысле проникновения во все сферы бытия, так и в плане внедрения во все грани психической и повседневной жизни человека.

И ещё: обязанность признаваться распространяется не только на поступки — сделанное (точнее, содеянное), — но и на грехи воображения, и на греховные мысли, и на мысли об этих последних.

\* \* \*

В Средние века также не был обойдён вниманием феномен *отсредованной суггестии*. Наиболее яркой практикой такого рода является процедура лечения «королевским прикосновением» — эти суггестивные элементы, возможно, были заимствованы из раннехристианских практик (библейские описания: Евангелие от Матфея XII:9–13; Евангелие от Марка III:1–8; Евангелие от Луки VI:4–10, и другие).

Показателен пример чудесного исцеления — косвенным, но чрезвычайно мощным внушением — «расслабленного» (тотальный истериче-

ский паралич), — верующего и предварительно подготовленного больного. В то время, когда Иисус учил в Капернауме, собралось много фарисеев и книжников из различных мест — Галилеи, Иудеи и из Иерусалима.

«Вот, принесли некоторые на постели человека, который был расслаблен, и старались внести его в дом и положить пред Иисусом;

И, не найдя, где пронести его, за многолюдством, влезли на верх дома и сквозь кровлю спустили его с постелью на середину пред Иисуса.

И он, видя веру их, сказал человеку тому: прощаются тебе грехи твои. Книжники и фарисеи начали рассуждать, говоря: кто это, который богухульствует? кто может прощать грехи, кроме одного Бога?

Иисус, уразумев помышления их, сказал им в ответ: что вы помышляете в сердцах ваших?

Что легче сказать: “прощаются тебе грехи твои”, или сказать: “встань и ходи”?

Но чтобы вы знали, что Сын Человеческий имеет власть на земле прощать грехи, — сказал Он расслабленному: тебе говорю: встань, возьми постель твою и иди в дом твой.

И он тотчас встал пред ними, взял, на чём лежал, и пошёл в дом свой, славя Бога» (Евангелие от Луки, V:18–25).

Считается, что в Западной Европе первым властителем, исцелявшим прикосновением, был Эдуард Исповедник (Edward the Confessor) (1003(4) — 1066); затем это благое дело продолжилось монархами Франции и Англии (а также Норвегии).

Подобные процедуры проводились в особо торжественные дни, как-то: коронация, рождение наследника престола etc. Английский король при этом сидел, а французский — обходил страждущих. Каждое прикосновение сопровождалось словами: «Король притрагивается к тебе, а Бог тебя исцеляет». Каждому больному выдавалась памятная монета: в Англии — с изображением архангела Михаила, а во Франции — с надписью: «Пробный камень» («Pierre de touché»); учёт монет вели в специальных книгах. Из последних можно узнать, что такие прикосновения были подчас весьма многочисленными; так, Людовик (Louis) XIV в день коронации дотронулся до 2400 человек [2]. Эту давнюю традицию пытался восстановить в 1825 году Карл (Karl) X.

Однако уже в самой сердцевине организационных форм психического лечения в Средние века зарождаются идеи дистанцирования и коллективной изоляции психически больных, что обуславливает наступление третьей — госпитальной — эпохи психотерапии.

Так, первый подобный отечественный акт относится к 1551 году, — когда в царствование Иоанна Грозного (1530 — 1584) на Стоглавом Соборе при составлении нового судебника была выработана статья о необходимости попечения, в числе прочих, о тех, «кои одержимы бесом (бесные) и лишены разума»; они направлялись в монастыри для духовного лечения и вразумления («получать вразумление или приведение в истину») [3].



### 11.3. Эпоха госпитальной психотерапии (психо-физиолого-терапевтические идеи XVI — первой половины XVIII веков)

Области проявления психотерапии времён Ренессанса и начальных этапов Нового времени на первый взгляд несколько разнородны, — однако их объединяет одна характерная особенность: они связаны не столько с естественно-научной медицинской позицией, сколько с социо-культуральными средовыми особенностями, — за исключением лишь психо-нейрофизиологических идей картезианства.

Итак, наибольшее значение в рассматриваемый исторический период имеют следующие тенденции:

- возникновение госпитальной психотерапии, в том числе постепенное оформление витавших со времён античности идей, которые впоследствии были поданы в качестве новаторских и денотированы как *трудо[психо]терапевтические* и *психоортопедические*;
- трансформация процедуры лечения «королевским прикосновением» в практическую «исцеляющую» *психотерапию прикосновения*, выступающую как харизматическая — но уже светская — практика;
- развитие психо-физиолого-терапевтических идей, определивших в последующем развитие *физиологически-оригинированной доктрины* психотерапии.

\* \* \*

Эпоха наступления госпитальной психотерапии связана с тем, что приобретаемая относительно упорядоченный характер практика помещения психически больных в специализированные убежища привела к необходимости решения задач практически-организационного плана, — и, следовательно, во весь рост встали проблемы упорядочения поведения целых консорциумов пациентов, — по своей сути задачи психо-терапевтического плана.

В силу этих обстоятельств важное значение приобретают различные меры дисциплинарно-воспитательного характера — провозвестники позднейшей дидактически-поведенческой [психо]терапии.

Уже в XI веке (1089 — 1091 годы) лечение и призрение больных в киевских монастырях достигли высокого организационного уровня; среди различных монастырских строений, по сообщению Т.И. Юдина, имелась и «крепкая темница» для «злых еретиков» и беспокойных психически больных.

В Западной Европе процесс организованного призрения душевнобольных начинается с XII века<sup>126</sup>: появляются психиатрическое заведение в Фельтре (XII век), больница «Мористан» в Каире (конец XIII века), дом «Святого Духа» в Уппсале, Швеция (1305 год), заведение для умалишённых в Сант-Гергене<sup>127</sup>, возле Эльбинга (1326 год). К середине XVI века в Испании действует уже целая сеть психиатрических учреждений (именно здесь около шести веков назад стали развиваться подобного рода заведения): за Валенсией (1409 год) последовали Сарагоса (1425 год), Толедо (1436 год), Вальядолид (1489 год), Мадрид (1540 год). В Швейцарии, в окрестностях Солотурна, в лесу, в старом, давно покинутом лепрозории, в конце XVI века было устроено убежище, куда принимались также и умалишённые. В 1551 году в Стокгольме (Швеция) была открыта психиатрическая больница «Данвикс Толлгауз». Во Франции, в середине 1520-х годов, открываются первые специализированные приюты. В Англии к концу XV века «Bethlem Royal Hospital» («Bedlam») функционирует уже как психиатрическая лечебница (устроена в старом аббатстве Вифлеемской Божьей Матери).

Таким образом, для рассматриваемого периода характерно практически одновременное и относительно массовое становление и развитие психиатрических убежищ во многих европейских странах, в силу чего начинает развиваться госпитальная психотерапия — медико-ориентированная дидактика, психическое лечение, направленное прежде всего на упорядочение поведения. Немаловажную роль в достижении последней цели играют мероприятия, известные в целом со времён античности и монастырской психотерапии средневековья (например, практика киевских монастырей), — трудо[психо]терапия и психоортопедия, как их обозначили позже.

\* \* \*

«Психотерапия прикосновения» продолжает использование культивируемых с давних времён («чудесные» библейские исцеления, лечение «королевским прикосновением» и прочее) элементов суггестивных психотехник — преимущественно косвенного, опосредованного внушения.

<sup>126</sup> Однако ещё в начале VIII века в Фесе (Марокко) открылся приют для психически больных. Такие же «дома умалишённых» были построены в Багдаде (705 год), в Каире (800 год), в Дамаске и Алеппо (1270 год).

<sup>127</sup> Согласно другим источникам, это было психиатрическое отделение в лепрозории Св. Георга.

Однако между чудом и ритуалом — и персонифицированным «истинным суждением» — лежит концептуально-содержательная пропасть.

Практическая философия Geronimo Cardano (1501 — 1576) — крупного метопоскописта Возрождения, изложенная в труде «*De propria vita*» («*Моя жизнь*») (1575) [22]\*, содержит признание роли внушения в терапии, на что указывает следующая сентенция: «Тот, кто больше верит [во врача], излечивается лучше». Убежденность в правильности своего метода, заключающегося в представлении о необходимости тесной связи самого процесса лечения с желанием пациента быть излеченным, дала Cardano возможность применять суггестию как составляющую его терапевтических воздействий<sup>128</sup>.

Выдающимся целителем своего времени являлся Valentin Greatrakes (1628 — 1666), лейтенант войск Cromwell'я. Он воспользовался широко распространенным в народе верованием в действенность «прикосновения короля»; не без иронии указывается на то, что после казни в 1649 году Karl'a I Greatrex присвоил привилегию монарха. Тысячи больных толпились у его дома, ожидая целительного прикосновения.

Филипп Ауреол Парацельс — урожденный Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм<sup>129</sup> (Theophrastus Bombaste von Hohenheim) [23]\* (1491(3) — 1541) — лечил магнитами, которые будто бы «вытягивали» болезни из страждущих. Как правило, под действием магнитов исцеление — в том случае, конечно, если оно проявлялось, — наступало сразу же по прикосновению к больному; чаще всего лечение помогало экзальтированным особам, страдавшим «корчами» и судорогами, немотой, параличами и тому подобным.

«Магнит, — говорит Paracelsus, — может быть изготовлен из железа, которое будет притягивать железо, и магнит может

<sup>128</sup> Cardano называют предшественником É. Coué (1857 — 1926), поскольку его рассуждения касаются в некотором смысле формул ауто-суггестии: «Человек — это ничто иное, как состояние его ума. Если здесь дело плохо, то и всё остальное плохо. Но если здесь полный порядок, то и об остальном можно не беспокоиться... Совершенно необходимо предохранять себя от уныния, надо верить, что на самом деле ты не так уж и плох. Это тот единственный в мире рецепт, который может быть усвоен и использован каждым человеком».

<sup>129</sup> В молодости он довольствовался данным при рождении именем — Теофраст — в честь преемника Аристотеля, но позже назвался латинизмом Paracelsus — что может означать «равный [по учёности] Цельсу», «одинаково искусный», но также — «соперник Цельса»; согласно ещё одной версии, «Paracelsus» представляет собой перевод родового имени Hohenheim.

быть изготовлен из некой жизненной субстанции, которая будет притягивать жизненные силы. <...> Если такой магнит приложить к какой-либо из частей тела больного, он ... может уменьшить воспаление в этой части тела, ибо притянет избыток магнетизма, перенесённый в неё током крови» [23, с. 178 — 179]\*.

Лечение магнитами было осуждено инквизицией, и в связи с этим магнетизм из медицины уходит — а точнее, возвращается — в астрологию и астрономию.

\* \* \*

Важнейшая роль в будущем становлении физиологически-ориентированной психотерапии принадлежит психо-нейрофизиологическим откровениям René Descartes'a (1596 — 1650).

Изучая — с помощью экспериментов — на протяжении многих лет строение и функции организма, в частности пытаясь приложить механику к познанию высших нервных функций («я анатомирую теперь головы разных животных, чтобы объяснить, в чём состоят воображение, память и прочее»), Descartes в 1644 году формулирует принцип безусловно-рефлекторного механизма нервной деятельности; при этом он настойчиво подчёркивает его машинообразный характер.

Большее влияние на развитие психоневрологических, — а точнее, — психо-нейро-физиологических знаний оказали взгляды Descartes'a, изложенные в трактате «*De homine, et De formatione foetus*» («*О человеке, и О формировании зародыша*») [24, 25]\*.

В этом труде, называемом также «*Описание человеческого тела и [Трактат] об образовании животного*» [26]\*, Descartes указывает, что «самые стремительные и быстрые частицы ... крови, принесённые в мозг артериями, выходящими из сердца по наиболее прямым линиям, образуют как бы очень тонкий воздух, или ветер, называемый животными духами. Эти животные духи расширяют мозг и делают его способным к получению впечатлений как от внешних объектов, так и от души; иными словами, они делают его органом или седалищем *общего чувства* [sens communum], *воображения и памяти*» [26, с. 258 — 259]\*.

По мнению П.К. Анохина [4], Descartes одним из первых ввёл в экспериментальную нейрофизиологию понятие стимула; он пытался вскрыть схему «стимул — ответ»: воздействие стимула на органы чувств автоматически направляет «духи» по нервным трубкам в строго определённом направлении.

Картезианство легло в основу учения о рефлексах в качестве практико-теоретической базы.

\* \* \*

В остальном в психотерапии продолжают применяться «сократовский диалог», увещания и убеждения, — не без дисциплинарных воздействий.

Так, Francisc[us] Sylvius (1614 — 1672) в трактате «*Medicinae Practicae Opera*» [27]\* говорит: «Quiconque ne sait traiter les maladies de l'esprit, n'est pas médecin» [27, с. 253]\*.

И ещё: «Я имел случай видеть немало таких больных и многих вылечил, притом большей частью моральным воздействием и рассуждениями, а не посредством лекарств» [27, с. 253]\*.

Также и Théophile Bonet (1620 — 1689) [28, 29]\* в четвёртой книге своего труда «*Medicina Septentrionalis*» [29]\* содержание лечения психических болезней сводит к тому, чтобы «умелой диалектикой разрушать ложные представления». [Психо]профилактика же, согласно Bonet, состоит в сохранении самообладания и умеренности во всём.

«Нервному» человеку он даёт совет: «Si tu le voulais, tu retrouverais facilement toute ta santé; garde-toi de faire venir des médicaments des rivages lointains ni d'évoquer Esculape tu as en toi ton contrepoison et personne ne peut être pour ta personne un meilleur médecin que toi-même» [30, с. 91]\*.

Примеры психического лечения, состоящих в обмане больного «для его же собственной пользы», приводит в «*De Praxi Medica admiranda*» [31]\* Abraham Zacutus Lusitanus (1575 — 1642).

Вот наблюдение 48 (observatio XLVIII) из первой книги (liber primus) упомянутого труда, озаглавленное «Melancholicus, ingenio curatus»: «Quidam in vanam incidit imaginationem, vt se frigere perpetuò arbitraretur, sicque ardente Sirio ad ignem continuò accedens, se non posse calefieri prædicabat, nisi toto corpore vreretur. Quúmque clam, furrímque in ignem se proiiceret: tandem vinctus catenis, sedens semper iuxta ignem, hac miserabili imaginatione detentus, diem, noctémque miser ducebar insomnis. Pro cuius curatione (quúm irrita essent amicorum consilia) hoc sum machinatus auxilium. Eum à capite vsque ad pedes summos pelle lanigerâ cooperio, quæ aquâ vitæ priùs benè maduerat, eúmque sic indutum totum comburo. Accensâ flammâ, ipse per dimidiæ horæ spatium conflagrans, & exardescens, saltu, tripudiisque ita lætabatur, vt illicò se sanum, & nimis calidum esse exclamaret, sicque deposita hac imaginatione intra paucos dies sanus euasit. Quare hic omniuarius morbus, ingenio, & astutiâ curandus est» [31, с. 11].

Подобные анекдоты — в различных вариациях — впоследствии неоднократно всплывают в истории куративных практик психодисциплин.

## Глава 12

### ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Тогда как предисциплинарная история психотерапии имеет своей целью освещение основных, наиболее крупных, «эпох» психотерапии, типов проблематизаций и практик, появившихся в истории, — дисциплинарная её история касается уже непосредственно эволюции концептов, дисциплинарно-идентификационных моментов, а также клиники как сферы компетенции [дисциплины].

Однако в случае психотерапии понимание её становления и развития ассоциировано прежде всего с представлениями о появлении и развитии методов, — а история собственно психотерапевтической клиники, которая негласно отождествлялась преимущественно с пограничной, или «малой», психиатрией (неврологией), остаётся, быть может даже несколько искусственно, вне настоящего изложения.

**Таким образом, под историей психотерапии понимается эволюция «психического лечения», а именно не-биологически-ориентированных его методов, диагностических и систематизационно-классификационных задач, с минимальным и подчинённым обращением к психотерапевтической клинике как таковой<sup>130</sup>.**

К истории психотерапии относится также описание тенденций её дисциплинарной организации и исторических и современных форм оказания психотерапевтической помощи.

<sup>130</sup> Отдельные исторические факты и ссылки на персоналии, имеющие отношение как к классическим, так и к синтетическим методам психотерапии, были представлены выше, в рубриках «историко-персоналогическая справка» предыдущей части.

\* \* \*

Периодизация дисциплинарной истории психотерапии отображает реальный процесс её эволюции с учётом факторов и форм её [клинико-]дисциплинарной идентификации; целесообразно выделение шести содержательно различающихся периодов.

**I период — протодисциплинарный** (вторая половина XVIII — первая половина XIX веков): появление первых протодисциплинарных форм психотерапии (магнетизация, в том числе её групповой вариант, механо[психо]терапия первой половины XIX века и прочее).

**II период — методистского пуризма** (вторая половина XIX века): возникновение, а точнее, оформление, различных методов психотерапии (гипнотизация, «чистая суггестия», катартически-психоаналитический метод и другие).

**III период — институционализации практик** (первая треть XX века): развитие различных практик психотерапии (психоанализ, гипносуггестия, рациональная психотерапия и прочие) и их институционализация.

**IV период — доктринальный** (вторая треть XX века): формирование идеологически нагруженных — конфронтирующих — психотерапевтических доктрин.

**V период — диссолютивный** (последняя треть XX века): появление ряда методов психотерапии «new wave» — и, одновременно, тенденций к интегративной, а также эклектической психотерапии.

**VI период — аутодисциплинарно-идентификационный** (с начала XXI века): намечаются тенденции к построению интрадисциплинарной модели психотерапии.

Эти периоды разграничены условными — но вполне заметными — историческими вехами.

Так, первый и второй периоды становления психотерапии разграничены, прежде всего, процессом трансформации *магнетизма* в *гипнотизацию*.

*Психотерапия из увлечения превращается в занятие.*

Второй и третий периоды разделены оформлением различных методов психотерапии (в первую очередь психоанализа) как самостоятельных — уже собственно психотерапевтических — практик.

*Психотерапия из занятия превращается в деятельность.*

Демаркация между третьим и четвёртым периодами дисциплинарной истории психотерапии определена появлением конфронтаций, напряжённости и формированием идеологической нагруженности основных психотерапевтических систем — в первую очередь психологически-ориентированного психоанализа и физиологически-ориентированной гипнологии; третья крупная система — поведенческая терапия — лежит как бы в стороне, не вступая в конфронтацию, так как не достигает уровня мировоззренческой (в рамках медицины, естественно) системы<sup>131</sup>.

*Психотерапия из деятельности становится профессией.*

Четвёртый и пятый периоды истории психотерапии разграничены широким распространением частных методик психотерапии — а порой даже всего лишь психотехник, подаваемых как новые методы, — появление которых якобы связано со взрывным развитием междисциплинарных отраслей знания и отдельных нейронаук, — а также с рождением и совершенствованием кибернетических систем. В силу условности различий между этими техниками и методиками они постоянно сливаются, образуя различные комбинации и смешанные варианты.

*Психотерапия из профессии превращается в специальность.*

Пятый и шестой периоды различаются возникновением первых аутодисциплинарно-идентификационных тенденций в психотерапии, свидетельствующих о понимании психотерапии как самостоятельной дисциплины, — со своей генеалогией, понятийно-терминологическим аппаратом, клиникой и собственным массивным терапевтическим арсеналом.

*Психотерапия из специальности превращается в дисциплину.*

Дисциплинарная институционализация психотерапии всё ещё далека от совершенства; для её завершения необходимо предпринять определённые шаги — такие, как введение кафедр в [высших] медицинских учебных заведениях, интернатуры, шифра научной специальности и некоторые другие (см. *Послесловие*).

<sup>131</sup> Экспериментально-лабораторная ориентация поведенческой психотерапии обусловила её «рецептурность» и методическую монотонность — а следовательно, идеологическую интактность.

### 12.1. Протодисциплинарный период (вторая половина XVIII — первая половина XIX века)

Для протодисциплинарного периода развития психотерапии, продлившегося без малого столетие, характерны следующие особенности:

- появление первых, протодисциплинарных, форм психотерапии (магнетизация, в том числе её групповой вариант);
- развитие старых идей трудо[психо]терапии и психортопедии, которые почти осознанно начинают реализовываться W. Tuke'ом, P.-J.-G. Cabanis'ом, Ph. Pinel'ем, J.Ch. Reil'ем и другими;
- продолжение развития идей и методов госпитальной психотерапии, среди которых выделяется «нравственная» и охранительно-режимная терапия Ph. Pinel'я;
- дальнейшая эволюция внутригоспитального психического лечения, прежде всего в виде механо[психо]терапии, применявшейся в стенах в целом уже институционализовавшихся психиатрических заведений и связанной в первую очередь с формированием «школы психиков».

Показателен тот факт, что из перечисленных методов только механо[психо]терапия понималась как собственно «психическое лечение»; остальные же в рассматриваемый период персистировали в рамках парамедицинской, призраческой, богословской, несколько позже — экспериментально-физиологической и иных практик.

\* \* \*

С именем Франца Антона-Месмера (Franz-Anton Mesmer) (1734 — 1815) связана та, одна из первых, прото-психотерапевтическая практика, — которой, несмотря на всю её сомнительность, эпатажное оформление и примитивистское обоснование, удалось удержаться в истории медицины в роли предшественницы уже сугубо медицинской версии магнетизма-гипнотизма — в отличие от похожих прецедентов Cagliostro (1743 — 1795), Lafontaine (1803 — 1892), Hansen'a (1833 — 1897), Donato (1840 — 1900) и многих других.

Однако существует и вполне официальный предшественник Mesmer'a — «профессор физиологии Lecat» (Claude-Nicolas Le Cat (1700 — 1768)), который в 1767 году в своём «*Traité des sensations et des passions*», — за 12 лет до первых «*Mémoire*» (1779) Mesmer'a, — написал о некоем «животном флюиде», дав ему определённые характеристики.

Известно, что уже средневековая схоластика была весьма внимательна к феномену магнетизма, исходя из «загадочных» явлений притягивания магнитом железа.

Магнитами успешно лечил Paracelsus [1]\*, — подобная практика, осуждённая инквизицией, возвратилась тогда в астрологию и астрономию; не следует забывать и о том, что опыт «психотерапии прикосновения» Greatrakes'a также был широко известен.

Именно с астрономическим магнетизмом и познакомился Mesmer. В 1766 году он представляет к защите на соискание степени доктора медицины диссертацию (*dissertatio physico-medica*), озаглавленную «*De planetarum influxu*» («*О влиянии планет*») [2]\*, — астрологическую, по сути, работу.

Возобновляется практика лечения магнитами. Обращается внимание на один важный факт — при групповых сеансах излечение наступает даже у тех, к кому не успели прикоснуться.

Происходит превращение безжизненного флюида (от латинского *fluidus* — текучий) средневековой схоластики в «животный магнетизм».

Формируется инструментарий, или скорее техника терапии «животным магнетизмом»: в освещённом таинственным светом зале помещён чан, прикрытый крышкой с отверстиями, через которые со дна поднимаются загнутые вверх железные стержни. В наполняющей чан смеси железных опилок и толчёного стекла в «кабалистическом» порядке размещены закупоренные бутылки с магнетизированной водой; всё залито такой же водой. Появляются и первые инструкции — за прикреплённые к баку металлические стержни ухватываются десятки сцепившихся пальцами рук, соприкасающихся коленями и бёдрами пациентов; более того, они оплетаются соединёнными с чаном шнурами. Безмолвное напряжённое ожидание, появление Mesmer'a в сопровождении звуков арфы и гармоники, массивованные суггестивное воздействие, бесчисленные пассы — и, наконец, прикосновение к чану магнетическим жезлом! «Истеричные» — а «истерик» является центральным персонажем протодисциплинарной истории психотерапии, да и начальных этапов её дисциплинарной истории, — демонстрируют развёрнутые припадки, индуцируя, заражая друг друга, и вот — кризис наступил! Из комнаты магнетизации помощники переносят больных в салон кризисов. Для неимущих же было «месмеризировано» дерево на бульваре Saint-Martin [3, 4]\*.

Дальнейшее использование магнетизации — маркизом де Пуисегюром (Marquis de Puységur) (1751 — 1825) привело к открытию явления искусственного сомнамбулизма [5, 6]\*. В 1811 году увидела свет его книга «*Recherches, expériences et observations physiologiques sur l'homme dans l'état de somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique*» («*Исследования, опыты и физиологические наблюдения над человеком в состоянии естественного сомнамбулизма и сомнамбулизма, вызванного магнетизацией*») [7]\*.

Шагом вперёд явилось наблюдение аббата Faria (1746 — 1819), согласно которому достаточно несколько минут пристально смотреть на человека (этот приём получил название «фасцинация», а сама техника — «фариизм»), повторяя повелительным голосом «спите», чтобы вызвать у последнего сомнамбулическое состояние, — что и было изложено им в книге «*De la cause du sommeil lucide, ou étude de la nature de l'homme*» [8]\* в 1819 году.

В 20-х годах XIX века в Берлине кандидатам богословия читается специальный курс лекций по «животному магнетизму» — столь велика популярность метода. (А между тем церковь, как известно, далеко не так ригидна, как официозная, академическая наука, особенно в привлечении в методический арсенал прелитизма психотехник, отдающих к тому же сенсацией.)

\* \* \*

Старые идеи трудо[психо]терапии и психоортопедии, — достигшие определённого организационного уровня ещё в период монастырского призрения «бесных», — начинают играть важную, а порой и главенствующую роль в призренческих начинаниях.

В 1792 году в окрестностях Йорка (Англия) обществом квакеров по инициативе William'a Tuke'a (1732 — 1822) был заложен первый камень нового убежища. Преследовались цели дать несчастным приют, «тихую пристань», где «полуразбитая барка может быть исправлена для нового плаванья или же, в крайнем случае, — найти спокойное убежище от ветра и бури». В Йоркском убежище, открытом 11 мая 1796 года, особое внимание уделялось огородным, садовым и земледельческим работам.

Идеи целенаправленного, уже почти специального применения трудо[психо]терапии тщательно разрабатывались впоследствии P.-J.-G. Cabanis'ом (1757 — 1808), Ph. Pinel'em (1745 — 1826) и особенно J.Ch. Reil'em (1759 — 1813).

\* \* \*

Продолжают развиваться идеи и методы госпитальной психотерапии, среди которых выделяется охранительно-режимная и «нравственная» терапия (Traitement moral) Ph. Pinel'я («*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*» (1801) [9]\*).

В редактируемой им «Gazette de Santé» ещё в 1789 году Pinel публикует статью «*Наблюдение над психическим режимом, наиболее целесообразным при лечении маниакальных больных*».

В области психической терапии Pinel формулирует следующее важное положение.

«Не подлежит сомнению, что больному приятно быть в своей семье, окружённому уходом, заботливостью и утешениями, а потому я с трудом решаюсь высказать горькую истину, основанную, однако, на продолжительном опыте, а именно о полной необходимости поручать душевнобольных попечению посторонних людей, удаляя их таким образом из обычной обстановки».

Он подчёркивает неумение родных обращаться с больными, — в то время как в условиях больничного заведения осуществляются целесообразные воздействия со стороны специально подготовленного персонала.

\* \* \*

Механо[психо]терапия является неотъемлемой частью, инструментальным воплощением дисциплинарно-дидактической психотерапии — широкого, пусть и монополярного, «психического лечения», направленного на псих[от]ические заболевания.

Первым аппаратом для механо[психо]терапии Ю.В. Каннабих [1] называет качели, введённые в практику Joseph'ом Mason'ом Cox'ом (1762 — 1822) («*Practical Observations on Insanity...*» (1804) [10]\*).

В определённой мере идеологом дисциплинарно-воспитательной психотерапии можно считать Иоганна Христиана Рейля, выдвинувшего ряд прогрессивных терапевтических идей.

В своей «*Panoduu*» («*Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen*») [11]\* Reil предлагает удалить из обихода название «дом умалишённых» (Toll-Haus), заменив его новым наименованием — «госпиталь для психической терапии», а также излагает основы «настоящей психиатрии», то есть «лечения душевных болезней», — понимая синтагму (ψύχω-θεράπεια) буквально.

Reil организовал два журнала, посвящённых «психическому лечению» (Heilkunde) — «Magazin für psychische Heilkunde» (совместно с А.В. Kaybler'ом (1769 — 1821)) и «Beiträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege» (совместно с J.Ch. Hoffbauer'ом (1766 — 1827)), причём [тематическое] содержание последнего издания включало, в частности, описание «случаев» психической терапии.

Психотерапевтические приёмы, предлагаемые Reil'em, облечены в причудливые формы: больного в темноте приводят в состояние испуга «внезапным прикосновением вывороченной наизнанку шубы, а также дотрагиванием до его лица кистью руки скелета, воздействием на его слух “подлинного кошачьего концерта”» и прочим. Проектировался особый художественный — психиатрический — те-

атр, с репертуаром волнующих мелодрам, в которых должны были фигурировать судьи, палачи, привидения, ангелы; про запас намечались декорации, изображающие тюремные камеры, эшафот, «львиное логовище», операционную.

Следует, таким образом, констатировать, что психотерапевтические идеи Reil'я облекались в активную форму.

Определяющее влияние на развитие методов механо[психо]терапии оказало формирование так называемой «школы психиков». В качестве её основных представителей называют Иоганна Христиана Августа Гейнрота (Johann Christian August Heinroth) (1773 — 1843), Карла Вильгельма Иделера (Karl Wilhelm Ideler) (1795 — 1860) и Фридриха Эдуарда Бенеке (Friedrich Eduard Beneke) (1798 — 1854).

По мнению Heinroth'a, человек обладает абсолютной свободой воли, или свободой выбора между добром и злом («liber arbitrium indifferentiae» средневековой схоластики); избирая Бога или Сатану, человек предопределяет тем самым линию жизни и моральной судьбы. Таким образом было воспроизведено средневековое противопоставление «града Божьего» (душа) — «граду Сатаны» (плоть). Именно Heinroth'у приписывают создание первой «системы психотерапии» как таковой — уже в 1818 году («*Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung*» [12]\*).

Ideler рассматривал душевные болезни как «непомерно разросшиеся страсти».

Третьим представителем «школы психиков» был Beneke, автор труда с характерным названием — «*Чисто психологическое изложение науки о душевных болезнях*» («*Beiträge zu einer rein seelenwissenschaftlichen Bearbeitung der Seelenkrankheitskunde*») [13]\*.

Искренне убеждённые в том, что душевнобольных необходимо «исправлять», — и прежде всего указывая «путь истинный», а также принуждая перестать упорствовать в заблуждениях, — они содействовали распространению целого ряда механических приспособлений, которые отчасти являют собой дальнейшее развитие психо-терапевтических начинаний Reil'я.

Механизированная психотерапия, использование которой продолжалось вплоть до 60-х годов XIX века, поставила перед собой ряд непростых задач: подавлять болезненные симптомы; способствовать правильной установке внимания; пробуждать здоровые представления и чувства; воспитывать волю. Характерно, что для реализации практически каждой из этих задач было предложено специальное приспособление.

Одним из самых «деликатных» средств был «мешок» (Sack), сквозь тонкую ткань которого больной видел окружающее, словно в тумане; мешок охватывал всё тело с головы до ног и завязывался снизу. Ограничение движений должно было импонировать больному, уменьшение света — успокаивать. Его изобретатель, Ernst Horn (1772 — 1848), высоко оценивал психо-терапевтические достоинства своего приспособления, использование которого в одних случаях заставляет больного «догадываться», а в других — «убеждаться» в полной бесцельности своих разрушительных действий. Распространён был и изобретённый в Англии «смирительный стул», к которому больных привязывали ремнями. Считалось, что вынужденное положение тела заставляет отвлекаться от самого себя и направлять внимание наружу: «расстроенное самосознание приходит в норму, больной как бы пробуждается, делается спокойным, сознательным и послушным». Аналогичным целям служила «смирительная кровать», к которой привязывался больной, одетый в специальный камзол со всеми необходимыми приспособлениями в виде отверстий для физиологических отпавлений. Ещё один способ воспитательного воздействия — принудительное стояние в позе, подобной «распятию» (на специальном станке). Быстро наступавшие усталость и сонливость делали больного покорным и безвредным, и — что особенно ценилось — появлялось «чувство уважения к врачу». Большой популярностью пользовалась кожаная маска, — как «самый невинный способ успокоения», по словам её изобретателя Иоганна Аутенрита (Johann Autenrieth) (1772 — 1835).

Более специальные терапевтические задачи преследовало применение так называемых «раздражителей», — рассчитанное на достижение полезных реакций, перегруппировку психических способностей с устранением явлений болезненных и заменой последних актами разумными и здоровыми.

Видное место в этом арсенале занимала «вращательная машина» (её разновидности — клетка, кровать, колесо и другие) — изобретение Erasmus'a Darwin'a (1731 — 1802), введённое в практику Сох'ом. Вращательная кровать давала ещё и считавшийся специфически целительным эффект центробежной силы. Все процедуры оставляли о себе крайне неприятные воспоминания, — что было призвано дисциплинировать больных; впоследствии стоило только пригрозить повторением процедур, как поведение больного стабилизировалось: «умалишённые приучались таким образом к дисциплине».

Не последнее место в этой терапевтической системе занимали средства, причиняющие боль: жгучие втирания, нарывные пластыри, прижигания калёным железом и прочие. К больному, находящемуся в ступоре, подходили, вооружась плёткой; его укладывали на койке и секли, дабы «вывести душу из состояния болезненного сосредоточения». Ideler, например, советовал применять сильную электропункцию и с гордостью отмечал, что ему удалось вернуть к «свободной и нормальной душевной деятельности» несколько человек. Тошнот[вор]ная терапия заключалась в том, что больному назначали tartarus stibiatus, причём дозу регулировали так, чтобы дело не доходило до рвоты; предполагалось, что таким образом изгоняются бредовые идеи.

Важная роль приписывалась гидротерапии: специальные водолечебные приёмы расценивались как оказывающие почти исключительно психическое воздействие.

Например, «bain de surprise» — внезапное погружение в холодную воду — применялось, чтобы вызвать «сильное потрясение всего тела» с последующим утомлением; предполагалось мощным психическим воздействием «разорвать» извращённые представления — и очистить место для новых, быть может здоровых, мыслей. В большом ходу был так называемый «Sturbad»: больной, привязанный, лежит в ванне, и на голову ему со значительной высоты выливаются десятки литров холодной воды; подобные обливания «успокаивают и смягчают буйнопомешанных, охлаждают их всегда разгорячённую голову, поддерживают ровное поведение, послушание и выдержку, возвращают дар речи немым, уничтожают склонность к самоубийству, приводят меланхоликов, бывших до того погружёнными в болезненные мысли, к правильному самосознанию».

Продолжала развиваться и психотерапия, основанная на переубеждении, — наиболее психотехнически незаангажированная, тесно связанная скорее с риторикой и подаваемая с позиции интеллектуально-нравственного превосходства врача. Однако, как известно, лучше один раз увидеть — и театрализованная наглядность, послужившая мотивом множества историко-психотерапевтических анекдотов, снова вступает в действие.

Подобные истории приведены Г.В.Ф. Гегелем (G.W.F. Hegel) в «Философии духа» («*Philosophie des Geistes*» (1817)) [14]\*. «...Тупоумные бывают в высшей степени недоверчивы, если замечают, что их стараются отклонить от их навязчивого представления. Однако в то же время они глупы, и их легко поразить неожиданностью. Поэтому нередко их можно исцелить, притворившись, будто их сумасбродство разделяется, а затем внезапно сделав нечто такое, в чём помешанный усматривает освобождение от своего воображаемого зла. Так, как известно, один англичанин, воображавший, что в его теле помещается запряжённый четвёркой лошадей воз сена, был освобождён от этой безумной идеи одним врачом, который, заверив, будто он чувствует на ощупь этот воз и лошадей, снискал доверие помешанного, а затем, убедив его в том, что располагает средством для уменьшения размеров этих будто бы находящихся в желудке помешанного вещей, кончил тем, что дал душевнобольному рвотное; когда больного стало рвать, его подвели к окну, и как раз в тот самый момент, по предварительным распоряжениям врача, внизу от дома отъезжал воз сена, про который помешанный подумал, что он вышел вместе с рвотой».

Другой способ исцеления помешательства состоит в том, что тупоумных побуждают совершать такие действия, которые представляют собой непосредственное опровержение того своеобразного безумия, которое их мучает. Так, например, один человек, который воображал, что у него стеклянные ноги, был исцелён посредством мнимого разбойничьего нападения, так как при этом его ноги оказались в высшей степени пригодными для бегства» [14, с. 199]\*.

Разумеется, вся эта механическая, болевая, тошнотворная, водяная и прочая психо-терапия психиатрических заведений первой трети XIX века не является «психотерапией» в современном понимании. Однако при ближайшем рассмотрении она обнажает исторический период обширного, разнообразного и изобретательного применения психической терапии в рамках психиатрических учреждений; тут одинаково легко усмотреть как основные линии предшествующего развития госпитальной психотерапии, так и будущие тенденции воспроизведения собственно психотерапевтических элементов в стационарной психиатрии.

\* \* \*

Однако — *omnia mutantur, nihil interit*, — и экзотический «животный магнетизм» постепенно трансформируется в прикладную гипнотизацию: и это важно, так как физиолого-экспериментальная линия, идущая от D. Schwenter'a и A. Kircher'a (сегодня более известен *experimentum mirabile [de imaginatione gallinae]* — «чудесный опыт» — последнего) сливается с уже ставшей клинической гипнологией несколько позже. Психическое лечение, теперь уже прочно ассоциированное с организационными формами оказания психиатрической помощи, старая госпитальная психотерапия, содержавшая все начинки современной психотерапии — от психоортопедии и трудо[психо]терапии до авторитарно аранжированных поведенческой и рассудочной, — постепенно низводится до уровня неких дисциплинарно-дидактических мероприятий, призванных упорядочить поведение больных, не более, и с каждым годом всё напряжённее дискутируемых в морально-этическом и гуманистическом контекстах.

Начинается второй период дисциплинарного становления психотерапии: психотерапия из hobby постепенно превращается в занятие.

## 12.2. Период методистского пуризма (вторая половина XIX века)

Во второй половине XIX — начале XX веков под психотерапией понимается совокупность различных, известных на тот момент методов — гипнотизма, практиковавшегося в начале Braid'ом, а затем Charcot (разумеется, как между ними, так и после стоит целый ряд менее значительных фигур), «чистого внушения» Bernheim'a, катартически-аналитического метода Breuer'a и Freud'a, рациональной («рассудочной») терапии Dubois, и некоторых других.



Вторая половина XIX века — время «чистых» методов; более того, эти методы в известной мере противостояли друг другу: они и предлагались, в общем-то, как альтернативы.

Ярким тому свидетельством служит нелюбимая критика, которая высказывалась сторонами в адрес «чужих» методов.

«Мы решительно оставляем в стороне изучение “психоанализа”, — заявляют Déjérine и Gaukler. — Если методъ Breuer[’a] — Freud’a может представлять некоторый интерес с психологической точки зрения, то в своих терапевтических применениях онъ, кажется намъ, представляет неоспоримую опасность» [15, с. 369]\*. Так же неприемлем и гипноз, — ибо врач, «практикуя гипнотизмъ, развиваеъ ... психологический автоматизмъ, уменьшаеъ значение и интенсивность умственного контроля и въ очень широкой степени является ответственнымъ въ способности къ самовнушению, которую приобретаетъ его пациентъ. <...> Его психическая механика не приобрѣла ли привычку подъ влияниемъ повторныхъ гетеровнушений допускать безъ контроля понятия, которыя стремилась вводить чужая воля» [15, с. 376]\*.

Freud же с сарказмом отзываясь о рациональной психотерапии: «Дюбуа лечитъ неврозы этическимъ ободрениемъ въ мягкой формѣ» [16, с. 49]\*.

В свою очередь, известны нападки Dubois на гипноз; Forel парирует их: «Мы отнюдь не оспариваем, что имеются и шарлатаны, занимающиеся гипнотизмом, и гипнотизёры, применяющие словесное внушение бессмысленно, механически, без надлежащего индивидуализирования. Но с подобными же недостатками мы ведь встречаемся во всех отраслях медицины, и это — дешёвая, недостойная клевета — вменять их, подобно Dubois, в вину не единичной личности, а представителям всей науки, ссылаясь ещё при этом на такие тонкости, как этимология слова “внушение”; или прибегать к всеобщему заподозреванию» [17]\*.

Для психотерапии этого периода характерны следующие тенденции:

- сохранение, но и определённый регресс идей и методов госпитальной психотерапии, приближающейся как по условиям отправления, так и содержательно, к психиатрической практике (тогда как прочие виды «психического лечения» всё же исходили из амбулаторного, частного приёма);
- приобретение гипнотизмом Braid’a, подхваченным Charcot (Сальпетриерская школа), но в понимании гипноза как «патосомнии», всё большего клинического наполнения, и постепенное его слияние с естественно-научным, в том числе медико-физиологическим, изучением гипноза («золотой век гипноза»);
- сепарация «чистой суггестии» в школе Bernheim’a: «гипноз — ничто иное, как внушение»;
- стремительное развитие противопоставляемой гипносуггестии психоаналитической терапии Freud’a и размежевание её с гипнокатартическим методом Breuer’a;

- [текстуальное] оформление рациональной психотерапии [Dubois] и её постепенная экспансия;
- появление своеобразной «психо(нейро)физиотерапии», исподволь выросшей из увлечённости электризацией при так называемой «нервности».

\* \* \*

Основные тенденции госпитальной психотерапии сохраняются — и механо[психо]терапия продолжает применяться ещё и в 60-х годах XIX века. Тем не менее гуманизация института призрения в целом и психического лечения в частности — тенденция, разумеется, позитивная, — к сожалению, несколько позже не только приведёт к уничтожению духа и форм любого экспериментирования в области «психического лечения», но и одновременно удалит ряд психотерапевтически ценных наработок. (Как следствие этой тенденции в первой трети XX века произойдёт, например, окончательная элиминация рациональной психотерапии — как бесполезной для «психотиков» — в связи с появлением «активных биологических методов».) «Психическое лечение», уже интимно сращённое с организационными формами психиатрической помощи, постепенно сведётся к дисциплинарно-организационным мероприятиям, исподволь освобождающимся от педологической тональности.

\* \* \*

Джеймс Бре[й]д (James Braid) (1795 — 1860) познакомился с явлениями магнетизма на представлении Шарля Лафонтена (Charlie Lafontaine [18]\*) 13 ноября 1841 года.

Спустя шесть дней Braid снова посетил сеанс и подметил, что гипнотизируемый не смог поднять веки закрытых глаз. На следующий день Braid вновь повторил свои наблюдения.

Спустя два дня — в домашней обстановке — Braid проводит свой первый эксперимент.

«Я попросил сэра Уолкера сесть, — рассказывает Braid о своём первом опыте гипнотизации, — фиксировать взор на горлышке бутылки из-под вина, которую я несколько приподнял над ним, чтобы вызвать значительное утомление глаз и век. Через три минуты его веки сомкнулись, слеза скатилась по щеке, голова склонилась, лицо слегка напряглось, он вздохнул и тут же глубоко заснул; дыхание замедлилось, углубилось, стало шумным; по рукам и плечам пробежали небольшие судороги. Через 4 минуты я его разбудил, боясь опасных последствий...» [19]\*.

Круг испытуемых быстро расширяется, растёт накапливаемый материал, — и скоро Braid уже выступает с докладами о своих опытах на конференциях врачей и просто перед широкой аудиторией, сопровождая их демонстрациями; география выступлений постепенно расширяется: Манчестер, Рочдейл, Ливерпуль, Эдинбург, Лондон и далее.

Braid именуется вызываемое состояние «нервным сном», — подчёркивая, что причины его возникновения кроются не в личности усыпляющего, а в своеобразном состоянии нервной системы гипнотизируемого, являющимся закономерным результатом утомления сосредоточенных взора и внимания, и полного расслабления мышц находящегося в покое тела пациента.

Полагается, что именно им был введён термин «гипноз» (греческое ὑπνος — сон), или же «гипнотизм», называемый, по его имени, также «бре[й]дизмом» (хотя имеются данные, что префикс «гипн[о-]» впервые употребил, для описания феноменов животного магнетизма, в 1819 году Étienne Félix d'Héning de Cuvillers (1755 — 1841)); основные работы — «*Satanic agency and mesmerism reviewed*» («*Дьявольская сила и обозрение месмеризма*») (1842) [20]\*, «*Neurypnology; or, the Rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism...*» (коротко — «*Нейропгнология*») (1843) [19, 21]\*, «*The Power of the Mind over the Body...*» («*Власть души над телом*») (1846) [22]\*, «*Observations on Trance: or, Human Hibernation*» («*Наблюдения над трансом, или человеческая гибернация*») (1850) [23]\*, «*Magic, Witchcraft, Animal Magnetism, Hypnotism, and Electro-Biology...*» («*Магия, колдовство, животный магнетизм, гипнотизм и электро-биология*») (1852) [24]\*, «*Hypnotic Therapeutics...*» («*Гипнотическая медицина*») (1853) [25]\*, «*The Physiology of Fascination...*» («*Физиология fascинации*») (1855) [26]\*.

Отличие «гипнотизации» от «магнетизации» Braid объяснял тем фактом, что в первом случае концентрация внимания гипнотизируемого неизмеримо больше, — тогда как во втором внимание, сосредоточиваемое на пассах, зачастую рассеивается.

Новый метод с хорошими результатами применён для лечения некоторых форм судорог, головных болей, невралгий; под гипнозом Braid производил несложные хирургические операции.

Итак, «животный магнетизм» трансформировался в гипнотизм, или гипнотизацию. Однако ему предстояло претерпеть ещё одну, не менее серьёзную, метаморфозу: из гипнотизма демонстрационного он постепенно становится клинической гипнотизацией, — и его массово-аудиторные сеансы превращаются в клинические лекции.

Жан-Мартин Шарко (Jean-Martin Charcot) (1825 — 1893) после защиты диссертации на предмет arthritis nodosa (1858) получил должность врача в Сальпетриере (1862).

Его основные труды — «*Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques*» (1881) [27]\*, «*Physiologie pathologique: Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques*» (1882) [28]\*, «*Les démoniaques dans l'art*» (1887) [29]\*, «*Les difformes et les malades dans l'art*» (1889) [30]\*, «*La foi qui guérit*» (1892) [31]\* etc.

Предварительным поводом к возникновению у Charcot интереса к явлениям гипноза послужило данное ему поручение: проверить возможности лечения металлами («*De la métalloscopie et la métallothérapie*» (1878) [32]\*).

Знаменательным для истории психотерапии является период научной деятельности Charcot с 1879 по 1885 год, когда он совместно с Ch. Richet (1850 — 1935), G. Gilles de la Tourette'ом (1857 — 1904), P.-M.-F. Janet (1859 — 1947), J.F.F. Babinski (1857 — 1932), A. Binet (1857 — 1911) (в то время директором психофизиологической лаборатории Сорбонны), Ch. Féré (1852 — 1907) и другими усиленно занимался гипнотическими опытами, заложив фундамент учения о психогенной природе истерии.

В рамках воззрений Сальпетриерской школы считалось, что гипноз — это патологический сон, и восприимчивость к гипнозу свойственна только лицам, предрасположенным к истерии; в происхождении гипнотического сна большое значение приписывалось чисто физиологическим изменениям периферических [нервных] аппаратов. Но, несмотря на понимание многих особенностей психики «истеричных», Charcot ещё не мог с полной ясностью оценить преобладающей роли внушения как гипнозогенного фактора.

Эту задачу предстояло, даже несколько гротескно, выполнить Нансийской школе (Liébeault и Bernheim), как показано ниже.

И ещё одна важная тенденция: сквозь популистскую, магическую ауру «животного магнетизма», сопряжённую с самостоятельной древней терапевтической практикой прикосновений (теперь чаще — пассов), пробиваются редкие — занимательные, на первых порах, — естественно-научные студии, занятые [физиологическим] изучением гипноза.

Хорошо известно описание гипноза у животных, сделанное в 1640-х годах учёным-иезуитом Athanasius'ом Kircher'ом (1602 — 1680) («*Magnesive de arte magnetica*» (1641) и «*Ars magna lucis et umbrae in mundo*» (1646)), назвавшим это явление experimentum mirabile, что означает «чудесный опыт». Методика эксперимента была такова: Kircher укладывал на бок курицу и удерживал, пока она не успокоится. Затем проводил мелом черту перпендикулярно голове птицы и отпускал её. Однако курица ещё долго продолжала лежать, не шевелясь, в неестественной позе, —

даже тогда, когда её начинали тормозить. По мнению Kircher'a, курица принимает проведённую мелом черту за удерживающую её верёвку — и, понимая бесполезность сопротивления, не пытается встать [2, с. 166].

Аналогичный опыт — причём заимствованный — описал Daniel Schwenter (1585 — 1636) ещё в 1636 году в труде «*Deliciae Physico-mathematicae oder Mathematische und Philosophische Erquickstunden*» [3, с. 227]. Он объяснял явление оцепенения испугом птицы [4, с. 139].

В истории медицины хорошо известны многочисленные опыты (В.Я. Данилевского (1852 — 1939) [33]\*, W.T. Preyer'a (1841 — 1897) [34 — 36]\* и других) по исследованию явлений гипноза у животных.

В частности, Данилевский предположил, что снижение чувствительности и отсутствие произвольных движений, что характерно для гипнотического состояния, вызваны воздействиями — причём угнетающего характера — больших полушарий головного мозга. Он высказал мысль, согласно которой «с филогенетической точки зрения [следует] признать связь гипнотизма человека с *experimentum mirabilis* животных».

Ainsi, формирующийся клинический подход к гипнозу (точнее, к клиническому использованию последнего) постепенно сливается с естественно-научным, dont медико-физиологическим, его исследованием; это был, повторю, «золотой век гипноза»: библиография метода [37 — 191]\* (простой content-анализ названий от даты [титульной] денотации термина) *tendre vers l'infini*.

\* \* \*

Совсем по-иному оценивалось единое, в общем-то, явление гипносуггестии в рамках Нансийской школы, наиболее яркими представителями которой являются Амбруаз-Огюст Льебо (Ambroise-Auguste Liébeault) и Ипполит Бернгейм (Hippolyte Bernheim); у последнего оно приобретает форму рафинированного внушения: гипноз — не что иное, как «чистая суггестия».

А.-А. Liébeault (1823 — 1904), ещё будучи студентом Страсбург[г]ского университета, заинтересовался сочинениями о «животном магнетизме». Открыв в Нанси частную [поли]клинику, Liébeault стал лечить больных по своему методу, состоявшему в усыплении посредством словесного внушения. В 1866 году наблюдения пятилетней практики были подытожены в книге «*Du Sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*» («Сон и подобные ему состояния, рассматриваемые прежде всего с точки зрения влияния разума на тело») [192]\*. В его «*Confession d'un médecin hypnotiseur*» («Исповедь врача-гипнотизёра») (1886) [193]\* приводятся цифры посещений за четверть века, с 1860 по 1885 год, — 7500, причём многим из пациентов было проведено по несколько сеансов.

Иные его работы — «*Ébauche de psychologie*» («Эскиз психологии») (1873) [194]\* и «*Étude sur le zoomagnétisme*» («Этюд о зоомагнетизме») (1883) [195]\*. Ему также принадлежит книга «*Thérapeutique suggestive: son mécanisme*» («Лечение внушением: его механизм») (1891) [196]\*, в которой обобщены материалы предыдущих работ и подведены итоги многолетней научной и практической деятельности.

Liébeault решительно отрицает «магнетизм», «флюид», равно как и любое специальное изменение периферических нервных аппаратов, объясняя гипноз всецело *внушением*, основанным на *внушаемости*, которая является нормальным свойством человеческой психики.

Взгляды Liébeault поддержал — и дополнил многочисленными исследованиями и экспериментами — Hippolyte Bernheim (1840 — 1919), бывший в то время профессором терапевтической клиники в Нанси; его основные труды — «*De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*» (1884) [197]\*, «*De la Suggestion et de ses applications à la thérapeutique*» («О внушении и его применении в терапии») (1886) [198, 199]\*, «*Hypnotisme, suggestion, psychothérapie; études nouvelles*» (1891) [200]\*, «*L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale*» (1897) [201]\*.

В поздних работах [202 — 204]\* Bernheim уже отрицает гипноз как особое состояние нервной системы, указывая, что все наблюдающиеся «гипнотические» эффекты можно объяснить действием внушения; последнее же он сводил к самовнушению.

Та абсолютизация, которой подверглись две неотъемлемые составляющие гипносуггестии в рамках соответственно Сальпетриерской и Нансийской школ, мало повлияла на дальнейшую судьбу метода, — и вскоре внушение в гипнозе органично вливается в повседневную клиническую практику.

\* \* \*

Известно, что Сигизмунд Шломо Фрейд (Sigismundus Salomon Freud) (1856 — 1939) предложил психоанализ как альтернативу методу гипносуггестии [16]\*; следует помнить, что оба метода сходились на клиническом «материале» — «конверсионных» симптомах истерии.

В качестве своего прямого предшественника Freud называет Иосифа Брэйера (Josef Breuer) (1842 — 1925).

«Я должен ... указать на значение “катартического метода” Брейера, как на предварительную ступень психоанализа, а началом самого психоанализа считать тот момент, когда я, отбросив гипнотическую технику, ввёл свободные ассоциации» [16, с. 3]\*.

До того как прибегнуть к гипнотическим внушениям, Freud безуспешно пытался — для лечения тех же контингентов больных — применять электротерапию.

«Достаточной замѣной потерянной электротерапії казалось тогда лечение внушеніемъ въ глубокомъ гипнозѣ, съ которымъ я познакомился благодаря производившимъ большое впечатлѣніе демонстраціямъ Либолта и Бернгейма. Но изслѣдованіе въ гипнозѣ, съ которымъ я познакомился благодаря Брейеру, должно было несравненно больше привлекать своимъ автоматическимъ дѣйствіемъ и одновременнымъ удовлетвореніемъ любознательности, чѣмъ однообразный и исключяющій всякое изслѣдованіе запретъ посредствомъ внушенія» [16, с. 5]\*.

Важнейшим открытием этого периода развития психоанализа Freud считает денотированное им позднее понятие «регрессия».

Следующий шаг клинко-теоретического становления психоанализа — введение Freud'ом понятия «отражение» (названного позднее «вытеснением»).

Соответствующие представления Freud'a — а они касались трактования патогенетических механизмов истерии — послужили поводом для первых разногласий между ним и Breuer'ом.

«Онъ, — утверждает Freud, — предпочитал ещё, такъ сказать, физиологическую теорію, хотѣлъ объяснить душевное раздвоеніе истерическихъ больныхъ разобщеніемъ между различными душевными состояніями (или, какъ мы тогда говорили состояніями сознанія.) И создалъ такимъ образомъ теорію “гипноидныхъ состояній”, послѣ которыхъ остаются какъ бы неассимилированныя чуждыя тѣла и торчатъ въ бодрствующемъ сознаніи. Я объяснялъ всё менѣе научно, предполагая всюду тенденціи и наклонности, аналогичныя явленіямъ обыденной жизни, видя въ самомъ психическомъ раздвоеніи результатъ процесса отгалкиванія, который я тогда назвалъ отраженіемъ позже — “вытѣсненіемъ” (Verdrängung)» [16, с. 6]\*.

«Перенос» (Übertragung) — ещё один важный концепт психоаналитического метода, которому отводится исключительно важная роль в доказательстве сексуальной этиологии неврозов.

«Фактъ грубо сексуально окрашеннаго, нѣжнаго или враждебнаго переноса, возникающаго при всякомъ леченіи невроза, хотя и нежелательнаго и не вызываемаго ни одной изъ сторонъ, казался мнѣ всегда неопровержимымъ доказательствомъ происхожденія творческихъ силъ невроза изъ области сексуальной жизни» [16, с. 7]\*.

Гипотеза сексуальной этиологии неврозов, выросшая затем в жупел пансексуализма, — по словам Freud'a, была подсказана ему Breuer'ом, Charcot и Chrobak'ом (1843 — 1910).

Так, Breuer указал на «тайны алькова», явившиеся причиной невротических расстройств у больной, которую он пользовал. Далее, Freud

стал невольным свидетелем оживлённой беседы Charcot с Brouardel'em (1837 — 1906), в которой Charcot высказал аналогичное мнение. Наконец, Chrobak в приватной беседе убедительно рассказал о совместном осмотре пациентки — virgo intacta, невзирающей на 18-летнее замужество.

Иные концепты, присоединившиеся к катартическому методу по мере превращения его в психоанализ, — учения о «вытеснении» и «сопротивлении», представления о детской сексуальности и использование толкования сновидений для познания бессознательного.

По признанию самого Freud'a, его представления о «сопротивлении» — которые он считал совершенно оригинальными — совпадают, как подсказал ему Otto Rank, с представлениями Артура Шопенгауэра (Arthur Schopenhauer) («*Die Welt als Wille und Vorstellung*») («*Мир как воля и представление*») [205]\*.

История же «настоящего психоанализа», по словам Freud'a, начинается с «технического нововведения» — отказа от гипноза: «если без помощи гипноза приступить к анализу невротика», то «чувствуется сопротивление, которое противодействует аналитической работе и под предлогом пробела в воспоминаниях старается сделать её невозможной» [16, с. 10]\*.

И далее: «Теоретическая оцѣнка того обстоятельства, что это сопротивление совпадаетъ съ амнезіей, ведётъ далѣе неизбежно къ психоаналитическому пониманію бессознательной душевной дѣятельности, которое всё же замѣтно отличается отъ философскихъ умозрѣній. Можно поэтому сказать, что психоаналитическая теорія является попыткой объяснить два наблюденія, которыя поразительнымъ образомъ повторяются при всякой попыткѣ открыть въ исторіи жизни невротика причины симптомовъ его страданія: факты “переноса” и “сопротивленія”. Всякое изслѣдованіе, которое признаётъ оба эти факта, какъ исходное положеніе работы, можетъ называться психоанализомъ, если даже оно приходитъ къ другимъ результатамъ, чѣмъ мои» [16, с. 10]\*.

Согласно Freud'у, его теория детской сексуальности возникла в известной мере случайно: она явилась следствием систематического нисхождения процедуры анализа к ранним годам жизни ребёнка в целях поиска доказательств *сексуально-травматической гипотезы происхождения истерии*. Этот поиск привёл к осознанию того факта, что якобы имевшие место в детстве сексуальные травмы — как причины невротических симптомов — не более чем фантазии, назначение которых — маскировать «аутоэротические проявления первых детских лет» [16, с. 11]\*.

Толкование сновидений, подобно большинству наблюдений Freud'a, было «открыто» и применено в повседневной психоаналитической работе, и лишь затем он познакомился с сочинением Karl'a Scherner'a (1825 — 1889) «*Das Leben des*

*Traums*» (1861) [206]\*, где нашёл указания на этот счёт. В полном объёме «средства выражения сновидений» Freud, по его словам, смог оценить позже под влиянием работ Stekel'я. Ещё позже была уловлена связь между психоаналитическим толкованием сновидений и древнегреческой онейрокритикой. Наконец, объяснение феномена видоизменения сновидений под влиянием своеобразной «цензуры» Freud обнаружил в книге *«Phantasien eines Realisten»* («*Фантазии одного реалиста*») (1899) Josef'a Popper-Lynkeus'a (1838 — 1921) [207]\*.

Нет сомнений в том, что, несмотря на очевидные истоки и явные заимствования, психоанализ в тот период обнаруживал все черты «чистого метода»; по крайней мере, сам Freud прилагал для этого максимум усилий: все концепты основывались на «вновь открытых» в процессе [процедуры] анализа феноменах, были исключены гипнотизация, суггестивные элементы, а рационализации подверглись исключительно жёсткой критике.

\* \* \*

Сегодня достаточно трудно объяснить причины довольно высокой популярности в конце XIX — начале XX веков так называемой «рациональной психотерапии» швейцарского невропатолога Поля-Шарля Дюбуа (Paul-Charles Dubois) (1848 — 1918); возможно, они действительно связаны с изданием его книги *«Les psychonévroses et leur traitement moral»* («*Психоневрозы и их психическое лечение*») (1904) [208]\*, которая была переведена на большинство европейских языков.

Собственно, эта рациональная психотерапия [Dubois] представляет собой результат эволюции так называемого «сократовского диалога»; это — всего лишь прошедшая сквозь века и страны комбинация ораторского искусства и моральной дидактики.

Как бы то ни было, в рассматриваемый период рациональная психотерапия проводится как «чистый метод». «Рациональной психотерапией я называю ту, — указывает Dubois в 1912 году, — которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно и именно путём убедительной диалектики».

«Далёкое от того, чтобы влиять как методы прямого внушения посредством ограничения личности, — отмечают Déjerine и Gaultier, — убеждение, наоборот, старается дать возможность этой личности развиваться, освобождая её от всёх стесняющих влияний, которые могла создать или дурная нравственная гигиена, или порочные физические или психические привычки. И если, как это бывает

правилом, лицо выздоравливает, ему должно казаться, что это он сам избавился от своего невропатического состояния, что он сам постепенно освободился от всёх пут, которые его удерживали. Понятно, насколько благодаря этому увеличивается доверие излечившагося больного к самому себе. Его безопасность, если он правильно лечился, полная, во всёх случаях достаточно полная для того, чтобы больной, сознавая ошибки, которые он совершил, опасности, которые ему угрожают, знал, что он может и должен остерегаться и тхх, и других. Риск возврата у неврастеника, излеченного убеждением, равняется почти нулю» [15, с. 382]\*.

В практике рациональной психотерапии не было тех ожесточённых клинических дискуссий и теоретических баталий, которые были свойственны повседневности иных методов.

\* \* \*

Примерно в тот же период из повальной увлечённости электризацией при так называемой «нервности» вырастает своеобразная «психо(нейро)физиотерапия».

Широкое признание завоёвывает учение Джорджа Миллера Бирда (Georges Miller Beard) (1839 — 1883) о «нейрастении» [209]\*; работа Рихарда Фрайгера фон Крафт-Эбинга (Richard Freiherr von Krafft-Ebing) *«Наш нервный век: популярное сочинение о здоровых и больных нервах»* (1885) действительно пользуется огромной популярностью.

Не меньшую известность приобретают методы «электрической терапии», получающие солидное аппаратное сопровождение и тщательнейшую методическую проработку.

Для лечения «нервных» больных — и надо заметить, не без успеха — применяются общая франклиннизация, дарсонвализация, бергонизация и многое другое.

Эта «психофизиотерапия», в принципе, не имеет особого значения для дисциплинарного становления психотерапии; она интересна, пожалуй, лишь тем, что является ещё одним — до настоящего времени не идентифицированным — эмпирическим источником формирования практико-теоретической базы поведенческой парадигмы психотерапии.

\* \* \*

Второй период дисциплинарной истории психотерапии можно считать завершённым: различные её методы, и в первую очередь психоанализ, оформлены как вполне самостоятельные и независимые; они становятся уже довольно обособленными — собственно *психотерапевтическими* — практиками.

Тем не менее психоанализ Freud'a говорит об усвоении пациентом психоаналитического знания (обучение и опыт) и пользовании им — «как собственным умственным достоянием»; из психоанализа всё же нельзя абсолютно удалить элементы информирующих рационализаций, сокрыть логику самого анализа, не выстраивать стройной цепи доказательств. Совсем немного времени спустя всё чаще возникают очаги «гипноанализа». Так же невозможно устранить суггестивные элементы из рациональной психотерапии, — и в своё время Dubois это ставилось в вину (так, например, Schultz саркастически писал о «полусуггестивном уговаривании»). Вряд ли стоит напоминать о том, что «чистого гипноза» или «чистой суггестии» не бывает, — это практически всегда гипно-суггестия. Так что этот «методистский пуризм» весьма условный, — впрочем, как и всякий другой пуризм.

Одновременно психотерапия из занятия — необязательного, в чём-то даже легковесного, а порой и порицаемого серьёзной наукой, — превращается в деятельность и начинает институционализироваться.

### 12.3. Период институционализации практик (первая треть XX века)

Психотерапии первой трети XX века свойственен многообразный и разноплановый процесс возникновения, совершенствования и видоизменения различных организационных форм преимущественно клинического (а также педолого-дефектологического и прочего) внедрения и отправления психотерапии, который может быть назван «институционализацией практик».

Основные тенденции этого периода таковы:

- происходит институционализация практик [различных методов] психотерапии (наиболее показательной является история институционализации психоанализа);
- психотерапия в рамках психиатрических учреждений постепенно элиминируется из повседневной деятельности, — прежде всего по причине появления «активных методов» [психического лечения], за исключением дисциплинарного надзора за поведением и легчайшего воспитательно-дидактического налёта;
- трудо[психо]терапия в совокупности с психоортопедией уже оформляется как целиком и полностью вспомогатель-

ная реадaptационно-реабилитационная практика (хотя позднее — это вновь психотерапия, — но только уже называемая [С.И. Консторумом [210]\*] «активирующей»);

- гипносуггестия — уже как единая практика — быстро устанавливается в повседневную клиническую психоневрологическую деятельность;
- рациональная психотерапия, уже полностью ассоциировавшись с именем Dubois, легко институционализируется (правда, всего лишь как малоспецифический вербальный метод), встречает благосклонный приём и даже переживает период популярности; появляются её незначительные модификации (например, рационально-эмоциональная психотерапия Déjerine'a);
- наблюдаются постепенная трансформация дисциплинарно-поведенчески ориентированных методов психического лечения, их конвергенция и аппликация на формирующуюся рефлексологическую (или даже реактологическую) теоретическую базу.

Итак, практики [методов] институционализируются; многие из них занимают своё место в клиниках, а также обретают собственные журналы, кафедры, общества и иные организационные формы.

Наиболее важной и иллюстративной является институционализация психоанализа: иные практики не знали подобного рода трудностей. Гипноз и внушение легко — такое было не впервые — объединились (вернее, воссоединились) в гипносуггестию, — не имевшую, по крайней мере с наступлением XX века, никаких проблем с имплантацией в лечебный процесс. Рациональная психотерапия, точнее её институционализация, также не вызывала возражений, ибо вполне укладывалась в контекст психоической клиники, приближаясь как к традиционной для психиатрии моральной дидактике, так и к тривиальному здравому смыслу, и кроме того, персистировала со времен Celsus'a и Soranus'a как «сократовский диалог». Поведенческая же терапия ещё только оформлялась, колеблясь в идентификации своих истоков между механо[психо]терапией, «психофизиотерапией» конца XIX века и физиологическим экспериментом.

\* \* \*

Психоанализ, на самом деле, выстроил свою институционализацию полностью сам — от обществ-Verein'ов и сети частных кабинетов до институтов и проникновения в систему пре-

подавания, — и тактико-стратегическая тщательность этой институционализации привела к тому, что он так и остался отдельным, не-ассимилированным, построением в психотерапии, самостоятельной парадигмой — и по сей день не интегрирован в системные — официально-медицинские — практики, — а всё то, к чему он прикасался, превращалось в психоанализ: психоаналитические сексология, психиатрия, психотерапия и прочие являются всё тем же психоанализом.

Весной 1908 года в Зальцбурге состоялся первый психоаналитический конгресс. Был основан (Bleuler и Freud) первый психоаналитический журнал — «Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen», который начал выходить в 1909 году под редакцией Jung'a.

В Цюрихе психоанализ впервые обретает условия для институционализации.

«Нигдѣ въ другомъ мѣстѣ, — вспоминает Freud, — не нашѣлъ я такой тѣсной группы сторонниковъ, не могла быть предоставлена официальная клиника къ услугамъ психоаналитическаго изслѣдованія и не приходилось видѣть клиническаго преподавателя, который включилъ бы психоанализъ въ курсъ психіатріи» [16, с. 18]\*.

Одновременно с выстраиванием институционализации психоанализ постепенно утрачивает свою методистскую чистоту; показателен в этом отношении пример, когда для целей обучения психоанализу — а именно для достижения быстроты усвоения и, главным образом, наглядности — демонстрировался (хотя и с психоаналитическим истолкованием) — ассоциативный эксперимент [W.M. Wundt'a (1832 — 1920)].

Психоанализ, а точнее, результаты его применения — уже при «раннем слабоумии», или «схизофрении», — занимают солидное («такое же, — уточняет Freud, — как и клиничко-систематические») место в известной монографии [P.]E. Bleuler'a (1911) [211]\*; последний же говорил, что эта книга представляет собой не что иное, как проекцию идей Freud'a на Dementia praecox.

Появление концепта *комплексов*, принадлежащего Jung'у, представляется весьма важным: в личное, по сути дела, персонально-индивидуалистское учение Freud'a вносится некое базовое понятие, предложенное не им самим, а кем-то другим; тем не менее, ставшее впоследствии одним из наиболее известных, оно представляет собой надёжнейший маркер — я бы даже сказал: *шиболлет!* — психоанализа вообще. Психоанализ — пусть его отдельные, пока ещё частные концепты — начинает не просто применяться, как это было в клинике Bleuler'a, но и теоретически развиваться вне понятийного поля его создателя.

«...Дополнение швейцарской школы, которое, может быть, нужно поставить цѣликомъ въ счётъ Юнгу я не могу такъ высоко оцѣнить, как это дѣлаютъ люди, стоящіе далеко отъ дѣла, — замечает, впрочем, Freud. — Я подразумеваю учение о комплексахъ, которое выросло изъ “Diagnostische Assocationsstudien” (1906 — 1910). Изъ него не создано психологической теории, оно не может быть непосредственно вплетено въ общую связь психоаналитическихъ учений. Но за то слово “комплексъ”, какъ удобный, часто незамѣнимый, терминъ для описательной формулировки психологическихъ фактовъ, приобрѣло право гражданства въ психоанализѣ. Ни одинъ изъ другихъ, созданныхъ потребностями психоанализа терминовъ и обозначеній не приобрѣлъ такой широкой популярности и не былъ такъ часто неправильно примѣняемъ во вредъ образованію точныхъ понятій» [16, с. 20]\*.

Дальнейшие шаги институционализации психоанализа связаны с постепенным его проникновением в традиционные формы уже не только [частной] практической, но и официально-медицинской и научно-педагогической деятельности, а также в систему обмена опытом, включая публикации (особенно в [собственных] периодических изданиях) — и с одновременным расширением его географии.

Однако широкая диссеминация психоанализа в различные сферы — Freud говорит уже о «врачебном психоанализе» и иных областях его применения, — а, чуть ранее, что анализ «открыл непредполагавшиеся отношения между психиатрией и различными другими науками, содержанием которых была душевная деятельность» [16, с. 25]\* — является свидетельством незавершённой институционализации.

С целью усиления и упрочения институционализации Freud решает перенести психоаналитическое движение в Цюрих, — «где академический преподаватель дал психоанализу доступ в свой институт»; нельзя недооценить и второй шаг, на первый взгляд парадоксальный, — Freud хочет разидентифицировать себя и психоанализ (а также заставить забыть о «месте рождения» психоанализа, в силу, в частности, нападок Janet: последний изрёк, что лишь в Вене, городе чувственности и безнравственности, могло родиться подобное учение, — представляющее собой теоретическую проекцию специфических условий венской жизни).

Свои намерения — передать психоанализ в иные руки, тем самым сделав его в какой-то мере объективнее, — Freud реализует на втором конгрессе в Нюрнберге (в марте 1910 года).

Freud выдвигает лишь два [ограничивающих] условия: во-первых, это избрание преемником авторитетного лица, — в качестве такового выступил Jung (что явилось серьёзным про-

счётом, как выяснилось после); во-вторых — создание легитимной инстанции, — в качестве которой была выбрана «форма официального общества» (функции: размежевание с неспециалистами; обучение, совершенствование; контроль за деятельностью, а также обмен мнениями).

Целями организованного Интернационального психоаналитического общества стали: «Разработка и поощрение основанной Фрейдом психоаналитической науки, как чистой психологии, так и в приложении к медицине и к гуманитарным наукам; взаимная поддержка членом во всех стремлениях к приобретению и распространению психоаналитических знаний» [16, с. 32]\*. Был основан журнал «Zentralblatt für Psychoanalyse» (при участии Adler'a и Stekel'a, но затем — и самого Freud'a).

Третий — Веймарский — конгресс под председательством Jung'a (сентябрь 1911 года) был последней точкой, экстремумом единого — пусть с известной долей условности — [классического] психоанализа.

Далее, — начиная с четвертого конгресса (Мюнхен, сентябрь 1913 года), — психоанализ разбивается на ряд пока ещё не вполне оформившихся образований, ставших впоследствии течениями (во главе с Adler'ом и Jung'ом), — хотя эти тенденции были намечены много ранее, что наглядно отражает динамика [публикаций] посвящённых ему изданий («Schriften zur angewandten Seelenkunde», «Jmago», «Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen» — «Jahrbuch der Psychoanalyse», «Zentralblatt für Psychoanalyse», «Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse», [«Journal of abnormal psychology»], «The Psychoanalytic Review» и некоторые другие).

«Психоанализ поставил своей ближайшей задачей объяснение неврозов и взяв за исходные пункты оба факта — сопротивления и переноса и, принимая во внимание третий факт амнезии, дал им объяснение в теориях о вытеснении, сексуальных двигательных силах невроза и о безсознательном. Он никогда не предъявлял претензий на то, чтобы вообще дать исчерпывающую теорию душевной жизни человека, но требовал только, чтобы применяли его сообщения для дополнения и корректуры нашего знания, приобретённого любым иным путём» [16, с. 37]\*.

Это — прорисованная самим Freud'ом история психоанализа как техники и, отчасти, клинко-психологической теории, — в контексте его институционализации, самых детальных её шагов. Психоанализ пока всё ещё психотерапия, — без абсурдной культурально-детерминированной теории личности, без нелепой метапсихологии, без навязчивых, обращённых ко всем и каждому, психосексуальных стигм.

\* \* \*

«Психическое лечение» уже не ассоциируется с психотерапией; психотерапия вообще постепенно уходит из повседневной деятельности психиатрических учреждений, — что связано прежде всего с появлением так называемых «активных методов» [психического лечения]: маляротерапии (J. von Wagner-Jauregg, 1917), наркосна (J. Kläsi, 1922), медикаментозной судорожной терапии (L.J. von Meduna, 1934), инсулинокоматозной терапии (M.J. Sakel, 1935), электросудорожной терапии (U. Cerletti, L. Vini, 1938) и других.

Разумеется, продолжают разрабатываться мероприятия, призванные упорядочивать поведение пациентов в стационаре; сохраняется и воспитательно-дидактическая тональность всего внутригоспитального процесса.

\* \* \*

Давняя практика трудо[психо]терапии, сопряжённая с так называемой «психоортопедией», уже полностью располагается во вспомогательной реадaptационно-реабилитационной плоскости.

На рубеже XIX и XX веков начала проводиться в жизнь идея P.J. Möbius'a (1853 — 1907), состоявшая в том, что в санаториях для больных психоневрозами и лёгкими формами психозов, не требующих интернирования, трудовой режим должен выступать как основной терапевтический метод.

Представления о психоортопедии в современной отечественной психотерапии ассоциированы с именем В.А. Гиляровского (1876 — 1957), в связи с созданием им в Донской невропсихиатрической лечебнице Москвы психоортопедического отделения (1926).

Несколько позже идеи трудотерапии возвращаются в психотерапию; они аранжированы как «активирующая психотерапия» (С.И. Консторум (1890 — 1950)).

\* \* \*

Гипнотизация и гипносуггестия, со времён расцвета — в конце XIX века — Сальпетриерской и Нансийской школ значительно укрепившие свои позиции, и вошедшие как «особые» — то есть противопоставленные режимной психогигиене-психопрофилактике — методы в клиническую практику (и даже несколько отграничив предмет своего клинического интереса — речь о психотерапевтической клинике), начинают институционализироваться в рамках отечественных школ.



В Москве ещё в 90-х годах XIX века курс лекций о гипнотизме читал А.А. Токарский (1859 — 1901) (известны его доклады и «сообщения» о предмете, в частности, [212]\*; любопытно, что он замечает: «никак нельзя желать, чтобы образовался особый класс врачей-гипнотизёровъ, принципиально исключаящихъ всякое лѣчение другого рода» [212, с. 87 — 88]\*), а впоследствии — Ф.Е. Рыбаков (1868 — 1920) [213]\*; обширные гипнологические исследования, как указывалось выше, проводил В.Я. Данилевский.

На руководимых В.М. Бехтеревым (1857 — 1927) кафедрах — в Казани, а затем в Петербурге, а также в организованном им Психоневрологическом институте — проводились специальные исследования физиологических механизмов гипноза и внушения.

Серьёзные гипносуггестологические исследования проводились в Харькове К.И. Платоновым (1877 — 1969) и его сотрудниками.

Таким образом, гипносуггестия без драматизма и каких-либо особых препон имплантируется в клиническую практику, — и получает институционализационное завершение по мере внедрения в процесс высшего медицинского образования.

\* \* \*

Рациональная психотерапия Dubois легко — внедряясь в клинику *sans que cela paraisse* — институционализируется. Отмечу, что это совсем иной тип институционализации, нежели в случае психоанализа Freud'a: очевидный метод — персонифицированный скорее с денотационной целью — довольно быстро находит признание у большинства специалистов<sup>132</sup>, — правда, всего лишь как малоспецифический, пусть и отдельный, метод психотерапии.

Среди пациентов «рассудочная» психотерапия продолжает завоёвывать популярность; в целом, уже публикация и многочисленные переводы названной выше работы Dubois способствовали распространению психотерапевтических идей и сделали Бёрн местом паломничества многих тысяч больных, страдающих «функциональными заболеваниями» нервной системы.

К модификациям метода в рассматриваемый период относятся рационально-эмоциональная психотерапия Жуля-Жозефа Дежерина (Jules-Joseph Déjérine) (1849 — 1917) и Эугена Гюклера (Eugène Gauckler); популярна их монография «*Les*

<sup>132</sup> За исключением, как указывалось выше, Freud'a и некоторых других, исповедовавших и практиковавших психоанализ.

*manifestations fonctionnelles des psychonevroses — leur traitement par la psychothérapie*» («Функциональные проявления психоневрозовъ, ихъ лѣчение психотерапією» [15]\*).

\* \* \*

В первой трети XX века уже отчётливо прослеживается ещё одна важная тенденция: дисциплинарно-поведенчески ориентированные методы психического лечения постепенно трансформируются и даже в известном смысле конвергируют в некую группу, которая позже станет обозначаться как поведенческая [условно-рефлекторная] терапия.

Названные методы психического лечения являют собой довольно широкий — ориентированный на поддержание дисциплины и коррекцию поведения — спектр: это — не считая ряда форм госпитально-психологической психотерапии XVI — XVIII веков, — и механо[психо]терапия, и приёмы, позднее названные «психоортопедическими», и наблюдения, полученные в рамках «психофизиотерапии» конца XIX века, и физиологический эксперимент, и многое другое.

Совокупность воззрений, сформировавшихся в рамках названных методов, постепенно накладывается — а обоснование *post factum* в истории любой дисциплины является исключительно распространённым приёмом — на формирующиеся учения: условно-рефлекторную теорию И.П. Павлова (1849 — 1936), рефлексологию В.М. Бехтерева [214]\*, реактологию К.Н. Корнилова (1879 — 1957) [215]\* и прочие, — идентифицируя последние в качестве теоретической базы.

Как я уже говорил, первой — из современных — теорией, привлечённой для обоснования поведенческих методов, явилось «классическое обусловливание», связанное с именем И.П. Павлова, — который, как и создатель бихевиоризма J.B. Watson (1878 — 1958) [216]\*, не придавал значения промежуточным переменным и ограничивал исследования связью между раздражителями внешнего мира и элементами [внешнего] поведения: базовой оставалась формула «стимул — реакция (поведение)».

В теории же «оперантного», или «инструментального», «обусловливания» E.L. Thorndike [217]\* [и B.F. Skinner'a [218]\*], напротив, подчёркивается роль / значение стимулов, имеющих позитивный или негативный характер («закон эффекта»), в возникновении и укреплении [паттернов] поведения. Таким образом, в данной теории стимул приобрёл функциональные качества подкрепления, которое повышает силу реакции.

«[Психо]рефлексология», или «объективная психология», по В.М. Бехтереву, даёт возможность «строго объективно» исследовать «невропсихику» — «в смысле изучения соотношений между внешними прояв-

лениями нервно-психической сферы и внешними же воздействиями, а равно и в смысле изучения самого механизма нервно-психических процессов»; употребление же термина «психо-рефлексология» подразумевает, что «всякий нервно-психический акт внешним образом протекает наподобие рефлекса».

Психорефлексология обнаруживает явно выраженные тенденции к экспансии, в том числе, — а может быть, и в первую очередь, — в область «психического лечения». Так, известна предложенная В.М. Бехтеревым в работе «*О психо-рефлекторной терапии*» (1915) [219]\* методика *сочетательно-рефлекторной терапии*.

Организационные всплески поведенческой психотерапии начнутся немного позже, в 50 — 60-е годы XX века, — когда, собственно, и происходит сигнификация самой парадигмы.

\* \* \*

Обозначение первой трети XX века как периода институционализации практик отнюдь не означает, что иные тенденции — в том числе интегративно-диссолютивные или, напротив, пуристские, доктринальные либо эклектические — не имели места.

В качестве примера пуристских тенденций можно привести психоанализ, ревностно оберегаемый Freud'ом, — или ту же, нашедшую себя в интернистской и санаторной средах, рациональную психотерапию.

Образчиком интегративно-диссолютивных тенденций служит методика *гипноанализа*, получившая весьма широкое распространение.

Так что институционализация — лишь наиболее важная для настоящего изложения черта третьего периода дисциплинарной истории психотерапии, наглядно показывающая, каким образом психотерапия постепенно приобретает самостоятельность и превращается из деятельности в профессию.

#### 12.4. Доктринальный период (вторая треть XX века)

Следующий, четвёртый, период дисциплинарного оформления психотерапии, рамки которого ограничены средней третью XX века, следует обозначить как «доктринальный» — ибо именно в этот промежуток времени происходит формирование идеологически нагруженных, конфронтирующих психотерапевтических доктрин.

Демаркация между третьим и четвёртым периодами дисциплинарной истории психотерапии определена теми явле-

ниями противопоставления, напряжённости и идеологической отягощённости, которые стали — конечно, не вдруг — свойственны отношениям между основными, уже вполне прорисованными, психотерапевтическими доктринами, — прежде всего психологически-ориентированным психоанализом и физиологически-ориентированной гипно[суггесто]логией. Третья крупная группа методов, ставшая на сегодня парадигмой, — поведенческая терапия — располагается несколько в стороне, не входя в конфронтацию, так как не достигает уровня глобальной медицинской — [психоической] — теории<sup>133</sup>.

Данный период может также быть назван периодом «психотерапии ex cathedra» — ибо впервые в мире психотерапия начинает преподаваться как предмет [последипломного] медицинского образования и, несколько позже, — как самостоятельная врачебная специальность. Этот процесс тесно связан с официальным открытием первой в мире кафедры психотерапии [и психопрофилактики], которое состоялось в 1962 году в Харькове (подробнее об этом будет сказано несколько ниже).

Нельзя упускать из внимания и тот факт, что преподавание, в силу сращения с официальными (государственными) структурами, всегда насыщено конъюнктурно-идеологическими элементами [официозной доктрины].

Таким образом, характерные особенности «доктринального» периода дисциплинарной истории психотерапии таковы:

- формирование идеологически нагруженных, конфронтирующих психотерапевтических доктрин;
- введение систематического преподавания психотерапии, что связано с основанием первой кафедры психотерапии, — и выдвижение её в ряд медицинских специальностей;
- бурное полифокальное развитие поведенческой психотерапии.

\* \* \*

Итак, складываются две основные психотерапевтические доктрины, противостояние которых порой приобретало комические формы: это физиологически-ориентированная пси-

<sup>133</sup> В целом, поведенческие методы изначально были гораздо менее идеологически ангажированы: прежде всего, в силу первичной лабораторно-экспериментальной направленности — и, как следствие, относительной однотипности.

хотерапия-гипнология (материалистически-павловская) и психоаналитически инспирированная «психодинамическая» психотерапия (идеалистически-фрейдистская).

Содержание ожесточённых дискуссий недавнего прошлого, равно как и их социально-политический и мировоззренчески-идеологический контексты, настолько хорошо известны, что останавливаться на них, думается, излишне.

Эта растянувшаяся на десятилетия, кризисная в целом, ситуация имела одно весьма важное для дисциплинарного становления психотерапии следствие, издержки которого преодолеть будет весьма сложно.

Речь идет о формировании, сопровождавшемся тщательным размежеванием мельчайших оттенков, принципиально разных дискурсивных стилей, тезаурусов, — как в плоскостях физиологической и клинической теорий, так и в области повседневной практики — и даже [объективной] феноменологии; эта концептуально-терминологическая импрегнация отчётливо видна и при решении [лингвистических] проблем перевода специальной литературы (даже не говоря об избирательности последнего в отношении текстов).

В силу этого многие идентичные, по сути, понятия приобретали настолько различающиеся стилистически-смысловые аранжировки, что и по сей день не могут быть признаны синонимами, и при описании в лучшем случае перечисляются, а чаще приводятся неоднократно под разными эпонимами — и, что характерно, в рамках разных психотерапевтических парадигм.

Данное положение оказало влияние — может быть, очень существенное, даже обуславливающее — на возникновение ситуации, которая позволяет охарактеризовать следующий, пятый, период дисциплинарной истории психотерапии как «диссолютивный». Так, её [по]следствиями являются практически важные проблемы систематизации и классификации методов и методик психотерапии, протокольного языка и прочие.

\* \* \*

Существеннейшая черта рассматриваемого периода заключается в том, что психотерапия впервые начинает преподаваться в системе медицинского образования, становясь постепенно самостоятельной врачебной специальностью.

Дисциплинарная эволюция, или дисциплинарная история, психотерапии тесно связана с образованием и деятельностью

первой в мире кафедры психотерапии — кафедры психотерапии [и психопрофилактики] Украинского института усовершенствования врачей (УИУВ), которую возглавил И.З. Вельвовский (1899 — 1981).

Пришло время краткого экскурса в историю кафедры психотерапии УИУВ (ХМАПО) — на которой я имею честь преподавать, — историю от истоков до получения собственно официального статуса кафедры<sup>134</sup>. (Я буду ориентироваться на материалы к истории Харьковского научно-медицинского общества психотерапевтов, психопрофилактиков и психогигиенистов, опубликованные в своё время профессором И.З. Вельвовским [5], а также на материалы по истории организации кафедры, подготовленные профессором А.А. Мартыненко (род. в 1938). Таким образом я преследую *Doppelsinn*: использовать готовое описание живой истории и возложить на глубокоуважаемых коллег ответственность за неточности и погрешности, равно как видение-интерпретацию этой истории и её полноту — *score point* любой исторической реконструкции.)

Как самостоятельная, кафедра психотерапии была юридически оформлена Министерством здравоохранения Украины с февраля 1968 года, но фактически её работа — на общественных началах — была санкционирована в УИУВ ещё в 1948 году. В 1958 году будущая кафедра была оформлена как внештатный доцентский курс при кафедре нервных болезней УИУВ, а затем в течение года числилась в составе кафедры психиатрии. Формирование кафедры и её деятельность — не только до получения официального статуса, но и до настоящего времени — осуществлялись на базе отделения неврозов и психотерапии (названия варьировали) Центральной клинической психоневрологической и нейрохирургической больницы (ЦПНБ) № 5 Министерства путей сообщения (МПС) (позже — Центральная клиническая больница (ЦКБ) № 5).

Важной вехой в развитии кафедры явился приказ Министерства здравоохранения СССР № 142 от 13 февраля 1951 года, регламентировавший циклы для акушёр-гинекологов по психопрофилактическому обезболиванию родов. В ЦПНБ МПС сложилась инициативная группа преподавателей (И.З. Вельвовский (руководитель), психоневрологи-психотерапевты К.И. Лаврова, М.И. Кашпур, а позже — М.И. Раенко, невропатолог Д.А. Каплан, физиолог М.Л. Линецкий и акушёр-гинекологи Э.А. Шугом и В.А. Плотицер), которые в своём стремлении сформировать кафедру опирались на поддержку правления Харьковского общества психотерапевтов, психопрофилактиков и психогигиенистов, почётного председателя этого общества заслуженного деятеля науки К.И. Платонова, руководителей Харьковского общества невропатологов и психиатров профессоров Г.Д. Лещенко (председатель) и Н.П. Татаренко (заместитель председателя).

<sup>134</sup> Я не разрывал эту, довольно солидную, историю — она и захватывает все без исключения периоды дисциплинарного становления психотерапии, — хотя, конечно, наиважнейшее значение имеют институционализационные и вытекающие из них «доктринально-кафедральные» моменты.

Возникновение первой в мире кафедры психотерапии именно в Харькове неслучайно. Оно было определено тем, что Харьков — крупнейший центр медицинской науки Украины и всего СССР — издавна являлся средоточием развития психотерапии.

Первые харьковские изыскания в области психотерапии восходят ещё к начальным этапам месмеризма: о его естественно-научных (а не мистико-схоластических) корнях здесь говорили уже в то время, когда Парижская академия наук вообще отвергала какую-либо научную ценность явлений «животного магнетизма».

Уже в 1815 году в Харькове выходит одно из самых первых профильных пособий — *«Краткое руководство къ опытному душеслѣвию»* П.М. Любовского [220]\*; в частности, в нём указано, что «усилению и дѣйствию самыхъ сильныхъ страстей можно препятствовать: а) не только возбужденіемъ страсти противной, но и такимъ удовлетвореніемъ, которое не противно и другимъ цѣлямъ. Поелику свобода удовлетворенія страстямъ ослабляетъ ихъ, подобно тому, какъ приобрѣтеніе познаній уничтожаетъ любопытство...; б) такимъ направлениемъ и образованіемъ, котораго требуетъ намѣреніе; такъ на пр. страсть удовлетворяемая многими предметами, чрезъ благоразуміе и привычку можетъ быть ограничена однимъ изъ нихъ» [220, с. 139]\*.

28 января 1878 года на заседании Харьковского медицинского общества [221, с. 2]\* В.Я. Данилевский представляет первую современную научную экспериментальную работу «о гипнотизмѣ у чловѣка и животныхъ»; итоги же многолетних — с 1874 года — «психическихъ вивисекцій», проведѣнных на разнообразнейшихъ представителяхъ животного царства — лягушках и тритонах, ящерицах и змеях, черепахах и крокодилах, камбалах и электрическихъ скатах, речныхъ раках и морскихъ крабах, лангустах, омарах и каракатицах, — были подведены им в 1891 году в докладе *«Единство гипнотизма у чловѣка и животныхъ»* [222]\*.

Харьковский журнал «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» в конце XIX столетия публикует ряд материалов по психотерапии; именно на страницах этого журнала в 1888 году появляется классический труд московского учёного А.А. Токарского *«Гипнотизмъ и внушеніе»* [223]\*.

1911 год знаменуется речью Б.С. Грейденберга *«Психологическая основа нервно-психической терапіи»* [224]\*.

В 1912 году харьковчанин К.И. Платонов, начавший свою деятельность по изучению гипноза и психотерапии в целом в 1911 году под руководством В.М. Бехтерева, защищает [докторскую] диссертацию *«О воспитаніи сочетательно-двигательнаго рефлекса у чловѣка на совмѣстныхъ звуковыя и свѣтковыя раздраженія»* [225]\*.

Среди иных отечественных учёных, работавших в Харькове в области психотерапии в конце XIX — начале XX веков, можно назвать такие известные имена, как В.М. Такебуш, С.Н. Давиденков, П.И. Ковалевский, И.Я. Платонов, Т.И. Юдин.

Но истинный расцвет психотерапии в Харькове начинается в 1920-е годы под руководством К.И. Платонова: вокруг него собираются многочисленные соратники (П.П. Истомин, И.З. Вельвовский, Д.С. Губергриц, Е.С. Катков, П.Я. Гальперин, М.Я. Милославский, И.М. Аптер и другие), разрабатывающие научные, методические и практические вопросы психотерапии (главным образом гипноспсихотерапии).

Некоторые крупные учёные-психиатры — действительный член АМН профессор Е.А. Попов, профессор Н.П. Татаренко и другие —

продолжали и творчески развивали работы в области психотерапии, выступая в данной области как ученики К.И. Платонова.

К 1922 году в Харькове образуется несколько центров психотерапии. Так, на кафедре нервных болезней медицинской школы (заведующий — профессор К.И. Платонов) был организован психотерапевтический кабинет (заведующий — И.З. Вельвовский, а за ним — П.П. Истомин). Под руководством К.И. Платонова функционировал отдел психотерапии в Украинском психоневрологическом институте (директор — А.И. Гейманович). Ранее (в 1920 году) возник кабинет психотерапии в студенческой больнице (И.З. Вельвовский). Большое психотерапевтическое отделение было организовано в 1928 году в психоневрологическом диспансере Южной железной дороги (И.З. Вельвовский, а далее М.И. Холоденко, М.М. Хаимович и другие).

На железнодорожном транспорте с 1928 года также осуществляется психопрофилактическая и психогигиеническая работа (И.З. Вельвовский и сотрудники), которая особенно развернулась с образованием Института социальной психоневрологии Украинской психоневрологической академии.

В это время в Харькове начинается издание журнала «Психогигиена в массы», открывается ряд психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, проводится большая антиалкогольная психотерапевтическая работа.

После 1933 года всё интенсивнее развивается психотерапевтический центр в Психоневрологическом институте Южной железной дороги. Здесь были открыты клиника психотерапии (К.И. Платонов) и психотерапевтическое отделение в диспансере (И.З. Вельвовский, М.И. Холоденко, Е.Н. Закаменная, М.М. Хаимович, Г.Э. Рихтер и другие).

Начиная с 1933 года — после публикации работы К.И. Платонова и И.З. Вельвовского о применении гипноза в хирургии, стоматологии и акушерстве-гинекологии, — в Харькове появляются десятки психотерапевтических научных работ. Харьков становится одним из крупнейших центров психотерапии СССР.

Обобщающей работой большого теоретического и практического значения явилась монография К.И. Платонова *«Слово как физиологический и лечебный фактор»*, опубликованная в виде статьи в 1930 году [226]\* и, почти одновременно, вышедшая отдельным изданием [227]\*.

С этого же года К.И. Платонов, Е.С. Катков и И.З. Вельвовский систематически читают факультативные курсы лекций по [гипно]психотерапии в Медицинском институте, в Санитарно-гигиеническом институте, в Университете, в Институте усовершенствования врачей.

В 1928 году при Харьковском медицинском обществе и научной ассоциации союза «Медсантруд» была организована секция гипнологии. Её учредителями стали К.И. Платонов, П.П. Истомин, И.З. Вельвовский, Е.С. Катков, И.М. Аптер и другие.

Итак, Харьков уже становится крупнейшим центром психотерапии; говорят о Харьковской психотерапевтической школе.

В послевоенный период Харьковская психотерапевтическая школа быстро возрождается; особенно это касается психопрофилактической работы. В 1947 году в Харькове появилась — и вскоре стала общим достоянием СССР, а затем и всего мира — психопрофилактическая система обезболивания родов, предложенная и теоретически разработанная И.З. Вельвовским в содружестве с В.А. Плотицером и Э.А. Шугом при активной поддержке К.И. Платонова.

В это время выходят второе [228]\* и третье [229]\* издания монографии К.И. Платонова «*Слово как физиологический и лечебный фактор*», работа И.З. Вельвовского, К.И. Платонова, В.А. Плотичера и Э.А. Шугом «*Психопрофилактика болей в родах*» [230]\*. Оба эти труда вскоре были переведены на английский, испанский и другие языки и получили распространение практически во всех странах мира.

Организовано Общество психотерапевтов; оно избрало в состав первого правления: почётным председателем — К.И. Платонова, председателем — И.З. Вельвовского, его заместителем — В.В. Шостаковича и членами — М.Э. Телешевскую, И.М. Аптера, Е.С. Каткова, З.Н. Болотову, М.Я. Милославского и других, секретарём — М.Н. Бржезинскую.

Наряду с проведением пленумов, общество развило активную работу по стимулированию психотерапевтической общественности в различных городах. Так, влияние [деятельности] общества несомненно сказалося на организации секции психотерапии и медицинской психологии в Москве, Общества психотерапевтов в Перми, психотерапевтической секции при Обществе невропатологов и психиатров в Киеве и аналогичной структуры в Союзном правлении общества невропатологов и психиатров.

Ряд шагов по институционализации психотерапии осуществляется коллективом Центральной психоневрологической больницы МПС, поскольку на её базе, в частности, отправляет свою деятельность Институт усовершенствования врачей. Оценив значение психотерапии как общемедицинской специальности, директор УИУВ доцент И.И. Овсиенко санкционирует целую серию учебных мероприятий в области психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Первоначально это были циклы по двум основным разделам: психопрофилактическое обезболивание родов (велись И.З. Вельвовским, Э.А. Шугом, В.А. Плотичером, Д.А. Каплан, М.Л. Линецким) и психотерапия в антиалкогольном деле (проводились И.З. Вельвовским, К.И. Лавровой, М.И. Кашпур, а далее М.И. Раенко и другими). Эти циклы стали функционировать с 1948 — 1949 годов, будучи оформлены как внештатные при кафедре нервных болезней УИУВ (заведующий — профессор Ф.Ф. Харченко) на базе ЦПНБ МПС.

Успехи психопрофилактического обезболивания родов вызвали далее узаконение этих циклов как всесоюзного мероприятия (см. упомянутый выше приказ МЗ СССР). С тех пор такие курсы проводились периодически на внештатных основаниях, а далее при поддержке психоневрологической общественности были созданы внештатная, а затем штатная доцентуры — и, наконец, самостоятельная кафедра психотерапии, психопрофилактики и психогигиены.

Созданная в 1962 году кафедра имела следующий штатный состав: заведующий (профессор), доцент и четыре ассистента. Заведующим кафедрой был избран И.З. Вельвовский. Должность доцента, по его ходатайству, была заменена должностью профессора (для доктора медицинских наук М.Э. Телешевской), поскольку существовали намерения развернуть психиатрический раздел работы. Ассистентами стали психиатры Е.Н. Мейтина, В.И. Кучерова, невропатолог М.И. Раенко и — по линии психотерапии в акушерстве и гинекологии — акушёр-гинеколог Г.Н. Балтпуурин-Безуглова.

Psychotherapeia effectus inter omnes medicinae partes evidentissimus est — таков, перефразируя крылатую латынь, девиз Харьковской школы.

Акцент на этих обстоятельствах, и прежде всего на факте начала преподавания психотерапии как предмета, сделан в связи с тем, что преподавание — жёстко институционализированный, ассоциированный с официальными структурами и, в конечном счёте, более качественный способ передачи знаний, умений и навыков, нежели внутриконтрафессиональные семинары, показательные демонстрации, курация психотерапевта-стажёра опытным специалистом, владеющим искомым методом («анализ будущего аналитика», например), и прочее (тем более, что названные элементы облигатно входят, пусть и в несколько редуцированном виде, в программу преподавания и обучения).

Кроме того, преподавание — особенно в системе медицинского образования — как правило, охватывает все методы, не отдавая преимущества какому-либо из них.

Наконец, преподавание — и это очень заметно в сфере «наук о душе», любых вариантов *Geisteswissenschaft*, — всегда воплощает официозную идеологическую доктрину.

\* \* \*

В 50 — 60-е годы XX века происходит сигнификация и мощное полифокальное развитие [парадигмы] поведенческой психотерапии.

В качестве непосредственных предшественников поведенческой [психо]терапии могут рассматриваться: и ряд форм пенитенциарно-госпитальной психотерапии XVI — XVIII веков, и механо[психо]терапия XIX века, и «психофизиотерапия», выросшая из увлечённости электризацией при так называемой «нервности», и приёмы, позднее обозначенные как «психоортопедические»; из современных — основанные на принципах научения психотерапевтические методики, которые появились во втором десятилетии XX века и вошли в анналы истории медицины под именем «условно-рефлекторная терапия».

Итак, поведенческая психотерапия оформляется как самостоятельное направление и бурно развивается<sup>135</sup>. Существующие на тот момент центры [исследований и развития] располагают-

<sup>135</sup> К началу 70-х годов XX века в поведенческой терапии выделяли полтора десятка различных направлений (L. Krasner [6]), которые в последующие годы слились в одно — собственно, и получившее название «поведенческая психотерапия».

ся в Южно-Африканской Республике (J. Wolpe (1915 — 1995) [231 — 233]\*, А.А. Lazarus (род. в 1932) [234 — 237]\*, S. Rachman [238, 239]\*), Англии (D. Shapiro (род. в 1926) [240 — 243]\*, А. J. Yates (род. в 1925) [244 — 246]\*, Н. J. Eysenck (1916 — 1997) [247 — 251]\*), Соединённых Штатах Америки (N. H. Azrin [252, 253]\*, Т. Ayllon [254, 255]\*).

Идеологическая мишура очень слабо пристаёт к поведенческой психотерапии<sup>136</sup>, в силу чего последняя имеет ряд интернациональных черт, особенно в области «чистых» (здесь: не методологически, а психотехнически) рефлексивно-поведенческих методик.

\* \* \*

Заметно, что, наряду с титульной тенденцией формирования конфронтирующих психотерапевтических «доктрин», продолжают не менее выраженные процессы дальнейшей институционализации психотерапии; вряд ли можно представить себе что-либо более важное, нежели организация кафедры — и, следовательно, начало официального систематического преподавания. Однако, подчеркну ещё раз, формирование идеологического противостояния во многом определило дальнейшую судьбу психотерапии, серьёзно затруднив процесс её окончательного аутодисциплинарного оформления.

В целом четвёртый период истории психотерапии заканчивается со снятием идеологической конфронтации и широким распространением частных методик психотерапии, а порой даже всего лишь психотехник, подаваемых как новые методы, появление которых якобы связано со взрывным развитием междисциплинарных отраслей знания и отдельных нейронаук, а также с разработкой кибернетических систем.

Основным же позитивным процессом данного периода, напомним, является то, что психотерапия из профессии превращается в полноценную медицинскую специальность.

### 12.5. Диссолютивный период (последняя треть XX века)

Последняя треть XX века характеризуется тенденциями, в отношении которых не может быть употреблено иное определение, нежели «диссолютивные».

<sup>136</sup> Хотя присущий ей выраженный механицизм, пусть даже опосредованный [условно-]рефлексивно, всё же вступает в известное противоречие с трактовкой личности как системы её [социальных] отношений.

Общие тенденции рассматриваемого периода таковы:

- появляется множество психотехник, методик и методов психотерапии, обозначенных собирательным названием *психотерапия «new wave»* («новой волны») <sup>137</sup>;
- психотерапия обретает невиданное доселе количество организационных форм — в частности, за счёт смешения с аморфной медико-психологической практикой и *психологическим консультированием*;
- наряду с этим в психотерапии обнаруживаются *интегративные* тенденции, — хотя под «интеграцией» зачастую понимают всего лишь элементарную [методистскую] ассимиляцию, тривиальное [технологическое] заимствование или даже банальную [теоретическую] компиляцию;
- с наименьшей интенсивностью интегративные идеи периодически перемежаются с идеями *психотерапии эклектической*.

Большинство проблем, однако, носит лексико-терминологический характер — и, как уже говорилось выше, связано с контекстом (понятийным полем) рассмотрения вопроса, конъюнктурными дискурсивными коннотациями и иными подобными моментами.

\* \* \*

В области же самих методов психотерапии происходят следующие процессы:

- модификация [техники] гипнотизации и формирование психотехник, направленных почти исключительно на эксплуатацию иных трансовых состояний («эриксоновский» гипноз и нейро-лингвистическое программирование);
- дальнейшее развитие психоаналитических техник и усиление тенденций к инспирации ими других форм и методов психотерапии (психоаналитически-ориентированная психотерапия, трансактный анализ, групповой анализ etc.);

<sup>137</sup> Хронологической корректности ради следует уточнить, что большинство этих методик появляются ранее, в середине XX века; однако именно в последней его трети наблюдается тот дискурсивный взрыв, который, наряду с иными факторами, и послужил причиной диссолютивных тенденций.

- проявление тенденций к превалированию групповых форм психотерапии — в частности, гештальт-терапии, реставрированной психодрамы и прочего;
- модернизация и атрибутивная интеллектуализация ряда классических поведенческих методик<sup>138</sup> (когнитивно-бихевиоральная терапия);
- появление своеобразной (зачастую побуждаемой и потенцируемой конъюнктурно-конкурентными мотивами) идиосинкразии к директивности и формирование тенденций к недирективно-«гуманистической» аранжировке психотерапии.

В силу того, что большинство методов и методик психотерапии «диссолютивного» — совсем недавнего, соприкасающегося с настоящим — периода новейшей истории психотерапии, равно как и связанные с ними процессы и явления, подробно рассматриваются и обсуждаются в тексте этой книги, исторические факты, частные хронологические вопросы и указания на персоналии, касающиеся отдельных [современных] методов и методик психотерапии, я опускаю, и адресую читателя к рубрикам «историко-персоналогическая справка» главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия».

\* \* \*

Пятый период истории психотерапии условно можно считать завершённым в связи с появлением аутодисциплинарно-идентификационных тенденций в психотерапии, свидетельствующих о понимании — а теперь уже, смею надеяться, и признании — психотерапии как самостоятельной дисциплины, — со своей особой генеалогией, специфическим (и сугубо академичным!) понятийно-терминологическим аппаратом, обширнейшей клиникой и собственным массивным терапевтическим арсеналом.

Таким путём, постепенно, — *dies diem docet* — появляются, а точнее, нарабатываются условия для превращения психотерапии из специальности в полноценную медицинскую дисциплину.

<sup>138</sup> Можно говорить даже о тенденции к их объединению с рациональной психотерапией.

## 12.6. Аутодисциплинарно-идентификационный период (с начала XXI века)

Аутодисциплинарно-идентификационный период новейшей истории психотерапии открывается в силу оформления ряда дисциплинарно-идентификационных концептов; перечислю важнейшие из них (вне какой-либо иерархии):

- формирование представлений о собственной клинике психотерапии как самостоятельной [медико-ориентированной] дисциплины;
- разработка методологии, понятийного поля, правил и алгоритма формулировки (постановки) психотерапевтического диагноза;
- введение новых организационных форм оказания психотерапевтической помощи — таких, например, как психотерапевтическое отделение и его аналоги;
- реконструкция и написание дисциплинарной истории психотерапии;
- декларация мнестологической парадигмы психотерапии — конгруэнтной имманентной сущности последней и доминантной по отношению к иным её парадигмам;
- создание академических, структурированных, профессионально ориентированных текстов etc.

Следует особо отметить, что основной, знаковой манифестацией настоящего периода является разработка *интрадисциплинарной концепции психотерапии* — её первой аутодисциплинарно-идентификационной модели (см. одноимённую часть).

Не менее важно и то, что предложенная модель позволила разработать специфический метод психотерапии, сигнифицированный как *симультанно-мнестическая психотерапия*, или *психометодология* (ей тоже посвящена отдельная часть этой монографии).

Особенностью настоящего периода является также тенденция к планомерному преодолению диссолютивных процессов в психотерапии, обозначившихся в последние десятилетия.

## Глава 13

## СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ, МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОЧИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Современная психотерапия не имеет сколь-нибудь очерченных социально-философской и методологической баз (разумеется, извечная дилемма «идеализм — материализм» не может всерьёз приниматься как таковая); те же частные методики, которые базируются непосредственно на социально- или культурфилософских доктринах, или же методологических концептах, являются банальными дериватами этих доктрин — и в их поле деятельности они чаще всего и остаются, охватывая незначительный круг [подлежащих лечению / коррекции] нарушений и практически не интегрируясь с иными методами и методиками психотерапии.

Однако определённые влияния всё же прослеживаются, — речь, разумеется, идёт только о тех из них, которые либо были продекларированы, либо могут быть обнаружены без особых натяжек и допущений (потому что иначе в долгой и постоянно повторяющейся истории идей можно отыскать любые аналогии и примеры, особенно при грубых и поверхностных обобщениях). С другой стороны, выявление неких конгениальных черт приближает к решению весьма актуальных для психотерапии вопросов систематики, основанной на генуинном родстве, а не на психотехнической близости или организационно-декоративном сходстве.

Характерной — по отношению к психотерапии — чертой как социально-философских, так и общеметодологических влияний является опосредование через психологию; согласно этой распространённой, но ранее нигде не вербализованной схеме, заимствование проходит по следующему пути:

**социально-философская доктрина (учение) или методологическая система (концепция) → психологические теории и концепции [личности] → психотерапевтически-психологическая вариация.**

Основные — классические — методы психотерапии — такие, как суггестия в её разновидностях, рациональная и поведенческая психотерапии, да и, на первых порах, психоанализ, — не имеют выраженных черт методологической зависимости, социально- или этико-философской доктринальности, — хотя, конечно же, некоторые средовые заимствования, точнее общий их план, вполне очевидны. (В этом смысле классика психотерапии расположена — и довольно гармонично — между иногда встречающимися методологически стерильными психотехниками и прямыми дериватами каких-либо [этико-]философских доктрин.)

Итак, общий абрис этих влияний вполне уловим:

- отечественная «физиологическая» психотерапия, как наследница гипнологии и суггестологии, — картезианство;
- психоанализ — философия А. Schopenhauer'a, G.Th. Fechner'a и F. Nietzsche (так называемая «философия волюнтаризма»);
- поведенческая психотерапия — прагматизм, инкрустированный позитивизмом.

Выраженные же философские и методологические влияния испытали (а точнее, ими они и были инспирированы) в основном «синтетические» методы — психотерапия «новой волны» — а также методы неоклассические (правда, в последнем случае речь идёт лишь о методологическом патронате при наличии реальной клинико-психофеноменологической базы, да и вообще сохранении всех академических традиций).

Итак, основные генеалогические позиции-отношения, имеющие вполне определённое значение для понимания современной ситуации в [клинической] психотерапии, предстают в следующем виде:

- различные вариации экзистенциальной («гуманистической») психотерапии — экзистенциализм, апплицированный феноменологией; так, дазайн-анализ (L. Binswanger, M. Boss (1903(4) — 1990), R. May, R. Kuhn (род. в 1912) и другие) и логотерапия (V.E. Frankl) — философия М. Heidegger'a и E. Husserl'я (1859 — 1938);



- гештальт-терапия — феноменология;
- поздние не-фрейдистские модификации психоанализа (J.-M.-É. Lacan (1901 — 1981)) — структурализм;
- нейро-лингвистическое программирование — [нео]позитивизм В. Russell'a («логический анализ»);
- психоаналитически-ориентированная психотерапия — глубинная психология — «понимающая» психология, «философия жизни» W. Dilthey'я;
- психобиологическая терапия А. Meyer'a — философия прагматизма (Ch.S. Peirce (1839 — 1914), W. James (1842 — 1910), J. Dewey (1859 — 1952), G.St. Hall (1844 — 1924));
- этнотерапия (М. Hausner, Z. Kočová) — этнология<sup>139</sup>;
- симультанно-мнестическая психотерапия — клинко-дисциплинарно-эволюционный анализ — компетиционно-сентенционный архив-анализ практик.

Следует отметить, что тенденции экстенсивного развития психотерапии всегда обнаруживают обратные корреляции с тенденцией возрастания степени её методологической и социально-философской детерминации.

### *Концептуальный базис психотерапии*

Сфера концептуальных заимствований психотерапии *rebus dictantibus* весьма широка: это [пато]персонология, нейро-психология, нейрохимия, нейрофизиология, психиатрия, этология, психологии личности и отношений, клинко-дисциплинарно-эволюционный анализ, [медицинская] социология, этнография и прочее.

Каждый метод психотерапии — в процессе исторического становления и теоретического развития — формировал своё, *pro domo sua*, поле заимствований; отдельные методы выглядят, по сути, дериватами психологических теорий, методологических течений или социально-философских концепций, а иные — чистая эклектика, с возможностью точных указаний на истоки (см. рубрики «методолого-философские заимствования» главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия»).

В настоящей главе рассматривается тот — признаваемый в определённой мере «истинным» — концептуальный базис, который служит основой для построения аутодисциплинарно-

<sup>139</sup> Подразумевается совокупность — весьма разнородная — этнологических концепций и идей.

идентификационной (интрадисциплинарной) модели психотерапии; многие понятия и концепты сформированы уже в рамках собственно психотерапевтических исследований — для целей и задач психотерапии.

### *[Пато]персонология*

Представления о структуре личности — в норме и патологии — играют определяющую роль в большинстве методологических направлений психотерапии; в рамках многих методических вариантов предложены собственные — более или менее оригинальные — представления о структуре личности.

Как ни печально, но наиболее известна наивная *психоаналитическая теория личности* (практически общая для классического психоанализа и динамической психотерапии); серьёзное место представления о личности занимают в гештальт-терапии, экзистенциальной психотерапии и прочих (даже такой метод второго плана, как трансактный анализ, заявляет о существовании неких персонологических позиций) — см. рубрики «структура личности» главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия».

Пиковую декларацию ориентация психотерапевтических процессов на личность получила в так называемой «личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии» (Б.Д. Карвасарский [и соавторы], 1985 — 2000 [1 — 4]\*).

Тем не менее очевидно, что подавляющее большинство методов психотерапии являются «личностно-реконструктивными» — за исключением, быть может, только узко-тренинговых, классических поведенческих методик.

Перспективной является разработанная в рамках мнестологической парадигмы психотерапии и излагаемая несколько ниже *психометодологическая «функционалистская» теория личности*.

\* \* \*

Важнейшая, с точки зрения психотерапевтического процесса, характеристика личности — само[о]сознание, самость, отграничение «я» от «не-я», — и это разграничение имеет свои специфические механизмы.

Существующая система психологической защиты обеспечивает целостность личности, препятствует не критическому восприятию внешней информации. Для снижения ригидности этой системы и облегчения внедрения [внешней] информации в психическую сферу используются различные психотехнические приёмы.

Личность отграничивается от информационных воздействий рядом барьеров.

Как уже упоминалось, Г.К. Лозанов (род. в 1926) [5]\* говорит о существовании *критически-логического, интуитивно-аффективного и этического* антисуггестивных барьеров. Первый из них создаёт сознательное — критическое — мышление, — отвергая всё то, что не производит впечатления добронамеренности и логической выдержанности. Второй — неосознаваемый, базирующийся на чувствах и интуиции, — барьер препятствует интериоризации всего того, что не порождает доверия и чувства уверенности. Третий барьер, порождаемый морально-этическими императивами, делает невозможной реализацию внушений, которые в чём-либо противоречат этическим принципам индивида.

Психотерапия, в силу своей функциональной направленности, во многом ориентируется — как психотехники, так и диагностика и даже саногенез — на различного рода защитные, барьерные механизмы, — точнее, на их преодоление, — в связи с чем основное внимание уделяется [дефензивной] «оболочке» личности и способам её преодоления.

### *Нейропсихология*

Заимствования из области нейропсихологии носят экспериментально-психологический (однако подчёркнуто не-тестовый) характер.

Прежде всего это результаты исследований А.Р. Лурия и его школы в области клинической нейропсихологии [6 — 8]\*.

### *Нейрохимические исследования*

Результаты нейрохимических исследований — как лабораторных, так и клинических — служат пониманию нейро(био)-химических механизмов реализации психотерапии (или, в ином ракурсе, нейрохимических коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов).

(Кроме того, с помощью современных методов нейровизуализации возможно получить карту функционально-метаболической активности мозга — а также направлений и характера её изменений под различными [вербальными] влияниями.)

### *Нейрофизиология*

ЭЭГ-картирование и другие экспериментальные и клинические нейро(электро)физиологические методы позволяют провести исследование нейрофизиологических коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

### *Психиатрия*

Психотерапия заимствует массу практических психиатрических представлений; стоит отметить, что в рамках психиатрии были апробированы, модифицированы до неузнаваемости и лишены [однозначного] авторства множества обще-патологических, эволюционно-антропологических, генетических, персонологических, психологических и прочих данных.

В частности, определённое влияние на представления о патонозологических формах, входящих в компетенцию психотерапии, оказала *концепция [психической] предрасположенности* (С.Б. Семичов, 1982 [9]\*).

### *Этология*

Этология предоставляет важнейший клинико-диагностический аппарат [10; 11]\*, — служащий, в частности, для объективизации интрапсихических процессов, описания клинических психотерапевтических эффект-синдромов, исследований групповой динамики и прочего.

### *Психологии — личности, отношений*

На становление и развитие отечественной психотерапии последних десятилетий существенное влияние оказала *концепция патогенетической психотерапии*.

Основные положения этой концепции как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева (1893 — 1973) ещё в 30 — 40-х годах XX века. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой [12]\*.

Начало исследования личности как системы её отношений связано с именами В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского (1874 — 1917). В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В.Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины — и, в особенности, — к учению о неврозах и психотерапии.

Главная характеристика личности, по В.Н. Мясищеву (1960), — система её отношений, формирующихся в онтогенезе в определённых социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга [13]\*. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интен-

сивность эмоций, желания и потребности, — поэтому они и являются движущей силой личности.

Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями — психическими процессами, свойствами и состояниями — отношениям личности присущи следующие особенности:

- уровень активности;
- соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного;
- устойчивость или неустойчивость;
- широта или узость;
- рациональная или эмоциональная обусловленность и прочее.

Личность проявляется в разных областях, — и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве и так далее.

В структуре отношений особенно важным является отношение человека к самому себе. Значимость последнего обстоятельства определяется тем, что отношение к себе — один из компонентов самосознания (этих компонентов три: *самопонимание, самооценка, саморегуляция*). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает её целостность.

В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, они становятся типичными для личности — и в этом смысле превращаются в черты характера.

Тем не менее, признавая известную клиническую ценность концепции патогенетической психотерапии, нельзя не констатировать, что она является идеологически-ангажированной; кроме того, её вульгарная социально-психологическая детерминированность приводит к выраженному концептуальному диссонансу с большинством методов и методик психотерапии.

#### *Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ*

Понятия психотерапевтического и психологического, а также психиатрического дискурсов (составляющих «психический дискурс»), клиники психотерапии, пре- и дисциплинарной истории психотерапии, социо-культуральных и философски-методологических влияний, «истинных» суждений и ряд иных дисциплинарно-идентификационных концептов, а также общая методология анализа и построения дисциплины сформированы именно благодаря применению клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа [1; 2].

#### *[Медицинская] социология*

Ряд понятий — медико-социальной стигматизации, терапевтических сообществ, конфликтности, социальных технологий, социальной реабилитации и многих других, а также совокупность идентификационно-диагностических процедур в целом заимствованы из наработок медицинской социологии [3; 4].

#### *Этнография*

Общий план этнографических исследований позволил сформулировать представления об этно-культуральной дифференциации психотерапии (см. следующую — одноимённую — главу).

## Глава 14

**ЭТНО-КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПСИХОТЕРАПИИ<sup>140</sup>**

Зависимость психотерапии от этно-культуральных факторов наглядно иллюстрируется тем фактом, что существуют этно-культурные среды, где психотерапия как таковая отсутствует, — при том, что различного рода психотехники — инициальные, коррекционно-поведенческие, психологические, сакральные и многие другие — встроены в отправленные разнообразных социетальных практик.

Так, в обществах с выраженной религиозной рефлексией, плотным обрядовым насыщением, монотонным этническим [само]сознанием, повседневным социетальным патронажем само появление психотерапии как таковой серьёзно запаздывает.

Чем плотнее каждый из индивидов какой-либо социо-культуральной общности встроены в систему отправлений социетальных практик (конфессиональных, половозрастных, образовательных, властных и прочих), чем жёстче фиксировано его место (границы его статусно-ролевой мобильности) в пространстве реальных и дискурсивных (как повседневных, так и интерпретирующих) практик, — тем меньше шансов на возникновение полноценной, развитой, отграниченной дисциплины-психотерапии — и, следовательно, сети оказания профильной помощи.

<sup>140</sup> Вопросы дискурсивного ряда «психотерапия — вероисповедание» не обсуждаются ввиду их очевидного спекулятивно-конъюнктурного характера, так как психотерапевтические и религиозные практики несомненно относятся к совершенно разным [социетальным] типам, при действительном сходстве используемых психотехник. Внеконфессиональность психотерапии была продекларирована выше (см. «Что такое *ψυχο-θεραπεία*?»).

Напротив, чем выраженнее процессы и явления «отчуждения», чем бóльшая степень индивидуальной свободы предоставляется человеку, тем ближе само появление психотерапии — и тем тотальнее характер и формы её распространения.

На появление / отсутствие психотерапии заметно влияет и урбанизация: психотерапия — практика преимущественно городской медицины.

Психотерапия, как мы её знаем, — в общем и целом — европейское изобретение.

Иллюстрацией сказанного выше служит появление таких психотерапевтических вариаций, как дизайн-анализ, — и других видов «гуманистической», экзистенциальной психотерапии, имеющих, по существу, локальный, евроцентристский, урбанистский характер.

И ещё один пример: там, где повседневная возможность (ожидание) внезапной [вынужденной] смерти входит в интеллектуально-поведенческие матрицы и / или конституировано аксиологически, где допускается вероятность существования жизни после смерти, — вряд ли может появиться терминальная психотерапия.

Особое значение учёт этно-культуральных влияний приобретает при использовании психотерапии в общей системе [психического] лечения этнопсихопатологических синдромов.

\* \* \*

Психотерапия же как таковая в узком смысле — то есть как медико-ориентированная практика, сводящаяся к направленным, выдержанным в рамках официально-медицинских воззрений, научно-детерминированным и облачённым в приемлемые социальные реквизиты и легитимные организационные формы психотехническим воздействиям, — появляется благодаря ослаблению этнокультурных традиций и активизации секуляризационных процессов.

Ещё одно условие её возникновения — понимание психотерапии прежде всего как совокупности методов (или даже методик и психотехник), — неких рафинированных психологических воздействий, опирающихся прежде всего на эксплуатацию универсальных механизмов психической деятельности, — причём не суть важно, каких именно: интрапсихических (например, классический психоанализ), индивидуально-коллективных (подобных патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева), аксиологически-общечеловеческих (вроде клиент-центрированной психотерапии С.Р. Rogers'a) — и так далее.

\* \* \*

Ещё одна характерная этно-культуральная тенденция в психотерапии — хотя это скорее тенденция с приставкой «анти» — быстрая очистка психотехник от [этно-]культуральных элементов, что связано с идиосинкразией (хотя и сопряжённой с немалым интересом) европейской культуры XIX — XX веков ко всему не-европейскому.

С возрастанием выраженности универсализации культуры, потерей этно-культуральной специфичности, проникновением «массовой» культуры во все регионы и этнические общности, монотонности повседневной культурной жизни, — а также в силу сложившихся традиций международного общения и сотрудничества лиц, практикующих психологию-психотерапию, — последняя утрачивает даже те немногие черты этнокультуральной специфичности, которые ещё сохранялись.

\* \* \*

Одновременно наблюдается и противоположный — на первый взгляд несколько парадоксальный — процесс.

Известно, что в определённых ситуациях — как это имело место, например, в случае с такой даже, казалось бы, методологически интактной и довольно-таки быстро онаученной техникой, как гипнотизация, — этнокультуральные факторы в какой-то отдельный промежуток времени могут способствовать возбуждению и поддержанию интереса к психотерапии, — по крайней мере с её психотехнической стороны.

Сегодня привлечение в психотерапию этнокультуральных и этноконфессиональных элементов — простой и весьма заманчивый процесс, обладающий привлекательностью в силу своей очевидности, — поскольку указания на необходимость учёта культуральных социо-средовых особенностей не должны будто бы вызывать возражений.

Как отмечают Б.Д. Карвасарский и соавторы (2000) [1], в 90-х годах XX века в США получает распространение взгляд, согласно которому помимо трёх основных направлений — психоанализа, бихевиоризма и «гуманистической» психологии — как «четвёртая сила» в психологии должно рассматриваться *мультикультурное консультирование* («multicultural counseling») (P.V. Pedersen (род. в 1936) [1 — 5]\*). За последние де-

сятилетия учебные планы университетов США претерпели определённые изменения в связи с принятием *мультикультурного тренинга* как отдельной дисциплины; довольно объёмна и литература тематики «культура и терапия».

Говорится об оформлении отдельного направления в психотерапии — *транскультурной психотерапии*. Подчёркивается, что транскультурная психотерапия охватывает следующие вопросы:

- лечение пациента — представителя другой культуры (здесь довольно большое значение имеет проблематика миграции и эмиграции);
- лечение пациента, чьё страдание имеет «культуральные» причины (интернациональные браки и семьи, проблемы адаптации после эмиграции, общение с ближними — представителями другой культуры, транскультурное непонимание);
- особенности психотерапевтических отношений и самого процесса лечения, если пациент и психотерапевт относятся к разным культурам;
- принятие психотерапевтических приёмов и методик [из] других культур, — а также трудности, связанные с их применением (если не проведена культуральная модификация);
- транскультурные аспекты заболеваний (и относительность понятий, служащих для обозначения болезней);
- ответственность психотерапевта в растущем мультикультурном обществе (культуральные вопросы [само]идентификации отдельных людей, последствия миграции);
- развитие методик и подходов, эффективных в транскультурном обществе.

Однако если лёгкую этнокультурную аранжировку можно признать допустимой — хотя это, конечно же, целиком и полностью конъюнктурная, даже в плане научно-исследовательской программы, а также выгодная идеологически практика, — то введение вероисповедных, равно как и мистико-эзотерических, элементов в психотерапию должно быть, как указывалось выше, категорически пресечено.

Тем не менее, несмотря на сегодняшнюю атмосферу тотального и почти обязательного декларирования приверженности к транскультурности, следует констатировать, что почти каждая такая «транскультурная психотерапия» является на самом деле этнически коннотированной — это касается и дискутируемой в последние годы в качестве «базовой транскультуральной модели» психотерапии так называемой «позитивной» психотерапии N. и H. Peseschian'ов [6 — 8]\*, сформированной на эксплуатации специфических этно-культуральных, даже этно-национальных, элементов.

\* \* \*

Отмеченное выше относится и к такому, казалось бы, универсальному, культурально-интактному методу психотерапии, как психоанализ, — а о «транскультурном психоанализе», кстати, говорится уже довольно долгое время (в частности — G. Devereux [9]\*).

Проведённые мной исследования — я имею в виду уже упоминавшуюся «*Драматургию инцеста*» [2] — показали жёсткую евро-культуральную детерминированность психоанализа, в частности — влияние античной классики.

Обнаружилось, что между психоанализом и так называемой «аналитической» драмой [Σοφοκλῆς'а] существуют выраженные отношения наследования. При сравнении общего контекста последней и представлений психоанализа, его психотехнической манеры и повседневного воплощения улавливается их несомненная близость, чтобы не сказать — содержательная, техническая и антуражная идентичность.

Об истоках психоанализа — преимущественно его философских и психологических заимствованиях — написано немало; генеалогически-этимологическому анализу подвергнут практически каждый его постулат, концепт и даже психотехнический приём: *бессознательное* и *сознание*, *подавление* и *вытеснение*, *сопротивление* и *перенос*, «*психическая энергия*» и *либидо*, *сексуальность* и *цензура*, *толкование сновидений* и *свободные ассоциации*, а также многие другие (даже сам термин «психоанализ», как полагают, не принадлежит Freud'у).

Очевидно, что психоанализ ориентирован на *катарсис*; это *катартический метод*. Уже одно это сближает психоанализ и древнегреческое драматическое искусство.

По сути, он вырос, по утверждению самого Freud'а, из психокатартического метода J. Breuer'а.

Breuer использовал гипноз для лечения моносимптомов при истерии — расстройств движения, речи, зрения, памяти и прочих. Находящемуся в состоянии гипнотического сна пациенту предлагалось вспомнить о событиях, которые предположительно вызвали тот или иной симптом. Breuer исходил из того, что аффективно окрашенные впечатления, в силу каких-либо причин вытесненные из сознания, продолжают оказывать влияние на человека и могут патологически изменять его поведение. Какие-то мысли или импульсы оказыва-

ются неприемлемыми для индивида, и их «заместителями» становятся симптомы истерии.

Полагалось: чтобы добиться лечебного эффекта, требуется состояние гипнотического сна, в котором возможно освобождение от травмирующих эмоций путём «катарсиса», — если неприемлемым мыслям (либо импульсам) предоставляется возможность вновь проявиться в сознании, наступает облегчение и «заменявшие» их симптомы либо исчезают, либо становятся менее выраженными.

Этот феномен избавления от симптома при воспоминаниях о психотравмирующей ситуации в состоянии гипнотического сна Breuer и назвал древнегреческим словом-термином «*κάταρσις*».

Понятие «*κάταρσις*» означает «очищение» (от преступления или греха). Теория катарсиса введена Аристотелем Стагиритом в «*Поэтике*» [10]\* (подобно большей части систематических трактатов 'Αριστοτέλης'а дошедшей в конспективной форме, не предназначенной для публикации); толкование некоторых мест этого трактата затруднено — это относится и к учению о «катарсисе», «очищении». (Кстати, всевозможные практики «очищения» широко практиковались в греческой религиозной обрядности; хорошо знакомое грекам представление о «катарсисе» было перенесено из религиозно-медицинской сферы в эстетическую.)

В 6-й главе «*Поэтики*» 'Αριστοτέλης даёт определение трагедии — и, наряду с прочими её признаками, указывает на катарсис: «Трагедия есть воспроизведение действия серьёзного и законченного, имеющего определённую величину, [воспроизведение] услаждающей речью, различными её видами отдельно в различных частях, — воспроизведение действием, а не рассказом, производящее посредством сострадания и страха катарсис подобных аффектов». (О катарсисе в применении к воздействию музыки говорится и в трактате «*Политика*» [11]\*, но там 'Αριστοτέλης отсылает к «*Поэтике*», в которой обещает дать подробное разъяснение понятия. Однако этого разъяснения в «*Поэтике*», — по крайней мере в сохранившейся первой книге, — найти не удалось.)

Учение о катарсисе вызвало множество толкований, которые сводятся к двум основным планам: *нравственному* и *терапевтическому*.

Первое истолковывает понятие «катарсис» в нравственном смысле. Трагедия «очищает», то есть облагораживает, чувства. Так понимали Ἀριστοτέλης'a теоретики классицизма XVII — XVIII веков, а затем G.E. Lessing (1729 — 1781), G.W.F. Hegel (1770 — 1831) и другие. Спор между ними шёл лишь о том, в чём именно Ἀριστοτέλης должен был усматривать благотворное нравственное влияние страха и сострадания, вызываемых трагедией, — в чувстве ли примирения с судьбой, в создании ли должного равновесия между эгоистическим чувством страха и альтруистическим чувством сострадания или, быть может, в чём-нибудь ином. Комментаторы исходили при этом из собственных представлений об общем характере нравственного учения Ἀριστοτέλης'a: опоры для истолкования моральной функции катарсиса в том или ином смысле авторский текст не даёт. В «*Поэтике*» неоднократно говорится об удовольствии, которое создаётся благодаря возбуждению чувства страха и сострадания, — но нигде речь не идёт об их непосредственном нравственном влиянии.

Другое толкование, намеченное ещё в XVI веке и подробно развитое к 1857 году Яковом Бернайсом (Jacob Bernays) (1824 — 1881) в труде «*Grundzüge der verlorenen Abhandlung des Aristoteles über Wirkung der Tragödie*» [12]\*, ищет происхождение учения о катарсисе в медико-терапевтической сфере, — в частности в области религиозного врачевания. На эту мысль наталкивают рассуждения самого Ἀριστοτέλης'a в «*Политике*» — о катартическом значении музыки. Он указывает на приёмы, применявшиеся при лечении «энтузиастических» (кликушеских) состояний. Таких больных лечили и «очищали», исполняя перед ними «энтузиастические» мелодии, — которые вызывали повышение аффекта и последующее его «разрешение». «То же самое, — говорит Ἀριστοτέλης, — испытывают, конечно, люди жалостливые, боязливые и вообще подверженные аффектам, а также и все прочие, в той мере, в какой каждому эти аффекты свойственны». И следующее: «Аффекты, сильно проявляющиеся в психике некоторых лиц, свойственны всем людям, и разница только в степени интенсивности». К числу этих аффектов Ἀριστοτέλης относит сострадание и страх. Всем поэтому доступны «своего рода катарсис и облегчение, связанное с наслаждением»; кроме того, — «катартические мелодии доставляют людям безвредную радость».

С точки зрения медико-терапевтического толкования сущность катарсиса состоит в возбуждении аффектов с целью их разрядки. Облегчение, которое зритель при этом испытывает, вызывает чувство удовольствия, — и в этом специфика наслаждения, доставляемого трагедией (исследование применения термина «катарсис» у Ἀριστοτέλης'a и других античных теоретиков подтверждает правильность именно терапевтического истолкования).

Однако при всех толкованиях катарсиса несомненным остаётся одно: Ἀριστοτέλης считает действие трагедии на психику благотворным, и теория катарсиса является попыткой объяснить, в чём эта полезность состоит, — равно как в чём состоит сущность удовольствия, которое зритель испытывает от пьесы, возбуждающей в нём чувства сострадания и страха.

(Непосредственно на феномен катарсиса ориентирована также психодрама, предложенная J.L. Moreno [13]\*. Последняя ещё больше, нежели психоанализ, фиксирована на достижении катартического эффекта. Наиболее же интересным является то, что в психодраме полной мерой разворачивается натуральное драматическое действие; здесь пациент даже носит имя *протагониста*.)

Обратимся теперь к отличительным драматургическим особенностям и нововведениям Σοφοκλῆς'a, которые позволяют говорить о существовании отношений родства между психоанализом и аналитической драмой: с известным огрублением все они могут быть приложены к психоаналитическому методу Freud'a.

Σοφοκλῆς представил «*трагический анализ*» как особую драматургическую технику.

Также и психоаналитическая техника была относительно новой по отношению к повседневным психотерапевтическим практикам.

Ретроспективное [по]знание в драматургии Σοφοκλῆς'a помещено в центр сюжета — по крайней мере, в «*Царе Эдипе*» [14]\*.

Подобно этому, лечебный метод психоанализа состоит во всё более углубляющемся в прошлое дознании; выявление-осознание же трагически-инцестуозной сексуальной подоплёки [невроза] является основным терапевтическим фактором (катарсис, или отреагирование, абреакция).

*Специфическая аранжировка этого процесса познания-осознания у Софоклῆς'a характерна и для психоанализа; она воплощена в его логике и феноменологии: необыкновенно ярко выражены как символизм, так и сопротивление открывающимся фактам.*

Так же, как Эдип первоначально ищет причину моровой язвы, затем — убийцу прежнего царя, Лаия, — а после переходит к расследованию своего происхождения, в процессе анализа возникает масса символических фигур, событий и действий, — которые, на первый взгляд, не имеют между собой связей; процесс то и дело отклоняется в сторону — аналогично тому, как это было с подозрениями Эдипа в отношении причастности к обвинениям Тиресия своего шурина-дяди Креонта, который действительно мог претендовать на трон. Анализирование встречает выраженное сопротивление — такое же, как встретил Эдип со стороны лиц, понимавших — в силу своего участия в минувших событиях, — к чему приведёт начатое им дознание.

Итак, в процессе психоаналитической терапии пациент мучительно следует к истокам своего заболевания, и открывающиеся ему истины бывают, как правило, весьма нелицеприятны.

*Третий актёр Софоклῆς'a — это завершающее новшество, и оно не было оставлено без внимания Freud'ом.*

Именно Freud вводит в перипетии душевной жизни незримо присутствующего третьего; это почти всегда — родитель, на котором сфокусированы инфантильные — инцестные — влечения. (По сей день нет другой такой психотерапии — где в центре терапевтической сцены высились бы грандиозные фигуры прошлого.)

*Предпринятое Софоклῆς'ом уменьшение роли хора также имеет психоаналитические аналогии.*

Freud практически исключает влияние окружения (коллектива, группы), лишая его участия в судьбе индивида.

*И такие сценические новшества, как декорации, введение которых приписывается Софоклῆς'у, занимают важное место в обстановке психоаналитического приёма.*

[Классический] психоанализ создаёт облигатную атрибутику терапевтического действия — кушетка, размещение аналитика позади пациента, детально прописанная стилистика поведения и прочее.

*То же касается и ряда специальных приспособлений, в частности котурнов, — психоанализ весьма искусен в гиперболизации, а также в придании своим наблюдениям и наработкам исключительного, универсального статуса.*

Именно в рамках раннего психоанализа были предложены (C.G. Jung'ом) своеобразные «психические котурны» — комплексы, увеличивающие частные интрапсихические конфликты — главным образом сексуальные, а среди них преимущественно инцестные, — до неадекватных, гигантских размеров. Большинству из них очень быстро приписали свойства универсальности и обязательности.

Эти комплексы очень напоминают сценические образы античного театра: они представляют собой как бы окончательные, единожды данные фигуры, — каждая из которых выражена в свой цвет, играет определённую роль и даже обладает безошибочно узнаваемой речью, — занимающие строго отведённые им места.

*Тенденции к строжайшей драматической архитектонике, прописанные Софоклῆς'ом, нашли достойного продолжателя в лице Freud'a.*

Психоанализ — наиболее строгий (чтобы не сказать «косный») по форме (и длительный) вид психотерапии. Именно в психоанализе разработаны и неукоснительно поддерживались — по крайней мере, продолжительный период времени — строжайшая архитектоника, жёсткий протокол — как отдельных сеансов, так и всего аналитического процесса.

Напрашивается парадоксальный, но неизбежный вывод: психоанализ есть не что иное, как пропущенная через сознание невротической личности Freud'a, приложенная к психопатологической почве, выписанная в полном соответствии с нормативами позитивизма техника «аналитической» драмы.

\* \* \*

Из дискутируемых в последние десятилетия — с разной степенью интенсивности — образчиков культурально-детерминированных методик психотерапии можно назвать этно-, морита-, найкан-терапию и некоторые другие.

*Этнотерапия* (Z. Kočová, M. Hausner [15]\*) — метод групповой психо(социо)терапии, эксплуатирующий терапевтические эффекты явления групповой динамики в сопровождении этнологического декора и обнаруживающий явную связь с этнологическими идеями в целом.



*Морита-терапия* (Sh. Morita (1874 — 1938) [16 — 19]\*) представляет собой комплекс приёмов, во многом идентичных дзэн-буддизму, в современной поверхностной терапевтически-акцентированной обработке, направленных на купирование этнокультурально-детерминированных высокоспецифических расстройств в условиях японского общества.

*Найкан-терапия* (японское «найкан» — саморефлексия, самонаблюдение) — модифицированная медитативная практика, представленная как форма психотерапии (разработана I. Yoshimoto (1916 — 1988)); её цель — вызвать сознание вины и одновременно ощущение того, что человек может получить любовь и заботу, несмотря на своё несовершенство [20]\*.

Подобного рода практике этнокультурной аранжировки психотерапии можно противопоставить обратный процесс пурификации: например, аутогенная тренировка (медитация) J.H. Schultz'a, несмотря на то что её психотехника была фактически калькирована с древнеиндийских культур-философских систем (йога), является культурально-интактной.

\* \* \*

Такое понимание этно-культуральной дифференциации — а вернее, детерминации — психотерапии позволяет сформулировать представления о необходимости осознания специалистом целостного культурального контекста [терапии], — польза чего для выбора и проведения [психотерапевтического] лечения, в общем-то, очевидна, — однако в большей степени это касается внедрения или разработки новых методов психотерапии. При этом, разумеется, речь идёт не о создании каких-либо особых культур-диагностических или интерпретационных процедур — что лежит вне компетенции медицинской практики, — а только о навыках повседневного культурологического мышления и здравом смысле.

*Часть VI*

**ИНТРАДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
КОНЦЕПЦИЯ  
ПСИХОТЕРАПИИ**

В настоящей монографии, в отличие от *«Клиники сексологии»*, уже прямо излагаются основные позиции *интрадисциплинарной концепции* (разумеется, для психотерапии), сформулированной в соответствии с методологией клинко-дисциплинарно-эволюционного анализа.

Хочу подчеркнуть, что интрадисциплинарная концепция медицинской науки-дисциплины — образование отнюдь не искусственное, поскольку именно в рамках такой концепции декларируется принцип, согласно которому теория-концепция дисциплины должна быть выстроена, исходя из особенностей — во всём их разнообразии — данной науки-специальности: сферы её клинической компетенции, вспомогательных социетальных практик, истории-генеалогии, дискурсивных полей, протокольного языка и концептуального базиса, особенностей сопряжения диагностических и коррекционно-терапевтических процедур, подверженности этно-культуральным и прочим влияниям, форм реализации и тому подобного.

В качестве дополнительного, вспомогательного материала я привожу и кратко комментирую различные *дисциплинарные вариации психотерапии*, — главным образом те её специфические формы практической (а впрочем, и текстуальной, и теоретической) институционализации, которые на сегодня можно выявить в практике здравоохранения (включая такие её маргинальные области, как спортивная медицина и курортология). К ним примыкает некая *немедицинская психотерапия* — стремящаяся к клинической идентификации психология-психокоррекция, для которой пребенда психотерапии обладает особой социально-экономической привлекательностью. (Денотационные дефекты в последнем случае очевидны — какая бы то ни было *терапия* а priori просто не может не быть медицинской; различные, — жаждущие отправления на клинических контингентах, — психологические *chambres*

syndicales, trades unions, Gewerkschaften попросту настойчиво и агрессивно профанируют психотерапевтическую деятельность как таковую; к сожалению, после присвоения психологами прав на психодиагностику это выглядит почти что закономерным.)

## Глава 15

### ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ВАРИАЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Помимо наиболее общих форм организации психотерапевтической деятельности, включающих [профессиональную] ориентацию, теоретический базис, профиль подготовки / специализации и прочее — то есть *моделей* психотерапии, среди которых называют, напомним, *медицинскую, психологическую, социологическую, философскую*, — существуют ещё и формы *дисциплинарной идентификации* психотерапии — уже в пределах медицинской, в большинстве своём, практики.

Эти дисциплинарные вариации довольно аморфны, однако они весьма живучи — и не только в силу особенностей самой психотерапии как практики (деятельности, дисциплины), — но и вследствие укоренения в повседневности здравоохранения — главным образом сращения с различными врачебными специальностями.

Вспомним, что в качестве прародительницы психотерапии традиционно — и весьма упорно — называют психиатрию и, следовательно, указывают, что психотерапия — это часть, раздел, прикладная практика *психиатрии*, — что совершенно неправомерно, поскольку согласно свидетельствам истории (как было наглядно показано выше) психотерапия является древнейшей областью медицинских и социально-технологических знаний — и, безусловно, значительно старше психиатрии *per se*.

В такой же мере, например, к патронам психотерапии может быть отнесена и *клиническая неврология* — даже психоаналитический метод долгое время разбирался как ленная область невро[пато]логии, и в рамках патоневрологических же текстов (благодаря, в частности, самому S. Freud'у).

Можно утверждать, что психотерапия гораздо шире такой протодисциплинарной — по отношению к психиатрии, неврологии, сексологии, [медицинской] психологии и прочим — группы XIX века, как «душевные болезни» [1; 2].

В целом же клинико-дисциплинарными вариациями современной [отечественной] психотерапии являются:

1) физиологически-ориентированная *гипнология* (а точнее, *гипносуггестология*), в которой гипноз выступает как «метод-техника» и направлен на терапию всевозможных дистрессовых реакций, патологических состояний и нозологических форм;

2) *психотерапия-неврология*, чаще называемая «малой», или «пограничной», психиатрией;

3) *психотерапия-деонтология*, в основном выступающая в качестве второстепенного предмета преподавания в [высших] медицинских учебных заведениях;

4) *психотерапия-курортология*, персистирующая в сети санаторно-курортных учреждений;

5) *психотерапия-наркология*, которая в последние десятилетия выделилась в самостоятельную медицинскую специальность;

6) *психотерапия-сексология*, имеющая весьма размытую границу с той системной сексологией, которая одинаково близка также и урологии-андрологии, и клинической эндокринологии, и гинекологии-репродуктологии и другим [«смежным»] специальностям;

7) *психотерапия-психофизиология*;

8) *спортивная психотерапия*;

9) *психотерапия-психопрофилактика*, обслуживающая производство (промышленность) с экстремальными условиями труда.

10) *психотерапия-рефлексология*, фактически представляющая собой телесно-ориентированную психотерапию, которая сопровождает транскрибированные в европейский социетальный план и медицински аранжированные системы воздействия на биологически-активные точки (акупунктура, игнипунктура etc.).

Отдельно следует обозначить — *cum grano salis* — такой якобы вариант психотерапии, как *немедицинская психотерапия* (нечто сродни психокоррекции и психологическому консультированию).

Претензии психотерапевтов от психологии возрастают, и более чем странное — хотя, несомненно, осторожное — выражение «немедицинская психотерапия» [1]\* довольно быстро кануло в Лету: психологов теперь преспокойно обучают психотерапии [2]\* (а также «психотехнике» [3]\* — именно так, в единственном числе, — и ряду совсем уж невообразимых вещей; этим наукообразным *curiosités littéraires* несть числа).

## Глава 16

## ОСНОВНЫЕ ПОЗИЦИИ ИНТРАДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

Изложение основных положений интрадисциплинарной концепции психотерапии фактически представляет собой систематизацию её дефинитивных и денотационно-сущностных постулатов; к ним относятся следующие.

**I. Психотерапия является самостоятельной медико-ориентированной (клинической) дисциплиной, со своей нативной генеалогией, дисциплинарной историей, сферой патонозологической компетенции, диагностическим аппаратом и колоссальным терапевтическим арсеналом.**

### Комментарий:

*Декларируется независимость психотерапии и указываются её основные атрибутивные признаки как отдельной — и самостоятельной! — медицинской дисциплины.*

**II. В сферу дисциплинарной компетенции психотерапии входят: разработка и отправление теории и практики нативной клиники, психотехнического арсенала, теории [денотата] [здоровой / патологической] психики, теории личности и аутодисциплинарно-идентификационной теории.**

### Комментарий:

*Как каждая самодостаточная дисциплина, психотерапия способна формировать основные концептуальные уровни, то есть клинику, изначально ей положенную, методы, методики и психотехники, денотировать понятие психической болезни / здоровья, создавать собственную теорию личности, исходя из собственных*

*же наблюдений, а также следить за разработкой (появлением) и воспроизведением аутодисциплинарно-идентификационных конструкторов (последнее означает возможность метатеоретической рефлексии).*

**III. Предмет психотерапии имеет сложнокомпонентную структуру: «нормальная» психотерапевтическая феноменология (прежде всего ассоциированные с методами-методиками психотерапии саногенные феномены), клинические психотерапевтические эффект-синдромы с коррелят-механизмами (коррелят-паттернами) и психотехнические пути их достижения (*общая психотерапия*), пато-нозологические формы и вообще патология психической сферы (и поведения), подлежащие преимущественно психотерапевтическому лечению и квалифицируемые в категориях специфического психотерапевтического диагноза (*клиническая психотерапия*), вторичные нозосиндромальные психопатологические формы при не-психических заболеваниях, требующие психотерапевтической курации (*психотерапия в клинике*), и ряд специальных и социальных приложений (*специальная и социальная психотерапии*).**

### Комментарий:

*Утверждается структурная организация дисциплины-психотерапии; она включает традиционные «общую» и «клиническую» части, а также характерную и для некоторых других психо(нейро)наук часть «социальную», однако содержит и некие специфические разделы: «психотерапия в клинике» и «специальная психотерапия».*

**IV. Психотерапия неразрывно связана с [пато]персонологией, психиатрией, психоневрологией и [медицинской] психологией, а также с психофизиологией и психофармакологией.**

### Комментарий:

*При существующей диссоциации организационных форм оказания психотерапевтической помощи (на фоне относительного единообразия порядка и институций помощи психиатрической) и, главным образом, неопределённости в организационно-дисциплинарной курации не-психических психопатологических расстройств, теснейшая связь психотерапии с патоперсонологией, психиатрией, [психо]неврологией, клинической психологией, психофизиологией, а также психофармакологией не только очевидна, но и [вынужденно] необходима.*

**V. Теория личности рассматривается с позиций мнестологической парадигмы психотерапии — и, таким образом, носит хроно-мнестический характер.**

**Комментарий:**

1) пребывающая во времени, личность представляет собой вариативную динамику мнестических процессов и определяемых ими модусов реагирования (внешних паттернов и внутреннего переживания);

2) личность не является и не может являться структурой (иерархически ли, топологически ли организованной), поскольку представляет собой функцию;

3) персональное время оказывает неуклонно возрастающее идентифицирующее влияние;

4) для личности характерно многообразие видов соматической памяти и [опыта] памяти об осознании.

**VI. Диагностика в психотерапии, базирующаяся, в частности, на представлениях о «нормальной» психотерапевтической феноменологии и клинических психотерапевтических эффект-синдромах, отличается выраженной спецификой и требует формулировки специального психотерапевтического диагноза.**

**Комментарий:**

Специфический полидимENSIONАЛЬНЫЙ [психо]диагностический аппарат, позволяющий построить (сформулировать) специфически психотерапевтический диагноз, с его логикой-методологией, семиотикой и феноменологией, структурой, сопряжённостью и прогностикой, — не только важнейший атрибутивный признак дисциплины, но и неременное условие адекватной и успешной реализации терапевтических технологий.

**VII. Клинико-дисциплинарно-эволюционный анализ психотерапии позволяет разработать — в рамках её интрадисциплинарной концепции — специфический, базирующийся на клинической [психо]феноменологии, сано(пато)генетических механизмах и принципах пато-нозологической конгруэнтности метод психотерапии — симультанно-мнестическую психотерапию (психометодологию).**

**Комментарий:**

Показано, что психотерапия — как дисциплина — достигла того уровня развития, при котором она способна к формированию

своего терапевтического арсенала, причём не только и не столько [в направлении] интегративных, эклектических и комбинаторных тенденций, и практики адаптации-модификации, но и путём разработки принципиально новых методов в неразрывной связи с собственными клинической теорией и диагностической практикой.

**VIII. Психотерапия должна стать дискурсивно-гомогенной; использование аргументированного, стилистически корректного, общепринятого профессионального дискурса является базисным требованием аутодисциплинарной идентификации, условием нормального функционирования и развития протокольного языка, клинической результативности и терапевтической эффективности дисциплины-специальности в целом.**

**Комментарий:**

Одна из базовых проблем современной психотерапии — дискурсивная разногласица; она столь выражена, что представители различных психотерапевтических парадигм попросту не понимают друг друга. И дело не только в том, что *verschiedenen Zeitaltern wird eine verschiedene Begeisterung zu Theil*. Нет и не может быть каких-либо новых, созданных вновь психотехник, — во всяком случае, из тех, что могут получить *naturwissenschaftliche Behandlung*. Всё уже давно проявлено в картине психоического мира. Следует акцентировать, что преодоление этой всевозрастающей тенденции к стилистической полифонии — один из первоочередных и важнейших шагов на пути к аутодисциплинарной идентификации психотерапии.

**IX. Научные исследования в области психотерапии, равно как и отправление её клинической, а также социетальной, практик, должны проводиться с учётом особенностей психоического дискурса, в пространстве которого расположена психотерапия.**

**Комментарий:**

Обозначена необходимость учёта дискурсивно-генеалогических элементов для выявления не [вполне] соответствующих специфике психотерапии дискурсивных стилей — с целью последующей их элиминации, что будет способствовать очистке и повышению однородности, даже своеобразной эргономичности, тезауруса и протокольного языка психотерапии.

**Х. Психотерапия облигатно независима идеологически, равно как и внеконфессиональна. В случае интеграции в психотерапию фрагментов каких-либо духовных традиций и практик их следует сано(пато)генетически обосновывать и клинически люстрировать от любых религиозных или эзотерических черт, с соответствующей семантической, антуражной и перцептивной транскрипцией.**

**Комментарий:**

*Имеется в виду императивный запрет на любого рода конфессиональные потуги, поскольку они представляют собой один из важнейших путей появления психических эпидемий и тоталитарных сект; психотерапия — *ad vitam aeternam* — идеологически и вероисповедно интактна.*

**XI. Психотерапия защищает права на клиничко-медицинское использование разработанных методик, и особенно психотехник, ограничивая их распространение и информацию о них.**

**Комментарий:**

*Подразумевается необходимость пресечения пагубного процесса бесконтрольного отщепления психотехник, прежде всего обладающих пороговым уровнем суггестирующей способности, но также — имеющих высокий индекс гедонизма.*



*Часть VII*

**ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИКУ  
[ИНТРАДИСЦИПЛИНАРНОЙ  
КОНЦЕПЦИИ]  
ПСИХОТЕРАПИИ**

Фактически в этой части я продолжу рассмотрение интрадисциплинарной концепции психотерапии — но теперь уже с учётом её клиничко-практических аспектов.

*Клиника психотерапии*, в отличие от *клиники сексологии* (или «клиники расстройств нормальной сексуальности»), не имеет своего названия — и в этом отчётливо заметна стигма «вторичности», «вспомогательности», довлеющая над психотерапией.

Первое, чего надлежит коснуться в настоящей части, — это обоснование [сферы] *пато-нозологической компетенции* (respective клиники) психотерапии: что есть психотерапевтическая клиника? Хотя ответ на этот вопрос является вроде бы очевидным — психотерапевтическая клиника есть клиника психогений, — он далеко не так прост, поскольку подводит к *petra scandalī* (и, надо сказать, *lapis offēnsiōnis* также) психоических клиник вообще, каковы бы они ни были: к вопросу о роли психогений, вечной Бурдановой дилемме «психогенное / органическое», куда не так уж давно введена была третья составляющая: *эндогенность* (это, впрочем, почти ничего изменило, разве что теперь мы мыслим в континууме «психогенное / эндогенное-либо-органическое»).

Следующей позицией идёт наиважнейшая для психотерапии проблема *психотерапевтической феноменологии*, — как «нормальной», так и клинической (*клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы*, а также коррелят-паттерны), о чём уже упоминалось, когда речь шла об эксперименте. (Несомненно, она должна быть подана в неразрывной связи с клиничко-психопатологической феноменологией — и, *memento servitudinem*, с феноменологией психо[физио]логической как таковой — они суть явления одного, психоического, поля, даже скорее континуума.)

Далее следуют вопросы *пато-нозологической конгруэнтности и критериев выбора методов и методик психотерапии*.

Здесь я сталкиваюсь со сложной задачей, поскольку, исходя из вполне понятных мотивов, я должен был бы прежде всего позаботиться об экспансии разработанного мною (под общим руководством Б.В. Михайлова) метода психотерапии (психометодологии). Однако сама идея — а точнее, факт — [существования] различных саногенных феноменов и связанных с ними клинических эффект-синдромов (каждый из которых конгруэнтен патологическому состоянию / нозологической форме) однозначно указывает на необходимость, обязательность, правомерность существования различных путей (читай: техник) их достижения — что и оправдывает существование разнообразных методов / методик / психотехник (тем не менее все они, как будет показано в следующей, последней, части, природно покрываются мнестологической парадигмой).

За этим следует обсуждение понятия «фармакологического фона» [для проведения психотерапии]. Показано, что названный фон может быть как терапевтическим (то есть получаемым в результате применения традиционных психофармако-терапевтических схем или иных медикаментозных средств, имеющих побочные психо- / нейротропные эффекты), так и специальным (экспериментальным) — целенаправленно созданным для целей психотерапии. (На практике, как обычно, речь идёт о разумном компромиссе: психотропные препараты должны назначаться с учётом запланированных психотерапевтических воздействий.)

Только после обсуждения всех этих вопросов можно приступить к рассмотрению логики и семиотики диагноза в психотерапии, поскольку постановка психотерапевтического диагноза подразумевает и ориентацию на «нормальную» и клиническую психотерапевтические феноменологии, и следование принципам пато-нозологической конгруэнтности, и учёт фармакологического фона. Здесь излагаются также общая [психо]диагностика и специфические для психотерапии диагностические приёмы.

Наконец, я привожу результаты применения психотерапии в психиатрической клинике<sup>141</sup> — и это касается как организации психотерапевтического процесса в целом (повсед-

<sup>141</sup> Ограниченный объём монографии не позволяет привести здесь результаты многолетнего применения психотерапии в отношении иных контингентов, описанных в соответствующей главе, поэтому я подаю только те, наиболее клинически интересные и практически важные, данные, которые не имеют аналогов в литературе.

невные формы психотерапевтической курации, выбор методов и методик, сопряжение с различными стилями психиатрической курации и прочее), так и конкретных техник психотерапии психозов (речь идёт различных методах традиционных уже парадигм, поскольку о симультанно-мнестической психотерапии шизофрении я говорю отдельно, в посвящённой психометодологии главе следующей части). Что касается специального применения психотерапии — имеется в виду *психотерапия в дефектологии* — то здесь прежде всего я излагаю свой более чем десятилетний опыт работы в области психотерапии и психокоррекции, а также сопровождения общего психического (и психосексуального) развития слепых (и слабовидящих)<sup>142</sup>.

<sup>142</sup> Я работаю, в основном, в той области дефектологии, которую можно определить как «тифлодефектология», то есть *дефектология слепых*. Это наиболее яркий класс повреждений анализаторов, [одновременно] сопряжённый с абсолютной доступностью пациентов для общения и терапии / коррекции (чего нельзя сказать, например, о так называемой «сурдодефектологии») и обычно высоким уровнем их интеллекта (что выгодно отличает этих лиц от контингентов «олигофренодефектологии»: пациентов психоневрологических интернатов — «домов психохроников» и части обитателей геронтологических учреждений — «домов престарелых»).

## Глава 17

## ОБОСНОВАНИЕ [СФЕРЫ] ПАТО-НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ (КЛИНИКИ) ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия, как каждая [клиническая] медицинская дисциплина (практика), имеет свою клинику, под которой понимается *сфера её пато-нозологической компетенции*.

Историческая клиника психотерапии формировалась в тех многообразных плоскостях, которые были сопряжены с необходимостью применения «психического лечения», во всём многообразии его понятийно-смысловых и практических оттенков. Однако с позиций современного, сегодняшнего, членения [сфер компетенции] клинической практики клиника психотерапии выглядит всего лишь пересечением клиник ряда иных медицинских дисциплин — психиатрии, неврологии, соматической медицины и прочих.

С другой стороны — и это уже не более чем вторичный процесс, производное, — происхождение психотерапии можно видеть в экспансии психиатрических, а также [экспериментальных] психологических, методов в [иные] сферы практической медицины, даже в медицину популяционную (распространение на здоровое население, якобы страдающее от «стресса», различных методов его «снятия»).

По сути же, клиника психотерапии включает пато-нозологические формы, в отношении которых психотерапия является основным (или даже единственным) методом лечения, — то есть заболевания, которые, в силу тех или иных причин — этиопатогенетических, клинико-прогностических, организационных и прочих — курирует практически исключительно психотерапевт.

В их число попадают *кризисные состояния, невротические и соматоформные расстройства, психосоматические заболевания, ряд поведенческих синдромов* (которые в ICD-10 рассматриваются как связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами), *расстройства [зрелой] личности и поведения*, а также разные формы *химической зависимости*. (Клиника детской психотерапии отличается выраженной спецификой и включает более широкий и более диффузный спектр пато-нозо-синдромальных форм.)

Результаты настоящего исследования позволили провести обоснование [сферы] пато-нозологической компетенции (клиники) психотерапии — как на основании её складывающейся столетиями практики — практики медицинской, клинической, так и на основе собственных наблюдений (психотерапевтическая практика, опыт работы в психиатрических клиниках-учреждениях, дефектологические — медико-педагогические — студии, сексологический приём, исследования в области медицинской социологии и многое другое).

В число пато-нозологических форм, подлежащих, за небольшим исключением, курации преимущественно (а порой и исключительно) психотерапевтическими методами, вошли следующие:

- реакции дезадаптации;
- соматоформные и невротические расстройства;
- психосоматические заболевания;
- поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями (прежде всего, это сексуальные расстройства и расстройства сна);
- специфические расстройства личности (психопатии);
- различные формы химической зависимости;
- наконец, [реактивные] психозы.

В качестве основного этиологического (этиопатогенетического) фактора в возникновении названных групп пато-нозо-синдромальных форм (за исключением, пожалуй, психопатий — в этом случае речь идёт о психогенной декомпенсации) рассматривается *психогения*.

**Под психогенией понимается комплекс факторов, патогенное воздействие которых опосредовано через психическую сферу.**

Однако, прежде чем перейти к рассмотрению эффектов психогений, попробуем на мгновение остановиться на проблеме эволюции самого понятия «психогения», вернее его денотата (содержания). Этот вопрос особенно важен потому, что социо-психические реакции — те, которые мы расцениваем, толкуем, квалифицируем как *клинико-психопатологические проявления*, — напрямую зависят от сути этого в общем-то аморфного концепта / феномена.

Что есть психотравма и, следовательно, в какой ответ она выльется в каждом из веков европейской истории после Сотера? Психотравматична ли *παεδικατία* для древнегреческого эфеба? Что есть психотравма для средневекового виллана? Что есть отклоняющееся — и влекущее за собой психогенно-значимые санкции — поведение в X веке? Какая психогения летальна для катара XI столетия? Как ощущает себя обвинённая в колдовстве в веке XVI?

Наша нормология — и особенно её социо-психическая составляющая — страдает весьма существенным недостатком: она не имеет под собой сколь-нибудь постоянных оснований.

Целесообразно — и логически закономерно — обратиться к систематике психогений. Основываясь на данных [узко]специальной литературы и результатах проведённых исследований, устанавливаем, что по степени выраженности и характеру ответа эффекты психогений могут быть распределены следующим образом.

**1-й уровень** — *эффлекторно-адаптивный* — внеболезненный или же доболезненный, — когда либо степень выраженности, либо содержание переживаний инконгруэнтны какой-либо болезненной форме — клинически-значимым (и критериализуемым) расстройствам<sup>143</sup>.

**2-й уровень** — *невротический*, или *соматоформный* — это системно-органные неврозы. Здесь психогения по характеристикам и по степени субъективной значимости находится в рамках социального уровня отношений [данной] личности. В такой ситуации ответ реализуется в границах невротического и соматоформного регистров симптоматики. В последнем случае — это классические формы органических неврозов или «функциональных синдромов» (по Th. Uexküll [1, 2]\*).

В рамках органических неврозов представлены псевдосоматические — психопатологические — расстройства, формирующиеся без участия реальной соматической патологии; в их пределах, как правило, реа-

<sup>143</sup> Это «реакции дезадаптации», по Ю.А. Александровскому (1976) [1] и С.Б. Семичову (1982) [2].

лизуется коморбидность соматоформных и тревожно-фобических расстройств. Выделяют кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазию (кардиоспазм), синдром «раздражённого» желудка, «раздражённой» (или «возбудимой») толстой кишки, «раздражённого» мочевого пузыря и прочие.

К наиболее благоприятным вариантам относятся *органные неврозы с кардиореспираторными функциональными нарушениями* (кардионевроз, синдром d'Acost'ы, гипервентиляционный синдром и некоторые другие). Проявления кардионевроза, по данным различных авторов, регистрируются у каждого десятого пациента, обращающегося за консультацией к кардиологу (кардионевротические расстройства служат основной причиной гипердиагностики заболеваний сердца в общесоматической практике). Клиническая картина кардионевроза определяется транзиторными функциональными кардиореспираторными нарушениями, проявляющимися кардиалгиями, изменениями ритма сердечных сокращений (синусовая тахикардия, экстрасистолии, ощущение усиленного сердцебиения) и дыхательных движений (учащённое, аритмичное и / или углублённое дыхание, нередко сопровождающееся ощущением удушья или неполноты вдоха).

*Органные неврозы с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта* — синдром «раздражённого» желудка, «раздражённой» толстой кишки, — наблюдаются, по данным эпидемиологических исследований, у 13 — 52 % (!) больных, приходящих на гастроэнтерологический приём. К функциональным нарушениям со стороны желудка относятся изжога, алгии и ощущение распирания и / или перенаполнения, тошнота, рвота, отрыжка.

*Органные неврозы с функциональными нарушениями мочеполовой системы* выявляются примерно в 15 % всех случаев постановки диагноза «цистит». Клиническая картина невроза мочевого пузыря (синдром «раздражённого» мочевого пузыря) определяется цисталгиями и функциональными нарушениями опорожнения мочевого пузыря — частыми позывами на мочеиспускание с небольшим объёмом выделяемой мочи.

**3-й уровень** — *психосоматический*; тут уже психогения захватывает биологический уровень функционирования индивида (то есть выходит за рамки психологической значимости).

На данном уровне психогения может быть реализована по двум направлениям — реактивные психозы<sup>144</sup> и психосоматозы (классические формы последних: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, нейродермиты).

<sup>144</sup> Реактивные психозы, так же как эндогенные, давно курируются в рамках «большой» психиатрии.

**4-й уровень** — *эндормный*, — когда вследствие воздействия психогении («разрешающий» фактор) происходит развитие («разрешение») эндогенных психозов.

**5-й уровень** — *летальный* — внезапные смерти без установленной причины (согласно патологоанатомическим данным, в весомом проценте случаев скоропостижных смертей при аутопсии не обнаруживается патоморфологических изменений, несовместимых с жизнью [3]).

Таким образом, клиника психотерапии, имеющая древнюю [социетальную] историю, постепенно теряла свою идентичность, или, скорее, дивергировала, и из обширного круга расстройств психики и поведения, требующих «психического лечения», отсепарировались [«большая»] психиатрия и, в гораздо меньшей степени, частично, неврология. Те же расстройства, которые со времён W. Cullen'a [3]\*, а позднее и U. Trélat [4]\* понимались как «неврозы», сохранились в компетенции психотерапии (однако, что важно, в условиях диссоциации организационных форм оказания помощи). Ещё одна когорта расстройств — психосоматозы и, разумеется, соматоформные расстройства — перманентно курсирует между соматической медициной и психотерапией-неврологией.

Необходимо констатировать, что клиника психотерапии требует детальных лонгитудинальных, методологически — в рамках интрадисциплинарной концепции психотерапии — выдержанных пато-нозологических исследований, в том числе с целью разработки превенций для тех психогенных, по сути, состояний, которые не подлежат (в настоящее время) психотерапевтической курации, — как в связи с недостаточным осознанием роли психогений, так и в силу низкой валентности существующих методов психотерапии.

## Глава 18

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ. КЛИНИЧЕСКИЕ [ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ] ЭФФЕКТ-СИНДРОМЫ И ИХ КОРРЕЛЯТ-МЕХАНИЗМЫ

Критический анализ современного положения психотерапии показывает, что лечебное, саногенное, реабилитирующее, реконструктивное и прочие её воздействия даже в рамках клинической медицины представляются не-материальными, неосязаемыми; это хорошо заметно и при обращении к дисциплинарной, а особенно предисциплинарной, истории психотерапии.

С этим связаны как исключительное — отстранённое, и в то же время диффузное, — положение психотерапии в системе клинических медицинских дисциплин («специальность, но не дисциплина»), так и неправомерные представления о некоей «эфемерности» психотерапии, якобы лишённой серьёзной анатомо-физиологической базы.

Эта практика стигматизации психотерапии насильственно приближает её к [медицинской] психологии; подобная профанирующая идентификация потенцируема последней, стремящейся к экспансии в медицинские сферы.

Однако именно в этом пункте и происходит истинное разведение психотерапии и клинической психологии как основной дисциплины и вспомогательной практики: психотерапия постепенно нарабатывает поле представлений о механизмах реализации, апеллируя к лежащим в сфере профессионально-медицинской компетенции представлениям о нейробиологических, нейрофизиологических и нейрохимических композициях психики в норме и патологии, психосоматических взаимоотношениях и обменных процессах.

Клиническая практика психотерапии — в части применения психотерапевтических методов — базируется на фундаментальных физиолого-клинических феноменах (благодаря обнаружению которых в своё время и появились первые психотерапевтические техники).

Их существование и позволяет, собственно, одному человеку (психотерапевту) осуществлять воздействие на другого (пациента), преодолевая защитный личностный барьер и реализуя информационные, корригирующие, активирующие и прочие влияния.

Большинство явлений, спорадически описываемых в рамках [«нормальной» и клинической] феноменологии психотерапии, — а её, на мой взгляд, правильнее называть *психотерапевтической феноменологией*, — имеют умозрительный характер; ассоциированные с различными, подчас взаимоисключающими, дискурсивными стилями психотерапии (что, собственно, является следствием их возникновения в категориальных аппаратах разных методов и методик), они нагружены психоаналитическими, экспериментально-психологическими, антропо-культурными, этологическими, глубинно-психологическими, эколого-экономическими и прочими оттенками; иногда это вовсе аллегория, культуральные заимствования или даже, как я уже не раз отмечал, жёсткие эпонимы (вновь-таки, как и техники, в рамках которых эти феномены были «открыты», а точнее, обоснованы).

В этом — и особенно в *эпонимичности* — отчётливо заметно влияние, и даже своеобразный патронат, психиатрии, с её уточняющей, оттеночно-смысловой эпонимикой — ведь в иных дисциплинах эпонимы всего лишь констатируют [установленное] авторство [описания] (однако, если в психиатрии эпонимы отражают диагностически-систематизационные процессы, то в психотерапии — лишь конъюнктурно-декларационные).

Психотерапевтической феноменологии (как и терапевтическим техникам) свойственна также *синонимичность* — и в этом вновь видны черты родства с психиатрией; практически тождественные понятия, несущие почти что неуловимые различия в смысловой нагрузке, дополняют и уточняют друг друга.

Ещё одна характерная черта психотерапевтической феноменологии — разное *денотационное наполнение* одного и того же понятия / термина в различных психотерапевтических школах, течениях, направлениях (это можно проследить на примере понятий *инсайт*, *осознание*, *сопротивление* — рубриках «феноменология» и «понятия и концепты» главы «Классика психотера-

пии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия»); иногда же психотерапевтические понятия становятся омонимами.

Наконец, большинство психотерапевтических феноменов имеет важное *диагностическое* значение, облегчая постановку *психотерапевтического диагноза*.

Последнее положение является частным случаем более общей закономерности, согласно которой психотерапевтические феномены, как правило, несут разную функциональную нагрузку (хотя чаще они полифункциональны), — и она может существенно различаться в зависимости от ряда факторов (профессионально-методической ориентации психотерапевта, определяющей характер эксплуатации того или иного феномена, этапа психотерапевтического процесса и прочего).

### 18.1. [«Нормальная»] психотерапевтическая феноменология (клиническая психофеноменология)

Прежде всего следует отметить, что *психотерапевтические феномены* надлежит дифференцировать с *психотерапевтическими концептами*; тогда как первые представляют собой реально существующие, объективные физиолого-клинические явления, вторые — это всего лишь выработанные в рамках различных методов понятия, подчас весьма условные. Между **феноменом** («чистые» феномены, например, это *внушаемость*, *гипнабельность*) и **концептом** (рафинированные концепты — *аутентичность*, *прегнантность*) может лежать ряд промежуточных форм, в частности, **феномен-концепт** или **концепт-феномен** (от феномена *научения* к концепту *научения*; от концепта *переноса* к феномену *переноса*). Для разведения феноменов и концептов при анализе методов и методик психотерапии они, по возможности, описывались отдельно под рубриками «феноменология» и «понятия и концепты».

В целом психотерапевтические феномены могут быть условно разделены на следующие классы.

#### I. Феномены [«со стороны»] пациента.

1. Инструментальные.
2. Саногенные.
3. Дефензивные.
4. Смешанные.
5. Интеркуррентные.
6. Вспомогательные (ворóтные, ориентационные, диагностические).
7. Артефакты.

II. Феномены [«со стороны»] психотерапевта».

III. Трансперсональные феномены.

IV. Групповые феномены.

V. Конформные (индукционные) феномены.

Далее эти классы рассмотрены подробно; результаты же систематизации «нормальной» психотерапевтической феноменологии приведены в таблице 9.

**I. Феномены [«со стороны»] пациента.** Феномены первого класса имеют, как правило, парный характер: гипнабельность / гипноз, внушаемость / внушение, убеждаемость / убеждение и так далее.

Основным *инструментальным феноменом* является *гипнабельность*.

Под *гипнабельностью (гипноз)* понимают индивидуальную способность подвергаться гипнотическому воздействию и достигать состояния *гипноза*. Последний представляет собой временное состояние сознания, характеризующееся сужением объёма, что связано с изменением функций индивидуального контроля и самосознания (Б.Д. Карвасарский [1]). Состояние гипноза может наступать как в результате специальных воздействий [гипнотизёра], так и вследствие целенаправленного *самовнушения*.

Степень гипнабельности пациента имеет значение для определения показаний к различным видам внушения.

Гипнабельность зависит от психофизиологических параметров (в частности, [феномена] *внушаемости*) и особенностей личности пациента, а также выраженности его «магического настроения». Реализация гипнабельности определяется, кроме того, обстановкой, в которой протекает сеанс гипнотерапии, опытом психотерапевта, его авторитетом и уровнем владения техникой гипнотизации.

Ещё один психотерапевтический феномен[концепт], который можно отнести к инструментальным, — *подкрепление*. Термином «подкрепление» в контексте учения о высшей нервной деятельности обозначается сочетание безусловного раздражителя, вызывающего биологически значимую реакцию, с предваряющим её индифферентным стимулом, что приводит к формированию классического условного рефлекса; в

Таблица 9  
[«Нормальная»] психотерапевтическая феноменология

Психотерапевтические феномены		Феномены	Феномен-концепты	Концепт-феномены	Концепты	
		повышение степени концептуализации в континууме «феномен — концепт»				
Феномены [«со стороны»] пациента»	первый класс	Инструментальные	гипнабельность внушаемость убеждаемость	подкрепление	оперантное подкрепление	
		Саногенные	вспоминание гипнотический транс забывание катарсис научение подкрепление суггестия самовнушение убеждение эйдзизм гипноз акцепция	научение инсайт гештальт-инсайт осознание катарсис гипнотическая абреакция аутогенная вербализация эксплорация	научение скрипт-инсайт групповая динамика аутогенное отреагирование	научение аутентичность инсайт аутогенная нейтрализация самоочищение интроспекция кларификация
		Дефензивные	забывание блокирование инверсия	механизмы психологической защиты		сопротивление
		Смешанные			опыт	прегнантность
		Интеркуррентные		перенос		
	Вспомогательные	воротные	гипнабельность внушаемость эмоциональный стресс трансовые феномены	аутогенное погружение		
		ориентационные			сопротивление	
		диагностические	гипнабельность внушаемость убеждаемость рефлексивность			
	Артефакты					
	Феномены [«со стороны»] психотерапевта»		интуиция	синхронизация	контрперенос	эмпатия
второй класс						
Трансперсональные феномены		[передача] раппорт(а)		перенос / контрперенос		
третий класс						
Групповые феномены		групповая динамика		архетип(ы)	коллективное бессознательное	
четвёртый класс						
Конформные (индукционные) феномены		эмоциональное заражение индукция	подражание	референтность		
пятый класс						



качестве подкрепляющего расценивают любой стимул, повышающий вероятность [возникновения] определённой реакции или формы поведения. (В скиннеровской схеме стимулы носят не индифферентный, но положительный или отрицательный характер («закон эффекта»); стимул приобретает функциональные свойства подкрепления, увеличивающего силу реакции. Здесь речь идёт уже об *оперантном подкреплении*; это — концепт-феномен.)

Основными *саногенными феноменами* данного класса, имеющими как вековое эмпирическое подтверждение, так и реальное нейробиологическое основание, являются *внушаемость* и *убеждаемость*.

*Внушаемость* (*внушение*) представляет собой свойство (а иногда и склонность) поддаваться *внушению*, то есть воспринимать информацию — в частности, оказывающую влияние на течение нервно-психических и соматических процессов, — без её критически-рассудочной оценки ([предварительной] обработки).

*Убеждаемость* (*убеждение*) — это способность изменять суждения и представления и строить умозаключения под влиянием *убеждения*, представляющего собой апелляцию к объективной информации и формально-логическому порядку.

К саногенным феномен-концептам прежде всего следует отнести *осознание* и *катарсис*, несколько по-разному трактуемые (а особенно — объясняемые) в рамках понятийно-терминологических аппаратов различных методов психотерапии. (Так, понятие «катарсис», прочно ассоциированное с психоаналитическим методом, в рамках последнего выступает исключительно как концепт.)

Под *осознанием* понимается достижение пациентом — в процессе психотерапии — отчётливого, явного, артикулированного понимания ранее неосознаваемых аспектов и взаимосвязей собственной психической жизни, внутренних (интрапсихических) проблем и конфликтов, особенностей своего поведения и эмоционального реагирования, взаимоотношений с окружением, а также причин формирования и развития аутопсихологических актов.

*Катарсис* (греческое *κάθαρσις* — очищение, особенно от преступления или греха) и идентичное ему понятие *отреагирования*, или *абреакции* (латинское *ab-* — от в сочетании с *re-* —

против и *actio* — действие), рассматриваемые в ракурсе учения [И.П. Павлова] о высшей нервной деятельности как своеобразные феномены, — это физиологически-патофизиологические процессы снижения и нормализации возбуждения в патодинамической структуре инертного сверхвозбуждения, возникающего под действием психотравмы; за отреагированием (катарсисом) следует снижение аффективного напряжения и чувство субъективного облегчения.

К *дефензивным феноменам* следует отнести прежде всего феномены, описываемые как разнообразные и разнородные *механизмы психологической защиты* (агрессия, аннулирование, вытеснение, [гипер]компенсация, забывание, замещение, идентификация, изоляция, интеллектуализация, интроекция, конверсия, отрицание, подавление, проекция, рационализация, регрессия, смещение, сублимация etc.).

К *смешанным феноменам*, собственно говоря, можно отнести большинство психотерапевтических феноменов, поскольку они зачастую выступают (точнее, могут использоваться), в зависимости от ситуации (или даже одновременно), и в качестве саногенных, и в роли инструментальных.

Понятие *инсайта* (английское *insight* — постижение, озарение) выражает феномен-концепт внезапного, нового и не вполне [осознанно] выводимого из прошлого опыта целостного понимания, постижения сущностных отношений и структуры ситуации, осмысления решения какой-либо проблемы; понятие инсайта по-разному трактуется в гештальт-терапии и транзактном анализе, рационально-эмоциональной и когнитивной, психодинамической и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

*Интеркуррентные феномены* — это привходящие, присоединяющиеся феномены, которые появляются в процессе психотерапевтического лечения и осложняют его (в качестве такого феномена, например, часто выступает *перенос*, формирующийся в процессе аналитической терапии).

*Вспомогательные феномены* можно условно подразделить на ворóтные, ориентационные и диагностические.

В качестве ворóтных чаще выступают феномен *эмоционального стресса* и различные *трансовые феномены*.

В качестве ориентационно-диагностического феномена нередко предстаёт такой относительно «чистый» — дискурсивный — [концепт-]феномен, как *сопротивление*.

Наконец, *артефакты* — это явления, ошибочно идентифицированные как психотерапевтические феномены.

**II. Феномены «со стороны» психотерапевта.** Второму классу феноменов придаётся большое, а подчас решающее значение в классическом психоанализе, а также в методах психотерапии «new wave» — особенно в так называемом «эриксонском» гипнозе (в частности, важным полагается феномен-концепт *синхронизации* ряда невербальных проявлений).

*Эмпатия* (от немецкого *Einfühlung* — проникновение [в сущность]) — понятие, означающее понимание эмоционального состояния пациента посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир; понятие ассоциировано с клиент-центрированной психотерапией С.Р. Rogers'a<sup>145</sup>.

Общим для всех психотерапевтических направлений является признание (впрочем, формально непроговоренное) важности феномена *интуиции*.

**III. Трансперсональные феномены.** К третьему классу относятся феномены, возникающие в процессе коммуникации между психотерапевтом и пациентом, — это, прежде всего, *перенос* (*контрперенос*).

*Перенос* — психоаналитический концепт-феномен, означающий свойство [личности] проецировать ранние детские отношения и желания на другое лицо (психоаналитика).

**IV. Групповые феномены.** Феномены четвёртого класса связаны с влиянием [терапевтической] группы и внутригрупповыми процессами; в первую очередь это *групповая динамика*. Феномены данного класса играют в психотерапии настолько большую роль, что сближают различные её виды (разумеется, речь идёт о методах): в частности, показателен пример с гештальт-терапией, когда важнейшие — с точки зрения гештальт-психологии — феномены под гнётом групповой динамики попросту нивелируются.

<sup>145</sup> Основное для этой модели понятие «эмпатия», характерное для психотерапии «гуманистической» ориентации в целом, получило уже признание и в психоаналитически-ориентированной психотерапии, где длительное время сохранялись представления о необходимости соблюдения позиции эмоционального нейтралитета, личной анонимности аналитика («зеркало»), и в психотерапии поведенческой, принявшей факт важности эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента.

**V. Конформные, или индукционные, феномены.** Пятый класс феноменов включает в себя, в частности, так называемое «эмоциональное заражение», лежащее в основе психических эпидемий.

\* \* \*

Повторю ещё раз, что большинство психотерапевтических феноменов — полифункционально. Так, феномен гипнабельности / гипноза может использоваться в качестве и саногенного (гипноз-отдых), и инструментального (гипносуггестия), и ворóтного («эриксонский» гипноз) и, конечно же, диагностического (определение степени гипнабельности-внушаемости).

(Напомню также, что подробно психотерапевтические феномены, признанные в рамках различных методов и методик, равно как и выработанные в последних концепты, описаны в рубриках «феноменология» и «понятия и концепты» главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия».)

## 18.2. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы и их коррелят-механизмы (коррелят-паттерны)

Изложенные выше психотерапевтические феномены — и здесь речь пойдёт о феноменах «со стороны пациента» — установлены и описаны, в большинстве своём, преимущественно эмпирическим путём. Многие из них имеют сугубо психологические трактовки, не поддающиеся даже элементарной клинической транскрипции, — что следует негативно оценивать само по себе; но, главное, этот факт отчётливо показывает неопределённость (или даже отсутствие) [подведённой] [физиологической] сано(пато)генетической базы.

Как известно, в истории психотерапии неоднократно предпринимались попытки, — как конъюнктурные, так и вполне искренние, — объективизации понятийно-концептуального аппарата: вспомним хотя бы ту же пресловутую «психорефлексологию» («объективную психологию») В.М. Бехтерева [1]\*. Однако эта объективизация носила всё же скорее экспериментально-регистрационный характер и проводилась к тому же под одним лишь визуальным контролем.

К попыткам объективизации процесса и механизмов лечебного действия психотерапии — более поздним — принадлежат в основном разного рода электрофизиологические исследования — от регистрации [изменений] психогальванического рефлекса до ЭЭГ-картирования.

Для понимания как самого процесса психотерапевтического лечения, так и механизмов эффективности психотерапии я ввёл понятия *клинических психотерапевтических эффект-синдромов* и их *коррелят-механизмов* [2]<sup>146</sup>.

Совокупность же коррелят-механизмов клинических психотерапевтических эффект-синдромов в их специфических — взаимосвязанных — проявлениях может быть охарактеризована, я полагаю, как *коррелят-паттерн*. Различные типы коррелят-паттернов характеризуются, таким образом, определёнными соотношениями коррелят-механизмов<sup>147</sup>.

В результате проведённых исследований были выявлены следующие типы коррелят-паттернов:

- 1-й — синхронно-синтонный;
- 2-й — синхронно-асинтонный;
- 3-й — асинхронно-синтонный;
- 4-й — асинхронно-асинтонный (деорганизованный);
- 5-й — апокрифический.

Кроме того, было, напомним, проведено исследование по выявлению ассоциаций между методами (методиками) психотерапии и [саногенными] психотерапевтическими феноменами.

Каждый метод психотерапии — при часто встречающейся убеждённости адептов в его исключительности, нередуцируемости — волей-неволей ассоциирован с каким-либо саногенным феноменом.

Эти ассоциативные пары («метод[ика] психотерапии — ассоциированный [саногенный] феномен») таковы: суггестивная психотерапия — *суггестия*; рациональная психотера-

<sup>146</sup> Хрестоматийным примером эффективности психотерапии ([ауто]суггестии) являются так называемые «стигматы Христа» — кровоточащие язвы, появляющиеся в местах прикосновения [суггестора] при внушении нахождения на кресте («крестная мука»).

<sup>147</sup> Этологический коррелят при дескрипции / обработке коррелят-паттернов выводился за рамки, поскольку формы и способы его регистрации тяготеют к клиническому описанию.

пия — *убеждение*; психоанализ — *катарсис*; бихевиоральная терапия — *подкрепление*; «эриксонский» гипноз — *гипнотический транс*; нейро-лингвистическое программирование — *эйдетизм*; гештальт-терапия — *гештальт-инсайт*; групповой анализ — *групповая динамика*; транзактный анализ — *скрипт-инсайт*; моделирование поведения — *научение*; экзистенциальная психотерапия — *аутентичность*; психодинамическая психотерапия — *осознание*; психометодология — [*вспоминание*] *забывание*.

Названные феномены являются, что совершенно очевидно, внешними индикаторами сложнейших внутренних [мега]процессов.

Вопросы реализации психотерапии тесно связаны с представлениями об этих феноменах и в рамках медицинской модели психотерапии апеллируют, главным образом, к нейропсихологической, а также к нейробиологической, нейрофизиологической и нейрохимической — дискурсивно различным — сферам.

В результате проведённых исследований и экспериментов были выделены удовлетворяющие критериям достоверности фиксированные клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

**Под эффект-синдромом следует понимать комплекс клинических, психологических, поведенческих [про]явлений, возникающих в процессе (результате) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии.**

В процессе проведения психотерапии наблюдались и были описаны *типовые* (нормальные), *атипичные* (парадоксальные) и *интеркуррентные* (патологические) эффект-синдромы, в частности, это — вне систематики, — *гипноидный, истериформный, релаксационный, каталептический, фросоночный, психовегетативный, эйдетический, гипомнестический, полиморфноконформный, эксплозивный, «аффективного мутизма», аверсивный, псевдопузырьный, «терапевтической паранойи», фиксационный, резистентный*, и некоторые другие.

Обратимся — теперь уже — к систематике клинических психотерапевтических эффект-синдромов, принимая сейчас в расчёт и коррелят-паттерны (см. таблицу 10).

Таблица 10  
Клинические эффект-синдромы и коррелят-паттерны

Клинический эффект-синдром	Коррелят-паттерны, типы				
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
<b>Синдромы типовые (нормальные)</b>					
гипноидный	+	-	-	-	-
каталептический	-	+	-	-	-
просоночный	-	-	+	-	-
психовегетативный	+	-	-	-	-
релаксационный	+	-	-	-	-
гипомнестический	+	-	-	-	-
полиморфно-конформный	-	+	-	-	-
<b>Синдромы атипичные (парадоксальные)</b>					
истериформный	-	-	-	+	-
эксплозивный	-	-	-	+	-
«аффективного мутизма»	-	-	+	-	-
аверсивный	-	-	+	-	-
псевдопуэрильный	-	-	-	-	+
<b>Синдромы интеркуррентные (патологические)</b>					
эйдетический	-	-	-	+	-
«терапевтической паранойи»	-	-	-	-	+
фиксационный	-	-	+	-	-
резистентный	-	+	-	-	-

Итак, с позиций клинико-психофеноменологической характеристики основных пато-нозологических форм следует отметить, что у обследованных контингентов регистрировались клинические психотерапевтические эффект-синдромы всех уровней: типовые (нормальные), атипичные (парадоксальные) и интеркуррентные (патологические).

Среди типовых (нормальных) регистрировались эффект-синдромы гипноидный, каталептический, просоночный, психовегетативный, релаксационный, гипомнестический, полиморфно-конформный.

Из эффект-синдромов атипичных (парадоксальных) наблюдались истериформный, эксплозивный, синдром «аффективного мутизма», аверсивный, псевдопуэрильный.

Эффект-синдромы интеркуррентные (патологические) были представлены эйдетическим, синдромом «терапевтической паранойи», фиксационным, резистентным.

И ещё одно важное замечание, в некотором смысле предваряющее следующий подраздел: проведённые исследования показали преимущественно методистскую и, следовательно, саногенетическую детерминированность клинико-психофеноменологических проявлений, в то время как психопатологические характеристики, которые, казалось бы, в силу наличия соответствующей психофизиологической и психопатологической базы, характерной для данного больного / пато-нозологического состояния, должны были оказывать выраженное влияние на формирующийся клинический психотерапевтический синдром (прежде всего в случае развития парадоксальных и патологических психотерапевтических эффект-синдромов — как, например, психотерапевтический истериформный эффект-синдром и родственный ему клинико-феноменологически психопатологический истерический синдром), сводились в основном к патоперсоналогическому (в том числе, разумеется, к постморбидному) фону.

### 18.3. Психотерапевтическая феноменология и клинико-психопатологическая феноменология: метасиндромы

Мы подошли к весьма проблемному вопросу, который, в общем-то, касается психоической феноменологии в целом — высокопарных дискуссий об актах сознания и воли, мелких компетенционно-дисциплинарных дрызг по поводу контекстов психопатологии-патопсихологии, проблемы нормальной (здоровой) / патологической (больной) психики, большинства явлений социо-психического порядка и многого другого.

Это вопрос о том, в каких взаимоотношениях — дискурсивных, [пато]физиологических, клинических — находятся феноменные базисы, «феноменологии» психотерапии и психиатрии: психотерапевтическая феноменология и феноменология клинико-психопатологическая.

Попробуем подойти к этой проблеме непредвзято — без суетного производства «истинных» суждений, без апелляций к некоем смутным очевидностям, тем более высоким именам; *probatio liquidissima* для психотерапии — да и для всех психодисциплин — по-прежнему остаётся недостижимой роскошью.

Хочу сразу заметить: я вполне отдаю себе отчёт в том, что рассматриваю феноменологию психопатологическую для целей и нужд феноменологии психотерапевтической; однако — первая ничуть не объективнее второй (и даже более того: понятие «бред», например, неизмеримо более конвенционально, нежели понятие «внушение», и так почти во всём)<sup>148</sup>. Кроме того, это позволяет мне отказаться от обсуждения здесь феноменологии психологической как таковой (то есть принадлежащей психологической составляющей психоического дискурса) — той пресловутой «нормальной» (или даже скорее «нормативной») психологической феноменологии, которая суть «не-патология», простая антитеза, средне-статистическая норма, набор цифири, декларация [психо]констант — единственное, о чём, с постоянной оглядкой на психофизиологию, может сколь-нибудь легитимно рассуждать наука-психология (хотя, как я уже говорил, это всего лишь *nudum jus*).

\* \* \*

Клинико-психопатологическая феноменология-синдромология предстаёт, по сути, разделённой на несколько классов, — по крайней мере на два основных.

Первый класс — это та феноменология-синдромология, которая возникает якобы *per se*, — например, ряд «дефицитарных» (апатико-абулический и прочие), но также и «продуктивных» (бред и другие) проявлений — феноменов / симптомов / синдромов. Её можно было бы условно назвать феноменологией (синдромологией) *покоя*, или *квисальной*.

<sup>148</sup> Однако ситуация тотальной конвенциональности в психиатрии имеет и обратный — как ни парадоксально, позитивный — эффект: психиатры всё-таки говорят на одном языке, легко нанизывая уточняющие, чаще эпимимические, ряды квалифицирующих терминов: интрапсихическая атакия Stransky, расщепление Bleuler'a, дискордантность Chaslin'a и так далее; в психотерапии же, при наличии реальной физиологической — и зачастую дискурсивно корректной — базы, простые констатирующие понятия, за исключением совсем уж очевидных, подчас вызывают долгие дискуссии. (Кстати, иноязычные экстраклинические изыски, — например «метамодель» или «транзакция», не вызывают клинической идиосинкразии — слишком уж они, окружённые неким конъюнктурно-модернистским ореолом, чужды и непонятны.) Однако не следует усложнять: психиатрический тезаурус — как бы он ни был несовершенно — попросту старше, а современная, столетняя, психиатрическая клиника уже привычна (хотя попробуйте-ка заикнуться о везаниях и векордиях или назвать каталепсию «болезнью Цельса»!).

Второй класс — феноменология-синдромология, проявляющаяся как реагирование на внешние воздействия, провокации (классический пример — истериозис, или раздражительная слабость); её можно было бы обозначить как феноменологию (синдромологию) *ответа*<sup>149</sup>, или *респонсную*.

Это разделение важно с практической психотехнической точки зрения: различные психопатологические синдромы будут совершенно по-разному реагировать на психотерапию.

Так, под воздействием психотерапии (любой психотерапии, всякого психотерапевтического вмешательства) эндогенный параноид развернётся либо инкапсулируется, а параноид экзогенный может временно разрушиться (и в том, и в ином случае — с относительной редукцией субъективной эмоциональной окраски). [Аффективные] депрессивные синдромы под действием психотерапии приобретают тревожный компонент, а синдром апатико-абулический будет претерпевать развитие (в плане активации), но только пока длится психотерапевтическое вмешательство (см. таблицу 11).

Выявление, описание и исследование характера ответа каждого из психопатологических синдромов — предварительно систематизированных, идентифицированных, верифицированных — на психотерапевтическое вмешательство способствует тому, что между психопатологической симптоматикой-синдромологией и клинической психотерапевтической феноменологией-синдромологией (и, следовательно, между дисциплинами-специальностями психиатрией и психотерапией) будет перекинут — а точнее, восстановлен, — патогенетически-саногенетический мост. Важность этого трудно переоценить — мы получаем все возможные выгоды: от единого дискурсивного поля — в области теории, клинической методологии, диагноза — до адекватной, конгруэнтной, эффективной терапии. Создавшийся разрыв между клиническими психоическими дисциплинами — и прежде всего психотерапией и психиатрией — будет наконец-то преодолен.

Отношения между этими ракурсами единой, по сути, [клинико-]психоической феноменологии / синдромологии (а правильнее было бы говорить о *синдромотаксисе в сфере компетенции психотерапии*) можно представить в виде следующей схемы:

**квисальная психопатологическая синдромология → респонсная психопатологическая синдромология → клиническая психотерапевтическая синдромология.**

<sup>149</sup> По понятным причинам я избегаю использовать определение «реактивная».

**Таблица 11**  
**Изменения психопатологических синдромов**  
**при активном психотерапевтическом вмешательстве**

Психопатологический синдром	Психотерапевтическое вмешательство	Результат	Вероятность
Апатико-абулический		кратковременная активация	1
Астенический	кратковременная активация	3	
Астено-вегетативный	активация с редукцией вегетативного компонента (и в силу последней)	3	
«Выгорания»	стойкая редукция	3	
Галлюцинаторно-параноидный	коррекция субъективно-эмотивной окраски	1	
Гипотимный	редукция	2	
Депрессивный	модификация с приобретением тревожного компонента	1	
	редукция (при психогенных или эндореактивных вариантах)	2	
Ипохондрический	мерцающая редукция	2	
Каццинского — Клерамбо	снижение уровня субъективно-эмотивной окраски	1	
Кататоно-олейроидный	без изменения	3	
Компульсивный	повышение степени произвольного контроля и снижение степени аддиктивности	2	
Обсессивный	снижение компонента насильственной тяги	2	
Парапоидный	частичная редукция (снижение) субъективно-эмоциональной окраски	1	
Парафренный	без изменения	3	
Психастенический	кратковременная компенсация	2	
Психоорганический	коррекция эмоционального компонента и преходящая компенсация когнитивных функций	2	
Сенестопатический	относительная редукция	1	
	модификация (возможно, с усугублением)	1	
Соматосенсорный	редукция достаточной выраженности	3	
	модификация	1	
Сумеречного расстройства сознания	без изменения	3	
Тревожный	относительная редукция	2	
	модификация	2	
	активация	1	
Фобический	редукция	2	
	ухудшение с присоединением тревожного компонента	2	
«Экзистенциальной недостаточности»	редукция или даже компенсация	3	

Примечание. Вероятность ожидаемого результата: 1 — низкая; 2 — средняя; 3 — высокая.

Говоря откровенно, этой схеме следовало бы придать несколько иной вид: впереди всего следует расположить «нормальную» психо[терапевт]ическую феноменологию, но, увы, — она представляет собой только частный случай всей совокупности психических феноменов — описать которые может лишь *genus irritabile vatum*; взаимодействие же названных ракурсов тогда вообще становится процессом стохастическим. Ограничимся потому здесь уровнем клинической практики.

И ещё: приведённая выше схема является сано[психо]генетической. Пато[психо]генетическая же схема включает и патопсихологическую регистр-синдромологию.

В силу этого первоочерёдной задачей становится разработка общей систематики [классической] психопатологической синдромологии — ведь и она, к сожалению, подвержена тем глубоким стилистическим диссонансам, которые разрывают дискурсивное психическое пространство (всё те же большие вопросы: эпонимика, сферы аргументаций, разноплановость концепций, а теперь уже и губительная психоаналитическая инспирация, а также диссольвтивные социальные влияния). О том же, насколько это сложная и неблагоприятная задача, думаю, не стоит и говорить.

Ввиду того что мы стремимся к определению «чистых» психопатологических феноменов — и в данном случае соблюдение этого условия абсолютно необходимо, поскольку перед психиатрией, вследствие выраженности её экспертно-дисквалифицирующих и социально-дистанцирующих (изоляция) функций, стоят всегда более конкретные и более насущные задачи, — я сохраню разведение психопатологической феноменологии в континууме «феномен — концепт» (см. таблицу 12), как это было сделано при описании «нормальной» психотерапевтической феноменологии (см. таблицу 9).

Сопряжённой и не менее важной задачей является создание систематики пато-нозо-синдромальных форм, адаптированной для целей постановки психотерапевтического диагноза (см. главу «Логика и семиотика диагноза в психотерапии»).

\* \* \*

В целях ясности, а также постепенности и последовательности изложения до сего момента речь шла о неких идеальных, устойчивых, интактных клинических психотерапевти-

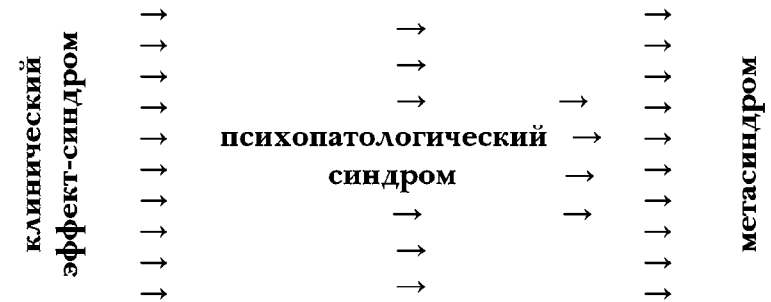
Классы	Регистры	Психопатологическая семантика (симптоматология)				
		Феномены	Феномен-концепты	Концепт-феномены	Концепты	
		повышение степени концептуализации в континууме «феномен — концепт»				
Квасильная психопатология	«Эндогенный»	[Галлюцинаторно-параноидный]	псевдогаллюцинации	шперрунг амбивалентность амбигуэнтность	бред бредовое настроение	
		Маниакальный			автоматизмы ментизм	
		Каудипского — Клерамбо				
		Парафренный		аглоутизация		
		Паранойальный			переживания конфабуляторные	
		Депрессивный	депрессия апертия адинамия	витальная тоска	анидеизм	
		Катагонический	возбуждение ступор катаlepsия	негативизм эхо-реакции	ажитация	
		Гебефренический				
		Онейроидный				
		Гебоидный			негативизм	«метафизическая интоксикация»
		Апатико-абулический	апатия абулия	абалленация		
		Деперсонализационно-дерезализационный				
		Шизофренический			аутизм дефект везании	расщепление дискордантность атаксия интрапсихическая
Респонсная психопатология	Психогенный	Реактивная депрессия	депрессия			
		Ипохондрический	сенестопатии			
		Помрачения сознания	фуга			
		Обсессивно-фобический		аблютомания		комплекс
		Астенический	астения			
		Истерический	астазия-абазия	амблиопия амавроз	мутизм афразия	конверсия
		Астеновегетативный				
		Психовегетативный				
		Обсессивно-компульсивный	обсессия компульсия	ананказм		комплекс
		Соматосенсорный				анафилаксия аллергия
	«Органический»	Паническая атака				
		Психоорганический				
		Эпилептический	конвульсия абсанс	аура		
		Деменция		агнозия	маразм	
		Олигофрения	абулия			
		Псевдопаралитический	дисмнезии			
		Лобный	аспонтанность расторможенность			мория
«Экзогенный»	Делириозный	наглядные воспоминания	«истинные» галлюцинации	образный бред		
	Корсаковский амнестический	амнезия				
	Помрачения сознания					
	Аментивный					
	Психосенсорный					
	Псевдопаралитический					
Психастенический				амблиноия		

ческих эффект-синдромах, которые в теоретической, вернее даже абстрактной модели конгруэнтны синдромальной структуре патологии-нозологии.

Практика же показывает — и это очевидно, — что клинический эффект-синдром, приходя в соприкосновение с психопатологическим синдромом (либо симптомокомплексом), претерпевает выраженные трансформации, вплоть до разрушения; подобные изменения — и здесь мы уже можем назвать их патоморфозом (или же патокинезом) происходят и с последним. Фактически речь идёт о синдромотаксисе, — но привнесённом, внешнем, возникающем под воздействием направленного психотерапевтического вмешательства.

Более того, психопатологический синдром — непосредственно данный лишь в речи и поведении, поскольку мы всё ещё остаёмся в тенётах «психофункционализма»<sup>150</sup>, — и [конгруэнтный ему] эффект-синдром психотерапевтический всегда сливаются, тем самым видоизменяя, модифицируя друг друга, и это смешение неизменно даёт новое качество, — порождая иное [психическое] образование, которое можно определить как *метасиндром*.

Вышесказанное можно наглядно представить с помощью следующей схемы:



Разумеется, это вновь-таки абстрактная конструкция, поскольку нельзя дать определённого ответа на вопрос типа: *сколько фаз, в ка-*

<sup>150</sup> Ведь до сих пор в квалификацию психопатологического синдрома не входят иные — нейробиохимические, нейро(электро)физиологические и прочие — корреляты (разве что иногда привлекаются, с дифференциально-диагностической целью, патопсихологические регистр-синдромы).

Я попытался преодолеть эту стигму, по крайней мере в рамках психотерапии: клинические эффект-синдромы отделены и даже денотированы с учётом их коррелят-механизмов.

ких условиях и как именно следует применить гипомнестический эффект-синдром для коррекции синдрома [последствий] эмоционального стресса (посттравматического стрессового расстройства)?

Результаты проведённых исследований показали, что клиническая характеристика метасиндромов должна включать два вектора: динамический и структурный.

В динамической плоскости наблюдались следующие изменения: улучшение (ослабление) и ухудшение (усиление, повышение интенсивности), а также сохранение выраженности психопатологических проявлений. В плане структурной перестройки оказались возможными варианты упрощения или усложнения, а также сохранения структуры симптоматики. Вариантом являлось сохранение синдромальной структуры и выраженности психопатологических проявлений. Специфическим вариантом выступала выраженная структурная перестройка с неопределённым вектором качества.

Было выделено восемь типов метасиндромов; они представлены в таблице 13.

**Таблица 13**  
**Типы метасиндромов**

Тип	Клинические проявления	Название
1-й	улучшение с упрощением	«позитивная редукция»
2-й	улучшение с сохранением структуры	«клише-редукция»
3-й	улучшение с усложнением	«позитивная орнаментация»
4-й	ухудшение с упрощением	«негативная редукция»
5-й	ухудшение с сохранением структуры	«клише-амплификация»
6-й	ухудшение с усложнением	«негативная орнаментация»
7-й	статика	«клинический монорим»
8-й	структурная перестройка с неопределённым вектором качества	«нейтральный метаморфизм»

Таким образом, 1-й тип представляет собой улучшение с упрощением, поэтому его условное название — «позитивная редукция»; степень клинической выраженности психопато-

логических нарушений уменьшается, а структура их упрощается.

2-й тип метасиндромов выражается в улучшении с сохранением прежней структуры, и потому обозначен как «клише-редукция»; характерны сохранение структуры психопатологических проявлений, но ослабление их выраженности с сохранением клинической значимости.

3-й тип — это улучшение с усложнением, или «позитивная орнаментация»; наряду с уменьшением выраженности клинической симптоматики наблюдается её усложнение, «орнаментация», появление дополнительных, отсутствовавших или ларвированных ранее психопатологических феноменов.

4-й тип заключается в ухудшении с упрощением, — и определён как «негативная редукция»; данному типу свойственно утяжеление, усиление выраженности, интенсивности клинических проявлений с обеднением, упрощением, своеобразной редукцией их структуры.

5-й тип — ухудшение с сохранением прежней структуры («клише-амплификация»); при сохраняющейся клинической структуре психопатологических проявлений происходит усиление, нарастание степени выраженности психопатологических проявлений.

6-й тип — ухудшение с усложнением («негативная орнаментация»); это самый неблагоприятный тип, поскольку наряду с усилением выраженности психопатологических проявлений происходит усложнение их клинической структуры.

7-й тип — статика (в этом случае была использована несколько вольная номинация: «клинический монорим»); не смотря на осуществляемые психотерапевтические интервенции, клиника психопатологических проявлений остаётся неизменной, «одноразмерной» — в плане как структуры, так и выраженности.

Наконец, 8-й тип — структурная перестройка с неопределённым вектором качества («нейтральный метаморфизм»); происходит перестройка структуры психопатологических проявлений, клинически неидентифицируемая, неизменная по выраженности.

Распределение метасиндромов в зависимости от психопатологического синдрома и достигаемого клинического психотерапевтического эффект-синдрома представлено в таблице 14.



**Таблица 14**  
**Распределение метасиндромов**

Психопатологический синдром	Метасиндромы, типы	Клинический психотерапевтический эффект-синдром
Апатико-абулический	7-й	гипноидный, каталептический, просоночный
Астенический	3-й, 2-й	гипноидный, каталептический, просоночный
Астено-вегетативный	1-й, 2-й	гипноидный, каталептический, просоночный
«Выгорания»	1-й, 2-й	релаксационный, гипомнестический
Галлюцинаторно-параноидный	8-й, 7-й, 5-й, 6-й	эйдетический, резистентный
Гипотимный	1-й, 2-й, 3-й, 7-й	резистентный
Депрессивный	6-й, 5-й, 8-й, 3-й	«аффективного мутизма»
Ипохондрический	7-й, 8-й, 6-й, 5-й, 3-й	психовегетативный, резистентный
Кандинского — Клерамбо	6-й, 5-й, 8-й	«аффективного мутизма»
Кататоно-онейроидный	7-й	эйдетический, каталептический
Компульсивный	1-й, 2-й, 7-й, 8-й	эксплозивный
Обсессивный	1-й, 2-й, 3-й, 7-й, 8-й	фиксационный
Параноидный	8-й, 7-й, 6-й, 4-й	аверсивный, фиксационный, «терапевтической паранойи»
Парафренный	7-й, 4-й, 5-й	резистентный, аверсивный
Психастенический	1-й, 2-й, 3-й	«терапевтической паранойи», фиксационный, истериформный
Психоорганический	7-й, 6-й, 5-й	эксплозивный
Сенестопатический	1-й, 2-й, 3-й, 4-й, 5-й, 6-й, 7-й	психовегетативный, истериформный
Соматосенсорный	1-й, 2-й, 8-й	релаксационный
Сумеречного расстройства сознания	7-й	резистентный, аверсивный
Тревожный	6-й, 5-й, 3-й, 7-й	аверсивный, резистентный, эксплозивный
Фобический	1-й, 2-й, 3-й, 5-й, 6-й	релаксационный, психовегетативный
«Экзистенциальной недостаточности»	1-й, 2-й, 3-й	фиксационный, аверсивный

\* \* \*

При разработке моделей клинической реализации психотерапии необходимо придерживаться ряда правил; обязательны следующие из них:

- адекватное, дифференцированное использование психотерапевтической феноменологии;
- учёт сопряжения (ассоциации) метода (методики, психотехники) и саногенного феномена;
- ориентация на вызываемые клинические психотерапевтические эффект-синдромы с соответствующими коррелят-паттернами;
- детерминация [эксплуатируемых] механизмов реализации психотерапии сложноподчинённой клинической структурой курируемых [психопатологических] синдромов;
- учёт клинических особенностей метасиндромов, возникающих в процессе психотерапии.

## Глава 19

ПАТО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ  
КОНГРУЭНТНОСТЬ И КРИТЕРИИ  
ВЫБОРА МЕТОДОВ И МЕТОДИК  
ПСИХОТЕРАПИИ<sup>151</sup>

При выборе тех или иных методов, методик и техник психотерапевтического воздействия традиционным является подход декларирования показаний / противопоказаний<sup>152</sup> к применению различных методов и методик психотерапии.

Как следует из предшествующего изложения, правомерность существования такого подхода сомнительна, и я настаиваю на понимании подобных деклараций исключительно как характеристик возможностей (компетенции) метода.

Проанализируем — на примере самой распространённой и обычной *гипнотерапии* — ситуацию существования показаний / противопоказаний [по основным методам].

Так, показанием к использованию гипнотерапии в комплексе лечения признаётся наличие у больных пограничных нервно-психических расстройств, прежде всего психогенного происхождения. Менее эффективна гипнотерапия при неврозоподобных нарушениях, обусловленных соматогенными причинами.

<sup>151</sup> Эти вопросы по отношению к симультанно-мнестической психотерапии рассмотрены в соответствующей части.

<sup>152</sup> Противопоказания к применению методов (методик) психотерапии рассмотрены при описании каждого из них (см. соответствующие рубрики главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия»), в силу тесного ассоциирования: имеется в виду, что противопоказания / осложнения чаще являются следствием психотехнически-феноменальных особенностей метода.

При этом её следует применять, как правило, на начальном этапе психотерапии. В то же время в ряде случаев с помощью гипнотерапии удаётся добиться не только коррекции неврозоподобных нарушений, но и достаточно выраженного регресса соматоневрологической симптоматики.

Очевидно, что такого уровня соответствия пато-нозологических проявлений и возможностей психотерапии явно недостаточно.

Несколько более близким и адекватным клинической практике является понятие «патогенетически обоснованный метод».

Однако последнее касается лишь одной из сторон — а именно представлений о патогенезе заболевания, и саногенное действие психотерапии рассматривается в ключе «устранения причины» болезни либо прерывания какого-либо из патогенетических звеньев.

В связи с этим мной было введено понятие *пато-нозологической конгруэнтности*, тесно связанное с представлениями об ассоциированном с методом психотерапии [саногенном] феномене, а также клиническом эффект-синдроме, который по своим коррелят-механизмам отвечает существующим представлениям, доказанным как клинико-теоретическим, так и экспериментально-опытным путями, о патогенезе заболевания.

**Таким образом, под пато-нозологической конгруэнтностью (латинское *congruentis* — соразмерный, соответствующий, совпадающий) понимается соответствие этиологических и патогенетических особенностей заболевания и саногенетических возможностей психотерапевтического метода при условии близости этиопатогенетических механизмов заболевания и коррелят-механизмов (коррелят-паттернов) клинического эффект-синдрома, достигаемого в процессе психотерапии.**

Дополнительные критерии пато-нозологической конгруэнтности таковы:

- 1) единство (совпадение) дискурсивных стилей диагностики (а также клинических — протокольных и субъективных — описаний) и терапии;
- 2) соответствие (совпадение) хронологии (протяжённости) заболевания и длительности применяемого метода психотерапии;

- 3) сочетаемость терапевтического фармакологического фона и применяемого психотерапевтического метода (необходим учёт ряда особенностей их взаимодействия, — ибо они могут приводить к потенцированию, ослаблению, парадоксальной реакции; кроме того, могут отсутствовать каких-либо взаимовлияния вообще).

\* \* \*

В современной профессиональной литературе указывается, что выбор форм и методов психотерапии определяется следующими факторами:

- 1) нозологической принадлежностью патологии — для выбора этиопатогенетически-тропного психотерапевтического воздействия;
- 2) личностно-характерологическими особенностями пациента;
- 3) [относительным] преобладанием какого-либо из уровней симптоматики;
- 4) профессиональной и личностной [ауто]идентификацией психотерапевта;
- 5) концептуально-методологической основой [психотерапевтического направления], которая определяет характер корректирующего воздействия.

Кроме того, при выборе методов и методик психотерапии необходим учёт *психотерапевтических целей* [1, с. 628]\*.

Строгое определение целей психотерапевтического воздействия способствует отбору содержания и построению процесса психотерапии, организации психотерапевтической помощи и, наконец, выбору конкретного метода.

На основании проведённых исследований были сформулированы следующие критерии выбора методов и методик психотерапии [и психокоррекции]:

- 1) конгруэнтность этиологических и патогенетических особенностей заболевания и саногенного психотерапевтического феномена;
- 2) соответствие клинических проявлений заболевания и клинических особенностей психотерапевтического эффект-синдрома;

- 3) близость механизмов патогенеза нозо-синдромальной формы и нейро(био)химических, нейропсихологических, нейро(электро)физиологических коррелят-механизмов достигаемых эффект-синдромов;
- 4) непротиворечие (оптимально же — [взаимо]потенцирование) традиции для данного заболевания фармакотерапевтического фона и используемого метода психотерапии;
- 5) комплиментарность и конгруэнтность применяемой психокоррекционной методики по отношению к основному методу психотерапии.

## Глава 20

ПОНЯТИЕ «ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ФОНА».  
ФОН ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ И СПЕЦИАЛЬНЫЙ

О *фармакопсихотерапии* как таковой уже говорилось в одноимённой главе. Здесь же остаётся разобрать представления о *фармакологическом фоне* (*терапевтическом и специальном, или экспериментальном*), который является необходимым условием при проведении ряда видов психотерапии.

Собственно говоря, психотерапия в клинике — как принадлежащей к сфере её компетенции, так и в многочисленных иных клиниках (и прежде всего в клинике психиатрии) — проводится на определённом фармакологическом фоне — и этот фон, разумеется, создаётся *без учёта [проводимой] психотерапии* (психотехнических особенностей метода, целей, формы проведения и тому подобного).

\* \* \*

Фармакологические влияния для [реализации] целей психотерапии, разумеется, имеют свои устоявшиеся и даже очевидные пути. В первую очередь это достижение — путём применения различных медикаментозных средств — состояний изменённого сознания, а также сниженного [само]контроля: все психофармакологические воздействия, осуществляемые для целей психотерапии, так или иначе воздействуют на сознание, *certum*.

Для [удобства] компаративного описания я создал определённую схему:

**искомое состояние — препарат — условия проведения — метод (методика / психотехника / приём) — brand (и автор).**

В соответствии с этой схемой приведу известные (а также разработанные мной) методики:

1) наркотический сон — снотворные — [гипно]суггестия — *situs [cubitus (supinus)] — наркогипноз* (М.Э. Телешевская [1]\*);

2) ослабление самоконтроля — наркотические средства (например, амитал-натрий) — психоанализ — классическое «положение на кушетке» — *наркоанализ* (J.S. Horsley [2]\*) / *наркосинтез* (R.R. Grinker, J.P. Spiegel [3]\*);

3) медикаментозный сон — гексенал — суггестия — *situs [cubitus (supinus)] — сомнопсихотерапия* (М.М. Перельмутер [4]\*);

4) медикаментозный сон — снотворные — симультанно-мнестическая психотерапия — *situs [cubitus (supinus)] — сомнопсихотерапия* (В.В. Чугунов);

5) «трансцендентные» чувства — психоделики — групповая психотерапия — группа — *психоделическая психотерапия* (Ch. Savage [5]\*);

6) [медитативная] релаксация — психоделики — катартическая вербализация — изоляция, музыкальное сопровождение, наличие индивидуального помощника (*sitter*) — *трансперсональная психоделическая психотерапия* (S. Grof [6 — 8]\*);

7) активизация неосознаваемых переживаний — галлюциногены-психодислептики — неполная психосенсорная депривация — абреактивно-катартический — *психолиз* (H. Leuner [9]\*);

8) эйфория — барбитураты — суггестия — *situs [cubitus (supinus)] — наркопсихотерапия* (М.Э. Телешевская [1]\*);

9) физиологический [вегетативный] дискомфорт — рвотные — [императивная] суггестия — *sine conditio — эмоционально-стрессовая психотерапия* (В.Е. Рожнов [10]\*).

Итак, фактически мы определили те варианты фармакологического фона, которые создаются специально для целей психотерапевтического влияния:

- наркотический / сомниферный;
- [психо]релаксационный;
- интоксикационно-галлюциногенный;
- эйфоризирующий;
- «физиогенно» дисфоризирующий.

Этот фон следует понимать как *специальный, или экспериментальный*.

К особым вариантам специального фармакологического фона можно отнести применение индифферентных, но дающих субъективно-чувственный спектр ощущений фармакологических препаратов-стимулов (задействующих вегетативные компоненты: парентеральное введение хлористого кальция; орошение зева хлорэтилом и прочее). От плацебо-терапии эти приёмы отличаются тем, что используется не сам

факт назначения / приёма средства (чаще всего органолептически интактного и не вызывающего вегетативных реакций и вообще каких-либо субъективных ощущений), а условно-рефлекторное сопряжение.

\* \* \*

Необходимо также учитывать тот фармакологический фон, который создаётся назначаемыми согласно традиционным терапевтическим схемам антидепрессантами, транквилизаторами, нейролептиками, нормотимиками, психостимуляторами и другими классами психотропных средств для целей собственно психофармакотерапии (без специального учёта психотерапевтических задач) и, следовательно, ipso facto является *терапевтическим* (см. таблицы 15 — 19)<sup>153</sup>.

\* \* \*

Разумеется, применение психотерапии — любой, интактной по отношению к [бредовой] индукции<sup>154</sup>, её разновидности (рационально-суггестивной, поведенческой, симультанно-мнестической, экзистенциальной, катартической и прочих) — в «большой» психиатрии должно быть согласовано со ставшими традиционными, в течение второй половины XX века, фармакотерапевтическими схемами (кроме того, необходимо учитывать «эффект(ы) [психофармакологического] стеснения»).

Однако необходимо соблюдение и ряда базисных рецептурных условий:

— эти схемы, в свою очередь, должны быть сопряжены с планируемыми / применяемыми психотерапевтическими методиками<sup>155</sup>, то есть выступать в качестве [психо]фармакологической подкладки, *фармакологического фона* для проводимой психотерапии;

— в госпитальную психиатрию должны быть облитатно привнесены принципы *хронотерапии*, — те из них, которые едины для психофармакотерапии и [вербальной] психотерапии.

<sup>153</sup> Я пользовался соответствующими клиническими руководствами, в частности [1].

<sup>154</sup> Это в основном относится к методам и методикам психотерапии «новой волны», поскольку гипноз, обычно позиционируемый как *persona ingrata* психиатрической клиники, долгие годы активно применялся при лечении психозов, в том числе шизофрении (и, что интересно, в комбинации с той же инсулино-коматозной терапией [11]<sup>16</sup>).

<sup>155</sup> Терапевтические схемы в условиях современной психиатрической клиники заданы довольно жёстко, однако определённые возможности лавирования всегда имеются, особенно в условиях *полифармакотерапии*.

Таблица 15  
Нейролептики и спектры их клинического действия

Препарат	Действие		
	седативное	антипсихотическое (инцизивное)	антибредовое
<i>Преимущественно с седативным действием (седативные нейролептики)</i>			
Хлорпромазин (аминазин)	++++	++	++
Левомепромазин (тизерцин)	++++	+	+
Тиоридазин (меллерил, сонапакс)	+++	+	+
Хлорпрогиксен	+++	++	+
Зуклопентиксол (клопиксол)	+++	+++	+++
Перициазин (неулептил)	+++	+	+
Алимемазин (терален)	++	+	+
Тиаприд (тиапридал)	++	+	+
<i>Преимущественно с антипсихотическим действием (инцизивные нейролептики)</i>			
Перфаназин (этаперазин)	++	++	++
Трифлуоперазин (трифтазин)	++	+++	++++
Галоперидол	++	+++	++++
Сультоприд (топрал)	++	+++	+++
Флуфеназин (модитен)	+	+++	+++
Флупентиксол (флюанксол)	+	+++	++
Пипотиазин (пипортил)	+	+++	+++
Тиопроперазин (мажептил)	+	++++	++
<i>Преимущественно со стимулирующим действием (дезингибирующие нейролептики)</i>			
Сультпирид (эглонил)	—	++	+
Карбидин	—	+	+
<i>Атипичные нейролептики</i>			
Клозапин (лепонекс, азалептин)	++++	+++	+++
Кветиапин (сероквель)	+	++	+++
Рisperидон (рисполепт)	+	++	+++
Оланзапин (зипрекса)	++	+++	+++

Примечание:

++++ сильное (максимально выраженное) действие;  
 +++ выраженное действие;  
 ++ умеренное действие  
 + слабое действие;  
 — не проявляется (эффект отсутствует).

Таблица 16  
**Антидепрессивные средства  
и спектры их клинического действия**

Спектр действия	Генерическое название препарата	Торговые названия препарата
Преимущественно седативное	Тримипрамин Доксепин Амитриптилин Тразодон Миансерин Флувоксамин Пипофезин	Герфонал Синекван Эликвел (Амизол) Тритгико Леривон (Миансан) Феварин Азафен
Сбалансированное	Мапротилин Тианептин Пирлиндол Сертралин Пароксетин Кломипрамин	Людиомил Коаксил Пиразидол Золофт Паксил Анафранил
Преимущественно стимулирующее	Флуоксетин  Моклобемид Имипрамин  Ниаламид	Прозак (Продеп, Портал, Флуоксетин- акри, Флуоксетин никомед) Аурорикс Мелипрамин (Прилойган, Импрамин) Ниаламид

Примечание.

Расположение препаратов отражает континуальную клинко-терапевтическую классификацию, в которой сверху вниз убывает седативный эффект и нарастает эффект стимулирующий. Указанная классификация не учитывает сравнительную силу тимоаналептического действия препаратов и не дифференцирует седативный и анксиолитический эффекты. В данную таблицу не включены антидепрессанты с недостаточно определённым положением в этом ряду, в частности циталопрам (имеющиеся данные позволяют условно отнести его к антидепрессантам сбалансированного действия).

Таблица 17  
**Антидепрессивные средства и их дозировки**

Генерическое название	Дозы, мг		
	минимальные	средние	максимальные
<i>Трициклические антидепрессанты</i>			
Пипофезин	25 – 100	125 – 200	
Амитриптилин	25 – 100 в/м + в/в 25 – 50	125 – 200 в/м + в/в 75 – 100	225 – 400 в/м + в/в 125 – 150
Доксепин	25 – 50 в/м + в/в 25 – 50	50 – 75 в/м + в/в 50 – 75	75 – 100 в/м + в/в 75 – 100
Имипрамин	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 250 в/м + в/в 75 – 100	250 – 400 в/м + в/в 125 – 150
Кломипрамин	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 225 в/м + в/в 75 – 100	250 – 300 в/м + в/в 100 – 150
Тианептин	12,5 – 25	37,5	
Тримипрамин	25 – 125 в/м + в/в 25 – 50	150 – 250 в/м + в/в 75 – 125	275 – 400 в/м + в/в 150 – 200
<i>Тетрациклические антидепрессанты</i>			
Мапротилин	25 – 75 в/м + в/в 25	100 – 175 в/м + в/в 50 – 75	200 – 250 в/м + в/в 100
Миансерин	15 – 30	30 – 90	
<i>Антидепрессанты иной химической структуры</i>			
Тразодон	75 – 150	225 – 450	
<i>Селективные ингибиторы реаптейка серотонина</i>			
Пароксетин	10	20	
Сертралин	50	50 – 100	
Флувоксамин	50	100 – 200	
Флуоксетин	20	20	
Циталопрам	20	40	
<i>Необратимые ингибиторы MAO</i>			
Ниаламид	50 – 75 в/м + в/в	100 – 400 в/м + в/в	450 – 800 в/м + в/в
<i>Обратимые ингибиторы MAO</i>			
Моклобемид	150	150 – 300	
Пирлиндол	25 – 75 в/м + в/в 25 – 50	100 – 225 в/м + в/в 75 – 100	250 – 500 в/м + в/в 125 – 200

**Таблица 18**  
**Транквилизаторы и снотворные (дозировки)**

Препарат	Дозы, мг		
	малые	средние	высокие
Алпразолам (ксанакс, кассадан)	0,5 – 4	4 – 6	6 – 10
Бромазепан (лексилиум, лексотан)	3 – 12	12 – 18	18 – 36
Гидазепам	20 – 50	50 – 100	100 – 150
Гидроксизин (атаракс)	20 – 50	50 – 100	100 – 300
Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон)	5 – 20	20 – 40	40 – 60
Золпидем (ивадал, санвал)	5 – 10	10 – 15	15 – 20
Зопиклон (имован)	3,75	7,5	15
Клоназепам (антелепсин, ривотрил)	0,5 – 2	4 – 8	8 – 16
Клоразепат (транксен)	15 – 30	30 – 40	40 – 60
Лоразепам (мерлит)	1 – 4	4 – 6	6 – 10
Медазепам (мезепам, рудотель)	10 – 20	20 – 40	40 – 60
Мидазолам (дормикум)	7,5	15	30
Нитразепам (радедорм, эуноктин)	2,5 – 5	5 – 10	10 – 15
Оксазепам (нозепам, тазепам)	10 – 20	30 – 60	60 – 90
Темазепам (сигнопам)	7,5	15	30
Тофизопам (грандаксин)	50 – 150	150 – 200	200 – 300
Триазолам (хальцион)	0,125 – 0,25	0,25 – 0,5	0,5 – 1
Феназепам	0,5 – 1,0	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
Флунитрозепам (рогипнол)	0,5	1,0	1,5 – 2,0
Хлордiazепоксид (элениум)	20 – 40	40 – 60	60 – 100

**Таблица 19**  
**Нормотимики (тимоизолептики),  
их дозировки и схемы приёма**

Название препарата	Лекарственная форма	Оптимальный интервал суточных доз	Частота приёма однократной дозы	Особые условия
Лития карбонат	таблетки по 0,3 г	0,6 – 1,2	3 раза в день	контроль концентрации лития в плазме крови
Лития карбонат (контемнол)	таблетки по 0,5 г	0,5 – 0,15	1 раз в день	— «» —
Лития оксибутират	20%-й раствор для инъекций в ампулах по 2 мл	1,6 – 3,2	3 раза в день	— «» —
Карбамазепин (финлепсин, тегретол и другие)	таблетки по 0,2 г	0,4 – 1,0	2–3 раза в день	
Карбамазепин-ретард (финлепсин-ретард, тегретол ЦР)	таблетки по 0,2 г и 0,4 г	0,4 – 0,8	1 раз в день	
Вальпроат натрия (ацедипрол, конвулекс, депакин, энкорат, апилепсин и другие)	таблетки по 0,15 г и 0,3 г	0,6 – 1,4	2–3 раза в день	
Вальпроевая кислота (депакин-хроно)	таблетки по 0,3 г и 0,5 г	0,5 – 1,5	1 раз в день	

## Глава 21

**ЛОГИКА И СЕМИОТИКА ДИАГНОЗА  
В ПСИХОТЕРАПИИ.  
ОБЩАЯ [ПСИХО]ДИАГНОСТИКА  
И СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ  
ПРИЁМЫ**

**21.1. Логика и семиотика психотерапевтического диагноза. Основные положения**

Для психотерапевтического диагноза характерны функциональная направленность и высшие степени идиографичности.

Семиотикой психотерапевтического диагноза являются «нормальная» психотерапевтическая феноменология (клиническая психофеноменология), клиническая психотерапевтическая синдромология, психопатологическая синдромология и патопсихологическая регистр-синдромология.

Основные логико-тактические положения психотерапевтической диагностики таковы.

**I. Базирование психотерапевтического диагноза на клинко-феноменологическом (в частности, клинко-психопатологическом) подходе.**

**Методы:**

*клинко-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика, психотерапевтическое собеседование в сочетании с этологической диагностикой, сбор психоанамнеза, патоперсоналогическое исследование; учёт данных общемедицинского обследования.*

**Комментарий:**

- 1) психотерапевтический диагноз реализуется в сфере пато-нозологической компетенции психотерапии, в частности, в поле психопатологических форм — как непсихотических, так и психотических (неврозология, реактивные состояния и прочее);

- 2) клинко-психопатологическое исследование позволяет сформировать первую — пато-нозо-синдромальную, точнее нозо-синдромально-персоналогическую, — часть психотерапевтического диагноза;
- 3) необходимо постоянное отграничение эндогенных психотических состояний, подлежащих курации в психиатрическом стационаре, прежде всего в силу наличия там необходимых организационных форм;
- 4) данные общемедицинского обследования могут выступать в качестве дополнения, «расширения» пато-нозо-синдромальной части.

**II. Проведение идентификации личности пациента.**

**Методы:**

*патоперсоналогическое исследование, психотерапевтическое собеседование, клинко-психофеноменологическое исследование.*

**Комментарий:**

- 1) психотерапевтический диагноз располагается в рамках патоперсоналогии;
- 2) с целью более полной формулировки диагноза (его нозо-синдромально-персоналогической части) проводится диагностика и квалификация личностных особенностей пациента (акцентуаций [характера] и прочего);
- 3) в процессе психотерапевтической диагностики происходит выявление и анализ механизмов психологической защиты.

**III. Следование принципам пато-нозологической конгруэнтности и критериям выбора психотерапевтических методов (методик).**

**Методы:**

*клинко-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы и диагностика клинкопсихотерапевтического эффект-синдрома.*

**Комментарий:**

- 1) диагностика неразрывно связана с терапией — собственно, она и проводится для определения саногенной компетентности последней по отношению к тем или иным патологическим состояниям и нозологическим формам;



- 2) надлежит помнить о нозоспецифичности психотерапии, то есть следить за соблюдением принципа пато-нозологической конгруэнтности.

#### IV. Постоянная ориентация на психотерапевтическую феноменологию.

##### Методы:

*клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы.*

##### Комментарий:

- 1) необходимо выявление основных психотерапевтических феноменов (инструментальных, саногенных, дефензивных, смешанных, интеркуррентных, вспомогательных и прочих; групповых и индукционных феноменов);
- 2) требуется постоянная ориентация на выявленные феномены.

#### V. Диагностика клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

##### Методы:

*клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

##### Комментарий:

- 1) следует помнить, что клинический эффект-синдром представляет собой комплекс клинических, психологических, поведенческих и прочих [про]явлений, возникающих в результате реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии;
- 2) указание на конгруэнтные клинические психотерапевтические эффект-синдромы формирует вторую составную часть диагноза в психотерапии.

#### VI. Перманентная диагностика метасиндромов.

##### Методы:

*клинико-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика, клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

##### Комментарий:

1) напомним, что при взаимодействии клинического эффект-синдрома с психопатологическим синдромом (симптомокомплексом) происходят их слияние и модификация, что приводит к появлению третьей, качественно отличной [психодинамической] структуры — метасиндрома, являющегося тем самым магистериумом, философским камнем любой [клинической] психоической терапии;

2) обозначение метасиндрома фактически выполняет функции четвертой, факультативной — прогностической — части психотерапевтического диагноза (очевидно, что она может быть выставлена лишь в процессе психотерапии).

#### VII. Постоянный контроль *ex juvantibus*.

##### Методы:

*психотерапевтическое собеседование, этологическая диагностика, клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.*

##### Комментарий:

эффект-синдромы, достигаемые в процессе курсовой психотерапии, могут претерпевать клинический метаморфоз, сопровождающийся изменением выраженности саногенного эффекта, в силу чего возможные изменения следует тщательно отслеживать, и при их появлении (трансформация эффект-синдрома) — стремиться к реадaptации или, в иных случаях, к замене техники / методики психотерапии<sup>156</sup>.

#### VIII. Дискурсивная одноплановость диагностики и терапии.

##### Методы:

*психотерапевтическое собеседование, сбор психоанамнеза, патоперсоналогическое исследование, нейропсихологическое исследование, клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе специ-*

<sup>156</sup> Влившись в метасиндром, став его частью, психотерапевтический эффект-синдром может изменить свои саногенные свойства, и его дальнейшая эксплуатация теряет целесообразность: его применение претерпевает неудачу, поскольку пути саногенеза оказываются блокированы. В силу этого подобные ситуации необходимо отслеживать и корректировать, добиваясь, в частности, достижения иных эффект-синдромов, и с помощью других психотехник.

альные диагностические (феноменные) приёмы и диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома.

#### Комментарий:

психотерапевтическая диагностика методологически, методически и стилистически соответствует проводимой [вслед за тем] терапии, что выгодно отличает психотерапевтический диагноз от диагноза в психиатрии, сексологии и некоторых других [психо]дисциплинах, где существует диссонанс между направленностью диагностики и характером терапии, серьёзное расхождение их плоскостей: диагностика отвечает одному дискурсивному стилю, а терапия — совершенно иному, почти всегда более обоснованному<sup>157</sup>.

#### IX. Этиопатогенетическая целостность психотерапевтического диагноза.

##### Методы:

клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома; клинико-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика.

##### Комментарий:

психотерапия — уже даже в её психотехническом воплощении — воспроизводит, в целом, те патогенетические пути, по которым происходило развитие заболевания, для наложения [пато]физиологически идентичных — но отличных по эффекту — саногенетических воздействий.

<sup>157</sup> В психиатрии — своеобразный иносказательный дискурс, диагностика, по сути, сугубо конвенциональная, её критерии, как и методы исследования, преимущественно вербальны; проводимое же лечение — биохимическое, направленное на симптом, — или же вообще [общее]биологического плана, и лишь потом — неспецифическая трудовая / активирующая [психо]терапия.

В сексологии — комплексный диагноз с выраженной социально-психологической аранжировкой; в области же терапии — медикаментозное лечение имеет в основном восполняющий или стимулирующий характер; поведенческая терапия (тренинги) направлена на устранение конкретного расстройства [в паре]; психотерапия — рациональная с элементами суггестии — пассивно ориентирована на улучшение межличностных отношений; профилактика же — инертно-информационна. На практике же наблюдается назначение стимулирующих, или активирующих (в том числе гормональных), средств при затруднениях психологического плана.

#### X. Идентификация личности психотерапевта для формирования комплиментарно-конгруэнтных взаимоотношений<sup>158</sup>.

##### Методы:

клинико-культуральное исследование, нейропсихологическое исследование, клинико-психофеноменологическое исследование, в том числе специальные диагностические (феноменные) приёмы.

##### Комментарий:

- 1) требуется постоянный учёт феноменов [«со стороны» психотерапевта] и трансперсональных феноменов;
- 2) диктуется внесение необходимых изменений, в частности — стилистическая аранжировка поведения психотерапевта и манеры психотерапии;
- 3) последовательно проводится определение семантических полей для обусловливания совпадения культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента.

#### XI. Формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона.

##### Методы:

анализ терапевтического и подбор специального (экспериментального) фармакологического фона.

##### Комментарий:

- 1) соблюдается введённое положение о необходимости совпадения направленностей психотерапевтических и фармакологических воздействий (речь идёт не столько о вспомогательном, специальном фоне (созданном для целей фармакопсихотерапии: наркосуггестия, наркоанализ / наркосинтез, психоделические техники и прочее), сколько об эффектах, получаемых согласно традиционным схемам [приёма] психотропных препаратов);
- 2) анализ фармакологического фона является частью диагностики клинического психотерапевтического эффект-синдрома;
- 3) индикация существующего или желательного фармакологического фона — третья часть психотерапевтического диагноза.

<sup>158</sup> Так, для пациента с истероидными чертами традиционно приемлем директивный, властный, стеничный психотерапевт. Напротив, — мягкому, интровертированному пациенту больше соответствует стиль «гуманистического» психотерапевта — сопровождение, утешение, беседа.

Вопрос о персонологической идентификации психотерапевта касается также проблемы корреляции личностных особенностей и практикуемого метода психотерапии (см. рубрики «профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта» главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия»).

\* \* \*

Итак, психотерапевтический диагноз при первичном приёме является трёхчастным: нозо-синдромально-персоналогическим (I часть) с указанием конгруэнтного эффект-синдрома (II часть) и [желательного] фармакологического фона (III часть).

Психотерапевтический диагноз также выполняет прогностические функции — они заключаются в обозначении мета-синдрома (и тогда диагноз становится уже четырёхчастным), а кроме того, обеспечивает возможность комбинации с данными параклинических методов исследования.

Для облегчения процедур постановки и формулирования диагноза удобно пользоваться размещёнными выше и приводимой ниже таблицами.

Так, I, [клинико-]диагностическая часть формируется согласно таблице 20 (с ориентацией на таблицу 12).

Часть II, психотехническая выставляется по таблицам 4, 5, 10, 11.

Для указания фармакотерапевтической, III части психотерапевтического диагноза целесообразно воспользоваться таблицей 6, а также таблицами 15 — 19.

Наконец, IV, прогностическая часть может быть добавлена в процессе терапии с помощью таблиц 13 и 14.

Примеры формулировок психотерапевтического диагноза:

*Обсессивно-фобический синдром психотравматического генеза; [конгруэнтный] гипомнестический клинический психотерапевтический эффект-синдром; транквилизирующий фармакологический фон.*

*Соматосенсорный синдром на сосудистом фоне; [конгруэнтный] каталептический клинический психотерапевтический эффект-синдром; гипотензивный фармакологический фон.*

*Алгогенный астеноневротический синдром; [конгруэнтный] релаксационный клинический психотерапевтический эффект-синдром; терапевтический фармакологический фон.*

*Психовегетативный синдром у истероидной личности; [конгруэнтный] гипноидный клинический психотерапевтический эффект-синдром; седативный фармакологический фон.*

*Психогенный депрессивно-ипохондрический синдром у личности, акцентуированной по дистимичному типу; [конгруэнтный] просоночный клинический психотерапевтический эффект-синдром; антидепрессивный фармакологический фон.*

Таблица 20  
[Клинико-]диагностическая часть  
психотерапевтического диагноза

Психопатологический синдром	ординарные		астенический, астеновегетативный, астено-депрессивный, астеноневротический, депрессивный, ипохондрический, истерический, обсессивно-компульсивный, обсессивно-фобический, паническая атака, психастенический, психовегетативный, соматосенсорный etc.			
	окказиональные		гёбондный, маниакальный, параноидный, психоорганический, психосенсорный etc.			
	эксклюзивные		аментивный, апатико-абулический, галлюцинаторно-параноидный, гебефренический, делириозный, деменции, катагонический, корсаковский амнестический, онейроидный, паранойальный, парафренный, помрачения сознания, псевдопаралитический, эпилептический etc.			
Дополнительные указания	расширение	этиопатогенетическое		патоперсоналогическое		
		(φ) фон	(g) генез	(л) патоперсоналогия		
	формулировка	... на [...] фоне		... генеза	... у личности ...	
				...-генный	... у [...] личности	акцентуированной по [...] типу
	В а р и а н т ы	сосудистый психотравматический органический алгический (хроническая боль)	сосудистый	истероидной	демонстративному	
				ананкастической	педантическому	
			психотравматический	паранойальной	застывающему	
			соматический (соматогенный)	эпилептоидной	возбудимому	
			алгогенный	мозаичной	смешанному	
			психогенный	тревожной	тревожному	
эндогенный			эмоционально неустойчивой	циклотимному		
экзогенный				гипертимному		
травматический			шизоидной	эмотивному		
интоксикационный				дистимичному		
	зависимой	экзальтированному				
		шизоидному				
	диссоциальной	агрессивно-рентному				
		диссоциальному				

## 21.2. Общая [психо]диагностика. Специальные диагностические приёмы

Психотерапия является специфической областью приложения *психодиагностики*, неверно отождествляемой — вследствие пестования конъюнктурно-дисциплинарной дихотомии «*патопсихология — психопатология*» — исключительно с экспериментально-психологическими исследованиями (в клинике или вне её).

Дефинитивное наполнение синтагмы *психодиагностика* — «псих[олог]ическая диагностика», то есть «диагностика психики» (куда включены, конечно же, и диагностика *психического развития*, состояния *психических сфер*, анализ *психопатологических феноменов*, *патопсихологических регистр-синдромов* и прочее подобное).

Каждый из методов психотерапии, особенно практикуемый в [своём] классическом варианте, предлагает собственный диагностический аппарат — различного уровня сложности, оригинальности, детерминированности, клинической нагруженности, семиотической информативности, патогномичности и так далее.

Тем не менее можно предложить определённый универсальный набор методов, последовательно направленных на реализацию логико-тактических положений психотерапевтической диагностики:

*психотерапевтическое собеседование; этологическая диагностика; сбор психоанамнеза; клинко-психофеноменологическое исследование, включающее специальные диагностические (феноменные) приёмы, диагностику клинического психотерапевтического эффект-синдрома и факурсное клинко-психопатологическое исследование; патоперсонологическое исследование; нейропсихологическое исследование; клинко-культуральное исследование.*

### *Психотерапевтическое собеседование*

Очевидно, что основным методом получения информации о пациенте, источником и одновременно способом познания и осознания психо[пато]логических явлений на основе вербальной и эмфатико-интонационной коммуникации служит *психотерапевтическое собеседование*.

Называемые функции психотерапевтического собеседования — *коммуникативная, информативная, диагностическая и куративная*.

Психотерапевтическое собеседование может быть как свободным, неструктурированным («исповедь», или «клиническое» интервью), так и формализованным, структурированным; предпочтение следует отдавать нарративному, «глубинному» интервью, когда имеется фиксированный круг вопросов, направленных на реконструкцию «истории жизни» пациента.

Общие структурно-стадиальные блоки психотерапевтического собеседования таковы<sup>159</sup> [1, с. 620]:

- установление психотерапевтического контакта;
- *сбор психоанамнеза и, в случае наличия, катанестических данных;*
- *психотерапевтическая диагностика;*
- *определение динамики проявлений заболевания в процессе лечения;*
- психотерапевтические воздействия;
- оценка успешности хода психотерапии;
- подытоживание результатов решения задач, которые были поставлены в ходе собеседования.

Стилистика поведения психотерапевта может меняться в зависимости от его методистской ориентации и располагаться в понятийных континуумах «директивность — недирективность», «эмпатия — “зеркало”» и прочих. В целом, различные методы и методики психотерапии диктуют разного уровня специфичности общую стилистику поведения; к вариантам последней относятся: *эмпатия* клиент-центрированной психотерапии, *конструктивизм* бихевиоризма, *отстранённость* классического психоанализа, *директивность* гипносуггестии и эмоционально-стрессовой психотерапии, *авторитаризм* рациональной психотерапии, «*экспертная*» позиция нейро-лингвистического программирования, *со-участие* «эриксоновского» гипноза, *сопровождение* гештальт-терапии, *конгруэнтная вариативность* психометодологии, и так далее.

### *Этологическая диагностика*

Сопряжённая с клиническим обследованием *этологическая диагностика* основывается на фиксации признаков и проявлений невербального поведения.

В настоящее время накоплены обширные данные об особенностях развития человека, ритуалах, социальном взаимодействии в груп-

<sup>159</sup> Диагностические блоки выделены курсивом.

пах, половых различиях в поведении, реализации агрессии и конфликта, поведенческих проявлениях психопатологических состояний [1]\*.

Типология поведения человека включает *элементы* — простейшие фиксируемые признаки, *паттерны* — комплексы поведения и *сложные формы*, составляющие контекст поведения; в неё входят также ритм и пространство (геометрия) поведенческих проявлений.

Записанная в течение некоторого времени типология поведения называется *этограммой*; она отражает индивидуально-типологические особенности человека.

Элементы и паттерны поведения, патогномичные конкретным переживаниям пациентов, могут быть учтены в психотерапевтическом процессе, например в групповой психотерапии; более того, эти признаки подлежат ранжированию (в частности, для определения степени скрытой агрессии / доминирования — субмиссии / подчинения).

Так, например:

- переживания тревоги проявляются в длительной фиксации рук[и] на горле (поведенческий аналог *globus hystericus*); нарастание тревоги характеризуется притрагиванием или захватом частей тела (носа, другой руки) у мужчин и стереотипиями (частые прикосновения к груди и лицу) у женщин;
- паттерны скрытой депрессии проявляются, в частности, в увеличении продолжительности взгляда в окно или на источник света;
- паттерны скрытого страха характеризуются продолжительной фиксацией руки на животе;
- паттерны скрывааемых намерений и лжи выражены в асимметрии мимики и нарушениях гармоничности соотношения мимики, позы и жестов;
- агрессивные и аутоагрессивные тенденции заметны по ряду специфических признаков; в частности, количественным признаком агрессии является частота сжатия руки в кулак;
- существует связь и между направлениями взгляда, ориентацией тела и речью, что важно учитывать, например, при семейной терапии.

При рассмотрении типологии поведения в системе каналов коммуникации часто используются специальные глоссарии [1 — 3]\*. Так, в *визуальном* канале выделяют системы мимики, позы, жеста; в *аудиальном* — мелодику, тембр, тональность, ритм, паралингвистические элементы речи; в *тактильном* — частоту и области ауто- / гетерогруминга.

Психотерапевт — независимо от практикуемого им метода (методики) психотерапии — должен проводить первичную этологическую диагностику, заключающуюся в объективном описании основных паттернов поведения и базисного механизма последнего. В последующем в ходе работы он фиксирует изменение особенностей поведения пациента.

Особое значение это приобретает при длительной работе с аномалиями личности и при психотерапии невротического развития. При групповой [психо]терапии геометрия «портрета» группы может

зависеть от «фокуса внимания» (то есть от участника группы, на котором фиксировано внимание окружающих). В той или иной мере психотерапевт всегда интуитивно чувствует изменение геометрии группы, но при просмотре видеозаписи возможна объективизация причин успехов / неудач, причём по простым жестам закрытия — открытия частей тела, учитывая биологический контекст этих паттернов.

Этологические методы позволяют также правильно построить телесно-ориентированную психотерапию, поскольку степень «сокрытия» различных частей тела имеет биологический подтекст.

Так, в этологическом контексте сутулость рассматривается как фиксированное «прятание» головы, что является инстинктивным паттерном страха; шаркающая походка — как фиксированная поза подчинения, являющаяся паттерном субмиссии, и так далее.

### Психоанамнез

Протокол сбора анамнестических сведений, в целом подобный традиционной процедуре *психоанамнеза*, содержит ряд специфических вопросов, направленных, во-первых, на диагностику личности и типов личностного реагирования [в различных ситуациях], а во-вторых, на исключительно важные для [психотехнической] реализации психотерапии случаи проявления внушаемости, гипнабельности, принятия решений под влиянием других [лиц] — то есть спонтанных феноменов, близких к психотерапевтическим (особенно к воротным, саногенным и индукционным).

### Специальные диагностические (феноменные) приёмы

В рамках каждого из методов (методик) психотерапии разработаны *специфические приёмы*, направленные на диагностику всех классов психотерапевтических феноменов, равно как феномен-концептов и концепт-феноменов (см. рубрики «диагностические приёмы» главы «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия»).

Так, для суггестивных методов — это прежде всего *исследования внушаемости*, для гипнотерапевтических техник — *определение степени гипнабельности*, для рациональной психотерапии — *оценка убеждаемости и выявление способности к логической переработке информации*, для психоанализа и психоаналитически-ориентированной психотерапии — *анализ свободных ассоциаций*, а затем — *сопротивления* и прочих концепт[-феномен]ов, для групповой [психо]терапии — *диагностика ряда индикаторных* (по отношению к возможности групповой коммуникации) *факторов*, для нейро-лингвистического программирования — *ана-*

лиз искажений «метамоделей», поведенческих комплексов-коррелятов глубинных [речевых] структур и другого, для трансактного анализа — диагностика и анализ типов транзакций, для психометодологии — диагностика памяти, ретроанализ ассоциаций, изучение особенностей интериоризации «внешней» речи, и тому подобное.

### **Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома**

В настоящее время диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома уже основывается на выявлении и интерпретации совокупности только лишь клинических признаков.

Формирование — а вслед за тем и редукция до клинического уровня — процедуры этой диагностики стали возможными благодаря проведению комплекса экспериментов, в процессе которых осуществлялись выявление и исследование **сопряжений** [саногенных] **феноменов**, ассоциированных со всеми основными методами (методиками) психотерапии, и **клинических эффект-синдромов**, с сопутствующими нейро(био)химическими, нейропсихологическими, нейро(электро)физиологическими коррелят-механизмами (составляющими коррелят-паттерны) и этологическими коррелятами.

### **Клинико-психопатологическое исследование**

Наряду с традиционной процедурой психиатрической диагностики (с психопатологически-диагностической, дифференциально-диагностической, организационной и некоторыми другими целями) используется расширенный вариант *клинико-психопатологического исследования*, адаптированный для распознавания и диагностики метасиндромов.

### **Патоперсоналогическое исследование**

Комплементарное *патоперсоналогическое исследование*, включающее элементы экспериментально-психологического, направлено на выявление личностных особенностей пациента, а также их изменений вследствие имеющегося заболевания.

### **Нейропсихологическое и клинико-культуральное исследования**

Диагностика должна включать как минимум определение семантических полей для обеспечения совпадения культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента. То же касается [выработки] этно-культурально детерминированной стилистики поведения и взаимоотношений.

## Глава 22

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО (ПСИХОЗЫ<sup>160</sup>) И СПЕЦИАЛЬНОГО (ДЕФЕКТОЛОГИЯ) ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Сегодня психотерапия — как «лечение психологическими средствами», в тривиальном её понимании, — якобы не может применяться, как самостоятельный метод, в рамках психиатрической клиники, то есть психотерапией нельзя *лечить психозы*, но лишь вводить её в систему иных, *патогенетически обоснованных*, мероприятий.

Тем не менее ещё в 50-е годы XX века рубрика «психотерапии психозов» в психотерапевтических сборниках никогда не оставалась пустой (да что говорить — достаточно уже самого факта её существования!). Разумеется, тогда речь шла о «классических» методах (в отечественном психотерапевтическом пространстве, правда, за исключением психоанализа, — хотя гипноанализ-то процветал!), а также о комбинированной — с медикаментозными подходами — психотерапии *im großen und ganzen*.

Вполне конкретно формулировались вопросы показаний и противопоказаний к [проведению] психотерапии у психически больных.

Обратимся к материалам первой послевоенной конференции по психотерапии, к соответствующему разделу [1].

*Показания к гипнотерапии:* нерезко выраженные депрессии и гипоманиакальные состояния, чистые галлюцинозы, ипохондрические синдромы, психогенный ступор, псевдодеменция и эпилептические дисфории.

*Противопоказания к гипнотерапии:* пониженная внушаемость ([психо]техническое затруднение) и наличие у больных бредаобразования (подчёркивается, что последнее противопоказание подлежит дальнейшему уточнению — sic!).

<sup>160</sup> Речь пойдёт почти исключительно о психозах, потому что иные психопатологические классы — *plutôt*, применяемые по отношению к ним психотерапевтические влияния, — изучены если не досконально, то исключительно подробно; я говорю об этом, не обсуждая адекватности подобного рода мероприятий.

Показания к психотерапии убеждением (включая элементы внушения наяву)<sup>161</sup> очень широки: параноидные, галлюцинаторные, депрессивные и гипоманиакальные состояния, ипохондрический синдром, нерезко выраженные аментивные состояния, делирии (в моменты спада галлюцинаций и прояснения сознания); реактивные, посттравматические, постинфекционные, маниакально-депрессивный психозы, многие формы шизофрении (депрессивная, ипохондрическая, навязчивая, параноидная, галлюцинаторно-параноидная), эпилепсия (дисфории и параноид), пресенильные психозы, сосудистые психозы, соматогении.

Таким образом, единственным *противопоказанием к психотерапии убеждением* является невозможность контакта с пациентом (в силу глубоких расстройств сознания, резкого психомоторного возбуждения, глубокого ступора, далеко зашедшего слабоумия или иных подобных расстройств) [2, с. 172 — 173].

Следует также отметить методику *сомнопсихотерапии* (М.М. Перельмутер) [3], применявшуюся для лечения шизофрении, реактивных состояний, психопатий, циркулярного психоза.

Ситуация манкирования психотерапией в последующие десятилетия была потенцируема — помимо увлечённости перспективами психофармакотерапии — бытовавшими концепциями [этио]патогенеза центральной фигуры клинической психиатрии — *шизофрении* (или же, согласно иным воззрениям, *группы шизофрений*), так что представления о *психогенезе* этого антропоспецифического страдания оказались погребены под *аутоимунно-интоксикационными, экзогенно-инфекционными, наследственно-генетическими* и прочими гипотезами.

Тем не менее роль психогении как *разрешающего фактора* психоза не только вполне допускается, но и не вызывает сомнений, равно как признаётся этиопатогенетическое значение различного рода *вторичных развитий, постпсихотических статусов, патоперсоналогических сдвигов* и прочих подобных состояний, вполне подлежащих — в терапевтически-коррекционном или превентивно-предупредительном плане — компетенции психотерапии, и прежде всего именно ей. Таким образом, психотерапия практически отстранена только лишь от периода *манифеста* [психоза].

В то же время в повседневной психиатрической (как, кстати, и в любой другой клинической) деятельности нельзя избежать рационально-суггестивных, информационных или даже экзистенциальных воздействий; дидактико-поведенческие же влияния относятся к её непосредственным задачам.

<sup>161</sup> Здесь сказывается влияние забытой сегодня дискуссии о том, тождественны или нет [метод] *убеждения* и *внушения наяву*.

Разумеется, даже те психиатры, которые исповедуют своеобразный «психиатрический пуризм», работают в насыщенной атмосфере психотерапевтических полей — это очевидно, так как рационально-суггестивные и дисциплинарно-поведенческие моменты уж точно-то используются повседневно и повсеместно.

Стоит вспомнить и дифференциально-диагностическую казуистику: концепция «schizophrenia mitis» А. Kronfeld'a основной чертой последней полагала возможность излечения её психотерапией.

Возможно, что организационный порядок госпитализации, а также сохраняющиеся [элементы] практик[и] изоляции и стеснения, — а психофармакотерапия, в своём поведенчески-корректирующем аспекте является, несомненно, преемницей последней, — заведомо исключают формирование полноценной терапевтической диады (читай: психотерапевтического контакта), во всяком случае на первых порах. Разумеется, определённый барьер создаёт сама психотическая феноменология [поведения], — хотя совсем не в той мере, как это кажется со стороны (и я не имею в виду усилия Е. Kretschmer'a и иже с ним «овладеть причудливым арго и символикой кататоника и обучиться их переводу на язык нормальных»), да и психотерапия — отнюдь не одно только душесловие.

\* \* \*

Назову основные направления и сферы применения психотерапии в психиатрической клинике, включая собственно психотерапию психозов:

- симультанно-мнестическая психотерапия психозов как метод выбора, направленный на купирование психотической психопатологической симптоматики при условии формирования конгруэнтного фармакотерапевтического фона<sup>162</sup>;
- различные — в зависимости от организационных форм оказания психиатрической помощи — методы и методики психотерапии, призванные восполнять дефект;
- психотерапия, ориентированная на патоперсоналогию («вторичные развития») при эндогенных психозах<sup>163</sup>;

<sup>162</sup> Применение симультанно-мнестической психотерапии шизофрении на примерах конкретных историй болезни рассмотрено отдельно, в главе «Клиническое, специальное и социальное применение и противопоказания симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии)».

<sup>163</sup> Собственно говоря, вопросы *патоперсоналогии* эндогенных психозов естественным образом приводят к идее использования — для коррекции психогенно-личностных образований — различных методов психотерапии.

- [традиционная] фармакопсихотерапия психозов как сфера специфического преломления психотерапии;
- психотерапевтическое опосредование и потенцирование медикаментозной<sup>164</sup> и биологической терапии;
- вспомогательная психотерапия как совокупность методов в комплексе ресоциализационно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, психотерапия неявно разделяется на несколько классов — и практика показывает, что различия между ними весьма существенны; это: *психотерапия реабилитационно-ресоциализационная, психотерапия поддерживающая* и, наконец, *психотерапия клиническая*<sup>165</sup>.

Организационно такая психотерапия должна строиться в соответствии с существующими формами оказания психиатрической (и психотерапевтической) помощи; к ним относятся:

- психиатрические стационары;
- отделения невротозов и пограничных состояний;
- психиатрические отделения в структуре многопрофильных общесоматических больниц;
- психоневрологические диспансеры;
- психоневрологические интернаты («дома психохроников»)<sup>166</sup>.

### 22.1. Психогенез, патоперсонология и психотерапия психозов

Говоря о связке «психогенез — патоперсонология — психотерапия» в отношении психозов, я подразумеваю, что при оценке глобальных психотерапевтических стратегий и применении частных методов следует исходить из признания

<sup>164</sup> Как указывают Б.Д. Карвасарский и соавторы, в настоящее время всё более признанным становится положение, согласно которому возможно методами психотерапии стабилизировать антипсихотическое действие психофармакологических средств, упрочить их противорецидивный эффект, а также, в случае уменьшения эмоционально-аффективного напряжения у больных, на фоне психотерапии снизить дозировки психотропных препаратов [4, с. 707].

<sup>165</sup> Всё дело в том, что речь идёт не об аспектах, сторонах, гранях некоей единой вспомогательной практики, а о несовпадающих, дискурсивно различных *Sichte* рассмотрения и понимания психотерапии.

<sup>166</sup> Находятся в ведении Министерства труда и социального обеспечения.

роли психогений<sup>167</sup> в этиопатогенезе (и общей патоперсонологии) психозов.

Очевидно, что представления о психотерапии психозов определяются [этиопатогенетическими] воззрениями на происхождение и природу психозов, которые поддерживаются специалистом.

Так, касаясь одной из наиболее значимых форм — шизофрении<sup>168</sup> — следует констатировать, что понимание её как исключительно *органического* процесса делает психотерапию синонимом реабилитации; признание *генетической* природы заболевания смещает акцент психотерапии в сторону профилактики (а возможно — и психопрофилактики); большинство же психиатров, разделяющих концепцию *психогенетической* природы шизофрении, придают психотерапии ведущее значение в лечении этого заболевания. Последнее справедливо также в том случае, когда шизоформные расстройства расцениваются как проявления некоего *экзистенциального кризиса* (хотя подобные псевдокуративные дискурсы, как правило, имеют место во внегоспитальных условиях).

Собственно говоря, связка «психогенез — [патоперсонология] — психотерапия» выражает психотерапевтический подход, который может быть обозначен как **клинико-психотехническое моделирование**. Как ещё будет показано ниже, саногенетические механизмы симультанно-мнестической психотерапии являются, по сути, *гомеопатогенетическими* (психотехники, эксплуатирующие инструментальные и воротные феномены) и *аллосаногенетическими* ([интрузивные] психотехники, использующие саногенные феномены).

Психотерапия психотехнически реализуется по тому пути, по которому произошло возникновение расстройства, — то есть патогенетическому.

В частности, проводится тщательный клинико-психопатологический феноменно-синдромальный анализ заболевания, а затем достигается конгруэнтный клинический эффект-синдром с соответствующими коррелят-механизмами (в том числе — при помощи фармакологического опосредования).

По достижении — психотерапевтически или фармакопсихотерапевтически — повторения [модели] патогенеза, с учётом конгруэнтного эффект-синдрома, проводятся различные психотерапевтические — «чистые» — приёмы, ассоциированные с одним из саноген-

<sup>167</sup> Хочу подчеркнуть, что я отнюдь не сторонник теории чисто «психогенетической» природы шизофрении.

<sup>168</sup> [Нозоформа] шизофрении для психотерапевтического моделирования мне кажется наиболее обоснованной и привлекательной — как «центральный» психоз, *caput mundi* любых психо-ятрических устремлений (а также причина огромных социально-экономических потерь).



ных психотерапевтических феноменов; при этом мишенью психотерапевтического воздействия — и одновременно показателем [психо]-динамики — являются формирующиеся метасиндромы.

Таким образом, рассмотрение психотерапии психозов, не исключая при этом периода манифеста, — то есть психотерапии как метода выбора — возможно в патогенетической связке «психогенез — патоперсонология — психотерапия».

## 22.2. Психотерапия в дефектологии

Психотерапия в дефектологии охватывает широкий круг задач, связанных как с поддержкой и коррекций общего психического развития, так и с купированием специфических форм психопатологии, возникающих у лиц с дефектами.

Психологические особенности контингентов дефектологических учреждений, равно как и разнообразные формы психической патологии, в том числе эндогенной, развивающейся у лиц с дефектами, обладают выраженной спецификой.

Основные направления психотерапевтической работы в сфере дефектологии таковы:

- психотерапевтическое и психокоррекционное сопровождение общего психического развития;
- адаптация существующих методов и методик, а также выработка организационных форм психотерапии в отношении контингентов дефектологических учреждений;
- коррекция специфических форм психической патологии, возникающих у лиц с дефектами;
- разработка, оптимизация и проведение этико-деонтологических мероприятий с персоналом дефектологических учреждений и работниками социальных служб;
- семейная психотерапия и семейное консультирование родных и близких лиц, имеющих дефекты;
- семейная реабилитация, включающая сексологическое консультирование, лиц с дефектами;
- поиск конгруэнтных формам дефектов и сформированным под их влиянием особенностям психофизиологии и личностной сферы клинических психотерапевтических эффект-синдромов;
- коррекция и психопрофилактика девиантных форм поведения у лиц с дефектами;

- психотерапевтическое потенцирование ресоциализационно-реадаптационных мероприятий, проводимых в отношении лиц с дефектами;
- исследования в области оптимизации общего и профессионального обучения этих контингентов, в том числе с помощью суггестопедических методов;
- психопрофилактика социальной депривации лиц с дефектами.

Организационные формы психотерапии в дефектологии зависят от существующих структур оказания дефектологической помощи; основным учреждением для проведения специальной психотерапии [в дефектологии] в настоящее время является специализированная школа-интернат для детей со специфической патологией.

\* \* \*

Следует также отметить, что под психотерапией в дефектологии понимаются совершенно разные дискурсивные и практические подходы: резко различаются *психотерапия слепых* (и слабовидящих), *психотерапия глухих* (и лиц со снижением слуха) и, наконец, *психотерапия страдающих олигофрениями*; это обусловлено неоднородностью самой дефектологии как специфической области психоической теории / практики: она распадается на *тифлодефектологию*, *сурдодефектологию* и *олигофренодефектологию* (соответствующие приставки имеют специальные отрасли психологии, педагогики и некоторых других дисциплин-практик<sup>169</sup>).

Очевидно, что лишь психотерапия в тифлодефектологии может разрабатываться как собственно психотерапия, в её обычном понимании. Тому есть несколько прозаических причин:

- тифлодефектология имеет большее, по сравнению с сурдодефектологией, социальное значение — прежде всего в силу тяжести инвалидизации, — и, кроме того, она являет собой совершенно уникальную «психоическую лабораторию», созданную самой природой;
- психотерапевтические разработки в области сурдодефектологии встречаются ряд психотехнических препятствий, начиная с того, что дактильная речь воспринимается через иную анализаторную систему (тем не менее специальные работы имеются [1 — 3]\*).

Отечественной дефектологией накоплен уникальный опыт по воспитанию и обучению слепоглухонемых [4]\*.

<sup>169</sup> Так, в своё время мною была проведена разработка основ *тифлосексологии* [5; 6]. Я также работаю над медико-культурологической монографией «*Тифлодефектология*».

Что касается психотерапии в третьем «царстве» дефектологии, то следует заметить:

— олигофренодефектология неоднородна — исходные состояния шизофрении весьма отличны от перинатальных повреждений; разрушение и недоразвитие «психотерапевтически» несопоставимы;

— *sub specie* психотерапии, как практики медико-ориентированной, олигофренология находится всё-таки в сфере психоической медицины<sup>170</sup>, и психотерапия в олигофренодефектологии является скорее рутинно-клинической, нежели специальной, или же вообще тяготеет к психотерапии в клинике [психиатрии].

---

<sup>170</sup> Мой опыт работы в психоневрологических интернатах подтверждает: высказанное мнение не лишено оснований, — и это при том, что подобные учреждения, как указывалось выше, имеют не-медицинское подчинение.

*Часть VIII*

**НАЧАЛА СИМУЛЬТАННО-  
МНЕСТИЧЕСКОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ  
(ПСИХОМЕТОДОЛОГИИ)**

*Симультанно-мнестическая психотерапия, или психометодология, разработана в понятийно-концептуальном поле интрадисциплинарной концепции психотерапии (см. главу «Основные позиции интрадисциплинарной концепции психотерапии»).*

*Симультанно-мнестическая психотерапия (французское *simultané* — одновременный < латинское *simul* — одновременно, в одно и то же время, и греческие *μνεία* или *μνήμη* — память, воспоминание), или психометодология (дорическое *ψύχω* — дыхание, дух, душа, и греческое *μέθ-οδος* — путь вслед [за чем]; научное исследование; способ исследования, метод; позже — наука, а также — многозначное греческое *λόγος*)<sup>171</sup>, представляет собой метод психотерапии, психотехнически опосредованный через мнестические функции.*

Основные моменты, отличающие предложенный метод, — это ориентация на *феноменологию памяти* — во всём разнообразии её проявлений, а также на *феноменологию [психологического] времени* — при всей аморфности и специфичности этого понятия.

Третьей — тесно связанной, практически ассоциированной с *интеллектуально-мнестической феноменологией* — составляющей симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) является понятие (а точнее, граф-концепт) «метода» («*μέθ-οδος*»), подразумевающее учёт индивидуально-гностических особенностей пациента (в частности, эпистемологического стиля, мифологичности, средовой референтности, рецептурности, функций денотации).

Не следует искать сущностные характеристики граф-концепта «*μέθ-οδος*» ни меж конвенциональных для психотерапии-психологии дивергентно-конвергентных синонимий типа «научение», «когнитивный стиль», «персональная наука» (по М. J. Mahoney) и прочих, ни среди науковедческих концептов, которые, в принципе, могут выступить — по отношению к психотерапии — в качестве дидактико-методологических, вроде «научно-исследовательской программы» (по I. Lacatos'у (1922 — 1974)).

Это просто вспомогательное понятие, — введённое, главным образом, с целью констатации / дескрипции баланса между эпистемами и мифологемами пациента.

---

<sup>171</sup> Подробно происхождение этих наименований я рассматриваю ниже.

Итак, понятийная платформа симультанно-мнестической психотерапии базируется на представлениях об [индивидуальной] памяти и [персональном] времени, а также о [личной] методе, respective методологии.

Эта часть монографии организована — и изложена — следующим образом: предпосылки разработки метода симультанно-мнестической психотерапии (нейро-биологические, клинические и социо-культуральные), симультанно-мнестическая психотерапия как метод и, наконец, её клиническое, специальное и социальное применение, а также противопоказания.

Начало первой из глав части представляет собой *confession*, — приведены вся предыстория, все ориентиры, какие я только мог вспомнить (приношу извинения за невольный *caletbour*): от образования до толкования сновидений, от воспоминаний до ассоциаций, от клиники до интроспекции, от речи до повседневности, всё-всё, *ohne Nehl*.

Здесь же я изложил — возможно, излишне подробно — те представления о нейро-биологии интеллектуально-мнестических функций, на которые опирался и в которых искал объяснения своим наблюдениям, а затем и подтверждения своим выводам: от основных моделей памяти до её патологии и фармакологии, от феномена гнозиса до концепций психологического времени, от сомниологии до нейро[психо]лингвистики, и многое другое. Разумеется, я давал только общие штрихи, однозначные, проверенные факты — *pro domo sua*, не без подборки, — но, *God is my witness*, как внимателен я был к неким утопическим (хотя и авторитетным), порой бесконечно далёким от повседневной клиники нейро[психо]-физиологическим идеям о *возможностях и путях хроно-мнестических влияний!* (Возможно, этот фрагмент специалистам в области мнестологии может показаться наивным, ведь проблема памяти необозрима, — но такова судьба клиники: в последние несколько веков её удел — вопрошать физиологию о *формальном*; это явление, впрочем, чисто социетального порядка.)

В следующей главе я изложил симультанно-мнестическую психотерапию (психометодологию) как метод, — практически во всём (напоминание не повредит!) следуя той же схеме, что применял и при разборе других методов. Допущенные отклонения мизерны: по понятным причинам опущена исто-

рико-персонологическая справка (поскольку отсчёт следует вести, в общем-то, с этой книги); указания на методолого-философские заимствования не выделены в отдельную рубрику, поскольку говорится о них постоянно, особенно в теоретико-методологических частях исследования; рубрика «профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта» разведена в две — «профессиональная подготовка и личность психотерапевта<sup>172</sup>» и «стилистика и семантика речи [и поведения]», что отражает то значение, которое придаётся этим моментам в рамках психометодологии; в рубрике «механизмы сано(пато)генеза» смещён акцент — «сано-» вынесено вперёд, — поскольку я говорю непосредственно о саногенезе, что достаточно редко встречается в текстах, посвящённых иным методам психотерапии.

Наконец, в заключительной главе рассмотрены вопросы *клинического* (а также, отчасти, *специального* и *социального*) *применения* симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии): фактически я докладываю о результатах его апробации и повседневного клинического использования. Обсуждаются также *противопоказания* психометодологии — и это очень важные моменты, особенно для клинического, интрузивного метода<sup>173</sup>.

<sup>172</sup> Здесь очень хотелось бы написать: *психометодолога* — ведь в рамках иных методов не стесняются декларировать конъюнктурно выгодную особость.

<sup>173</sup> К счастью, проблему *осложнений* можно опустить — по крайней мере, пока.

## Глава 23

## НЕЙРО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СИМУЛЬТАННО-МНЕСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПСИХОМЕТОДОЛОГИИ)

Говоря о существовании нейро-биологических, клинических и социо-культуральных предпосылок симультанно-мнестической психотерапии, или психометодологии (обратившие на себя внимание [заложеными в них возможностями], они вскоре стали источниками, из [области] которых я черпал аргументацию), я хочу показать, что разработанный метод психотерапии имеет серьёзное, отнюдь не умозрительное обоснование; его апелляции и аргументы персистируют в *истинных* — или, по крайней мере, признаваемых *достоверными* — стилях дискурса<sup>174</sup>.

Попытаюсь в целом охарактеризовать эти — исходные — сферы аргументации: клиническую и [нейро]биологическую, точнее, единую, клинико-[нейро]биологическую, сферу, касающуюся мнестических функций, — которые, кстати, тесно (хотя и не вполне проговорено) связаны с представлениями о *времени*, а также, особо, подчинённую ей совокупность концепций психологического времени, которые апеллируют к памяти напрямую, без соответствующей рефлексии. Эти две сферы тесно переплетены и в таком своеобразном психическом — хроно-мнестическом — феномене, как *сновидение*. Наконец, квинтэссенцией повседневной аранжировки — социо-культуральной, *par excellence*, — этих сфер являются представления о *прошлом*.

Таким образом, если сновидение является важнейшим психическим (хроно-мнестическим) фокусом, то прошлое выступает пересечением времени и памяти в социо-психической, культуральной аранжировке.

<sup>174</sup> Об иных, достоверных, стилях дискурса — применительно к сексологии — я говорил в «*Клинике сексологии*» [1, с. 406, 436, 463, 490, 498 — 500].

Дискретное рассмотрение этих феноменов — *памяти, психологического времени*, а с ними и *гнозиса* — обусловлено тем обстоятельством, что нужно подготовить диагностическую и психотехническую стороны метода; следовательно, надлежит знать сущность и свойства памяти, иметь представления о её [изолированных] поражениях, а также о её роли в патогенезе заболеваний психических, психосоматических и прочих. То же касается и времени — следует знать, как оно ведёт себя в целом, когда [патологически] изменяется и как используется в медицине и биологии (есть ведь даже *хрономедицина* и *хронобиология*). Наконец, гностические расстройства: и они встречаются отнюдь не редко, — а им отводится значительная роль в патогенезе различных ано[р]мальных состояний.

На эти базовые феномены и будут опираться [частные] диагностические приёмы и психотехники.

Нельзя также забывать *фармакологию* этих феноменов и их изменённых / патологических состояний; она разработана весьма подробно, хотя и совсем не в ключе настоящего исследования (я имею в виду — не в плоскости психотерапии).

Невозможно исключить и культуральное опосредование, так как «жизнь в болезни», один из весомейших *modus'ов vivendi* во все времена, — феномен вполне культурально-детерминированный.

Наконец, мы обратимся к возможностям и способам хроно-мнестических влияний — всем без разбора, известным в различных областях медицины-биологии, философии-психологии и социетальных практиках (точнее — к тем, [корректные] ссылки на которые мне удалось отыскать в литературе).

Однако вначале следует немного сказать о *préhistoire* метода и тех ориентирах, которые встретились на этом *chemin épineux*.

### 23.1. Предыстория и ориентиры

К основным шагам-ориентирам метода — его собственной логико-концептуальной канве, дополнительной по отношению к общей методологии исследования, — следует отнести:

- поиск той функциональной системы, того интрапсихического субстрата, который организует [в единое целое] иные психические процессы;
- целенаправленный анализ тех структурно-дискурсивных областей каждого из методов психотерапии, кото-

- рые условно названы «физиолого-теоретическое обоснование» и «механизмы пато(сано)генеза», — а также, в несколько меньшей степени, феноменологий, понятий и концептов, представлений о структуре личности etc. этих методов (см. главу «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия»);
- клинические наблюдения в психиатрических и «психотерапевтических» («пограничных», неврологических) клиниках, — в частности, изучение клинко-психопатологической феноменологии и синдромологической структуры манифестных проявлений шизофрении, её патоперсонологии, а также терапевтического патоморфоза;
  - собственные наработки в области проблемы *понимания сновидений*, практика толкования которых — притом исключительно разносторонняя, а не только символично-аналитическая, — как известно, насчитывает тысячелетия;
  - исследование понятия, категории, феномена «времени» — как в различных гуманитарных дисциплинах и естественных науках, так и в медицине и психологии;
  - изучение [практик] культур[аль]ного опосредования — а именно представлений о социо-психических феноменах: их разыгрывание, их символическая аранжировка, их сценическое воспроизведение, — всё это хорошо видно, например, в истории театра;
  - проведение лонгитудинальных интроспективных опытов-студий;
  - [психо]физиологическое осмысление известных нейрохирургических данных, прежде всего — касающихся феномена «вызванных воспоминаний» (W.G. Penfield (1891 — 1976) [и соавторы] [2; 3]);
  - ознакомление с концептом «архетипов» C.G. Jung’a [1]\*;
  - усвоение представлений о прошлом, и в частности констатаций, согласно которым материальная история — не более чем плоскость;
  - диффузный анализ литературы, где упоминались память и время<sup>175</sup>.

<sup>175</sup> Он оказался одновременно и продуктивным, и непродуктивным: я нашёл одну жемужину (которая, к сожалению, по прочтении оказалась perle d’eau douce), принадлежащую перу P. Janet: это монография «*L’évolution de la mémoire et de la notion du temps*» («*Эволюция памяти и понятие времени*») [2]\*.

### *Рефлексии времени*

Каждый из культуральных типов на всём протяжении своего существования просто-таки пронизан представлениями о времени. Понятие времени столь фундаментально, столь разнопланово и всеобъемлюще, полижанровая литература о нём столь необозрима, что любые быстрые-конъюнктурные построения представляются несерьёзными; более того, слишком общие бесполезны для настоящего исследования, а очень уж частные — непременно оказываются изолированными, рафинированными, односторонними (они фокусируются — в интересующем нас ракурсе — на [формально исследованной] проблеме психологического, персонального, личного времени, [ощущение] которого никоим образом, разумеется, не может быть свободно от культуральных влияний).

Назову поэтому лишь несколько работ, которые обратили моё внимание на этот феномен — со сциентистской, специальной точки зрения.

Это, не считая известнейшего трактата «*Физика*» Аристотеля Стагирита [3]\* и, разумеется, знаменитой «*Confessiones*» St. Augustin’a [4]\*, исследования И.Р. Пригожина (род. в 1917) [5]\*, «*Sein und Zeit*» (1927) М. Heidegger’a (одно из изданий на русском: [6]\*), историко-философский труд «*Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*» [7]\* К.Th. Jaspers’a [и некоторые другие].

### *«Die Traumdeutung»*

Исключительное влияние оказала на меня работа «*Die Traumdeutung*», «*Толкование сновидений*» S. Freud’a, — одна из известнейших работ психоанализа (кроме того, это была одна из моих первых «научных» книг).

Я познакомился с ней в издании 1913 года книгоиздательства «Современные проблемы» (отвратительный анонимный перевод с 3-го немецкого издания) [8]\*, а позже — в перепечатке издательства «Здоровья» 1990 года [9]\* (где значительную часть составили исправления Я.М. Когана по 7-му немецкому изданию, сдобренные новейшими ошибками-опечатками). Эту уникальную книгу я когда-нибудь [заново] перепису; хотя, собственно, — n’ayons pas peur de l’avouer — уже приступил.

Я понял, как можно истолковать, объяснить, понять сновидение, — но тогда мне было ещё невдомёк, что это всего лишь один из способов экзегезы, один из многих возможных. С тех пор я исследовал — и применявшиеся подходы отнюдь нельзя назвать чисто аналитическими — сотни (а быть мо-

жет, и тысячи) сновидений,— настолько много, что уже в 1995 году подготовил небольшой текст, посвящённый пониманию сновидений (и даже предлагал его к изданию под названием «Проблемы понимания сновидений»). Однако возможности опубликования он получил только в последнее время, и в значительно переработанном виде — под наименованием «Джэджетика Снов: Европейские Хроники Сновидений» [4] (я опубликовал его под псевдонимом Claude Sovage). В настоящее время я заканчиваю фундаментальный, — смею полагать, — труд с рабочим названием «Лексикон сновидений»; надеюсь, вскоре он увидит свет.

### *Клинические наблюдения и эксперименты*

Первичные представления о необходимости обращения к памяти как к базовому нейро-психологическому субстрату — связующему для большинства психических функций — сформировались в процессе изучения клинической феноменологии, синдромов манифеста и патоперсонологии шизофрении [и иных психозов] (и роли в них мнестических механизмов); убеждённость же появилась главным образом в процессе клинического применения психотерапии, различных её методов, клинического и экспериментального<sup>176</sup> исследования и описания [выявленных] саногенных феноменов и клинических психотерапевтических эффект-синдромов (а также метасиндромов)<sup>177</sup>.

Ещё одним срезом стало изучение *катамнеза внутренней картины болезни* по схеме, предложенной Н.П. Татаренко (1900 — 1986) [5]<sup>178</sup> (в частности, [отделение] эмоционального отношения к имевшим место [патологическим] переживаниям, а точнее — эмоционального восприятия [памяти о н]их).

<sup>176</sup> Клинический психотерапевтический эксперимент подробно описан в главе «Логика и методолого-методические особенности. Методы и эксперименты».

<sup>177</sup> Рассмотрены в главе «Психотерапевтическая феноменология. Клинические [психотерапевтические] эффект-синдромы и их коррелят-механизмы».

<sup>178</sup> Я пользовался архивными материалами (рукописи статей, записи, заметки на полях, гранки), несколько отличающимися от опубликованных впоследствии работ.

### *Интроспективные опыты*

Все мои психотехнические наблюдения личностно-опосредованы, хотя в последнее время о подобном как-то не принято говорить, — возможно, это следствия узкологого позитивизма, сохраняющиеся требования превратно понимаемой объективности наблюдений.

Приведу несколько аргументов в защиту интроспекции в психотерапии (и эти оправдания — также позитивистские отпечатки: *perspicuitas argumentatione elevatur*):

- древнейший персонаж истории интроспективной психологии — Аврелий Августин (Святой Августин, Августин Иппонийский): перестали ли называть его в числе «отцов психологии», даже в века засилья позитивизма?
- вёдомо, что В.Х. Кандинский описал псевдогаллюцинации на примере собственного страдания [10]\*: потеряли ли от этого в ценности (и объективности!) — его наблюдения?
- родоначальником экспериментальной психологии памяти называют Н. Ebbinghaus'a (1850 — 1909) [11]\*: не на себе ли самом ставил он знаменитые опыты?
- давняя традиция психоанализа, заложенная, кажется, самим S. Freud'ом — проведение обязательного самоанализа: разве от неё сегодня отказались?
- по-прежнему популярны в психотерапии — а по-иному не может и быть — аутогенные тренировки (некоторые целенаправленно продвигают аутопсихотерапию, например Я.Н. Воробейчик [12]\*): можно ли предложить методику / модификацию, не испытав её на самом себе?

### *Социология повседневности*

Что касается социологически институционализированных социо-психических ориентиров психометодологии, то следует указать на разработанные в рамках *феноменологической социологии*, или *социологии обыденной жизни* (A. Schütz (1899 — 1959)), представления о рецептурности обыденного мышления, механизмах усвоения социального опыта, конструктах повседневной жизни, архетипах, понятии «вневременности» и прочем.

Ряд интересных понятий и подходов, касающихся повседневных социетальных структур и процессов («анализ разговоров» и тому подобное) содержит также концептуальный аппарат *этнометодологии* (H. Garfinkel (1917 — 1987)).



Названные в первом абзаце данной рубрики социологические теории могут быть объединены под именем «социология повседневности».

Феноменологическая социология связана с именем Альфреда Шюца.

Философия феноменологии, в центре внимания которой находится *сознание*, имеет долгую историю и целый ряд воплощений; попытку разработать социологический вариант феноменологии можно проследить именно на примере «*Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*» («Феноменология социального мира») (1932) [13]\* А. Schütz'a.

Schütz опирался на феноменологическую философию Эдмунда Гуссерля [14 — 18]\*, которая была нацелена вовнутрь, на понимание «трансцендентального Эго» — и которая направляла его вовне, к рассмотрению intersубъективности. Schütz'a главным образом интересовал способ, которым люди постигают сознание других, в то время как [непрерывно] живут в пределах своего собственного потока сознания. Он также использовал понятие intersубъективности в более широком ключе — чтобы обозначить отношение с социальным миром, особенно социальной природой знаний.

Многие из работ А. Schütz'a акцентируют внимание на [аспектах] социальной жизни, называемой «жизненный мир» или «мир повседневности». Это intersубъект[ив]ный мир, в котором люди выступают, с одной стороны, в качестве создателей социальной реальности, а с другой — ограничены ранее образовавшимися социальными и культурными структурами, порождёнными их предками. Несмотря на то что многое в «жизненном мире» является общим для большинства людей, существуют и частные (биографически детерминированные) аспекты этого мира. Внутри «жизненного мира» Schütz различал *интимные отношения лицом к лицу* («мы-отношения») и *сдержанные безличные отношения* («они-отношения»). Хотя в «жизненном мире» преобладают межличностные отношения, гораздо проще исследовать отношения более безличного характера. Со временем Schütz перестал интересоваться проблемами *сознания* и обратился к intersубъективному «жизненному миру», однако положения о *сознании* сохранили своё значение и по-прежнему им выдвигались — в частности, в суждениях о значении и мотивах.

К феноменологической социологии нередко приравнивают, несмотря на существенные различия, разработанную Гарольдом Гарфинкелем *этнометодологию*.

Широкое признание пришло к этнометодологии с публикацией книги Н. Garfinkel'я «*Studies in Ethnomethodology*» («Исследования в этнометодологии») (1967) [19]\*. Одновременно вышли англоязычное издание вышеупомянутой работы А. Schütz'a — «*The Phenomenology of the Social World*» [20]\* и «*The Social Construction of Reality*» («Социальное конструирование реальности») [21]\* Р. Berger'a (род. в 1929) и Th. Luckmann'a (род. в 1927).

В своей основе этнометодология представляет собой исследование структуры «разумного» знания и серии *операций* и *соображений* [методов], посредством которых рядовые члены общества осознают смысл этого знания, получают к нему доступ и действуют соответственно складывающимся обстоятельствам.

В этом обнаруживается отличие этнометодологии от феноменологической социологии: в то время как социологи-феноменологи стре-

мятся сосредоточиться на том, *что именно люди думают*, этнометодологов в большей степени интересует то, *что люди делают*. Именно потому этнометодология уделяет много внимания подробному исследованию разговоров.

Итак, этнометодология изначально имела эмпирический характер и исследовала повседневные действия, исполняемые обычными членами общества для решения задач бытового (повседневного) характера (полагалось, что люди «исполняют» свою повседневную жизнь с помощью различных «умелых» действий). Со временем сфера интересов этнометодологии расширилась, однако основными её разновидностями остаются исследования социальных институтов и «анализ разговоров».

Наиболее известные «опыты» этнометодологии — «эксперименты с нарушением привычного порядка» и рассмотрение «случая Агнес» (трансформация гендерной роли, или, говоря попросту, банальный пример транссексуализма, — обычный для текстов большинства социальных и психоических дисциплин в США приём *прецедента*).

### *Культурология-философия*

Что до культуральных — хотя, скорее, их всё же правильнее называть культурально-философскими — вешек симультанно-мнестической психотерапии, то следует упомянуть и широкие пласты фольклора, и историю театра, и теорию «осевого времени» К. Th. Jaspers'a [7]\*, и концепцию, — а точнее, идею — «возможных миров» [22]\*, etc.

### *Медиэвистика*

Средневековье — особый, удивительный мир; именно в Средних веках, думается, начинается наше прошлое. Мы наследуем большинство модусов поведения, большинство социетальных практик; возможно, именно потому так охотно мы развенчиваем множественные «заблуждения» Средних веков.

Европейская готика — вот подлинный мир психотехник. Состояние неуверенности, повседневные статусные столкновения, бесконечные, повсеместно вспыхивающие баталии — и экзегетика, доведённая до высших степеней совершенства, подобной которой так никогда больше и не появилось. Она во всём: нескончаемые компиляции текстов, бесконечные интерпретации и переинтерпретации мельчайших проявлений поведения, помыслов о нём и движений души в сторону этих помыслов. Бесконечное, несмолкающее говорение, — говорение о духовном, душе, говорение день и ночь: исповедь, покаяние, молитва, служба, — и весь этот флёр пронзают ажитированные жесты, которые сами суть речь, — особый, загадочный, богатейший язык.

Для каждого есть официальный духовник, — и эту практику выслушивания-выяснения-покаяния М. Foucault называет прототипом психоанализа Freud'a (о правомерности подобных аналогий уже говорилось выше). Итак, каждый имеет слушающего духовника, — который также учит, наставляет, опекает. Всех усиленно обучают интроспекции: священник, который молчит или лишь координирует беседу, направляет её в нужное русло — не способствует, а только институционализирует, создаёт, выстраивает филигранные эфемерные инстанции для просеивания мельчайших побуждений души.

Мы можем видеть, как долгая традиция совершенствования стилистики и семантики речи — ораторское искусство античности, в котором хотел и готов был упражняться каждый, — сменяется горячечным, сбивчивым шёпотом. Совершенствуется, однако, проповедь — искусная, упорядочивающая, индуцирующая и унифицирующая императивная суггестия, которая призвана не вызывать дискуссию, но порождать безудержное очищение психики, освобождать душу от накопившейся скверны, — и, что важно, предупреждать образование душевной порчи.

Интерпретативная практика уходит всё дальше и дальше, она всё совершенней; понятия, которыми она играючи жонглирует, всё более абстрактны.

Речам, обращённым к душе, уже тесно в её субтильном пространстве, и повседневные дискурсы-психотехники начинают воплощаться в камень: готические соборы — каменные проповеди Средневековья; их арготический стиль<sup>179</sup> понятен не каждому, и ничто так не смущает умы, как неясный возвышенный стиль говорения, как застывший, бесконечно повторённый, повелительный слог.

Готическая архитектура, с её специфическим антуражем, игрой светотеней, масштабами и — воплощёнными в камень дискурсами, дискурсами и дискурсимами, — поражает, заставляя сердца учащённо биться. По миру распространяются шаблонные, стереотипные, регламентированные образцы [желательной] стилистики поведения, сопряжённой с правильным, достойным порядком речи, — которых следует придерживаться на протяжении всего жизненного пути; они далеки от идей эгалитаризма, в современном их понимании, но так привлекательны в своей завершённости и предначертанности: пред Господом все равны.

Имей меньше, забудь о собственности, не вспоминай о личном — у тебя остаётся бесконечное поле для духовных упражнений, для борьбы и исканий, для стяжания Рая, для пути к свету, блаженству, истинному Богу; для пути к самому себе.

Ренессанс знаменует завершение великой эпохи экзегетики, упрощение, мельчание, вырождение — а затем и утрату сотен и тысяч уникальных, неповторимых психотехник, которые стали слишком сложны, слишком протяжёнными, слишком обременительны, чтобы

<sup>179</sup> Мне импонирует теория, согласно которой соборы — это произведения «арготического» искусства (от французского *argot* — по-русски *жаргона*, — или разговорной кабалы) [6].

быть эффективными в мире, входящем во вкус материальной цивилизации, её скоротечных, прижизненных благ. *Abyssus abyssum invocat*: успехи в изучении нервной системы отодвигают мир психотехник в беспросветную тень.

Утрата оказалась невосполнимой: никогда больше психоический дискурс не станет настолько достоверностным, настолько изощрённым, настолько весомым, настолько властным.

### *Философия языка*

Я обращался — в информационно-поисковых целях — к ряду концепций философии языка (на практике многие из них тяготеют к психолингвистике), — в частности, принадлежащих к парадигмам «философии предиката» и, особенно, «языковой прагматики».

Проблематика философии языка содержательно довольно близка [к] идейной канве психотерапии — хотя, разумеется, резко отличается от неё дискурсивно. Так, например, это справедливо: для проблемы взаимосвязи между бытием и сознанием, представленным в речевых актах, или попыток решения некоторых вопросов философии путём анализа употребления терминов, используемых как в обыденной речи, так и в философии; для проблемы отношений философии языка с феноменологией и логистикой, etc.

Процесс научных исследований и разработок в области философии языка я имел возможность наблюдать вживую, на кафедре ЮНЕСКО «Философия человеческого общения»<sup>180</sup>, где [коллективом] под руководством профессора Д.И. Руденко (1961 — 2001) был подготовлен ряд тематических сборников [23 — 25]\*.

### *Дискурс-анализ современной психотерапии*

Немалое значение имело проведённое согласно специально разработанной мной схеме<sup>181</sup> аналитическое исследование су-

<sup>180</sup> В своё время я являлся соискателем кафедры теории культуры и философии науки Харьковского государственного университета и названной структуры ЮНЕСКО, где прошёл предварительную защиту кандидатской диссертации по специальности «философия науки и образования» (тогда она называлась «*Проблемы дисциплинарной идентификации в сфере психонаук*»).

<sup>181</sup> См. вступление к части «*Методы и методика психотерапии: проблемы техник, саногенеза и клинического применения*».

ществующих методов и методик психотерапии<sup>182</sup>, — надеюсь, что удалось охватить все их сколько-нибудь оригинальные и различающиеся вариации.

В процессе последнего выяснилось, что на феноменологию памяти — в той или иной мере [осознания] — ориентировано большинство методов и методик психотерапии, — это при том, что к мнестическим функциям как таковым не обращён ни один из них. Память — *suī generis* служанка мозга, падчерица медицины-биологии, но и психоанализа<sup>183</sup> — тоже<sup>184</sup>.

Так, классический психоанализ память *пробуждает*; его психотехники направлены на поиск и репродукцию психосексуальных травм прошлого. И классический психоанализ, и психоаналитически-ориентированная психотерапия апеллируют к *ассоциативной* памяти.

Поведенческие методы, на первый взгляд, память *игнорируют*, на самом же деле важнейший бихевиористский концепт *опыта* — не что иное, как специфическое воплощение феномена памяти; также и *научение* — один из процессов-функций, в котором памяти отводится важнейшая роль, — хотя мнестические функции в дефинициях и разъяснениях даже не упоминаются. Когнитивно-бихевиоральная терапия, на мой взгляд, ещё больше эксплуатирует мнестические функции — за счёт введения активной познавательной (а точнее, обучающей) стратегии. Итак, поведенческие методы пользуются феноменом *оперативной* памяти.

Суггестивные методы память *минуют*, поступающая во время суггестии информация образуется как бы сразу, инактивно, — и поэтому, вероятно, может вступать в конфликт с имеющимися в памяти [информационными] образованиями — а затем (в большинстве, правда, случаев) интериоризируется (по сути — маскируется) и многократно подтверждает

<sup>182</sup> См. главу «Классика психотерапии, психотерапия “new wave” и групповая [психо]терапия».

<sup>183</sup> Например, в полидисциплинарной монографии «Amnesia» находим раздел — «Amnesia: A Psychoanalytic Viewpoint» [26, с. 233 — 244]\*.

<sup>184</sup> Так что в этом пункте нельзя согласиться с А.Р. Лурия, который указывает на вину физиологов в формировании редукционистских представлений о памяти [7, с. 274], хотя, возможно, он ведёт речь о дихотомии «[нейро]физиология — нейропсихология».

ется опытом<sup>185</sup>. В целом, можно сказать, что суггестия, по-видимому, апеллирует к так называемой *механической* памяти.

Рациональная психотерапия пытается воздействовать на огромный, инертный массив памяти информационными рационализациями, — в первоначальном виде с помощью этико-дидактических приёмов. Таким образом, рациональная психотерапия адресуется к *логико-смысловой* памяти.

Из синтетических методик — психотерапии «new wave» — вниманием к некоторым специфическим мнестическим феноменам особенно выделяется нейро-лингвистическое программирование; речь идёт о так называемом *эйдетизме* (греческое *εἶδος* — вид; в Новом Завете употребляется и в значении «созерцание») — разновидности образной памяти, заключающейся в способности сохранять [яркие] образы предметов долгое время спустя после исчезновения их из поля зрения.

В нейро-лингвистическом программировании используется методика «визуализации», а именно вариант с представлением «линии времени» — кривой в субъективном пространстве, которая отражает способ презентации пациентом субъективного времени. Построение «линии времени» сводится к тому, что большой последовательно представляет себе какой-либо простой образ повторяющегося события. Вспоминая, как происходило это событие в прошлом, и воображая, как будет происходить оно в будущем, можно обнаружить различия в месте расположения образа этого события в зависимости от времени. Наиболее частым вариантом, по мнению авторов нейро-лингвистического программирования, является следующая конфигурация «линии времени»: прошлое — образы событий выстраиваются в часть кривой от самых давних событий — снизу слева до настоящего образа — прямо перед глазами; будущее — от настоящего образа прямо перед глазами до отдалённых событий в будущем вверху слева в субъективном пространстве. Имеет значение и цветовое оформление образов в различных частях субъективного времени. Нормативным полагается следующее структурно-цветовое оформление: прошлое окрашено в приятные светло-коричневые или золотистые тона, образы чёткие; настоящее содержит все цветовые оттенки и соответствует происходящему; образы будущего — размытые, в оттенках серебристо-голубоватого цвета. Психологический смысл подобного оформления состоит в том, что для оптимального самочувствия человека необходимо воспринимать прошлое как отдалённое и приятное, настоящее как яркое и разнообразное, а будущее как отдалённое и манящее. При наличии требующих коррекции проблем возможны нарушения в «конструкции линии времени» — искажения, узлы, разрывы и прочее [27, с. 375 — 376]\*.

Таким образом, нейро-лингвистическое программирование апеллирует к *чувственно-образной* памяти.

<sup>185</sup> Не следует забывать и о феномене отсроченных внушений в гипнозе.

Как трансактный анализ, так и различные варианты экзистенциальной («гуманистической») психотерапии — несмотря на глубокие различия в генеалогии — обращаются к *прошлому*, к *социокультурной* [аранжировке] памяти; в качестве важнейших концептов служат напрямую связанные с *былым* представления — соответственно «script» — *сценарий* («ранние решения») и «Dasein» — *бытие*.

Несмотря на то что гештальт-психология якобы уходит от обсуждения проблем памяти-опыта, само понятие «гештальт» обращается прежде всего, как мне кажется, к проблемам восприятия / запечатления — в *мгновенной* — быть может, самой первой, а не исключено, и *иконической*, памяти. Собственно, гештальт-терапия как психотерапевтический метод оперирует рядом понятий и концептов, связанных с [индивидуальным] опытом (например, концепт *интроекта* как «неассимилированного опыта»), да и понятие «завершённости гештальта», достигаемой психотехнически, несомненно должно подразумевать опору на мнестические функции.

Возможно, что все методы, ориентированные на *осознание*, *катарсис*, — а также *инсайт*, *эксплорацию* и прочее, — достигают некоего критического уровня воспоминаний (памяти), после чего переживаемые компоненты создают интерференционные поля, «погашающие» то первое, травматическое, представление.

(Pour être juste следует отметить разнообразие и разумные мнемонические идеи J.H. Schultz'a, — он говорит даже о некоей «мнемонической терапии» [28, с. 116 — 126]\*.)

Всё это позволяет констатировать исключительную важность проблемы мнестотропных влияний в психотерапии.

### *Образование*

Я изучил — причём изучил изнутри — различные системы образования — медицинского<sup>186</sup>, социологического<sup>187</sup>, психо-

<sup>186</sup> Лечебный факультет Харьковского медицинского института (1988 — 1994), интернаттура и магистратура при кафедре психиатрии, наркологии и общей медицинской психологии Харьковского государственного медицинского университета (1994 — 1996), аспирантура при кафедре сексологии и медицинской психологии Харьковского института усовершенствования врачей ([1996] — 1998).

<sup>187</sup> Социологический факультет Харьковского государственного университета (1992 — 1997), соискательство при кафедре теории культуры и философии науки ХГУ и кафедре ЮНЕСКО «Философия человеческого общения» (ХГТУСХ), а после — общей социологии ХГУ (ныне — Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина) (с 1998 года по настоящее время).

лого-педагогического и культурологического<sup>188</sup>, инженерно-технического<sup>189</sup>, а в настоящее время — ещё и филологического<sup>190</sup> (и планирую, для обретения полноты картины, получить ещё и высшее юридическое образование).

Это принесло бесценные наблюдения в отношении формирования эпистем, особенностей переработки различных типов информации, способов представления знаний, подачи материала, — в целом, дискурсивно-когнитивных стилей, которые во многом могут быть расценены как некие разнонаправленные варианты конгломератов мнемотехник. (Разумеется, это было полезным также в отношении общей панорамы знаний.)

### **23.2. Некоторые аспекты нейро-биологии [интеллектуально-]мнестических функций**

Проблема памяти — её сути, функций, характеристик, нейрофизиологических / нейрохимических / нейропсихологических<sup>191</sup> и других механизмов, фармакологии и прочего — практически неохватна, и при этом удивительно аморфна; в ней по-прежнему больше белых пятен, нежели постулатов (фактов — особенно экспериментальных — на самом деле очень много, однако бесчисленные теории и концепции дискурсивно разномастны, ужасающе односторонни, и даже до самых общих конвенциональных решений — по поводу самых общих же пунктов — весьма далеко).

Обращение к различным областям мнестологии — а точнее, её дискурсивным плоскостям — обнаруживает невоз-

<sup>188</sup> Отделение социальной педагогики культурологического факультета Харьковского государственного института культуры (1993 — 1997).

<sup>189</sup> Заочный факультет Харьковского государственного аэрокосмического университета («ХАИ») и факультет компьютерных наук Харьковского государственного технического университета радиоэлектроники (1998 — 2001).

<sup>190</sup> Факультет «референт-переводчик» Харьковского гуманитарного университета «Народная украинская академия» (ХГУ «НУА») (с 2001 года по настоящее время).

<sup>191</sup> Кстати, выделение этих трёх — нейрофизиологического, нейрохимического и нейропсихологического — классов механизмов обусловлено только тем обстоятельством, что так принято в клинике; согласно заведённому порядку «нейрофизиология» ассоциирована с [электро]аппаратными исследованиями, «нейрохимия» — с клинической фармакологией (попросту говоря, с фармакотерапией) и лабораторной диагностикой, а «нейропсихология» — с экспериментально-психологическим исследованием.

возможность конвертирования полученных в них данных в клинические подходы (или хотя бы приёмы); более того, это тот классический случай, когда *párturíúnt montés, nascétur rídículus mus*: многолетние усилия целых научных коллективов и лабораторий дают мизерный результат, который только со множественными оговорками, путём долгих огрублений, допущений и адаптации мог бы быть применён в клинике.

Разумеется, очевидна ценность нейропсихологического исследования памяти в клиниках нейрохирургии, неврологии, психиатрии и, в несколько меньшей степени, неврологии; однако оно всё же носит вспомогательный характер и выполняет сугубо дифференциально-диагностические функции.

Тем не менее в общих чертах можно обрисовать те моменты сферы мнестологических исследований, результаты которых имеют (или, во всяком случае, могут иметь) выход на практику, я имею в виду — быть полезными для целей психотерапии:

- формирование клиничко-физиологически ориентированных моделей памяти, что послужит основой для разработки активных мнемотехнологий;
- построение сколь-нибудь определённых нейрохимических моделей памяти для разработки и применения различных фармакологических препаратов;
- разработка и систематизация детерминант взаимодействия восприятие / память (*et vice versa*);
- сопряжение (конвертирование, адаптация, идентификация) известных — в нейрофизиологии, клинической фармакологии, [стереотаксической] нейрохирургии и некоторых других областях — мнемотехник и клинических психотехник (то есть объединение, сращение электрофизиологических, фармакологических, возможно, даже хирургических воздействий — с воздействиями вербальными);
- подобное предыдущему сопряжение с мнемотехнологическими наработками нейропсихологии: это касается прежде всего нейро(психо)лингвистической обработки речи психотерапевта (о *стилистике* и *семантике* речи психотерапевта я говорю в соответствующем подразделе следующей главы).

### *Основные модели (теории, концепции)<sup>192</sup> памяти*

Совершенно очевидно, что в поисках этих моделей следует обратиться к истории психологии. В различные её периоды проблема памяти сопрягалась с изучением иных свойств (сфер) психики (ассоциаций, восприятия, мышления), — а иногда ими ассимилировалась или даже подменялась [8]. Впоследствии память перестаёт быть чисто психологической проблемой в силу интенсивного развития *информатики*.

Каковы же основные психологические теории (модели) памяти? Можно ли попытаться отыскать в них необходимые для психотерапевтической студии разработки?

Это *ассоцианистская, бихевиористская, структурная* (гештальтистская), *социетальная, деятельностная, когнитивная* и «*кибернетическая*» теории.

Одной из самых старых является так называемая *ассоцианистская теория памяти*. Её центральное понятие — ассоциация — выступает в качестве объяснительного принципа любых [интра]психических образований. Этот принцип сводится к следующему: если определённые [интра]психические образования возникли в сознании одновременно или непосредственно друг за другом, во взаимной связи, то между ними образуется ассоциативная связь, и повторное появление какого-либо из элементов этой связи облигатно вызывает в сознании представление всех остальных её элементов.

В *бихевиористской теории памяти* последняя понимается как опыт, обретаемый в результате непрерывного процесса научения.

*Структурная теория памяти* (принятая в гештальт-психологии) гласит: в основе образования ассоциаций лежит закон целостности; целое не сводится к простой сумме элементов; «гештальт» как целостное образование примарен по отношению к входящим в него элементам. В этой связи существенное значение в названной теории приобрели представления об организации запоминаемого материала. Организованное, respective структурированное поле восприятия определяет — в силу принципа изоморфизма — и структуру следов в мозговом субстрате, то есть законы организации приложимы в равной степени и к восприятию, и к обучению.

Появление *социетальной теории памяти* связано с коренными изменениями в теоретических представлениях о памяти и в подходах к её экспериментальному изучению, возникшими на основе концепции социальной природы памяти человека и производных идей о возможности социального управления мнемическими процессами.

<sup>192</sup> По отношению к памяти определение «модель» чаще используется для конкретных теоретизаций — например, «модель долговременной памяти R.Ch. Atkinson'a и R.M. Shiffrin'a».

Это положение имело принципиальное значение в анализе не только мнестической сферы, но и познавательной деятельности в целом; процессы памяти стали толковаться как социальная форма поведения, специфическое — социально управляемое — действие.

*Деятельностная теория памяти* возникла благодаря качественному сдвигу в изучении памяти, связанному с трактовкой памяти как деятельности. В некоторых работах простейшие формы памяти связывали с движением — и с обязательным для кинезиса ощущением длительности (последнее возникает при первых попытках управления действиями и любом приложении усилий вообще).

*Когнитивная теория памяти* базируется на том, что когнитивная психология рассматривает человека как познающую систему и интерпретирует протекающие в этой системе процессы как поэтапную переработку информации (по аналогии с подобными процессами в системах artificial intelligence). Эта аналогия, получившая в литературе специальное наименование, — «компьютерная метафора» — и легла в основу когнитивистских представлений о психической (и, в частности, мнемической) деятельности.

Следует также отметить, что взрывное развитие информатики и кибернетики привело к появлению нового ракурса рассмотрения памяти — а именно с позиций инженерной психологии. В связи с развитием этой дисциплинарной области в психологии памяти возник ряд новых проблем: в частности, это проблема зависимости объёмов кратковременной и долговременной памяти от количества информации, приходящегося на символ. Информационная мера выступила инвариантой, позволяющей сравнивать объёмы памяти для разного по своему содержанию материала. Сделана также попытка проследить, в возможно более чистом виде, влияние на память вероятности появления событий. Подобные исследования были необходимы как основа для определения и численного выражения таких факторов, как ценность и значимость запоминаемой — и оказывающей влияние на характеристики памяти — информации. В этом контексте особое значение приобрели исследования оперативной памяти.

Для целей настоящего исследования интересны более частные, ориентированные на клиническую практику концепции памяти, — имеющие отношение к психотерапевтической клинике и психотерапевтическому же саногенезу; изменяя своему пристрастию к систематизации, просто перечислю их в хронологическом порядке:

- теория [специфической] амнезии в классическом психоанализе и собственно теория памяти S. Freud'a [29]\* (заимствованная, в обычной его манере, — то есть без каких-либо на то указаний, — у Платона Афинского [30]\*);
- теория афферентного синтеза (П.К. Анохин) [31 — 33]\*;
- концепция устойчивых патологических состояний (Н.П. Бехтерева (род. в 1924)) [34]\*.

Память — это паутина для дискретных, фазных форм сознания, которые каждый — согласно своим психологическим временным градациям — выделяет из непрерывного «потока сознания».

Прекрасное, на мой взгляд, определение памяти дал — ещё в XIX веке — В.И. Даль (1801 — 1872): память — «*способность помнить, не забывать прошлого; свойство души хранить, помнить сознание о быломъ*» [35, с. 14]\*.

### *Гнозис как интеллектуально-мнестический феномен*

Как указывалось во *вступлении* к этой части, *гнозис*, в соответствии с задачами настоящей разработки, понимается достаточно узко, — как познавательная деятельность пациента, точнее даже стиль [стратегии-тактики] этой деятельности (эпистемологичность / мифологичность, средовая референтность, рецептурность, модальность, мотивированность, мнемотехники и прочее).

### *Психологическое время; основные характеристики*

Что касается представлений о *времени*, то их трудно сколь-нибудь полно описать. Важнейшие характеристики, которых мы должны будем коснуться, таковы: понятие [не]обратимости хода времени и представления ряда «прошлое — настоящее — будущее».

Под *психологическим* (персональным) *временем* в психологии понимается отражение [в психике человека] системы временных отношений между событиями его жизненного пути; психологическое время включает оценки одновременности, последовательности, длительности, скорости протекания различных событий жизни, их принадлежности к настоящему, удалённости в прошлое и будущее, переживания сжатости и растянутости, прерывности и непрерывности, ограниченности и беспредельности времени, осознание возраста, возрастных этапов (детства, молодости, зрелости, старости), представления о вероятной продолжительности жизни, о смерти и бессмертии, об исторической связи собственной жизни с жизнью предшествующих и последующих поколений [36, с. 310]\*.

Базовыми характеристиками психологического времени являются: возможность его *многомерности* и *обратимости*, возможность *нелинейной последовательности* психологического

прошлого, настоящего и будущего, а также единицы *возрастной категоризации*.

Разработаны *квантовая, событийная и причинно-целевая* концепции психологического времени.

Для настоящей работы важными являются представления, согласно которым *психологическое время нелинейно и обратимо*, равно как и существование категорий известного, однозначного *прошлого* и неведомого, вариативного *будущего*.

### *Сновидение как хроно-мнестический феномен*

Всем, занимающимся проблемами сновидений, известно, что последние исключительно свободно обращаются со временем и воспоминаниями.

Приведу несколько [толкований] сновидений; не во всех из них критерий *времени* хорошо заметен, — однако временной *fleur* неизменно присутствует<sup>193</sup>. И ещё одно: приводимые интерпретации являются не столько психоаналитическими, сколько психометодологическими.

Вот пример аналитики-методологии современного сна — первого из цикла снов супругов, который я про себя называю «Сны об Анастасии».

*Предыстория*. Этот сон [супруги] предшествовал рождению дочери. «Снится: я с матерью еду куда-то в метро. Люди стоят близко к краю платформы, хаотично движутся. Мать в красном костюме подходит совсем близко к краю [платформы]; в тоннеле слышится поезд. Я боюсь подойти к краю; начинаю крутиться вокруг своей оси, не могу остановиться; останавливаюсь; мать прыгает на рельсы, как пловец в воду, — её толкнули; вжимается в рельсы; поезд проезжает; подсознательно — мать жива, но она плачет; крошка кричит».

*Интерпретация*:

... с матерью — актуальная семейная легенда о тяжёлых родах у матери, в которых — конечно же, косвенно — повинна она, дочь; этот момент пронизывает все остальные в этом сне<sup>194</sup>;

*метфо* — это ясная аналогия родовых путей;

*люди стоят близко к краю* — предлежание плода, обсуждаемое накануне на приеме у акушера, и близящиеся роды вообще;

*хаотично движутся* — беспорядочные толчки ребёнка, также свидетельствующие о приближении даты родов;

*мать в красном костюме* — связанное с родами кровотечение;

*совсем близко к краю платформы* — рефрен, эмоционально усиленный акцентированием образа матери; кроме того, это изображение близости ожидаемого события, а также опасности;

<sup>193</sup> Множество других прецедентов сновидений опубликовано в тексте «*Экзегетика Снов: Европейские Хроники Сновидений*» [4], о котором я говорил выше.

<sup>194</sup> Ощущается и ещё один, косвенный, момент — за ассоциациями угадывается старый комплекс вины перед матерью: родится дочка, и она будет относиться к ней так же, как она сама к своей матери.

*в тоннеле слышится поезд* — символическое изображение начинающихся родов;

*боюсь подойти к краю* — страх перед предстоящими родами, коннотированный упомянутой семейной легендой;

*начинаю крутиться вокруг своей оси, не могу остановиться* — символическое изображение биомеханизма родов, возможно, своего собственного рождения;

*оставливаюсь* — это усиливает подозрения в отношении того, что в этом фрагменте изображены собственные роды;

*мать прыгает на рельсы, как пловец в воду*, — это весьма сложное символическое действие: во-первых, здесь можно видеть культурально коннотированные образы ряда «смерть [от родов] — рождение»; во-вторых, резонно предположить символическое замещение себя матерью; в-третьих, вода ассоциирована, в целом, как с рождением, так и, в более узком смысле, с [отхождением] liquor'a amnii;

*её толкнули* — она, в общем-то, опасалась [за]беременеть, после подсознательно противилась родам; в известном смысле над ней совершили насилие, угловорив-принудив оставить ребёнка;

*вжимается в рельсы; поезд проезжает; мать жива* — всё обошлось, всё прошло нормально, она осталась живой и невредимой;

*подсознательно — мать жива, но она плачет* — характерно исчезновение матери из сна; «жива, но плачет» — стереотипный пассаж, принятый культурой;

наконец, ключевая фраза: *крошка кричит* — этот на первый взгляд нелепый элемент, завершающий сон, подтверждает правильность толкования, — в этом сновидении речь шла о рождении ребёнка, точнее о благополучном исходе процесса родов.

Итак: бояться не следует, — говорится в сновидении, — всё завершится благополучно.

Следующее простое, на первый взгляд обыденное, моё сновидение имеет уже более выраженную временную подоплёку.

*Предыстория*. Это сон периода рождения дочери. В то время я был студентом высшей медицинской школы, — и увлекался психоанализом.

«Снится: я захожу в книжный магазин и вижу, что часть его отделов преобразовываются в аптечные, выставляются витрины, в (на) них — лекарства. Оставшиеся отделы превращаются в молочные, причём, кажется, наблюдаются места оживления в магазине. Появляется мысль: «Где же я теперь буду покупать книги?»»

*Интерпретация*:

*книжный магазин* — накануне сестра купила мне в этом магазине книгу, хотя вообще он не специализируется на медицинской тематике;

*аптечный отдел* — так называлась глава реферата по организации и экономике фармации, которым я занимался накануне;

*оставшиеся отделы превращаются в молочные, причём, кажется, наблюдаются места оживления в магазине* — третьего дня советовал жене диету для усиления лактации, а также некоторые фармакологические препараты, стимулирующие этот процесс; мои советы были проигнорированы;

где же я теперь буду покупать книги — намерен я сказал жене: я так вожусь с книгами, потому что это — единственный источник профессиональных знаний; в тот же день посещал специализированный магазин медицинской литературы, покупал там книги (руководства?).

Итак, смысл ясен: аптека — медикаменты — стимулирование лактации; молочные отделы — это результат: «оживление» лактации; подспудная мысль: «Я же врач, почему меня не слушают в собственной семье?»<sup>195</sup>, и ещё: «Как теперь помочь лактации?» («Где же я буду доставать книги?»).

Продолжение этого же сна.

«Я выхожу из книжного магазина, иду вдоль каких-то подвалчиков; вижу химчистку. Думаю: здесь более аккуратно чистят».

Интерпретация:

*вижу химчистку; думаю: здесь более аккуратно чистят* — накануне запачканный краской единственный мой плащ жена посоветовала почистить каким-то химическим средством (предназначенным для чистки одежды), в результате чего появились пятна на подкладке, и пришлось нести его в химчистку к её знакомой; вечером читал — в одной из тех купленных книг — описание истерической беременности, при которой возможно появления даже *strigae gravidarum* (подлежащая мысль — когда же у жены исчезнут признаки бывшей беременности?<sup>196</sup>).

Смысл таков: я не посоветую что попало (по поводу усиления лактации); скрытое продолжение фразы — как с плащом не получится (подплёка: её знакомые — относительно лактации — советуют чепуху!).

Вот ещё одно моё сновидение, истолкованное с привлечением тривиальных ассоциативных и психометодологических приёмов.

*Предыстория.* Прошло несколько лет после рождения дочери; ночью она желала играть и общаться: я постоянно ужасно хотел спать!

«Снится: я захожу домой, комната огромна, её стены представляют собой фасады каких-то домов (мансарды, косые крыши). Слышна громкая фортепианная музыка (пытаюсь уловить звуки скрипки). Я думаю, что это играет сосед. Я говорю жене: как же можно угощать его сигаретами, ведь он будет мешать дочери спать, когда она будет здесь».

Интерпретация:

*захожу домой, комната огромна, её стены представляют собой фасады каких-то домов (мансарды, косые крыши)* — сновидение выполнено, по Freud'у, работу смещения (синтеза):

во-первых, накануне я писал своему другу-американцу письмо, в ответ на его вопрос: «Стоит ли приезжать в твой город?»: «Это большой современный город, но здесь много старых красивых домов, есть что посмотреть», — и сновидение подтвердило, что «старый город» довольно красив;

во-вторых, непосредственно перед сном я гулял с дочерью по тем улицам, которые показаны в сновидении и о которых я упоминал в письме;

в-третьих, несколько дней назад мы с приятелем были на этих улицах, и он обратил моё внимание на старые дома, особенно мансарды; в-четвёртых, комната в моём сне столь велика потому, что мы с женой обсуждали, удовлетворят ли американца условия проживания, которые мы можем ему предоставить;

*слышна громкая фортепианная музыка* — громкая фортепианная музыка доносилась, как я узнал по пробуждении, из включённого телевизора, где демонстрировались мультфильмы Уолта Диснея; Тимоти, этот мой друг, работает именно на студии Walt Disney в Лос-Анджелесе;

*пытаюсь уловить звуки скрипки* — несколько дней назад по телевизору я слышал какого-то исполнителя (барда?) со скрипкой и отметил, что в данном случае скрипка была вполне уместна; кстати, скрипичная партия присутствовала и в soundtrack'е мультфильма;

*думая, что это играет сосед; говорю жене: как же можно угощать его сигаретами, ведь он будет мешать дочери спать* — в незначительном эпизоде предшествующего сновидения (оно почти не сохранилось в памяти) присутствовал сосед, просивший сигареты, — у него были длинные волосы, и он был немного неопрятен<sup>197</sup>; его появление определили сразу несколько причин: во-первых, накануне я просмотрел два триллера, в которых фигурировали негативные персонажи: в одном — сосед, в другом — [ново]рождённый ребёнок<sup>198</sup>; во-вторых, встреча с соседом из квартиры этажом ниже (с которым возникали периоды напряжённых отношений): он поздравил меня с рождением дочери<sup>199</sup>;

<sup>197</sup> Эти черты — на самом деле он всегда был коротко стрижен — были вполне объективно обусловлены: за несколько часов до гуляния с дочерью, днём, мне довелось увидеть фрагмент нового — американского же — фильма, где у главного героя, в роли положительного сказочного персонажа, были именно такие длинные, неопрятные волосы; мы посмеялись над этим странным изыском стилистов. Ещё глубже лежат впечатления, полученные в результате чтения газетной статьи о концерте какой-то [рок-]группы; тот же Тимоти, кстати, незадолго до того прислал мне эксклюзивную запись — прямо со студии — нового концерта одной из любимых мною в то время рок-групп. (Кстати, кажется, бард тоже не страдал излишней ухоженностью.)

<sup>198</sup> Этот второй фильм хорошо известен, почему я его и запомнил, — это «*Rosemary's Baby*» («*Ребёнок Розмари*») Roman'a (Raymond'a) Polanski.

<sup>199</sup> Я рассказал об этом жене с иронией, даже сарказмом, на что она возразила, что он только поздравил меня. Я ответил: как можно поздравлять, ведь это подразумевает хорошие отношения (так же, как и любые виды угощений — сигареты), когда у него *такой* сын.

Тут два момента: у меня дочь, а не сын (я всё-таки хотел сына), у соседа же сын — глухонемой, — зачастую он очень громко включает телевизор; кроме того, он досаждает постоянным курением на балконе. Очевидна связь между восприятием, сквозь сон, громких звуков мультфильма и неприятными воспоминаниями о включённом на полную громкость телевизоре соседей.

<sup>195</sup> Накануне прочёл у Freud'a: *большая личная заинтересованность психотерапевта (друга семьи) ведёт к меньшему доверию со стороны пациента*.

<sup>196</sup> Дополнительные намётки, помогающие прийти к такому выводу: во-первых, я недавно смотрел старые картины и гравюры — женщины Rubens'a — такие же, как жена в состоянии беременности; во-вторых, ребёнок срыгнул, и я неудачно пошутил: *надо бы тебе испунаться, — хватит того, что ты толстая*.



когда она будет здесь — это ключевая фраза: дочка, конечно, же, здесь, для неё-то и поставили этот самый мультфильм; налицо исполнение желания: она молчит, не мешает мне спать (сновидение очень деликатно удаляет её (цензура!): «когда она будет здесь»; не то чтобы я хотел её отсутствия, а просто её пока ещё нет дома)<sup>200</sup>.

Таким образом, сновидение представляет собой исполнение желания: поспать удалось, ребёнок не мешал. И ещё одно осуществлённое желание: есть, что показать гостю и где его поселить.

Я хотел бы также привести пример интересного сновидно-го явления — его, не без *gauloiserie*, можно назвать *плейотропным эффектом сновидения*. Это как раз тот феномен, о котором все знают, но который никто не может объяснить, хотя теорий на этот счёт предостаточно: почему один и тот же внешний стимул (раздражитель) вызывает совершенно разные сновидения (причём подчас даже у одного и того же человека)?

Вот сны, приснившиеся одновременно (в течение короткого промежутка времени) — моей супруге и мне: они были вызваны одной, весьма тривиальной, причиной — слабым шумовым раздражением (это было гудение движущегося лифта). Кстати, оба сновидения демонстрируют переживания [изменений] чувства времени.

«Возле полосы деревьев на краю поля (или, скорее, луга) в высокой, по колено, траве стоит молодой человек. Обращает на себя внимание контраст: тёмно-зелёный лес и бледно-салатная, катящаяся волнами, трава. Вижу его как бы со спины, довольно близко. К нему, бредя по колено в траве, приближается девушка в длинном белом платье. Я чувствую, что между ними очень близкие, любовные отношения. Девушка подходит к нему, улыбаясь. Их разговор длится всего несколько секунд; о чём они говорят, я не слышу. Чувствую, что произошла какая-то трагедия: внезапно лицо девушки меняется, она начинает плакать, отшатывается от него, поворачивается спиной и начинает убегать. Вначале она бежит очень быстро, но постепенно каждый её шаг становится всё медленнее и медленнее, словно начинают замедлять пленку. Она оглядывается, лицо её искажено ужасом; оборачиваясь, она что-то кричит парню, и её слова, также замедляясь и растягиваясь, как и движение, превращаются в низкий музыкальный тон. Вслушиваясь, можно понять, что на самом деле это слова, но слышишь всё равно гудение, наподобие звука валторны, — протяжный, разных тональностей гул. Она, видимо, кричит очень громко, на пределе, потому что звук не глухой, а пронзительный; от этого крика-музыки рождается ощущение ужаса, тревоги. И тут я начинаю ощущать, что чувствует этот парень, который всё это время стоит, не двигаясь, только провожает взглядом девушку. Лица его я не вижу — только чувствую его щемящую тоску, до боли в сердце; тоску, которую ощущаешь при расставании с любимым человеком или его смерти. Тоска побеждает ужас; жуткое ощущение потери.

<sup>200</sup> Перед засыпанием я подумал: *спать не стоит, ночью потом не засну, но сейчас ребёнок даст мне поспать.*

Картинка меняется: я вижу ритмично танцующих под тот же крик-музыку молодых женщин, в какой-то национальной одежде; они движутся также замедленно; руки раскинуты, они касаются плеч друг друга, очень медленно переставляя ноги. Время от времени они поворачивают голову — то влево, то вправо, двигаясь синхронно. На головах у них — широкополые шляпы, под ними повязаны белые платки. Присмотревшись к ним, понимаю, что это не шляпы, а тяжёлые длинные кисти, пришитые по краям платков: на самом деле женщины танцуют очень быстро, и очень быстро вращают головами, — и, вращаясь, эти кисти сливаются в почти материальную плоскость, выглядящую как широкие поля шляпы.

Пробуждаясь, я продолжаю слышать этот крик, уже почти совсем музыку; мне очень хочется вернуться туда, на луг, чтобы увидеть продолжение, потому что у меня остаётся ощущение тоски и хочется от него избавиться — понять происходящее» (Лина).

И второй — теперь уже мой — сон.

«Сон сумбурный, начинается всё вроде бы с того, что мы с моим секретарём и ещё одной парой собираемся ехать куда-то за город; супруга не возражает. Я нахожусь в своей старой большой квартире на улице, засаженной акациями, причём на балконе — ажурные кованые, объёмные решётки, какие у меня в настоящее время на балконных проёмах. Вызываю секретаря ночью, чтобы обсудить с ней прогулку. Она поднимается, карабкается по наружной стене дома, цепляется за решётку, пролазит сквозь неё. Мы говорим, сидя в залитой коричневым сумраком комнате; мягкая мебель при этом расположена посреди комнаты, как в доме моей крестницы, но как никогда не было у меня. Утром я снова просыпаюсь слишком поздно, но не звоню ей (секретарю), хотя на часах уже двенадцать. Во сне есть множество мелких деталей, подробностей (мыслей, сборов, закупок каких-то продуктов), которые я уже не помню (вспоминается, однако, что у меня какая-то маленькая машина — отчётливо вижу её небольшой, какой-то искажённый-мятый багажник).

Затем снится здание, это вроде бы ночной клуб, — но связь с предыдущим сном не утрачивается. Вроде бы мы хотим встречать здесь какой-то праздник. В здании восемь или восемьдесят этажей. Как развернулись, расстроились — возникает мысль.

Потом вижу сцены группового секса, в которых участвует какой-то худой немец. Они довольно длительные и малоинтересные. Я участвую нехотя; испытываю опасения чем-то заразиться; никаких сексуальных ощущений нет. Затем едем с этим немцем в трамвае, он говорит как-то невнятно, возможно с сильным акцентом (содержание его речи я уже забыл), отворачивается, склоняя лицо. Я говорю ему, смешивая немецкие и французские конструкции: «*Ich arbeite à l'hôpital!*». Он смотрит на меня с отчуждением и безразличием. Я говорю по-русски: «Это я показываю тебе свои познания в немецком!» Он не реагирует. Пытаюсь сравнить произнесённую конструкцию с аналогичной французской, проговариваю её про себя: «*Je travaille à l'hôpital!*»

Затем картины сна меняются. Мы, всё ещё с этим немцем, поднимаемся лифтом на шестьдесят с чем-то этажей здания. Приходит

понимание: это этажи, уровни застройки земной поверхности, Земли; это века, и посредством лифта можно свободно по ним перемещаться. Я выхожу через обшитые белым пластиком автоматические двери, прохожу через довольно большой холл и попадаю будто бы на площадку. И замираю — чуть левее меня вздымаются, громоздятся гигантские конструкции, вперемешку с природными (а может быть, и искусственными) холмами — на них нарядные деревушки, какие-то домики на склонах, фруктовые, кажется, деревья, возделанные участки земли — всё это, подчеркну, идилично красивое, пасторальное, тёплых, пастельных тонов с включением оранжевого, красного, жёлтого, коричневого, бежевого, какие-то короба — стеклянные, стальные. Всё сделано с умом, каждая пядь земли занята, ухожена, приносит пользу. Перспектива искажена, словно висишь на чудовищной высоте. В дымке теряются титанические строения Земли будущего; они вызывают лёгкий шок.

Возвращаюсь: я хочу попасть в более поздние столетия, — туда, ближе к восьмидесятым векам: хочу увидеть всё до конца. Что-то мешает этому, какая-то мелочь, и картина сна снова смешивается, — сохраняя тем не менее главную нить.

Я с отцом нахожусь в небольшой, отделанной пластиком комнате, куда нам приносят чай. Я точно уже не помню, что происходит, но я куда-то выхожу — возможно, я таки посещаю эту “шахту времени”. По возвращении кто-то из обслуживающего персонала — это высокая, стройная девушка со светлыми кудряшками — постоянно приносит чай. Она старается делать всё стереотипно, чтобы попасть в тот же момент времени, завершить весь антураж, воспроизвести его к моему возвращению, чтобы я не заметил, что время весьма подвижно. В одно из своих возвращений я вижу, что она не успевает завершить полный цикл; промахиваются и те, кто как бы удерживал комнату и ситуацию статичной во времени. Они ошибаются — сначала в мелочах, а затем во всё более крупных деталях: у девушки в руках две прозрачные фарфоровые чашки-пиалы, одна из них пуста — она не успела заменить чашки, я застиг момент подмены. Я начинаю замечать и иные детали — в левом дальнем углу комнаты нет ступеней, ведущих вниз, и ограждающей их маленькой балюстрады-перил.

Они — обитатели этих поздних веков — открываются, и на каком-то маленьком телевизоре, подвешенном на кронштейне над холодильником, стоящим тут же, в комнате, демонстрируют хроники произошедшего на Земле за эти века. Мы смотрим это все вместе — я, отец, эта похожая на стюардессу девушка, какой-то ребёнок, ещё, кажется, одна женщина. Я пытаюсь что-то есть. В ускоренном темпе прокручивают картины изменений, рисуют историю планеты широкими, крупными мазками; она на удивление тривиальна — космические войны, объединение людей с несколькими инопланетными расами, демарши противников этой коалиции. Я вижу земных лидеров, слышу их призывы к объединению и к войне: они странным образом напоминают и кадры немецких хроник времён Второй мировой войны, и библейские тексты.

Тем не менее, глядя на всё это, я безудержно рыдаю — сквозь меня словно проносятся эти бесчисленные века; я же остаюсь здесь, в новом времени. Я плачу, вначале тихо; чувствую, как слёзы текут по

лицу, как оно искажено, — а затем не могу уже более сдерживаться. Где-то в глубине души бьётся мысль: меня проверяли, чтобы оставить здесь работать, постоянно, профессионально, навсегда — я, очевидно, подошёл, я делал всё так, как нужно. Я хочу удалиться от них, чтобы привыкнуть к знанию об огромности нового мира, об огромности пространства, высоты и, главное, времени» (Вадим).

В силу причин личного свойства толкования (многостраничные) этих двух сновидений я опускаю.

В завершение я хотел бы подчеркнуть тот — немаловажный — факт, что сновидения, при известном навыке, доступны более-менее произвольному управлению.

### 23.3. Хроно-мнестическая [пато]феноменология в клинике

Настоящее обсуждение предпринято для того, чтобы определиться в отношении клинической реализации симульно-мнестической психотерапии — психотерапии, ориентированной на память, — а точнее, её ограничений.

Хотя и несомненно, что, перефразируя Cicero, *clīnicē — magistra vitae*, из анализа «грубой» мнестической патологии нельзя сделать выводов в отношении применения мнестической же психотерапии (за исключением разве что *противопоказаний*). Между клиническим исследованием симптоматологии дисмнезий и разработкой [интрузивной] клинической мнемотехники лежит серьёзный теоретико-методологический разрыв. Напротив, изучение *нарушений памяти при различных заболеваниях* (я намеренно использую распространённое клиничко-психологическое клише) может дать ряд ориентиров для [частностей] технического воплощения метода; кроме того — это именно то, на фоне чего (а изредка — с чем, но иногда — и вопреки чему!) предстоит работать методу (чего избегать, чего опасаться, что использовать, в чём могут быть затруднения и прочее).

В этой связи симптоматологии / синдромологии мнестических расстройств коснёмся лишь поверхностно, исходя из требований формальной полноты, — *ad narrandum, non ad probandum*, — после чего несколько более подробно остановимся на имеющихся в литературе сведениях о нарушениях памяти при различных заболеваниях, — главным образом, входящих в пато-нозологический ареал клиники психотерапии.

#### *Патология памяти*

Расстройства памяти хорошо известны и очень подробно изложены в учебниках различных психологий и психиатрических руководствах.

Разумеется, в данном случае речь идёт о психической [онтогенетической] памяти.

Вначале рассмотрим некоторые нейропсихологические представления о памяти и её «модельных» нарушениях при различных локальных поражениях головного мозга [7; 9; 10].

Память — помимо свойства *длительности* (*мгновенная, кратковременная и долговременная*) — характеризуется рядом других параметров.

*Модальность.* Мнестические процессы могут протекать в разных анализаторных системах; соответственно выделяют различные модально-специфические формы памяти: *зрительную, слуховую, тактильную, двигательную* (или *моторную*), *обонятельную* и другие. Существует также *аффективная*, или *эмоциональная*, память.

*Уровень управления.* Подобно иным высшим психическим функциям, память характеризуется *непроизвольным* и *произвольным* уровнями реализации (в последнем случае память выступает уже как *мнестическая деятельность*).

*Семантическая организация.* Память подразделяется на *неосмысленную* и *семантически организованную*.

Давняя клинико-психопатологическая традиция говорит о трёхзвенном делении: *ослабление* памяти, *усиление* памяти, *извращение* памяти.

*Гипомнезия*, или ослабление памяти, может иметь различное происхождение: быть врождённой либо являться следствием мозгового заболевания (например, церебрального атеросклероза) или возрастных изменений.

Особый тип аномалий памяти составляют *амнезии* (значительное снижение или отсутствие памяти).

Одной из аномалий памяти является *гипермнезия* — обострение памяти, резкое увеличение объёма и прочности запоминания материала (может являться результатом синестезий, а также появляться при локальных поражениях мозга, олигофрениях и прочем).

Как самостоятельное нарушение памяти описаны *парамнезии* (ложные узнавания) — особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами.

Исследованиями А.Р. Лурия и сотрудников [7; 10] были выделены два основных типа нарушений памяти, а также особый тип нарушений, который можно обозначить как *нарушение мнестической деятельности* (или *псевдоамнезия*).

К первому типу относятся *модально-неспецифические нарушения памяти*: это целая группа патологических явлений, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление любой по модальности информации. Подобные нарушения возникают при поражении различных уровней срединных неспецифических структур мозга (продолговатого мозга, диэнцефальной области), лимбической системы (лимбической коры, гиппокампа,

миндалины и прочего)<sup>201</sup>, медиальных и базальных отделов лобных долей мозга<sup>202</sup> (первые нередко поражаются при аневризмах передней соединительной артерии, вторые — повреждаются опухолями различной этиологии).

Ко второму типу принадлежат *модально-специфические нарушения памяти*; они связаны лишь с определённой модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся к какому-то одному анализатору (нарушения зрительной, слухоречевой, музыкальной, тактильной и двигательной памяти)<sup>203</sup>.

При поражении различных анализаторных систем соответствующее модальное нарушение памяти может проявляться совместно с гностическими дефектами.

Наиболее изученной формой модально-специфических нарушений памяти являются *нарушения слухоречевой памяти*, которые лежат в основе *акустико-мнестической афазии*. В этих случаях общих нарушений памяти (равно как и нарушений сознания) у больных нет, и дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме. В то же время у таких больных отсутствуют и чёткие расстройства фонематического слуха, что указывает на возможность поражения только одного уровня мнестических процессов.

При *оптико-мнестической форме афазии* определённым образом нарушается зрительно-речевая память — и больные не могут назвать показываемые им предметы, хотя их функциональное назначение им понятно и они пытаются его описать, изобразить (жестами, междометиями). У таких больных нарушены зрительные представления объектов, вследствие чего нарушена и способность к рисунку, однако они не обнаруживают никаких гностических зрительных расстройств, полностью ориентируясь в окружающем мире (и его изображениях). В этих случаях также страдает лишь мнестический уровень работы зрительной (или зрительно-речевой) системы.

Нарушения слухоречевой и зрительно-речевой памяти характерны лишь для поражений левого полушария мозга (у правшей). При поражении правого полушария нарушения слуховой памяти распространяются преимущественно на неречевой (музыкальный)

<sup>201</sup> К этому уровню поражения относятся случаи нарушения памяти, которые обозначаются как «корсаковский синдром».

<sup>202</sup> Нередко наблюдаются смешанные медиобазальные очаги поражения: в этом случае к нарушениям памяти по модально-неспецифическому типу зачастую добавляются также расстройства семантической памяти (или памяти на понятия); они смыкаются с нарушениями сознания по типу конфабуляций.

<sup>203</sup> В отличие от модально-неспецифических расстройств памяти, которые связаны с поражением *первого функционального блока* мозга, модально-специфические нарушения памяти возникают при поражении различных анализаторных систем, то есть при поражении *второго* и *третьего функциональных блоков*.

слух: возникают явления *амузии*, в которых объединяются и гностические, и мнестические дефекты. Нарушения зрительной памяти наблюдаются по отношению к конкретным невербализуемым объектам (например, лицам), и возникают явления *агнозии на лица* (в этих нарушениях также объединены и гностические, и мнестические дефекты).

Как специальная форма модально-специфических нарушений памяти, связанная преимущественно с поражением теменно-затылочных отделов правого полушария, описаны *нарушения пространственной и цветовой памяти*, отличные от нарушений пространственного и цветового гнозиса.

В случаях *псевдоамнезий* нарушения памяти выражены нерезко: страдает главным образом *мнестическая деятельность*. Такого типа нарушения памяти характерны для больных с массивными поражениями лобных долей мозга (левой лобной доли или обеих лобных долей). У больных с подобными поражениями произвольная память лучше, чем произвольная; последняя, как и всякая другая произвольная психическая деятельность, нарушена у них первично. Нарушения памяти как мнестической деятельности носят генерализованный характер и распространяется на любой материал: вербальный и невербальный, осмысленный и неосмысленный.

Эти нарушения обозначаются как «псевдоамнезия», поскольку у этой категории больных нет первичных нарушений следовых процессов как таковых, а страдает общая организация любой произвольной деятельности. Следует также отметить, что у больных с двусторонним поражением наблюдается не только псевдоамнезия, но и другие «псевдодефекты» — зрительная, слуховая псевдоагнозия, что связано с распадом произвольной познавательной деятельности.

Перейдём к клиническому дискурсу — уточним некоторые термины и понятия, используемые для описания симптоматологии мнестических расстройств [11].

При *ретроградной амнезии* забывается период, непосредственно предшествовавший заболеванию (ретроградная амнезия наблюдается, например, после реанимации в связи с самоповешением).

*Антероградная амнезия* характеризуется пробелами воспоминаний о событиях, происшедших и происходящих уже после начала заболевания; её выраженность часто зависит от глубины расстройства сознания (при глубоких расстройствах — сопор, кома — амнезия носит тотальный характер, тогда как после делирия наблюдается парциальная, фрагментарная амнезия).

В ряде случаев, обычно при особо неблагоприятных экзогенных воздействиях, у одного и того же больного отмечается и антероградная, и ретроградная амнезия — тогда говорят об *антеро-ретроградной амнезии*.

*Транзиторная глобальная амнезия* носит преходящий характер и полностью охватывает события прошлого дня или даже прошедшей недели. Обратное развитие амнестических расстройств происходит в течение нескольких часов. Остаётся пробел в воспоминаниях, охватывающий период от начала болезненных проявлений до полного восстановления памяти. Наблюдается обычно однократно. При-

чины транзиторной глобальной амнезии недостаточно изучены; предположительно можно говорить о локальной ишемии головного мозга в связи с преходящими нарушениями мозгового кровообращения, в первую очередь в бассейне базиллярной артерии.

При утрате способности запоминания, отсутствии памяти на текущие события говорят о *фиксационной амнезии*. Она наблюдается при старческом слабоумии, особенно пресбиофренической форме, при болезни Альцгеймера, а также при корсаковском синдроме инфекционного, интоксикационного или травматического генеза. Фиксационная амнезия свидетельствует о грубых расстройствах памяти, при которых нарушениями оказываются и запоминание, и удержание, и воспроизведение. Нередко у таких больных отмечается и амнестическая дезориентировка: они не могут назвать число, месяц, год, город, в котором живут, не могут найти своей палаты, койки.

*Общая прогрессирующая амнезия* заключается в утрате способности запоминания и постепенно нарастающем оскудении запасов памяти. Она является типичным симптомом старческого слабоумия. Динамика прогрессирующей амнезии соответствует закону Ribot — вначале из памяти стираются недавно приобретённые сведения, забываются события текущие или недавнего прошлого; воспоминания же о событиях далёкого прошлого сохраняются сравнительно долго.

Иногда амнезия возникает психогенно. При этом из памяти исчезают конкретные, обычно тягостные для больного, неприятные переживания. Такая амнезия носит название *аффективной, или кататимической*.

Сдвиг ситуации в прошлое является одним из вариантов *экмнезии*, при которой стирается граница между прошлым и настоящим, и события прошлой жизни как бы переносятся в настоящее.

*Криptomнезия* — симптом расстройства памяти, при котором больной забывает события, имевшие место в прошлом, и потому старое воспроизводится им как новое.

В тех случаях, когда больной может воспроизвести в памяти тот или иной факт лишь при напоминании о нём, говорят об *анэпфории*.

Своеобразную группу симптомов расстройств памяти составляют *парамнезии* — обманы памяти. Различают два вида парамнезий — *псевдореминисценции* и *конфабуляции*.

*Псевдореминисценции* — ложные воспоминания, заполняющие пробелы памяти. Они отличаются от конфабуляций тем, что являются менее разветвлёнными, более стабильными, повторно высказываются больным. Их материал обычно составляют переживания, сходные с теми, что действительно имели место в прошлом.

*Конфабуляции* — проявление патологического сочинительства. Больные рассказывают о событиях, в действительности не имевших места в тот период времени, о котором идёт речь. По сравнению с псевдореминисценциями конфабуляции более красочны, аморфны, нестойки. Они наблюдаются как при амнезии, так и вне её, например при парафренических состояниях, расстройствах сознания продуктивного типа. Первые обозначаются как *мнестические*, вторые — как *фантастические*. В свою очередь, мнестические конфабуляции делятся на *экмнестические*, при которых ложные воспоминания ло-

кализуются в прошлом, и *мнемонические*, при которых вымышленные события относятся к текущему времени.

Иногда конфабуляции достигают большой степени выраженности и определяют клиническую картину заболевания. В таких случаях говорят о *конфабуля́зе*; он наблюдается при острых симптоматических психозах различной этиологии, в периоде их обратного развития.

При грубых органических поражениях головного мозга наблюдается симптом *редуплицирующей парамнезии*, при котором происходит как бы удваивание переживаний обыденной жизни. Характерно, что фигурирующие в ложных воспоминаниях прежние переживания являются такими же, но не теми, что сейчас. Этим редуплицирующая парамнезия отличается от симптома «уже виденного» («*déjà vu*»). Происхождение редуплицирующей парамнезии объясняется преимущественным нарушением логически-смысловой памяти с преобладанием относительно сохранной чувственно-образной памяти.

Обратимся теперь к [клинической] синдромологии нарушений памяти, наиболее важным из синдромов [12].

*Психоорганический синдром* — симптомокомплекс нарушений памяти, интеллекта и аффективности. Для большинства заболеваний, сопровождающихся этим синдромом, характерно наличие астении.

Термин «органический симптомокомплекс» был введен [P.]E. Vleuger'ом [13] — как синоним амнестического синдрома.

В зависимости от нозологической природы заболевания характеризующие психоорганический синдром нарушения сочетаются друг с другом в самых разных соотношениях: так, расстройства памяти доминируют при «корсаковском психозе», старческом слабоумии, болезни Альцгеймера и некоторых других.

Нарушения памяти при психоорганическом синдроме в той или иной степени затрагивают и фиксацию, и ретенцию, и репродукцию; в одних случаях преобладают дисмнестические расстройства, в других — превалируют амнестические (в первую очередь фиксационная и / или прогрессирующая амнезия). Нарушения памяти, особенно в форме амнезий, нередко сопровождаются появлением образных воспоминаний о событиях прошлой жизни, а в ряде случаев и конфабуляций.

Причины развития психоорганического синдрома: сосудистые заболевания головного мозга, черепно-мозговые травмы, интоксикации, энцефалиты, хронические нарушения обмена, сифилитические поражения центральной нервной системы, опухоли и абсцессы головного мозга, пре- и сенильные атрофические процессы, а также все болезни, сопровождаемые эпилептическими припадками. Большое значение в формировании психоорганического синдрома принадлежит возрастному фактору.

*Синдром Корсакова*<sup>204</sup> ([корсаковский] амнестический синдром) — сочетание фиксационной амнезии (расстройства памяти на настоя-

щее), дезориентировки в месте, времени, окружающем и конфабуляций. Корсаковский синдром представляет собой *sui generis* «идеальную» модель психоорганического синдрома.

Расстройства памяти при корсаковском синдроме касаются прежде всего запоминания текущих и недавних событий; больной почти тотчас забывает получаемые впечатления (время, в течение которого они сглаживаются, может исчисляться секундами). Больной забывает не только имя, но и внешность того, с кем ему довелось разговаривать, и поэтому он многократно здоровается с одним и тем же человеком, а на вопросы последнего, почему он так делает, если они сегодня уже виделись, больной всякий раз отвечает, что видит данное лицо впервые. Больной не знает, что он ел сегодня и ел ли вообще, пересказывает одни и те же истории, не помнит, сколько времени он болен и как давно находится в больнице.

Беседуя с врачом, больной часто повторяет одни и те же вопросы и просит советов, которые он уже неоднократно получал; при чтении больной по многу раз перечитывает одно и то же, всякий раз как нечто для него новое, и так далее. В наибольшей мере страдает словесная память. В то же время аффективная память (особенно негативная) страдает в меньшей степени. Постоянно выпадают из памяти события, непосредственно предшествующие заболеванию, то есть наблюдается ретроградная амнезия, которая захватывает отрезки времени, исчисляемые днями — месяцами, а в ряде случаев распространяется и на большие сроки. В целом же память на события прошлой жизни может быть сохранена удовлетворительно.

Расстройства ориентировки, часто называемые *амнестической дезориентировкой*, выражены в различной степени; более всего нарушается ориентировка во времени: больной часто не в состоянии назвать не только число, день недели и месяц, но и время года, а также текущий год. Значительно страдает ориентировка на месте, в том числе пространственная ориентировка, поэтому больной не в состоянии разобраться в помещениях отделения (в частности, не знает, где находится его койка, санитарные помещения). Многие больные не в состоянии сказать, что за люди их окружают, а в некоторых случаях называют незнакомых лиц именами своих знакомых.

Конфабуляции возникают обычно не спонтанно, а при соответствующих вопросах. Их содержание касается преимущественно прошлых событий обыденной жизни или ситуаций, связанных с профессиональной деятельностью: в этих случаях говорят о замещающих (мнестических) конфабуляциях. Специально задаваемыми вопросами можно изменять содержание конфабуляторных высказываний (данное обстоятельство свидетельствует о повышенной внушаемости больных). Значительно реже, но встречаются конфабуляции фантастического содержания. Параллелизм между степенью расстройства памяти и выраженностью конфабуляций обычно отсутствует. На интенсивность конфабуляций большое влияние оказывает возрастной фактор: в позднем возрасте конфабуляции являются обычно правилом и часто множественны, проявляясь у отдельных больных в форме конфабуля́за.

<sup>204</sup> Впервые описан С.С. Корсаковым (1854 — 1900) в 1887 году в докторской диссертации «*Об алкогольном параличе*» [37]\*.

Больным с корсаковским синдромом свойственна та или иная степень снижения интеллектуального уровня, в том числе и снижение критического отношения к своему состоянию; вместе с тем многие знания и навыки прошлого сохраняются у них вполне удовлетворительно. Например, больные сохраняют профессиональные навыки, способны решать различные задачи, логические правильно рассуждать о вопросах, связанных с их прежним опытом и знаниями. В достаточной степени сохраняется прежний строй личности больных. У большинства, несмотря на снижение [уровня] критики, всегда существует осознание [факта] болезни, в первую очередь касающееся расстройств памяти. Многие больные с помощью разных уловок стремятся скрыть свой мнестический дефект.

Нарушения памяти типа корсаковского синдрома могут быть следствием органической патологии головного мозга — независимо от этиологического фактора, вызвавшего заболевание. Корсаковский синдром наблюдается при различных интоксикациях (в первую очередь при алкоголизме), после черепно-мозговых травм, при опухолях мозга и инфекционных заболеваниях, после острой гипоксии (отравление угарным газом, незавершённое повешение и тому подобное), при сенильно-атрофических и сосудистых процессах. Полагают, что данная патология памяти связана с поражением лимбико-ретикулярных структур мозга; возможно, в основе корсаковского синдрома лежат нарушения в области гиппокампа, сосцевидных тел, передних ядер таламуса и связывающих их путей.

Особо выраженные расстройства памяти типа прогрессирующей амнезии наблюдаются у больных с сенильным слабоумием (амнестическая деменция) и болезнью Альцгеймера; типична фиксационная амнезия (больной не может запомнить даже имя лечащего врача).

При болезни Пика, в начальных её стадиях, в отличие от болезни Альцгеймера, значительных первичных расстройств непосредственного запоминания не отмечается; нарушения памяти длительное время обусловлены снижением активного внимания.

### *Процессы памяти в патогенезе [психических] заболеваний*

Итак, очевидно, что психопатологические состояния, в рамках которых [истинные] мнестические (интеллектуально-мнестические) расстройства играют ведущую роль, на практике не составляют проблемы психотерапевтической клиники.

В процессе разработки симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) возник целый ряд вопросов, связанных с совершенно иной проблемой:

- *на каких сущностных характеристиках «памяти» и её расстройств следует остановиться, исходя из целей [разработки] психотерапии?*

- *какова роль «памяти» в патогенезе и, следовательно, в психотерапевтической саногенезе психических и, отдельно, невротических, соматоформных и психосоматических расстройств?*
- *где та граница, когда патология памяти как таковой делает применение психотерапии — во всяком случае, симультанно-мнестической — нецелесообразным?*

Постараюсь ответить на эти и некоторые другие вопросы, возникавшие в ходе исследования.

*Во-первых*, как уже стало ясно, обсуждение патофеноменологии памяти для настоящего исследования — для студии, где разрабатывается особый, мнестически-ориентированный, метод психотерапии, — практической пользы не имеет: система координат «ослабление / усиление / извращение» относится к иному дискурсивному полю и подразумевает дискурс психиатрического порядка. Наличие выраженных симптомов конфабуляций и криптомнезий, различного рода гипо- / амнестических, равно как и гипермнестических, расстройств автоматически ведёт к постановке психиатрического (реже неврологического) диагноза, и соответствующим модусам терапии, — что определяется прежде всего вновь-таки причинами госпитального порядка<sup>205</sup>.

Именно поэтому основное внимание следует уделить не различного рода патологическим состояниям, в которых память выступает как самостоятельное, точнее ведущее, нарушение, а памяти как [диффузной] функции, психическому свойству, что пронизывает всё расстройство, не обнаруживая при этом нарушений клинического уровня значимости.

*Во-вторых*, — и это является наиболее важным, — по отношению к разным классам пато-нозологических форм, находящихся в сфере компетенции психотерапевтической клиники или подлежащих психотерапевтической курации в клиниках иных дисциплин, представления о памяти, её расстройствах и её роли в патогенезе [страдания] довольно различны.

Так, для психотерапии психических заболеваний в их узком понимании эта проблема распадается как бы на три, хотя и не вполне корректных пато-нозологически, класса: грубая мнестическая патология при психоорганическом синдроме (включая корсаковский амнестический), расстройства

<sup>205</sup> Исключение составляют аффектогенные, или кататимические, амнезии, имеющие психогенное происхождение.

памяти при экзогенных повреждениях в целом и всевозможные нарушения памяти при эндогенных психозах, в их стёртой, но пёстрой симптоматологии. К сожалению, там, где разговор заходит об «органике» — а «эндогенность» составляет почти столь же категорическую антитезу «психогенности», — идеи психотерапии — действенной, легитимной, актуальной психотерапии — быстро угасают.

Что касается проблемы памяти при невротических расстройствах, то здесь долгие десятилетия речь шла о различных пато[нейро]динамических структурах, парадоксальной и ультрапарадоксальной фазах и прочем подобном, — и именно из этого дискурсивного поля всё это время исходили идеи психотерапевтического саногенеза при неврозах.

Для соматоформных расстройств проблема памяти редуцируется до уровня существования патологических энграмм (вспомним о концепции устойчивых патологических состояний [33]\*), — разумеется, если не касаться «классического» психоаналитического принципа «конверсии на орган», откуда представления восходят к идее «вытеснения» и, далее, к специфической аналитической теории амнезий. *Consequentia* в отношении психотерапии очевидна.

Наконец, роль памяти в патогенезе / саногенезе психосоматических заболеваний, которые полагаются прямым следствием аутопсих[олог]ических воздействий, считается важнейшей, в силу чего контингенты больных с этими состояниями всегда подлежат психотерапии.

*В-третьих*, вопрос о границах применения психотерапии актуален для первого класса рассмотренных выше расстройств — там, где появляются затруднения коммуникативного характера (но только в силу выраженной интеллектуально-мнестической недостаточности, дезориентировки либо резкого психомоторного возбуждения).

Обратимся теперь к данным о нарушениях памяти при различных заболеваниях [11; 17], входящих в пато-нозологический ареал психотерапевтической клиники.

Одной из характерных особенностей памяти у больных невротизмом является диссоциация между степенью выраженности жалоб на снижение памяти и противоречащими им данными наблюдения за поведением больных в клинике. Хорошая память на прошлые и текущие события, значимые для пациента и включённые в психогению, нередко контрастирует с результатами экспериментально-психологического исследования памяти.

Показатели вариации и спектральных характеристик колебаний объёма памяти являются чувствительным индикатором невротического состояния, превышая наблюдающиеся и в норме колебания показателей памяти у испытуемых.

Снижение памяти и внимания у страдающих невротизмом часто рассматривается как отражение внутреннего беспокойства и тревоги.

В сопоставлении со здоровыми у больных невротизмом выявлено достоверное снижение не только непосредственного, но и отсроченного воспроизведения предъявляемых [для запоминания] стимулов.

У больных невротизмом, с доминирующими в её клинической картине астеническими проявлениями («астенический невроз»), обращает на себя внимание недостаточность произвольного воспроизведения, — уменьшающаяся с ослаблением степени астении. В этом случае нарушения памяти отражают общее снижение умственной работоспособности, её истощаемость.

У больных с выраженными эмоционально-аффективными расстройствами (депрессивный и фобический синдромы) выявлены более значительные нарушения памяти.

Представляют интерес особенности памяти у лиц, склонных к формированию навязчивостей («ананкастических личностей»): у них отмечены лучшие результаты в воспроизведении ближайших по времени событий, отражающие более высокий уровень их внимания; в то же время они явно несостоятельны в том, что касается реинтеграции собственно личностных воспоминаний.

У больных реактивной депрессией — в частности, депрессивно-параноидным и астено-депрессивным синдромами, в остром периоде наблюдаются выраженные расстройства оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти. В остром периоде у больных с реактивным истеро-депрессивным синдромом дезорганизована вся мыслительная деятельность, в том числе мнестическая сфера. В то же время мнестические расстройства при подобных состояниях носят транзитный характер.

Психогенные амнезии следуют за психотравмирующими переживаниями и обычно характеризуются нерезко очерченным началом и парциальностью; в период забытого вкрапливаются восполняемые в последующем события. Истерические амнезии рассматриваются как вариант психогенных.

При реактивных истерических невротизмах (реже при других формах невротизмов) наблюдаются так называемые «системные амнезии», — когда амнезия распространяется только на те события, которые включены в психотравмирующую, патогенную ситуацию. Такое избирательное забывание субъективно тягостных для пациента событий и обстоятельств его жизни называют также кататимной (кататимической) амнезией.

У больных шизофренией значительные нарушения оперативной, кратковременной, отсроченной и опосредованной памяти не выявляется. Наблюдаемое у больных шизофренией ухудшение памяти может иметь вторичный характер, — в том числе обусловленный снижением волевого усилия. Плохие результаты выявляются у боль-

ных шизофренией при воспроизведении семантически организованного материала.

Расстройства памяти характерны для эпилепсии. В начале заболевания ухудшается способность к произвольному воспроизведению, на последующих этапах нарушаются также процессы запоминания и сохранения.

Значительные расстройства не только смысловой, но и механической памяти отмечаются при олигофрениях. Расстройства памяти носят тем более выраженный и тотальный характер, чем моложе больной. Для астенической формы олигофрении более характерны грубая недостаточность памяти в процессе приобретения навыков чтения, письма и счёта и частые ошибки памяти; при стенической форме установлены более выраженные расстройства долговременной памяти.

В клинике олигофрении — при наличии у больных так называемой «односторонней одарённости» — иногда наблюдаются случаи «феноменальной памяти».

Для церебрального атеросклероза в начальной стадии характерны замедленная репродукция и трудности либо только непосредственного воспроизведения<sup>206</sup>, либо отсроченного воспроизведения. Следующим этапом гипомнезии является ослабление удержания в памяти, а затем уже отмечается нарастающая недостаточность запоминания. Использование смысловых связей помогает больным в какой-то мере компенсировать дефекты запоминания. В случае более выраженного атеросклероза и при наличии деменции воспроизведение ещё более грубо нарушено; у больных наблюдаются явления контаминации, конфабуляции, учащение персевераций. При резко выраженном церебральном атеросклерозе и атеросклеротической деменции отмечается резкое снижение степени запоминания, в том числе организованного в смысловом отношении материала.

По мере утяжеления церебрального атеросклероза различные мнестические функции ухудшаются в определённой последовательности: в начальных стадиях заболевания страдает номинативная функция, далее — хронологизирующая и фабулирующая, а в случае далеко зашедшего атеросклероза — идентифицирующая сторона памяти.

В случаях компенсированных и субкомпенсированных вариантов гипертонической болезни у больных установлено лишь незначительное снижение показателей кратковременной памяти.

У больных в резидуальном периоде инсульта выявлены снижение запоминания, удержания и истощаемость памяти; нарушена как кратковременная, так и долговременная память.

Большое значение исследования памяти имеют при многих соматических заболеваниях, особенно с длительным хроническим течением и выраженной астенизацией.

<sup>206</sup> Сосредоточение внимания лишь ухудшает результаты поиска забытого слова, но через некоторое время, когда это слово утрачивает для больного актуальность, оно само по себе как бы «всплывает» в памяти.

В то время как состояния гипо- и амнезии встречаются при самых различных заболеваниях, стойкие усиления памяти (гипермнезии) наблюдаются редко, главным образом при маниакальных состояниях, иногда — при синдромах нарушенного сознания. Гипермнезия возникает при облегчённом, иногда беспорядочном течении ассоциаций. В основе наблюдающегося при этих состояниях обострения памяти лежат примитивные ассоциации по сходству и смежности, что обуславливает усиление памяти механической, а не логико-смысловой.

### *Гностические расстройства*

Гностически расстройства очень разнообразны, однако «истинные» агнозии, как правило, не попадают в поле зрения психотерапевтов.

Рассмотрим вкратце некоторые основные формы агнозий [11] (о расстройствах гнозиса уже говорилось выше, при изложении мнестической патологии при различных локальных поражениях головного мозга).

*Оптическая агнозия* наблюдается при поражении затылочно-теменных отделов коры большого мозга и проявляется в нарушении узнавания предметов и их изображений. Больные не могут выделить существенный (сигнальный) признак и нередко ориентируются на второстепенные, [оптически] яркие признаки. Поэтому о предмете или о его изображении они судят по отдельным деталям, не обобщая их.

Несколько отличается от оптической агнозии синдром *симультанной агнозии*, наблюдающийся при поражении (обычно двухстороннем) затылочных и затылочно-теменных отделов коры большого мозга. При этом восприятие отдельных предметов, изображённых на рисунке, не страдает, однако оказывается нарушенным синтез отдельных элементов в целостные группы.

Нарушение ориентировки в собственном теле носит название *соматоagnoзии* (её ещё обозначают как *расстройство схемы тела*).

Различают два основных типа соматоagnoзии — *анозогнозию* и *аутопагнозию*.

При *анозогнозии* больной обнаруживает неведение относительно имеющегося у него заболевания. Например, он отрицает наличие у него паралича, утверждает, что может двигать парализованными конечностями, собирается встать и пойти, нередко конфабулирует, рассказывает о своих прогулках уже в период болезни или даже в день беседы. Другой отрицает свою слепоту: при распросе о внешнем виде (форме, цвете) демонстрируемых ему предметов даёт конфабуляторные ответы; точно так же он отвечает на подобные вопросы, когда сам предмет и вовсе не показывается.

При *синдроме Антона — Бабинского* с правосторонним поражением коры большого мозга больной отрицает наличие у себя паралича и слепоты. Иногда он знает о параличе, но не придаёт ему значения.



Под *аутопагнозией* понимают нарушение узнавания отдельных частей собственного тела, их взаиморасположения, ориентирования в понятиях правого и левого.

Формой аутопагнозии является возникновение ощущений мнимых членов (например, больной испытывает боль в области ампутированной конечности — «фантомную боль»).

*Парестетическая полипсевдомелия* характеризуется утверждениями больного о наличии у него ложных или мнимых частей тела, конечностей (две руки на одной стороне; несколько ног или голов). Синдром этот впервые описан у больного с левосторонней гемиплегией и нарушениями кожной и глубокой чувствительности слева. Пассивные движения парализованной конечности вызывают ощущение, что движется только одна рука или нога, а остальные неподвижны. Синдром наблюдается при поражении коры субдоминантного полушария.

Расстройства гнозиса не всегда носят строго очаговый характер. Например, при церебральном атеросклерозе, протекающем без инсультов, можно также наблюдать расстройства оптического гнозиса, напоминающие очаговые. Такие *агнозиеподобные расстройства* выражаются в затруднении узнавания изображённого на рисунке предмета, тогда как сам предмет больной называет правильно. Кроме того, эти затруднения зависят от сложности оптико-пространственного восприятия и задачи восполнить рисунок недостающими деталями. Агнозиеподобные расстройства лишь внешне напоминают очаговую оптическую агнозию, отличаясь от последней меньшей выраженностью расстройств восприятия, постепенностью возникновения и нарастания, наличием разного уровня затруднений, испытываемых больными, в зависимости от оптико-пространственной сложности воспринимаемого изображения. Агнозиеподобные расстройства наблюдаются и при прогрессивном параличе, старческом слабоумии, болезни Альцгеймера (в последнем случае они предшествуют истинной очаговой оптической агнозии).

### *Изменения гнозиса при различных [психических] заболеваниях*

В силу указанных выше причин — а именно того факта, что агнозии не имеют большого практического значения в психотерапевтической практике, — нас прежде всего интересуют *изменения* восприятия информации и познавательных стратегий вообще: ведь их наличие и характеристики определяют как саму возможность психотерапии, так и собственно психотерапевтический подход.

Так, при шизофрении и шизоформных психозах происходит общее — качественное — изменение познавательной способности, а при соматоформных, невротических, психосоматических заболеваниях на первый план выступает астенический — имеющий свойства количественного — компонент.

### *[Патологические] изменения [ощущения] психологического времени*

Расстройства [ощущения] времени при психических заболеваниях встречаются довольно часто.

Приведу два клинических наблюдения, интересных тем, что нарушения сознания у больных шизофренией сопровождались изменениями чувства времени<sup>207</sup>.

#### *Клиническое наблюдение*

Больная Д-ва С.В., 33 г., поступление первичное.

Самоописание этой больной шизофренией с нарушением сознания по аментивному типу выглядит следующим образом:

*«Я чувствую себя нормально. Хочу домой. Так как я должна идти на работу, поэтому я нервничаю и мне не хочется есть и пить именно здесь. Если бы у меня были часы, то я ориентировалась бы во времени и знала бы точно, что мне делать, так как я очень точная во времени, что и во сколько нужно делать, а здесь мне мешают голоса, которые не дают сосредоточиться. А началось всё с того, что по городу ездят иномарки, очень много машин и у меня началась мания преследования из-за часов. Я потерялась во времени. Вернее сказать, из-за мушкетёры. Мушкетёры с ружьём — деловой человек, я тоже, поэтому я считаю, что я нормальная и что мне здесь делать совершенно ничего. Я очень хочу на воздух. Я когда находилась дома, то я слышала голоса. Теперь я понимаю, что я нахожусь в очень серьёзном учреждении и поэтому мне хотелось бы извиниться за своё поведение. Если я выйду на улицу и начну сосредотачиваться, то я думаю, что все эти галлюцинации пройдут, я в этом уверена. Да из-за ружья. Одной моей знакомой подарена была ружья еврейского фонда [...]»*

Описание психического статуса с фиксацией элементов невербального поведения позволило выявить следующие психопатологические проявления.

Продуктивному контакту на момент осмотра недоступна. Растерянно смотрит по сторонам, пытается расфиксироваться. На имя откликается только после громкого оклика. Отвечает: «Да?», напряжённо и непонимающе смотрит на врача. Удаётся уговорить больную побеседовать. Расфиксирована. Походка вычурная, с недоумением озирается по сторонам. Во время беседы анамнестические данные выяснить не удаётся. Постоянно смотрит на левое запястье, потирает его, огорчённо и растерянно говорит: «У меня нету часов...» На вопрос, почему поступила в больницу, отвечает: «У меня нету часов, а нужно смотреть время». Внимание крайне рассеяно, удаётся привлечь его лишь на непродолжительное время окликом больной по имени, на который она с ударением отзывается: «Да!»

<sup>207</sup> Я привожу эти иллюстрации в силу того, что амнестические и гностические расстройства неоднократно описывались в литературе, патологическим изменениям же ощущения времени уделено гораздо меньше внимания.

Затем говорит, что «в больницу поступила, чтобы не украли». Снова молча напряжённо смотрит на врача. На все вопросы отвечает: «У меня нету правильных часов». После длительного опроса удаётся выяснить, что испытывает массу слуховых галлюцинаций с трудно определенной локализацией, эти «голоса» ругают больную, называют её «заразой». Постоянно прислушивается к ним, что значительно затрудняет контакт с пациенткой, при этом не может отдифференцировать голоса в отделении от галлюцинаторных, постоянно отвлекается на малейший шум. Говорит: «Кто-то действует, я слышу голоса. Голоса говорят, что я зараза». На вопрос об их локализации неуверенно обводит рукой пространство вокруг себя. Затем неуверенно отвечает, что «они в голове», «женские и мужские», «они поют и кричат», «они кричат, что попало». Показывает рукой: «И так слышно, и так». Отмечаются ощущения внешнего воздействия — «влияния Природой»: «Кто-то действует на меня... Природой». Понимает, что находится перед врачом, и в то же время считает, что — в тюрьме, так как «на окнах — решётки». Во время беседы двигателью упорядочена, однако в отделении, предоставленная самой себе, бесцельно бродит по палатам, не может найти своей койки.

#### *Клиническое наблюдение*

Больная Р-ва Н.Б., 33 г, поступление первичное.

При исследовании психического статуса этой пациентки, страдающей шизофренией с элементами нарушения сознания по сумеречному типу, были сделаны следующие наблюдения.

Контакту труднодоступна, ориентировка в месте и времени нарушена, в собственной личности сохранена. Речь разорванная, по типу монолога, постоянно задаёт нелепые вопросы, темп речи повышен. Гипермимична, хмурит лоб, постоянно закрывает и вновь открывает глаза. Всё время извиняется: «Извините, у меня есть одна минута? Она пройдёт быстро или медленно?» По-видимому, ежеминутно приходит «новое понимание окружающего мира», «новое осознание»: «А, я поняла, Вы из фирмы “Гербалайф”?» Хватает со стола ручку, рисует ею на документах, лежащих на столе, приговаривая: «Так, понятно, понятно, сейчас обведу рамочку». Периодически речь становится как бы скандированной, произносит по слогам (по выражению лица видно, что делает это для лучшего осознания, прислушивается к собственным словам): «Вы из фирмы “Гербалайф”?» Я од-ну ми-ну-ту по-си-жу и всё пой-му...» Отказывается уходить из кабинета врача, при попытке увести вцепляется врачу в руку, требует отдать часы: «Мне нужно знать время, всё время смотреть на них... Ваши часы мне вполне подойдут». Хватает врача за халат: «У меня есть одна минута?» Отмечаются симптомы «уже виденного» и «уже слышанного» — на все вопросы врача и попытки выяснить содержание болезненных переживаний утвердительно кивает головой, как бы подтверждая собственное мнение: «Это уже было!..» Считает, что все окружающие работают в фирме «Гербалайф», что всех больных и персонал она уже видела там («симптом положительного двойника»). Рассказывает, что после поступления на работу в фирму стала хорошо видеть (страдает миопией высокой степени), сообщает, что выбросила поэтому очки, уговаривает врача сделать то же самое: «Я знаю, Вам очки не нужны!..»

### **23.4. Некоторые аспекты фармакологии памяти**

Фармакология памяти занимает важное место в определении возможности влияний на интеллектуально-мнестические функции.

Однако целенаправленное использование потенторов / ингибиторов нейромедиаторных процессов для целей психотерапии, — особенно по отношению к традиционным контингентам психотерапевтической клиники, — возможно только в рамках специально разработанных и санкционированных, юридически легализованных схем.

В силу этого мы вновь возвращаемся к идее фармакологического терапевтического фона (*см. одноимённую главу*).

Однако применение различных классов психотропных средств — например ноотропов, улучшающих общие интеллектуально-мнестические показатели, вполне возможно вне специальных фармакопсихотерапевтических схем.

### **23.5. Нейро[психо]лингвистический контекст**

Нейро[психо]лингвистический контекст симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) подразумевает ориентацию на выработку определённой стилистики и семантики речи психотерапевта (структурирование). Говорение, речь психометодолога должно предварительно подвергаться соответствующей обработке, что преследует цель повышения эффективности психотехник и психотерапии в целом. Вот несколько основных результатов, которых следует достигнуть такой обработкой:

- семантически структурированная, стилистически обработанная речь психотерапевта;
- конкордантность семантических полей психотерапевта и пациента;
- социо- или этнокультурная аранжировка речи;
- наборы включённых вербальных формул с идентичным эмфатико-интонационным оформлением (для обеспечения неразрывности высказываний с предыдущими сеансами);
- поддержка экспектаций вербального поведения.

### 23.6. Социо-психический и культуральный контексты

Социо-психический и культуральный контексты открывают доступ к тем сферам аргументов и апелляций, которые клинические студии обычно игнорируют, — в этом плане психотерапия выгодно отличается от иных медицинских дисциплин.

Что касается [этно-]культуральных аранжировок психотерапии, то об основных из них говорится в главе «*Этно-культуральная дифференциация психотерапии*». К социо-психическим же конструктам более чем внимательны сторонники многочисленных психотерапевтических методов «новой волны» и их вариаций (особенно это касается [когнитивно-]бихевиоральной парадигмы психотерапии).

*Во-первых*, это представления о психоической феноменологии в целом; в отношении же феноменной базы симультанно-мнестической психотерапии — полезны наблюдения многочисленных феноменов разных классов: инструментальных, дефензивных, смешанных, воробтных и прочих, а также групповых и конформных.

Особо показательны в этом отношении (равно как и во многих других) психические эпидемии.

Явление психических эпидемий демонстрирует своеобразные психотехнические влияния: глобальные, хотя и спонтанные, и даже иногда персонифицированные.

Для психических эпидемий в целом характерны следующие черты:

- относительная внезапность возникновения;
- наличие, как правило, локального центра (очага) и, время от времени, *persona dramatis sacrosancta*;
- высокая «психическая контагиозность»; при этом скорость «заражения», психопатологической индукции, может колебаться в весьма значительных пределах;
- плотное аффективное насыщение;
- удивительное единообразие визуальных иллюзий (может быть, даже [истинных] галлюцинаций);
- безосновательность, нелепость бредовых идей, равно как и их высокая культуральная детерминированность и религиозная коннотация (хотя ведь сказано: *credo, quia absurdum est!*);
- тесная связь с различными сектантскими движениями, которые, по сути, представляют собой медленно разворачивающиеся психические эпидемии;
- периодическое — спорадическое — [само]возобновление;
- выраженная зависимость от социо-культурального контекста и связанное с этим единство понятийно-семантической почвы.

Своеобразным маркером, свидетельствующим о том, что какое-либо массовое [дискурсивно-психоическое] явление «разрешилось» как психическая эпидемия, является появление реакции со сторо-

ны властных структур, развивающейся по относительно стационарной схеме: обозначение проблемы — экспертиза — [правовая обработка] — перевод проблемы в пенитенциарное поле.

Для психотерапии особенно важно, с одной стороны, понимание основных характеристик и механизмов применяемых в этих случаях психотехнических процедур, — как для возможности валентного купирования развившихся психопатологических состояний, подчас исключительно стойких, так и для разработки адекватных превентивных мер, а с другой — выявление предрасполагающих и производящих условий средового социо-культурального фона, на котором возможно развитие подобных массовых нарушений психики, для своевременного его изменения (коррекции).

Не следует также забывать, что психические эпидемии служили и служат поводом к созданию особых социальных, даже социо-психических, стратегий и к вынужденной разработке целых пакетов психотехник.

*Во-вторых*, это [культуральные] социо-психические рефлексии в отношении проблемы прошлого, в интересующем нас ракурсе «забвение / воспоминания» (мифология — сюжеты и персонализации; история театра — сценическое воплощение, многократно повторяемое, проходящее сквозь века и страны; [детские] игры; иные формы культурного опосредования).

*В-третьих*, это концепты — мифологема / стратегема / эпистема — созданные с учётом соответствующих социо-психических структур.

### 23.7. Возможности и пути хроно-мнестических влияний

Итак, *punctum quaestiōnis: как можно повлиять на память?*

Очевидно, что можно обозначить по крайней мере несколько тактических подходов: *хирургический*<sup>208</sup>, *стереотаксический*<sup>209</sup>, *фармакологический*<sup>210</sup>, *электрофизиологический*<sup>211</sup> и, на-

<sup>208</sup> Известные данные [опытов] W.G. Penfield'a [и соавторов] [38 — 41]\*, — касающиеся, в частности, «психических реакций на раздражение» (мозговой коры во время нейрохирургических операций), — были получены, по признанию авторов, почти случайно: раздражение задней части правой височной коры больной И.В. вызвало у неё воспоминание переживания эпизода раннего детства и страха, который больная чувствовала в то время, когда этот эпизод происходил; данный эпизод ранее появлялся у неё в сновидении.

<sup>209</sup> Например, известные эксперименты В.М. Смирнова [42; 43]\*.

<sup>210</sup> В частности, исследования Р.Ю. Ильющенка [и соавторов] [44; 45]\*, Ю.С. Бородкина и соавторов [46; 47]\*.

<sup>211</sup> Это целый ряд разработок: влияние на биоэлектрическое состояние (активность) мозга, в частности [лечебная] электрическая стимуляция и микрополяризация головного мозга; использование приёмов [оперантного] адаптивного биоуправления (biofeedback, биологическая обратная связь), и другие.

конец, *вербальный*<sup>212</sup> (с элементами *психофизиологического*<sup>213</sup> и *нейропсихологического*<sup>214</sup>); очевидно, что именно последний [комплекс] приемлем для целей настоящей психотерапевтической разработки.

Вербальные стратегии, иногда в сочетании с психо- и электрофизиологическими и фармакологическими разработками, и были положены в основу симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии).

\* \* \*

Итак, анализ различных — и, думаю, довольно разнообразных — сфер аргументации метода позволил сделать следующие выводы<sup>215</sup>:

- при назначении симультанно-мнестической психотерапии надлежит проводить диагностику [свойств] памяти в целом и, кроме того, оценивать её состояние (в плане наличия мнестических изменений при данном заболевании у конкретного больного);
- метод, ориентированный на память, должно реализовывать, принимая во внимание гностические особенности пациента (в том числе их изменения вследствие различных заболеваний);
- следует изучать особенности [восприятия] психологического времени у больного (учитывая их изменения в силу имеющегося заболевания);
- при проведении психотерапии, ориентированной на память, возможно использование определённых классов фармакологических средств, обладающих известной «тропностью» к мнестическим процессам;
- допустимо применение различных электрофизиологических разработок, позволяющих оказывать [направленное] воздействие на состояние мнестических функций;

<sup>212</sup> См. выше о результатах проведённого мной дискурс-анализа современной психотерапии.

<sup>213</sup> В частности, это практическое использование результатов исследования феномена синестезии [48]\*.

<sup>214</sup> Это прежде всего разработки А.Р. Лурия [7; 10], Е.Д. Хомской [и соавторов] [49; 50]\*.

<sup>215</sup> Как всегда — и это всё та же *salamity* позитивизма — они были достаточно очевидны заранее.

- необходим учёт обыденных социо-психических стратегий пациента, в первую очередь повседневных рецептов поведения, эпистемологического стиля, мифологемного антуража etc.;
- в интересах психотерапии должен выполняться анализ нейро[психо]лингвистического контекста (в том числе нужна проработка стилистики и семантики речи психотерапевта);
- требуется учёт культурального контекста: в частности, осуществляется этнокультурная аранжировка речи и [манеры] поведения психотерапевта.

## Глава 24

СИМУЛЬТАННО-МНЕСТИЧЕСКАЯ  
ПСИХОТЕРАПИЯ (ПСИХОМЕТОДОЛОГИЯ)  
КАК МЕТОД

В предыдущей главе были подробно рассмотрены множественные — и разноплановые — предпосылки разработанного метода *симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии)*.

Однако, что вполне естественно, приведённые обоснования не позволяют сказать: как может (или должна) проводиться такая, ориентированная на хроно-мнестико-гностическую феноменологию, и к тому же культурально-детерминированная, психотерапия, — а точнее, дают целую массу эквипотенциальных возможностей; это *соgro amofo*, и *si ergo sin alma*.

Такое утверждение правомерно прежде всего потому, что практическое использование знаний, сведений, фактов, каких-либо положений в клинике — и, возможно, особенно в практике психотерапии, — всегда отличается определённым — но, разумеется, вполне допустимым — уровнем огрубления / эмпиризма. Кроме того, не следует забывать старинную [ал]химическую формулу, согласно которой *соgroга non agunt nisi soluta*: всё должно быть подвергнуто дискурсивно-содержательной и технической утилизации-гомогенизации.

Это обусловлено, в частности, тем, что психотерапия, — как и любая иная медицинская дисциплина, — является всё же скорее прикладной практикой, и её повседневные теоретизации, как правило, не выходят за рамки клинико-саногенетических рассуждений и приёмов организационно-технической адаптации к конкретным контингентам и амбулаторным / стационарным условиям.

Эти различия между теорией и каждодневной практикой, в общем-то, природны.

Тем не менее связи между этими двумя уровнями — патофизиолого-теоретическим и клинико-методическим — очевидно тесны, я бы даже сказал — реципрокны: возникшие в ходе повседневной психотерапевтической практики вопросы, требующие объяснения феномены, неясные ситуации, парадоксальные эффекты — всё это требует апелляций к всё тем же сферам аргументаций.

В этой связи *психометодология* будет изложена как любой другой метод психотерапии, согласно схеме, разработанной и описанной выше, во *вступлении* к части «*Методы и методики психотерапии: проблемы техник, саногенеза и клинического применения*».

Напомню, что я привнёс небольшие изменения: отсутствуют рубрики «историко-персоналогическая справка» (фактически она исчерпывающе дана в предыдущей главе) и «методолого-философские заимствования» (они многократно обсуждаются на протяжении всего текста); рубрика «профессиональная подготовка и личность / стилистика поведения психотерапевта» разделена на рубрики «профессиональная подготовка и личность психотерапевта» и «стилистика и семантика речи [и поведения]»; в рубрике «механизмы саногенеза» акцент смещён на саногенетическую часть.

Следует отметить, что в рубриках «физиолого-теоретическое обоснование» и «механизмы саногенеза» будут даны не те, в известной мере общие, положения-обоснования, которые были приведены в предыдущей главе, а значимые для [клинической] реализации метода позиции, редуцированные и, возможно, в чём-то гораздо более частные, — однако и более определённые, так как они уже известны из проведённых клинических исследований-апробаций<sup>216</sup>.

\* \* \*

Итак, полагается, что главным — во всяком случае, важнейшим патогенетически и саногенетически значимым — психическим [онтогенетическим] феноменом является *память*<sup>217</sup>.

Тогда как вторая часть названия метода указывает, что очевидно, на ориентацию на мнестическую феноменологию, первая подразумевает этимологическое родство с термином «симультанная декорация»<sup>218</sup>.

<sup>216</sup> Проведённые клинические и экспериментальные исследования в целом описаны в части «*Методология исследования*».

<sup>217</sup> Память как биологическая функция выходит, разумеется, далеко за пределы психической сферы и распространяется на геномный уровень (филогенетическая, или наследственная, память).

<sup>218</sup> *Симультанная декорация* — тип декорационного оформления спектакля в средневековом театре, при котором на сцене устанавливались одновременно — фронтально, по прямой линии — все декорации, необходимые по ходу действия.

Подобное отождествление подчёркивает своеобразие технико-методического воплощения метода (см. рубрику «процедуры и техники»).

Понятие «психометодология», введённое в качестве второго названия метода, *во-первых*, поддерживает психотерапевтическую традицию денотации методов — достаточно указать на термины «психоанализ» и «психосинтез» (а также «психодрама», «психогимнастика», «психолиз», «психокибернетика», «психопантомима» etc.); *во-вторых* — акцентирует логически и санопатогенетически выдержанный, культурально- и семантически-детерминированный характер метода, отказ как от ориентации на одни лишь саногенные феномены, — что свойственно подавляющему большинству методов классических, — так и от диссонантных разнородных социо-культурных, умозрительно-психологических, философски-мировоззренческих, лингвистических и прочих заимствований, с приданием последним некоей исключительной концептуально-теоретической и саногенной роли, — что характерно для методов психотерапии «новой волны»; *в-третьих*, указывает на некие организующие по отношению к памяти в целом и восприятию [себя] влияния и на стремление к выработке у пациента определённой стилистики мышления, *suī generis* саногенной.

\* \* \*

В целом метод разработан в [рамках] *интрадисциплинарной концепции психотерапии* (см. одноимённую часть), однако необходимо сделать ряд ссылок, уточняющих его апелляции и аргументы.

Повторю, что отправные сферы аргументации метода таковы: клинико-[нейро]биологическая, говорящая о *мнестических функциях* (сопряжённых с ощущением *времени*), и собственно совокупность концепций «психологического времени» (непосредственно апеллирующих к памяти). Эти сферы тесно сплетаются в хроно-мнестическом феномене *сновидения*. Их социо-психическим, культуральным воплощением выступают представления о *прошлом* как симбиозе времени и памяти.

Напомню, что [дискретное] рассмотрение этих феноменов обусловлено тем обстоятельством, что необходимо было подготовить диагностическую и психотехническую грани метода: следовательно, нужно было обсудить основные характеристики памяти, сформировать представления о её патологии и роли в патогенезе психических, психосоматических, соматоформных и других расстройств, а также о [возможностях] её фармакологии. То же справедливо в отношении [ощущения] психологического времени: следовало узнать, каковы его свойства, как и когда оно изменяется и как используется в медицине.

Третьей, подчинённой составляющей психометодологии является понятие «метод», что подразумевает учёт *индивидуально-гностических особенностей* пациента. С саногенетически-патогенетической и психотехнической позиций также важно учитывать возможность наличия гностических расстройств, — в особенности изменений гнозиса при различных [психических] заболеваниях.

Важной сферой аргументов и апелляций является нейропсихология; не менее значительное место отводится психофизиологии.

Метод апеллирует и к различным формам культурального опосредования.

В предыдущей главе назывались также иные сферы апелляций, в частности дискурс-анализ [современной психотерапии].

Итак, в среде медико-биологических [и психологических] представлений метод апеллирует: к нейробиологии памяти; повседневности психотерапевтической и психиатрической клиник; фундаментальным положениям не-аналитической психосоматической медицины; экспериментальной и клинической нейрофизиологии; нейропсихологии; отчасти — нейрохимии; клинической фармакологии [памяти], и в частности психофармакологии; медико-социологическим исследованиям.

Что касается методолого-философских заимствований, то, поскольку психометодология создана в рамках интрадисциплинарной концепции психотерапии, являющейся частным производным методологии *клинико-дисциплинарно-эволюционного анализа*, очевидно влияние последнего (см. главу «*Социально-философские, методологические и прочие заимствования психотерапии*»).

Определённое влияние на психометодологию оказала вербализованная М. Polanyi (1891 — 1976) (1958; 1962) [1] и номинированная как концепция «*tacit knowledge*» («*молчаливого знания*») старая идея, согласно которой неявное, скрытое (до словно — «не выраженное словами») знание обозначает неартикулированный и неподдающийся произвольной рефлексии слой [человеческого] опыта.

Своеобразное влияние на оформление психометодологии оказало понятие *дискурса* в трактовке М. Foucault (1970; 1976) [2; 3], а также моя концепция «*психоического дискурса*» (см. часть «*Психо[терапевт]ический дискурс*»).

Нельзя отрицать некоторого влияния *феноменологической социологии* (А. Schütz) [4], а также *этнометодологии* (Н. Garfinkel) [5].

Заметна ориентация на ряд положений теоретических представлений о *времени* — не только в биологии-медицине

и психо[физио]логии, но и в философии, естественных науках, фольклоре, мифологии etc.

### 24.1. Феноменология

Феноменология симультанно-мнестической психотерапии включает круг разнородных феноменов. В качестве феноменов [«со стороны»] пациента» выступает ряд объективных [мнестических] феноменов: инструментальные, саногенные, дефензивные, смешанные, интеркуррентные, вспомогательные (вorbтнные, ориентационные, диагностические), артефакты и прочие, — отдельные из которых, в силу существования в «мнестологической» области дискурсивных разночтений, вынужденно приобретают характер феномен[ов]-концептов.

В принципе, в рамках психометодологии возможно использование всего феноменного — но не концептного (sic!) — психо[терапевт]ического ряда, и это отнюдь не является интеграцией или эклектикой.

Перейдём теперь к уже собственно мнемической феноменологии; *brève*ment её актуальный перечень таков.

Феномен *запоминания* — способность к запечатлению, удержанию (сохранению) и воспроизведению разных классов информации.

Феномен *активной памяти*, формирующей различные стратегии запоминания.

Феномен *реминисценции* — повышенное воспроизведение следов.

Феномен *забывания* — следствие влияния побочных, интерферирующих воздействий, тормозящих нормальное воспроизведение ранее запечатлённых следов (про- и ретроактивное торможение).

Феномен *опосредованного запоминания* — возможность запоминания с опорой на ряд вспомогательных средств.

Феномен *модальности* памяти — память может быть как модально-неспецифической, так и модально-специфической.

Феномен *контаминации* — то есть смешения.

*Иконическая память* — когда воспринимаемые раздражители превращаются в кратковременные образы (images); для формирования этой памяти в терапевтической ситуации исключительно важно соблюдение принципа семантической конгруэнтности.

*Кратковременная память* — предполагает выбор соответствующего образа из многих возможных; может быть интер-

претирована как своеобразная переработка или же кодирование полученных сигналов.

*Категориальная память* — сложное кодирование следов или включение их в некую систему категорий.

Следует подчеркнуть, что феноменология памяти неотделима от проблем внимания (точнее, ассоциирована с ними), в силу чего эксплуатируется также феноменология *внимания*.

### 24.2. Понятия и концепты

Большинство понятий и концептов симультанно-мнестической психотерапии имеет нейропсихологически и нейрофизиологически опосредованный — и гностически-акцентированный — характер, однако они включают и ряд персонификационных аспектов [*личной истории*].

Психометодология ориентируется на разработанные в рамках интрадисциплинарной концепции психотерапии базисные понятия / принципы пато-нозологической конгруэнтности и конкордантности семантических полей, клинических психотерапевтических эффект-синдромов и психотерапевтического диагноза, фармакологического (фармакотерапевтического) фона и другие (см. соответствующие главы).

Основными концептами симультанно-мнестической психотерапии являются: *эпистема*, *мифологема*, *стратегема*, *мета-язык*, *денотат*, а также концепт *психологического* (персонального) *времени*.

*Эпистема* (греческое *ἐπιστήμη*) — один из важнейших концептов, означающий формирование однозначных, эмоционально-нейтральных, завершённых конгломератов представлений о событиях, происшествиях, случаях; техники, направленные на формирование эпистем, фактически моделируют категориальный аппарат памяти, с одновременным лишением эмоционально-личностной [негативной] окраски.

Основные характеристики — завершённость, абстрактность, сциентичность.

*Мифологема* (греческое *μυθολογία*) — важный концепт, означающий этнокультурную и историко-повседневную детерминацию памяти, соотнесение с неким размытым нормативно-понятийным полем, отличающимся архаичностью, ритуальностью, стереотипностью, монотонностью (оформление, например, бытовых представлений о предначертанности в мифологему «судьба»).

Основные характеристики — интуитивность, аморфность, культуральность.

Эпистемы и мифологемы, имеющие сами по себе важное значение, особые свойства приобретают в случае — как это почти всегда бывает — организации в некий континуум, — и тогда необходимо их разведение.

*Стратегема* (греческое *στράτηγημα*) — концепт, означающий совокупность вербальных и общеповеденческих стратегий индивида.

Основные характеристики — рецептурность, рутинность, ригидность, а также мотивированность.

Концепт *метаязыка* — подразумевает осознание тезауруса внутренней речи, её семантически-эмоциональное приятие.

Концепт *денотата* — указывает на необходимость формирования чётких отношений «предмет / объект — имя (название)».

Под концептом *психологического* (персонального) *времени* понимается, как указывалось выше, отражение в психике системы временных отношений между событиями жизненного пути индивида. Психологическое время содержит оценки одновременности, последовательности, длительности; скорости протекания различных событий жизни и их принадлежности к настоящему, удалённости в прошлое и будущее; переживания сжатости и растянутости, прерывности и непрерывности, ограниченности и беспредельности времени; осознание возраста и возрастных этапов (детства, молодости, зрелости, старости); представления о [вероятной] продолжительности жизни, смерти и бессмертия, об исторической связи личной жизни с жизнями в предшествующих и последующих поколениях. Базисными характеристиками психологического времени считаются возможность его *многомерности* и *обратимости*, *нелинейной последовательности* психологического прошлого, настоящего и будущего, а также *возрастная категоризация*.

### 24.3. Персонологические представления

В рамках метода декларируются клинически-значимые нивации в отношении структуры личности: в силу, во-первых, апелляции к базисному, примарному, преперсонологическому [нейропсихическому] субстрату — памяти; во-вторых — указания на тот простой факт, что личность следует рассматривать не как структуру, но как *функцию*.

Итак — как видно из анализа понятийно-концептуального аппарата — персонологические представления в рамках симультанно-мнестической психотерапии имеют ярко выраженную мнестологическую аранжировку. Личность понимается как хронологически детерминированная функция — вариативная динамика мнестических процессов и определяемых ими модусов реагирования.

Кроме того, сам термин «психометодология» подразумевает определённую личностную реорганизацию: очевидно, что моделирование памяти не может не сказаться на личности в целом.

В обобщённом виде на сегодня основные представления о структуре личности совпадают с персонологическими воззрениями, принятыми в рамках концептуального базиса интрадисциплинарной концепции психотерапии (см. соответствующую главу).

### 24.4. Профессиональная подготовка и личность психотерапевта (психометодолога)

К профессиональной подготовке и личности психотерапевта предъявляется ряд формальных требований, связанных с *уровнем* и *профилем образования*, *декларированием особенностей саморефлексии* в направлении феноменной базы метода, а также *периодические психометодические отчёты*.

Что касается профиля образования, то абсолютно необходимыми являются [первичные] специализации по психотерапии и психиатрии, желательными — по медицинской психологии и наркологии. Необходимо также пройти тематическое усовершенствование по психометодологии.

Важной особенностью психометодологии является *декларирование особенностей саморефлексии* в направлении феноменной базы метода, — то есть, как минимум, осознание хроно-мнестической феноменологии и доскональное владение навыками управления ею. От психотерапевта, практикующего психометодологию, требуется и периодическое представление *психометодических отчётов*.

Кроме того, к профессиональной деятельности психотерапевта-психометодолога предъявляются следующие требования:

- достижение психотерапевтом и пациентом комплементарно-конгруэнтных [взаимо]отношений (для выработки этой динамичной системы используется ряд приёмов и процедур — от клинично-культуральных до нейропсихологических и феноменных);



- максимальное сближение, а в идеале — совпадение — культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента<sup>219</sup>;
- демонстрация идеологического сродства (мировоззрения пациента и психотерапевта должны выглядеть близкими или даже совпадающими);
- декларация и соблюдение принципа «доступности» психотерапевта (что, конечно же, не отменяет жёсткой регламентации посещений и сеансов);
- поддержание коммуникативной непрерывности (беседа всегда может быть продолжена с того момента, на котором она прервалась; психотерапевт должен помнить её содержание, направленность и контекст так же хорошо, как и пациент);
- готовность психотерапевта к деформализации ролевой идентичности;
- реализация запретов, директив и вообще любых императивных элементов сугубо в системе личностно-онтогенетических координат пациента.

В настоящее время ведётся разработка образовательного стандарта по психометодологии.

#### 24.5. Стилистика и семантика речи [и поведения]

Стилистика и семантика речи психотерапевта в рамках симультанно-мнестической психотерапии подлежат целенаправленной разработке<sup>220</sup>; то же касается и стилистики поведения психометодолога.

Стилистика и семантика речи в симультанно-мнестической психотерапии *структурированы* (отдельные моменты отражены в предыдущем подразделе настоящей главы); реализуются:

- конкордантность семантических полей психотерапевта и пациента;
- социо- или этнокультурная аранжировка речи;

<sup>219</sup> Что, разумеется, отнюдь не означает редукции или искажения речи психотерапевта.

<sup>220</sup> Это заложено уже даже на уровне диагностических процедур: определяются семантические поля для обеспечения совпадения культурально-средовых особенностей речи психотерапевта и пациента.

- применение наборов включённых вербальных формул с идентичным эмфатико-интонационным оформлением (вводных, ларвированных, конечных) для обеспечения неразрывности высказываний с предыдущими сеансами;
- поддержка экспектаций вербального поведения в целом.

Общая позиция психотерапевта-психометодолога может быть охарактеризована как *конгруэнтная вариативность*.

Стилистика поведения психотерапевта меняется в зависимости от этапа проведения симультанно-мнестической психотерапии (они описаны ниже): так, аранжировка директивности вполне допустима, а иногда и желательна на *этапе психотехнической инфузии, этапе клинической реализации конгруэнтных [пенетрирующих] психотехник и паушальном этапе*. На *этапе клинко-психотехнической диагностики*, как и *идентификационно-валентном этапе*, используется технология «опережающей вербализации» (высказываний пациента); на последнем также осуществляется проработка стилистики и семантики речи (и поведения) психотерапевта. На *паушальном этапе* стилистика поведения варьирует в зависимости от применяемых методик и психотехник. На *этапе групповой терапии* психотерапевт может занимать отстранённую позицию (наблюдателя). На *этапе стереотипизации и этапе катамнестической психотерапии* психотерапевту чаще всего следует занимать позицию консультанта.

#### 24.6. Физиолого-теоретическое обоснование

Физиолого-теоретическое обоснование метода, как показано выше, апеллирует прежде всего к сферам нейрофизиологии и нейропсихологии, а также клинике.

*Память* напрямую связана с представлениями о психологическом времени. В свою очередь, эти интрапсихические структуры обнаруживают интимную *эмоциональную* подоплёку, во многом зависящую от гностических функций, сформированного категориального аппарата, способностей к денотации, уровня абстрагирования метаязыка и, особенно, отношений эпистема / мифологема.

Воздействуя на этот ядерный интрапсихический субстрат личности, — то есть изменяя субъективную продолжительность (длительность), эмоциональную насыщенность, степень чувственной живости и, возможно, модальность воспоминаний, формируя определённые гипомнестические поля (например,

внушённые воспоминания, близкие по содержанию, но иные по эмоциональной окраске), — можно изменить личность — в данном случае личность вне болезни и в предболезни.

В рамках психосоматической медицины можно целенаправленно элиминировать — путём применения так называемых «летотехник», опирающихся на базисные механизмы памяти, — патогенные энграммы.

В рамках «большой» психиатрии — «психиатрии психозов» — психотерапевтической коррекции также могут подлежать как пути «разрешения» психоза, так и патоперсоналогия ремиссионных психозов: то, что традиционно описывалось как внутренняя картина болезни, есть память о болезни, её — соответствующим образом оформленный — личностный опыт. Также и катамнез — не более чем «память [о] болезни».

Разумеется, в соответствии с продекларированными принципами фармакопсихотерапии, в «большой» психиатрии применение симультанно-мнестической психотерапии должно быть прежде всего согласовано со ставшими — в течение второй половины XX века — уже традиционными фармакотерапевтическими схемами.

Однако существуют и возвратные условия:

- 1) эти схемы должны быть, в свою очередь, согласованы с применяемыми методиками психометодологии, то есть выступать в качестве психофармакологической «подкладки», фармакотерапевтического фона для проводимой психотерапии;
- 2) необходимо привнести в «большую» психиатрию принципы хронотерапии, общие для фармако- и симультанно-мнестической психотерапии.

### 24.7. Механизмы сано(пато)генеза<sup>221</sup>

Сано(пато)генетические аспекты метода состоят, в частности, в *модификации* имеющихся *энграмм* и в *забывании*, под

<sup>221</sup> Ещё раз повторю, что по отношению к иным методам я говорил о пато(сано)генезе, — такова объективная реальность, поскольку большинство из них, если не следует принципу *contra grā contrariis curantur*, то попросту констатирует: *sic et simpliciter!* (Представители многих психотерапевтических методов вообще очень легко берутся за построение теорий / концепций психопатологии, — причём, как правило, с наделением их особым, часто совершенно беспочвенным, тезаурусом.)

которым понимается формирование мнестических доминант, иррадиация [от] которых «затмит» прежние — патогенные — воспоминания.

Механизм сано(пато)генеза симультанно-мнестической психотерапии может быть назван *гомеопатогенетическим* и *аллосаногенетическим*.

Психотерапия психотехнически идёт по тому пути, по которому происходило возникновение расстройства, — то есть патогенетическому.

В частности, проводится тщательный клинический анализ симптомов и синдромов заболевания, а затем достигается аналогичный (вернее — конгруэнтный) клинический психотерапевтический эффект-синдром (иногда и при помощи фармакологического опосредования).

Таким образом, осуществляется психотерапевтически или фармакопсихотерапевтически [вызванное] повторение патогенеза с [последующим] достижением конгруэнтного эффект-синдрома, а затем — применение различных психотерапевтических — «чистых» — приёмов, ассоциированных с каким-либо саногенным — «аллосаногенным» — феноменом.

### 24.8. Диагностические приёмы

Область интерпретационно-диагностических процедур складывается из общей психотерапевтической диагностики (см. соответствующую главу) и специальной психодиагностики памяти, а также ряда вспомогательных — по отношению к психометодологии — приёмов. Диагностический этап завершается формулировкой *психотерапевтического диагноза*.

В качестве диагностических выступают приёмы и методики, направленные на *психодиагностику памяти*, — как традиционные, так и специальные.

Традиционно выявляются различные характеристики и виды памяти — объём и прочность долговременной и оперативной, зрительной и слуховой памяти и тому подобное.

Проводится определение преобладающей модальности памяти.

Специализированное тестовое обследование памяти может быть дополнено, в случае необходимости, различными пробами (определение объёма удержанного в памяти ряда, запоминание ассоциативных пар, пиктограммы, пробы опосредованного запоминания и многие другие).

Используются психометрические тесты памяти — Benton test de retention visuelle, Wechsler Memory Scale, Meili Memory Test и другие.

Специфические клинично-нейропсихологические приёмы, разработанные в рамках психометодологии, представлены методиками *ретроанализа ассоциаций, изучения особенностей интериоризации [внешней] речи, исследования глубины воспоминаний* (что указывает на доступные структуры детства, то есть на возраст и степень формирования категориального аппарата), *экфории энграмм* (фактически — *палимпсезии!*) и другими.

### 24.9. Процедуры и техники

Рассмотрим основные процедуры, методики и техники симультанно-мнестической психотерапии.

**Методика «Я-картирование».** Предварительная [диагностическая] методика носит название «*Я-картирование*» — пациент реконструирует топологию, хронологию, географию жизни.

Данная методика позволяет проявить мнестическую матрицу пациента и определить ряд её параметров, в частности:

- степень ригидности / пластичности;
- соотношение эпистем и мифологем, их общую стилистику и структурирование;
- направленность, характер и уровень рецептурности стратегем.

Техника заключается в следующем.

Пациент проговаривает плоскости, ракурсы, слои истории жизни / болезни (не выделяя последнюю особо, — но, напротив, размещая её в рамках общих житейских практик).

**Воротные техники.** Они призваны облегчить доступ к различным психоическим структурам пациента, и в первую очередь — к его мнестическим конструктам.

Воротные техники — например, такая, как «событие — волны (следствия)», — обладают свойствами интрузивности: вступая в конфронтацию со сложившимися жизненными стереотипами, они вызывают состояние растерянности.

Пациенту предлагается определить, разделить — постараться вычлениить и обозначить *события* и их *следствия* (аналогия для усвоения и визуализации — камень, брошенный в воду).

Пациент осознаёт (даже скорее узнаёт), что событие — которое он, например, расценивал как трагическое, рассматривая его в отрыве от контекста, а также последующих, со-временных и даже предлежащих событий, — для его личной [психоической] истории является только причиной, причём облигатной, последующих, порой гораздо более позитивных, событий. Это [осо]знание — одно среди многих других воротных феноменов — позволяет осуществлять различные «психотерапевтические вмешательства».

Подобным образом анализируются поступки, происшествия, встречи и прочее в ближайшем временном поле (что привело к событию; что происходило в то же время; что последовало за ним, вплоть до мельчайших подробностей; наконец, что это значит сегодня).

**«Средневековый театр».** Базовая методика — «*Средневековый театр*»: события (с учётом техники перевода их в кванты, логически-мыслительный и сенсорно-образный [виды] памяти — воспоминаний) — выстраиваются в ряд, одно за другим.

Используется технический приём *денотации* — пациенту предлагается самостоятельно назвать (поименовать) эти события, происшествия, случаи (обсуждение принципов и условий денотации и самого денотата — «предмета имени» — имеет важное значение для превращения мифологем в эпистемы и последующего их «завершения»).

Следующий технический приём методики — *палимпсезия*: все этапы жизненных воспоминаний (в соответствии с определёнными — дробными — линиями) устанавливаются рядом; затем используется приём *изменений*, осуществляемых по типу цепной реакции: чтобы получить изменение сегодня, нужно произвести изменения в одном из прошлых образований.

Техника реализации такова.

После достижения [диагностического] осознания, неуверенности, неудовлетворённости проводятся следующие шаги:

- выбрать и отграничить обозримое число палимпсезов;
- расположить палимпсезы в некий условный хронологический ряд;
- произвести изменение в первом неудовлетворяющем палимпсезе;
- проследить изменения в каждом [последующем] палимпсезе, вплоть до актуального.

**Методика вероятностей («Пасьянс»).** События представляются картами (абстрактные изображения или простая денотация, что в одинаковой степени могут быть приравнены к

эпистемам), которые можно раскладывать в любом направлении и в любых сочетаниях, — в том числе и по своим собственным, придуманным правилам.

**Методика внушённых воспоминаний.** Формируются необходимые — содержательные или эмоционально-окрашенные — воспоминания, имеющие саногенетическое значение.

Так, на паушальном этапе формируются обладающие саногенным эффектом [внушённые] воспоминания, запускающие саногенетические механизмы.

Их содержание должно быть возможно более близким к реальным, но в иной эмоциональной тональности; могут использоваться внушённые цветовые гаммы.

Воспоминания подготавливают для модификации путём перевода мифологем в эпистемы, а затем осуществляют обратный их перевод в мифологемный план, но уже в иной тональности.

**Методики для работы с концептами (концепт-ориентированные).** Отдельная группа методик предназначена для работы с концептами. В частности, работа с темпоральным концептом подразумевает перевод квантового времени в событийное, «растягивание» положительно-эмоционально окрашенных переживаний и «сокращение» негативных, с одновременным переводом из мыслительно-логической в чувственно-образную память и наоборот<sup>222</sup>.

**Методика сенсорной депривации.** Эта методика используется при сенсорной перегрузке — как наличествующей (сенестопихондрической, иллюзорно-галлюцинаторной, обсессивной и прочих), так и вызванной (кинестетической и других).

**Летотехники**<sup>223</sup>. Это специальные приёмы, направленные на забывание.

Например, применяемые на паушальном этапе симультанно-мнестической психотерапии летотехники могут быть: *превентивными* — направленными на избегание запоминания; *интерферирующими* — направленными на формирование конкурентных воспоминаний; *викарирующими* — направленными на замещение воспоминаний.

<sup>222</sup> В данной методике допустимо использование суггестивных элементов, тогда как в летотехниках паушального этапа их применение должно быть ограничено.

<sup>223</sup> В основу их названия положены дорическое *λήθη* — забвение и греческое *τεχνικός* — искусственный < *τέχνη* — искусство, ремесло, наука.

## 24.10. Формы проведения

Общая схема проведения симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) включает девять этапов и имеет следующий вид.

### 1. Этап клинико-психотехнической диагностики.

*Методики и техники:* «Я-картирование», традиционные методы психодиагностики памяти в различных модификациях, изучение глубины воспоминаний, ретроанализ ассоциаций, оценка параметров интериоризации [внешней] речи, экфория энграмм, рефлексии времени и прочие.

### 2. Идентификационно-валентный этап (проработка стилистики и семантики речи и поведения терапевта).

*Методики и техники:* валентности, разработка встроенных формул и иных конструкторов, общая аранжировка речи и поведения и тому подобное.

### 3. Этап психотехнической интрузии.

*Методики и техники:* воротные, сенсорной депривации / сенсорной перегрузки, формирование фармакологического фона и другое.

### 4. Этап клинической реализации конгруэнтных [пенетрирующих] психотехник.

*Методики и техники:* достижение клинических психотерапевтических эффект-синдромов, выявление и анализ метасиндромов, летотехники, внушённые воспоминания и прочие.

### 5. Паушальный этап (этап психотерапевтического массажа).

*Методики и техники:* «Средневековый театр», вероятностей, темпоральные, летотехники, «Лестница истории», внушённые воспоминания и так далее.

### 6. Этап групповой терапии.

*Методики и техники:* «Гротеск», «Утопия», «Стансы» и другие; групповые сомниологические практикумы.

### 7. Этап стереотипизации (этап полировки типичными образами).

*Методики и техники:* «Стереотипы», «Умолчания», «Мифы» и прочие.

**8. Аутокорректирующий этап.**

*Методики и техники:* валоризации, аутосуггестивно-мнестические приёмы, сомниологические практикумы и другое.

**9. Этап катамнестической психотерапии.**

*Методики и техники:* облегчённые варианты методик паушального этапа; сомниологические практикумы.

Психометодология проводится преимущественно в индивидуальной форме; отдельные методики — направленные на формирование *эпистем* (горя, несчастья, беды; счастья, радости, удачи; эгоизма и других), *мифологем* (судьбы и прочих) и некоторых *стратегем* — могут применяться в групповой форме.

Специальные групповые методики — «Гротеск», «Утопия», «Стансы» и другие — направлены на выработку навыков формирования абстрактных понятий (эпистем и мифологем), а также вербальных стратегий и поведения в целом.

В качестве примера групповой методики рассмотрим методику «Гротеск».

Подразумевается, что высказывание «по кругу» формирует завершённую, целостную эпистему, с учётом подкрепления мнения со стороны участников группы. На вопрос: «Что такое “гротеск”?» — отвечает каждый, а затем даётся общее определение. Методика также способствует формированию метаязыка (в частности — редукции к абстрактным, повседневному, обыденным понятиям).

Для кризисных реакций, например:

- гротеск в обыденной жизни — что это такое? (индивидуально-бытовое мнение, контекст);
- мнение окружающих о том, что есть гротеск (коллективно-бытовое мнение, контекст);
- происхождение понятия (начало формирования эпистемы);
- ассоциация происхождения понятия, контекстов — историко-культурного, научного и бытового (внутренняя речь);
- абстрактное понятие (завершение эпистемы).

Завершённая эпистема даёт возможность регулировать степень эмоциональной окраски воспоминаний.

**Сомниологические практикумы** (для группового и катамнестического этапов).

Сомниологический практикум в проведении симультанно-мнестической психотерапии играет большую роль, поскольку сновидение, как я уже неоднократно отмечал, — один из важнейших хроно-мнестических феноменов.

Пациенты обучаются аналитике и методологии сновидений — прежде всего это касается матрицы сна, его мифологии и символики, — а также разнообразнейшим сомниологическим техникам, и изучают стилистику различных этно-культуральных типов снотолкований; при этом охватываются:

- реликтовые истолкования;
- доантичные снотолкования;
- античные трактовки;
- средневековая экзегетика;
- эзотерическая интерпретация;
- физиологические объяснения;
- психоанализ;
- юнгианский анализ;
- собственно психометодология;
- наконец, преломление в тривиальной психопатологии (включая психоделические и интоксикационные искажения) и современные культурально-специфические толкования etc.

Сомниологические практикумы имеют важное развивающее — в отношении как когнитивной, так и вербальной стилистики — значение.

На одном из сомниологических практикумов группового этапа психометодологии была обсуждаема следующая сентенция:

*на протяжении веков меняется язык сновидения, а точнее — язык пробуждений.*

Приведу исходный материал.

С культурально-средовыми особенностями связан тот *модус подачи* — а с ним и характер обращённых к пониманию сновидения, его толкованию вопросов, — которые определяют саму стилистику интерпретации, начиная с выбора того или иного «метода».

*Что сохраняется в памяти по пробуждению?*

*Какие модусы ощущений [избифрательно] запоминаются — фон, предмет, объект, чувства, картины, фразы, прочее?*

*Каков принцип этого выбора?*

*Что и как потом встраивается в структуры речи, облекается в этически приемлемую стилистику, и какими жестами допустимо приоткрыть интимный мир сновидения?*

Давайте попробуем взять пример сновидения — реального, живого, одного из сотен и тысяч моих сновидений — и последовательно истолковать его в духе, например, 'Αρτεσιδωρος'а [1]\*, средневековой экзегетики [2]\*, du Prel'я (1839 — 1899) [3]\*, в физиологическом модусе [4; 5]\*, в аналитическом плане (достаточно Freud'а [6]\* и Jung'а [7]\*), а также в духе психометодологии; мы получим абсолютно разные содержания, — более того, это будут уже совершенно разные сновидения.

Выберем один такой сон — который, разумеется, лишён каких-то исключительных, специальных примет эпохи; сперва я опишу его обычным языком (так, как говорю я, сновидец из настоящего), а за-

тем мы последовательно посмотрим, как он был бы *описан, истолкован* и, наконец, *объяснён* — конечно же, несколько утрированно — на *архаический, готический, эзотерический, аналитический, физиологический* — и, в завершение, на *психометодологический* лад.

«Мне снится, что мы бесконечно поднимаемся по очень крутой, почти отвесной, вроде бы покрытой льдом скале, близко к вершине которой виднеется ледяная же пещера. Ожидание неведомого и страх падения».

#### **Античное истолкование:**

*описание:* видеть во сне подъём;

*толкование:* поиск сна-прецедента — и, при этом, сна сбывшегося, а затем истолкование по неким формальным критериям, как-то: обыденная, общепринятая символика действий, поступков, событий, происходящих во сне, рассуждение, следование здравому смыслу;

*объяснение:* смотря по исходу сна.

#### **Средневековая экзегетика:**

*описание:* и заснул, и увидел во сне: вот, сверкающая хрустальная скала вздымается ввысь, и верхушка её касается неба; и вот, на скале той зияет пещера; и, испросив Господа, решил восходить, и, не пройдя половины, убоаясь, и утратившись, и остановился, и хотел сойти; и было видение: вот, растерзанный, разбитый лежит у подножья скалы; и стал молитвой просить Господа о спасении;

*толкование:* восхождение как символ означает хорошее, но следует опасаться гордыни — кто таков, чтобы получать сны от Бога? Не на соляной ли столп взойти собрался? Не Вавилонскую ли башню видишь во сне своём? Не диавольское ли искушение сон твой?

*объяснение:* скорее-таки диавольское искушение; молись о прощении и об отпущении грехов твоих.

#### **Эзотерическая интерпретация:**

*описание:* одному приснилось, что посреди равнины стоит гигантская ледяная скала; он хочет взобраться на неё, но постоянно соскальзывает, испытывая страх падения;

*толкование:* поиск физиологических коррелятов, вызывающих характерные сновидные образы (подъёма / падения, холода и прочего), сопряжённый с дискурсивным фреймом о трансцендентальной мере времени например;

*объяснение:* у сновидца соскользнуло одеяло, что, вкупе с охлаждением (замерзанием), вызвало ощущение соскальзывания с ледяной поверхности.

#### **Физиологическая трактовка:**

*описание:* снится — поднимаюсь по отвесной обледеневшей скале, боюсь сорваться;

*толкование:* поиск в ближайшем, а затем во всё более отдалённом прошлом случаев падения (не только с высоты, но и на горизонталь-

ной ледовой поверхности — тонкости не важны), с учётом физиологических особенностей сна (положение тела, температурный режим и прочее);

*объяснение:* этот сон может быть объяснен физиологически — ранее была сформирована патологическая доминанта, связанная с пережитым падением на лёду например.

#### **Психоанализ:**

*описание:* сон от такого-то числа; предыстория; такому-то снится, что он с кем-то конкретным (обязательно [назвать]) долго поднимаются по очень крутой, практически отвесной ледяной скале; вблизи от вершины сновидец замечает чёрное углубление-отверстие ледяной пещеры, при это он испытывает волнение в ожидании неведомого и одновременно очень боится упасть;

*толкование:* бесконечное выяснение подробностей сна, его многократное, с возвратами, прослушивание, уточнение деталей; долгое, скрупулёзное выявление и интерпретация ассоциаций, с привлечением сновидной символики — а здесь она представляется исключительно сексуально насыщенной, — продолжительная борьба за признание сексуального подтекста этого сновидения самим сновидцем;

*объяснение:* это эротический сон; скорее всего, он связан с ощущениями, испытываемыми во время поллюции, или же, например, со страхом нравственного «падения» при первом сексуальном контакте.

#### **Юнгианский анализ:**

*описание:* и тогда ему приснился сон, в котором он совершал подъём по величественной, сверкающей льдом скале, крутой, почти отвесной; вверху виднелась таинственная пещера; он ещё не знал тогда, что это должно означать; чувство неведомого, ожидание встречи с ним захлестнули его; одновременно с этим он страшился падения;

*толкование:* долгий поиск кросскультурных аналогий, далёкие и притянутые культур-философские ассоциации, медленный подбор довольно произвольных «архетипов», завершающийся выбором-озарением; последующая обработка с надением сновидения некими пророческими функциями;

*объяснение:* в сновидении был представлен архетип — «Самости» например, или процесс индивидуации.

#### **Психометодология:**

*описание:* использование естественного, нативного языка [сновидца];

*толкование:* поверхностный ассоциативный анализ — для исключения случайных образов, идеом и прочего подобного, а затем — приложение мнестических техник, применение гностических (соотнесение в континууме «мифологема — эпистема») и темпоральных приёмов, и так далее;

*объяснение:* это типовое реликтовое сновидение.

Метод симультанно-мнестической психотерапии изначально подразумевал длительное проведение (от нескольких месяцев до года). В настоящее время ведётся разработка краткосрочной модификации метода.

## *Глава 25*

### **КЛИНИЧЕСКОЕ, СПЕЦИАЛЬНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ СИМУЛЬТАННО- МНЕСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ПСИХОМЕТОДОЛОГИИ)**

Разработанный метод изначально является как клиническим (ориентация на разнообразные формы психической патологии различных уровней) и медико-педагогическим (в частности, [тифло]дефектология), так и направленным на реакции дезадаптации и различные донозологические формы психических заболеваний — и может применяться в рамках психологического консультирования для [клинически] здоровых.

Анализ результатов применения симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) позволяет говорить о достаточно высокой её эффективности, в том числе в силу реализации принципа пато-нозологической конгруэнтности, в частности — совпадения патогенетических путей [развития заболевания] и саногенетических воздействий [психотерапии], с целенаправленным подбором фармакологического фона.

\* \* \*

Рассмотрим теперь обычно столь нежно лелеемые историей психоических дисциплин «прецеденты» (я говорил об этом в *Предисловии*) — а именно применение симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) на конкретных клинических, госпитальных примерах — историях бо-

лезни моих пациенток Анжелики У и Ангелины М.<sup>224</sup>, страдающих [параноидной] шизофренией (психиатрические диагнозы были выставлены и верифицированы в условиях психиатрического стационара<sup>225</sup>).

### Анжелика У.

Анжелика У., 1974 г. р., студентка исторического факультета N-го университета. Не замужем, детей не имеет.

**Первая госпитализация: традиционная инсулинокоматозная терапия и психофармакотерапия.**

Поступила по направлению Городского психоневрологического диспансера № 3 (обратилась туда по рекомендации поликлиники 20-й студенческой больницы) впервые с диагнозом: 295.3<sup>226</sup>(?).

Находилась в I психиатрическом отделении с 28.11.94 по 20.02.95.

**Жалобы** при поступлении: изменение психического состояния, изменение поведения, наличие «голосов», изменение отношения со стороны окружающих, невозможность учиться.

**Психоанамнез / психогенез:** родилась в Грузии (однако языка не знает), первой из троих детей. Росла болезненным, нервным ребёнком; жила у бабушки. Никогда не имела подруг и друзей, никто не проявлял к ней интереса. Много читала, жила в своём внутреннем мире. В школе училась хорошо, но оценка «отлично» ей «претила». Отмечает мучительную внутреннюю борьбу: «внешне была ничем, а внутри всё кипело, очень себя ценила». Считает, что не сразу поняла, что больна. Занималась самоанализом, считала, что это «переходный возраст». «Не устраивала сама себя». В декабре 1993 года не смогла соединить собранный материал в единый реферат. Устраива-

<sup>224</sup> По отношению к первой из пациенток (Анжелика У.) я выступал и как психиатр — я имею в виду официально назначенный, в условиях психиатрического стационара, — и как психотерапевт (во вторую её госпитализацию). Что касается второй пациентки (Ангелина М.), то здесь официально я проводил уже только психотерапию (с привлечением психофармакотерапии для создания специального фона) в условиях психотерапевтического приёма (хотя, конечно, я провёл и клинико-психопатологические, и психоанамнестические, и этологические исследования — в ракурсе банальной психиатрической дифференциальной диагностики).

<sup>225</sup> Хотя, возможно, во втором случае в стационаре был поставлен «косметический» диагноз «реактивный психоз» — или что-то вроде «острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении» или без оных (из соображений корпоративной этики я так и не решился сделать запрос и поднять архивную историю болезни). Тем не менее, как это станет совершенно очевидно в ходе рассмотрения прецедента, основной сомневаться в эндогенности процесса и диагнозе шизофрении нет.

<sup>226</sup> В этом наблюдении здесь и далее шифры диагноза приведены по действовавшей на тот момент МКБ 9-го пересмотра.

ла себе «казнь словами», «пыталась сделать из себя нормального человека». Приходили мысли о необходимости заснуть и родиться «новым человеком». Посещала библиотеку, выпрашивала домой книги, особенно редкие. Появилось ощущение, что на неё стали обращать внимание. Считала, что «выделяется застоявшийся остаток чувств»; стала преследовать молодого человека. Появились идеи высшего предназначения (в мае — июне 1993 года). Появились «голоса», колебания настроения, возникло чувство, что «в голове как бы чужие мысли». Стала замкнутой, отгороженной. Решила обратиться к врачу.

**Неврологический статус:** без особенностей (на фоне инсулинокоматозной терапии отмечалось возобновление ранее имевшего место энуреза).

**Заключение по данным экспериментально-психологического исследования** (01.12.94).

Большая контактна, подробно рассказывает о своих проблемах и переживаниях, жалуется, что «было тугодумие», не могла понять, что написано в книге, не могла учиться; был «страх, что не то скажет, что надо».

Критична к своим ошибкам. В большинстве случаев эмоциональные реакции носят адекватный характер. Механическая память очень хорошая: 7 — 9 — 10 — 10, опосредованная нерезко снижена. Нарушений внимания, равно как и снижения работоспособности, не выявлено.

При исследовании мыслительных процессов наблюдаются следующие нарушения: искажение процесса обобщения (выделение «слабых», нелепых признаков), разноплановость и резонёрство. Эти нарушения проявляются при потенциальной сохранности и хорошем развитии формально-логических операций. Например, на слово «дружба» больная при выполнении пиктограмм рисует цветок: «Это цветок, который может завянуть от неудачно сказанного слова. А может, и слово, как вода, — от него может больше произрасти цветок. Или стрела может сбить его. Как дружба крепнет и цветёт, так и цветок радуется глаз... А некоторым может быть завидно». На слово «обман» изображает человека с поднятыми к голове руками: «Обман — стоит человек, заткнул уши и ничего не хочет слушать, ни хорошее, ни плохое... Обманулся и никуда не хочет идти».

Таким образом, на первый план выступают потеря целенаправленности деятельности и нарушения мышления по типу разноплановости, искажения процесса обобщения при хорошем развитии формально-логических операций. Отмечается относительная сохранность критики и адекватность эмоциональных реакций. Патологии внимания, а также нарушений механической памяти не выявлено.

Интересны результаты Wartegg'a Zeichentest'a: стимульный материал в первом (точка) задании был оформлен как монада; во втором



(волнистая линия) — как вставшая на хвост змея с высунутым раздвоенным языком; в третьем (увеличивающиеся в размерах штрихи) — ступени лестницы; в четвёртом (квадрат) — шахматная доска; в пятом (продольный и поперечный штрихи) — топор; в шестом (горизонтальный и вертикальный штрихи) — машина; в седьмом (полукруг, состоящий из точек) — цветок; в восьмом (круговой сегмент) — яблоко (единственный раскрашенный — в зелёный цвет — рисунок).

*Диагноз:* Шизофрения. Манифест. Галлюцинаторно-параноидный синдром (295.32).

*Лечение:* инсулинокоматозная терапия, трифтазин, галоперидол, сибазон, пираретам, феназепам, паркопан, витаминотерапия.

*Динамика:* за время лечения в отделении исчезли «голоса», появилась критика не только к проявлениям, приведшим в клинику (подозрительность, «идеи самоперестройки»), но и к предшествующему опыту общения с окружающими.

Выписана в сопровождении родственников.

*Рекомендовано:* академический отпуск сроком на 1 год, наблюдение районного психиатра, приём трифтазина, пираретама, паркопана, общеукрепляющая терапия.

*Катамнез:* после выписки из отделения в течение 2 месяцев чувствовала себя хорошо. Однако прекратила приём таблеток, — якобы из-за нейролептических осложнений, — после чего состояние ухудшилось, появилось чувство «открытости мыслей», автоматизмы, «голоса», нарушилась способность выполнять даже самую несложную работу.

***Вторая госпитализация: психофармакотерапия и симультанно-мнестическая психотерапия.***

Самостоятельно госпитализировалась в I психиатрическое отделение.

Находилась в отделении с 18.10.95 по 19.12.95.

*Жалобы* при поступлении: «бредовые мысли», «у меня разбито на осколки мышление», наличие «голосов» («громких мыслей»), воздействия на мысли извне, «деланность», навязанность мыслей и действий».

*Психический статус:* Контакт продуктивный. Ориентировка всесторонняя правильная. Отмечаются псевдогаллюцинации ([«голоса»] звучат в голове), комментирующего характера, часто — «собеседники»; память не нарушена. Имеют место ощущения «открытости мыслей», «чуждости их», «чужих мыслей», бывают наплывы «мыслей» (ментизм), присутствуют идеаторные и моторные автоматизмы. Фон настроения несколько снижен. Эмоционально лабильна. Отмечаются элементы соскальзывания. Говорит, что иногда появляются суицидальные мысли («на перроне — броситься под поезд» и тому подобное). Поведение упорядоченное. Мимика живая.

Анжелика очень хорошо описала<sup>227</sup> свои псевдогаллюцинаторные переживания (идеаторные автоматизмы), — равно как и иные, характерные, психопатологические проявления; это почти что классические иллюстрации (исполненный Pietät'a, я привожу фрагменты рукописи в оригинальном виде).

*«... Когда я смотрю на себя со стороны (кстати ощущение, что я как бы со стороны слезу за течением своей мысли не прошло и я ещё волнуваюсь в свои мысли; не прошло; но голосов нет один раз, в момент возбуждения и повышенного настроения я слышала голос (не команду и не бреду, а как будто кто-то на ухо прошептал нечто не относящееся к моим мыслям). Так вот. Когда я смотрю на себя со стороны, мне кажется что я ребёнок которому хочется повзрослеть и он всё делает не так как хочется мне. Такой я дурацкий янус. Может быть именно это заставляет меня следить за собой, за своими мыслями. Профессор на обходе сказал что-то о субъективизме моего мышления. Я себе кажусь наивной и комплексую, точнее в мыслях постоянно обсуждаю себя, своё поведение. Пишу и кажется начинаю себя понижать. Я просто переживаю свои переживания 10 раз на дню и не по своей воле а автоматически и слышу всё что себе говорю. Вот такой вот бред. ... Я думаю мне надо иметь определённые занятия, чтобы на бред в голове (а он бывает и в форме фантазий — игры воображения, где последнее приболело шизофренией, которое заstimляет мой рассудок против воли, я начинаю улыбаться и боюсь улыбаться и т. д. т.е своим поведением выразить их (страх — а если я что-то сотворю)... <...> ... Маленькие и не мысли а отгужденные голоса захватывают мою голову... <...> ... Я много думала о том как мне стоит построить жизнь свою. Старалась иметь при этом мысли, а не голоса. Одно время в моей голове существовали два параллельных вида мыслей. Сейчас это бредовое состояние ушло и я стараюсь думать и не обращать внимание на то как я думаю... <...> ... Я как бы раздвоена и мысли у меня не мысли а диалог ... с вами, но вы мне реже стали отвечать, но отвечаете и так как если бы сама я об этом подумала, но я слышу — и мыслью это назвать не могу... <...> ... Почему то многое мне кажется игрой и я какая-то неестественная. Днём веселая (сейчас сравнительно меньше) — улыбаюсь подчас глупо или по-иному эмоционально (лицом) выражаю то что кружится в моей голове, вечером мне совсем нормально... <...> ... Есть иногда ощущения, а мыслей у меня мало, а как бы заставляю себя думать, причем правильно а не в форме диалогов-монологов. Кстати после истерики диалоги напротив исчезли, монологи ещё есть. Я всё ещё мысленно делюсь с вами всеми своими впечатлениями и размышлениями, а вы мне редко (!!!) отвечаете и то не голосом а к-то смешанной, озвученной мыслью...»*

<sup>227</sup> Описания — в целях наглядности я позволил себе своеобразную liaison — были сделаны позже, в процессе проведения психотерапии.

*Психиатрический диагноз:* Шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение (295.32). Ремиссия типа «В».

*Этологическая диагностика.* Преобладает поза обращения; взгляд направлен в лицо врача, по сторонам, вновь на собеседника; при разговоре губы часто в полуулыбке. Характерны мимические компоненты области бровей и лба, брови часто подняты или нахмурены, часто появляется гримаса печали, даже скорби (выраженная «трагическая маска»); «васнецовские глаза». В позе характерны наклоны туловища и откидывания назад (при сидении); ноги скрещены.

Эмфатико-интонационные особенности речи: речь высокой напряжённости, с обычными паузами, но периодами ускорения, активизировано частое ударение.

В общей стилистике поведения часто присутствует трагически-фаталистическое оформление.

Из простых комплексов поведения следует отметить приветствие на расстоянии (улыбка); ориентация при контакте всегда прямая, лицо всегда обращено к собеседнику.

Мимические комплексы часто представлены мимикой стыда (застенчивости), мимикой плача с насильственной улыбкой (и даже смехом).

Жестовое сопровождение речи — жесты-акценты и жесты-обращения; нередко жесты смущения (прикрывает рукой нижнюю часть лица).

Активизирована моторика головы (запрокидывание) и плечевого пояса (приподнимание и опускание плеч).

Периодически отмечают элементы переадресованной агрессии (повреждение предмета, одежды).

#### *Психотерапевтическая диагностика*

Пошагово опишу процесс психотерапевтической диагностики<sup>228</sup> для Анжелы:

— *клинико-феноменологический подход:* клинико-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика в целом уже были проведены мной в силу того, что пациентка находилась в психиатрическом стационаре;

— *идентификация личности пациента:* личность Анжелы обнаруживала явные черты истероидности, причём некоторые из них могли бы быть приняты за вычурные, однако никогда не были нелепыми; патоперсоналогические особенности в целом могут быть охарактеризованы как истероидные;

— *принцип пато-нозологической конгруэнтности:* учитывая весомую долю в развитии заболевания психогений, которые следует рассматривать как важнейший этиологический фактор, и особенности патогенеза — шизоидизацию, «уход во внутренний мир» и прочее, была применена симультанно-мнестическая психотерапия и подоб-

раны соответствующие клинические психотерапевтические эффект-синдромы — гипомнестический и истериформный (для «истерошизофрении»);

— *психотерапевтическая феноменология (феноменный ряд):* Анжела обнаруживала ряд психотерапевтических феноменов, из которых наиболее важными явились осознание и забывание;

— *ведущие клинические психотерапевтические эффект-синдромы:* ведущим клиническим эффект-синдромом для Анжелы выступал *истериформный (гипомнестический)* же отошёл на второй план и имел характер, если мне будет позволено так выразиться, привитого, Pфгpf-эффект-синдрома);

— *особенности метасиндромов:* обнаружались тенденции к облегчённой трансформации ведущих психопатологических синдромов под влиянием психотерапевтических воздействий (при сохранности, даже интактности структуры клинических психотерапевтических эффект-синдромов, лишь с ослаблением их выраженности);

— *клинический патокинез (эффект-синдромов):* отмечалось достаточно стереотипное воспроизведение истериформного эффект-синдрома с гипомнестическим компонентом, с изначальной тенденцией к редукции, а затем и абортивности;

— *этиопатогенетическая целостность психотерапевтического диагноза:* в данном случае психотерапия в основном воспроизводила те патогенетические пути, по которым шло развитие заболевания, для наложения [пато]физиологически идентичных, но обратных «по знаку» саногенетических воздействий;

— *идентификация личности психотерапевта:* использовалась продекларированная в рамках симультанно-мнестической психотерапии позиция *конгруэнтной вариативности* — от аранжировки директивности до технологии «опережающей вербализации»; исключена была позиция консультанта;

— *формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона:* в связи с задачами купирования психотической симптоматики была подобрана традиционная психофармакотерапевтическая схема; она вполне отвечала целям симультанно-мнестической психотерапии (нормализация мнестических и интеллектуально-познавательных процессов).

*Психотерапевтический диагноз:* эндогенный параноидный синдром (в рамках [истеро]шизофрении) у истероидной личности, конгруэнтный истериформному эффект-синдрому; трисидловый фармакологический фон; 2-й тип метасиндрома — улучшение с сохранением структуры («клише-редукция»).

*Психофармакотерапия:* трисидил, паркопан.

*Психотерапия:* симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология).

*Течение терапии и динамика психопатологической симптоматики* чрезвычайно интересно представлены в самоописаниях пациентки (привожу их с сохранением не только стиля и [графической] символики, но и помарок; лишь сокращаю — до инициалов — фамилии других пациенток).

<sup>228</sup> Основные шаги-позиции психотерапевтической диагностики были подробно рассмотрены в соответствующей главе.

«20.10.95. Вадим Витальевич! Утром было состояние хорошее произв. норм. впечатление но лично не имела уверенности в этом. Была какая-то легкость ясность сознания и я не убеждала себя (я делаю это: 1 установками на то что я ни чего не слышу и если я ни о чем не думаю то нет мыслей и всё что возникает в голове вдруг — ненормально, а значит самих собой возникающих мыслей не должно быть. После разговора, что состоялся вечером у нас с Х. и ещё с кем-то я поняла кое-что: о ~~разнице~~ том что я превратила себя в актёр и теперь имею больное самовосприятие (у меня напрашивается вопрос что делать?).

Потом "случай в манипуляционной" где у меня было ощущение что я играю... Почти постоянно: то я настроена на то что я: 1. слежу за собой 2. в последн вр появилось — играю. (а раньше играла, воображала и ... сошла с ума, а плюс к тому что: недовольство собой → желание изменится, но реально ничего неделание, а только идея (причем внушаемая + Карнеги, Фрейд) => я взорвала себя "на уровне психики" Л...<sup>(1917)</sup> → постоянное нытье, (я вычитала в вашей методичке — "словесный гной" привел к постоянному "осмыслению" фантазированию, в виде историй эмоционально захватывающих меня. (Мемы: последнее время "любовь круту". Меня захватывают нездоровые мысли, мысли-фантазии, что я боюсь (тревожусь) что поверю в их реальность, перевоплощусь и сойду с ума.

Основанием этому служит то что я эмоционально (могу заметить дернуть рукой, изобразить настроение от мыслей-историй (я хочу называть это мыслями, но это "мысли" т. к. первое необходимо чтобы преодолеть страх раз[д]воения личности, а такое ощущение было! неосознанно. Теперь 21.10.95. мне хорошо, сознание ясное, "Я" есть "Я" но .... слишком много вопросов к вам. Я понимаю — работы слишком много... Но я требую! (балуюсь). Ночь с пятницы на субботу я не спала. Поводом послужил "междудобойник" 4 й палаты and I. Затем я говорила с Наташей — вечно молчаливой и этот разговор мне много открыл. Я не побоюсь громкого слова но я почувствовала и поняла что хочу "сесть на ваше место". Если вы начнете меня отговаривать я просто лишусь стимула — поиска и "радо-сти когда найду". Когда я одна, моя голова "меняет место прописки" как бы лекарства я не пила. Весной (после выпивки) сквало как труп, а "голова кружит в вальсе". Сейчас тоже, чтобы не приняла тихо как мысли (но громкости и по скорости) (это и вызывает беспокойство) к тому же новое — в форме диалога, а после утрен. укола и выпитой таблетки, в обед диалог перешел на монолог, вчера меньше сегодня больше. (!) Надежду терять не хочу. А помотришь вокруг — на Уру из 4 й, Оксану из той же (но характер у меня?)!

другой ~~то~~ в первом случае могут сдать нервы (со временем надежда пропадет "мужик достанет" (как Галину и ту же Уру.) болячка не пройдет будет менять формы (!). Я заметила несколько периодов (состояний) но детали необходимо уточнить. Я только сейчас (мне плохо, состояние отчужденности от моего молчаливого "я" и "говоришь" в голове) начинаю что то понимать о том что со мной и хотелось бы посоветоваться с вами не как с психиатром (может это чересчур простодушно), но восприняла я вас не как врага, которому обязательно надо всё выкладывать, а как человека которому можно выложить душу, как на операционный стол, но пациент и сам кое что может, хотя психикой управлять — идиотизм и шизофреническая утопия.»

«21.10.95.

Пишу опять и описываю влияние укола + таблетки. Сознание ясное, но есть (и не прошла не тревога, а ощущения того что я делаю не то что мне свойственно. Может эти два года болезни меня изменили. Я хотела стать свободной во всех отношениях поэтому начала свой эксперимент, приведший меня до командной психопатологии. После укола особенно почувств. легкость во всем, я старалась чем то заняться, говорить почитать (это меня выводит, ~~тк~~ — уходит диалог-беседы во время и некоторое время после беседы, но когда было очень плохо (в <sup>2</sup>/3 сентября <sup>1</sup>/2 октября моя воля покидала меня).

Сейчас же, т. е в этот день умеренная эйфория, расцениваемая девочками, как хорошее настроение, склонность к колизм (я удивлялась легкости своего общения, но страх, напоминая о себе больше меня не сковывал. "Беседы в голове" были постоянно, но несколько раз прервались — тишина / <диалог> / монолог. Я как бы проваливалась / в разгар действия лекарства / в нирвану (?) отнялись руки-ноги. Я отложила ручку, легла в постель, меня расслабила и унесло, не было сил подняться (до вечера-ужина) но это не пугало — состояние было нормально (но я сомневалась в том что это со мной происходит, но не боялась. Страх снял чувство, как будто я улыбаю, хотя в голове....

Вечером встала светлая и ничего кажется не было, я не следила за собственной психикой полностью была в себе и весь вечер до поздн пи-сала этот "ответ о состоянии собственного здоровья". Ночью же долго не могла заснуть, потом просто отключилась. Было такое ощущение будто бы укол протыл мне мозги. и было хорошее настроение, но я называла это состоянием.»

«22.10.95.

Утро встала полностью нормальной о голове и мысли не было просто занималась своими делами. В голове ничего не крутилось на-

откровенно было хороше и это не вызывало никаких ощущений и сомнений. Сейчас допишу эту строчку и примусь за Чувствую не ради лечения а по потребности. Может быть красиво будет сказано но духовный голод и соответствующую пищу я чувствовала лет с семи как в прочем и другие ощущения — в транс что описано выше, фантазии но уходят прочь, голова ясная с ощущениями как будто в голове некто-го давит.»

«На 30.10.95. Утро — я в себе, но ощущения тяжести "в душе" и немого в голове, слегка скована. В ≈ 11<sup>00</sup> выпила таблетку, писала. В 14<sup>00</sup> пошла на медосмотр и было тр плохо — тревога за своё состояние (боялась что станет плохо, упаду, будет истерика, раскритикует), мысли обращены к вам — жаловалась. Голову стянуло в р-оне родничка — тяжесть, бывает ощущение температуры. Боль тупая — в душе — беспокойство охватило всю — ходила дотрагиваясь до своей головы, боялась истерики. Мысленно даже ударила об дверь — мысленно вскакивала, но сидела. Потом включилась в разговор — отвлеклась — немого лучше (14<sup>50</sup>).

После обеда (≈ 16<sup>00</sup>) отключаюсь, перед этим — небольшая неусидчивость, не могла даже встать до 17<sup>00</sup> часов. Ощущение что ~~нет~~ поспала и действит. поспала.

Вечером была неусидчивость. После восьми было всё нормально. Долго не могла заснуть ночью. Утром встала в 6<sup>30</sup>, до 9<sup>00</sup> голова овежая, начинаю уставать, неусидчивость.»

«Вадим Витальевич! Пишу Вам 22.11.95 вечером как и договорились.

Счастно говоря мне не хотелось этого делать, чтобы диалоги с вами (а они к вечеру, после чтения книг и пеняя прекратились) не мучили меня.

К стати, как только я ушла от студентов "разговор" с ними продолжался в моей голове, я мысленно себя останавливаю — в итоге слышу свои мысли и смогла с этим бредом справиться отвлекаясь (пела, затем читала интересную книгу). Благодаря добавленной пол. таблетки я могу справляться (частично) с собой. Теперь в девять вечера мне просто хорошо, слегка скована в хорошем настроении. и нет тревоги я не слежу за собой, а днем следила. и меня внутри дёргали сомнения и бредовые размышления.

Паркопан убрал эйфорию и разогнал сонливость, но она не лишат. Он прибавленного трисидила сны стали непрерывными. К счастью днем меня не тянет уже не спать, но лечь. Я днем вполне активна и хочется заняться делом.»

И, наконец, одно из последних самоописаний пациентки, свидетельствующих о значительном регрессе психопатологической симптоматики.

«Вадим Витальевич! Пишу Вам очередной доклад о собственном состоянии, будучи в совершенно ином расположении духа чем в предыдущие разы. Если раньше я, описывая своё состояние, просто, в самом прямом смысле, изливала боль души своей, жаловалась на боль и шизофренические симптомы, то теперь я просто беседую с вами с помощью этого "письма". Ваше лечение помогло настолько, что остались лишь жалкие остатки (некоторая инородность от меня моих мыслей и я чтобы мысли были моими проговариваю их про себя, что ведёт к параллельности слегка озвученных мыслей). Нет навязчивости (как на магнитосонной пленке не звучат в голове тексты и музыка) мыслей т.е бреда. Мысли — я за ними почти не слежу.

На что хочется пожаловаться так это на свою собственную память ... пытаюсь что-либо выцутить на память ..., и не получается

В основном же настроение нормальное. Прошли диалоги-монологи с вами, настроение одинаковое в течении дня и главное, то что я не обращаю болезненного внимания на своё состояние, свои мысли — слегка, с тревогой.

В общем я понемногу вышла из тупика и стала нормальным человеком. Спасибо вам за помощь.

Ангела.»

Итак, в результате проведённой на психофармакологическом фоне психотерапии психопатологическая симптоматика в значительной мере редуцировалась; Ангела стала спокойней, собранней, начала понемногу готовиться к сессии в университете.

Рекомендовано: приём трисидила, паркопана, поддерживающая симульно-мнестическая психотерапия, наблюдение районного психиатра.

Катамнез: относительно благополучный; о госпитализациях в психиатрический стационар мне ничего не известно.

Клинико-психотерапевтический анализ. Очевидно, мы имели дело с так называемой «истерошизофренией», где театрализованные аффекты занимали не намного меньше места, нежели собственно психопатологическая продукция.

С помощью симульно-мнестической психотерапии удалось достичь редукции многих психопатологических проявлений, а вслед за тем повлиять и на обнажившиеся [под ними] патохарактерологические черты, и частично восполнить дефицитарные проявления. Активно использовалась техника экфории патогенных переживаний и форм ощущения / реагирования, что, на фоне достаточно высокого уровня интеллектуального развития пациентки, привело к довольно стойкой компенсации.

**Ангелина М.**

Ангелина М., 1971 г. р., врач, имеет второе [высшее] — психологическое — образование. Не замужем, детей не имеет. Проживает с бабушкой, которая страдает психическим заболеванием, со слов пациентки — шизофренией (неоднократно госпитализировалась в психиатрический стационар).

Обратилась на кафедру психотерапии ХМАПО самостоятельно.

*Жалобы:* на момент обращения предъявляет жалобы на невозможность выбрать верное решение во многих повседневных ситуациях (не знает, например, с какой стороны следует обойти встретившуюся на пути лужу; согласно образному выражению самой Ангелы, на работу движется «от пункта к пункту», что субъективно облегчает принятие решений).

*Психоанамнез / психогенез:* заболела исподволь; постепенно нарастали явления дезорганизации мыслительно-логической деятельности (учащающиеся соскальзывания, ассоциирование по слабым признакам и тому подобное).

Ещё будучи студенткой 3-го курса института, стала посещать занятия по «медитации». Наступило временное облегчение состояния.

Позже увлеклась индуистикой, посещала Индию совместно с представителями секты, якобы проповедывавшей йогу. Под воздействием (психологическим принуждением) «гуру» участвовала в сексуальных отношениях с ним и его замужней подругой. Создаётся впечатление, что по отношению к Ангелине были применены особые психотехники (родственные тем, что применялись в секте «Белое братство»).

Была госпитализирована в психиатрическую клинику, пролечена с помощью традиционных психофармакотерапевтических схем и выписана с «косметическим» диагнозом.

*Психический статус.* Контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Нарушены процессы автоматичности мышления (деавтоматизация мышления, утеряна «нормальная» рецептурность, резко повышена ассоциативность, чрезвычайно снижена избирательность мышления), по-видимому, одновременно отмечаются моменты идеаторного автоматизма, с периодическим (в процессе направленной психотерапии) их осознанием. Этот процесс сопровождается монотонно-ритуальными действиями: резким шумным, даже свистящим выдохом, сопровождающимся словами: «сейчас поняла, что что-то действовало».

*Рекомендуемый психиатрический диагноз:* шизофрения, параноидная форма (F20.0x0)<sup>229</sup>.

*Психотерапевтическая диагностика.*

Рассмотрим теперь шаги психотерапевтической диагностики, проведённой по отношению к Ангеле:

— *клинико-феноменологический подход:* клинико-психопатологическое исследование / психиатрическая диагностика были проведены мною с целью подтверждения диагноза *шизофрении*, а ещё более важным представлялось выявление пропорции эндогенных и психогенных компонентов в этиопатогенезе страдания;

— *идентификация личности пациента:* Ангела с подросткового возраста обнаруживала явные черты шизоидности, однако без явной прогрессии вплоть до первой манифестации психоза; характерен весьма высокий уровень интеллектуального развития;

— *принцип пато-нозологической конгруэнтности:* учитывая определённую этиологическую роль психогений и патогенетические особенности — шизоидизация, нарастающая аутизация и прочее, высокий уровень интеллектуального развития и отменную рефлексивность [пато]мнестической феноменологии, были подобраны соответствующие клинические психотерапевтические эффект-синдромы — гипомнестический и, как его фон, полиморфно-конформный;

— *психотерапевтическая феноменология (феноменный ряд):* Ангела обнаруживала ряд психотерапевтических феноменов, из которых наиболее важными явились *осознание, вспоминание / забывание*, — однако на первый план выступала склонность к *конформным (индукционным) феноменам* (вспомним указанное выше [психотехническое] влияние со стороны «гуру»);

— *ведущие клинические психотерапевтические эффект-синдромы:* ведущим клиническим эффект-синдромом для Ангелы выступал *гипомнестический*;

— *особенности метасиндромов:* психопатологические синдромы с первых же сеансов довольно быстро распадались при направленном психотерапевтическом вмешательстве (и, первое время, так же легко восстанавливались), однако впоследствии клинические проявления бледнели, становились более стёртыми, что указывает на возрастание степени стойкости достигаемого саногенного эффекта;

— *клинический патокинез* (эффект-синдром): гипомнестический синдром несколько варьировал за счёт изменения показателей целенаправленной деятельности, вниманья и прочих ассоциированных свойств; полиморфно-конформный не претерпевал видимых изменений;

— *этиопатогенетическая целостность психотерапевтического диагноза:* в данном случае психотерапия в основном воспроизводила те патогенетические пути, по которым шло развитие заболевания, для наложения [пато]физиологически идентичных, но обратных «по знаку» саногенетических воздействий;

— *идентификация личности психотерапевта:* использовалась продекларированная в рамках симультанно-мнестической психотерапии позиция *конгруэнтной вариативности* — от аранжировки директивности до технологии «опережающей вербализации»;

<sup>229</sup> Тут я уже шифрую [выставляемый мною] диагноз по МКБ 10-го перемотра.

— *формирование (подбор) адекватного фармакологического (фармакотерапевтического) фона*: в связи с задачами купирования дефицитарно-диссоциативной симптоматики и слабовыраженной бредовой продукции была подобрана комбинация препаратов (антипсихотического и ноотропного действия), отвечавшая задачам симультанно-мнестической психотерапии.

*Психотерапевтический диагноз*: синдром идеаторного автоматизма шизофренического генеза у шизоидной личности эгоцентрического типа, конгруэнтный гипомнестическому эффект-синдрому; трифтазиновый (стеллазиновый) фармакологический фон; I-й тип метасиндрома — улучшение с упрощением («позитивная редукция»).

*Психофармакотерапия*: трифтазин, ноотропил, тремблкс.

*Психотерапия*: симультанно-мнестическая психотерапия (психометодология).

*Течение терапии и динамика психопатологической симптоматики*

Сама Ангелина — вероятно, после усвоения некоторых концептов психометодологии — легко начинает оперировать понятиями мнестологии; указывает, в частности, на то, что все события прошлой жизни равнозначны, и она не может избрать ни одно из них: обращение к опыту двадцатилетней давности ничем не хуже (то есть не менее актуально и достоверно), чем обращение к опыту себя сегодняшней (Ангела подчёркивает, что она обращается к воспоминаниям из различных, даже весьма далеко отстоящих друг от друга, «пластов» памяти одинаково часто).

Не успевает выговориться, иногда продлевает сеанс, который должен был бы давно уже завершиться, исходя из логики развития темы [сеанса]: хочет прояснить для себя какие-то мучающие её вопросы. Ответы на них, их осмысление (осознание) приносят выраженное [субъективное] облегчение.

В этом, втором наблюдении применение симультанно-мнестической психотерапии на специальном фармакологическом фоне позволяло успешнее купировать психотическую симптоматику.

В настоящее время лечение продолжается.

\* \* \*

Из экстраклинических сфер применения симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) следует прежде всего назвать *дефектологию*.

Я провожу лонгитудинальные специальные исследования, посвящённые оценке адекватности и эффективности применения симультанно-мнестической психотерапии в тифлодефектологии.

Обследование дефектологического контингента пациентов проводится по специально разработанной схеме (вкладыши-выписки — карта обследования и психотерапевтическая карта — прилагаются к историям болезни); она содержит, помимо *паспортного*, следующие структурно-логические блоки:

*диагностический* (обследования): жалобы; психический статус (клинико-психопатологическое исследование); психосексуальное развитие; неврологический статус; общеклиническое обследование; нейроэлектрофизиологические, этологические (диагностика поведения), нейропсихологические (эксперимент) исследования; феноменные исследования;

— *анамнестический*: общий анамнез, госпитализации, психоанамнез;

— *экспертный* (заключения и диагнозы):

— — основной диагноз / инвалидность;

— — сопутствующий диагноз;

— — основные психопатологические синдромы (и их верификация);

— — объективная характеристика [расстройств] поведения;

— — тифлопсихологическое заключение;

— — психотерапевтический диагноз;

— *референтный* (микросоциальное окружение): позиция родителей;

— *психотерапевтический*: метод, продолжительность, форма проведения психотерапии (психокоррекция); [ведущий] клинический эффект-синдром (и некоторые его корреляты); характеристика фармакологического фона (терапевтический либо специальный);

— *обсервационно-динамический*: течение психотерапии (психокоррекции); динамика психопатологической симптоматики (метасиндромы) и / или поведенческих расстройств по курируемому состоянию;

— *контрольно-оценочный*: оценка эффективности психотерапии;

— *катамнестический*: катамнез по курируемому состоянию (продолжительность, повторные обращения и их причины, состояние пациента(ки)); поддерживающая терапия.

\* \* \*

Социальное применение симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) касается прежде всего разработки психической (психотехнической, психотехнологической) базы, а также инструментария для ряда социальных [и] исследовательских технологий, а также для глобальной методологии *компетиционно-сентенционного архив-анализа практик*.

\* \* \*

В настоящее время метод симультанно-мнестической психотерапии (психометодология) продолжает адаптироваться для применения в различных клинических, медико-педагогических и социальных сферах.

## ПСИХОТЕРАПИЯ МЕЖДУ ИСПОВЕДЬЮ И РИТОРИКОЙ<sup>230</sup>

Психотерапия повседневно сталкивается с целым кругом общих — скорее даже социетальных, нежели сугубо-клинических, — вопросов, совершенно по-разному проблематизируемых в различных дискурсивных стилях, — как, например, проблема *зависимости пациента от психотерапевта* (и обратная ей — а она, кстати, весьма остро стоит в практике западных специалистов), проблема *выбора стилистики поведения* (прежде всего директивность / недирективность, нейтральность / эмпатия), проблема *активности пациента* и прочие, — но главным, однако, остаётся тот непреложный факт, что психотерапия — психотерапия вообще и каждая конкретная психотерапия — должна определиться в отношении своих координат в континууме: «говорящий пациент — говорящий психотерапевт».

Очевидно, что крайние положения общего вербального строя дисциплины-психотерапии занимают [классический] *психоанализ* — почти что афазический, до комизма — и *групповая рациональная психотерапия*, приближающаяся к психогигиеническим информационно-разъяснительным беседам, где многое, к сожалению, подпадает под определение *disco per dire*.

<sup>230</sup> Что такое *исповедь* — как таинство покаяния — я полагаю, хорошо известно всем, тогда как понятие *риторики*, думаю, необходимо пояснить. Риторика (от греческого *ἡ ρητορικὴ [τέχνη]* или *το ρητορικόν* — ораторское искусство) — это не просто искусство речи, но целые — и подчас весьма разноплановые — стратегии вербального (в сопровождении эмфатико-интонационного) поведения, — стратегии активные, психотехнически целесообразные, включающие множественные элементы (точнее, даже приёмы) рационализации, императивной суггестии, аналитики, — и, разумеется, без мнемоники.

Этих проблем попытались избежать *суггестивные* и [когнитивно-]поведенческие методы — каждые по-своему: первые — путём культивации выверенной, компактной, императивной, лапидарно-уверенной речи; вторые — посредством намеренного глобального коммуникационного оскудения и игнорирования, по сути, саногенетических аспектов неспецифического вербального общения в процессе — и контексте — психотерапевтических занятий.

(Вообще говоря, именно в психотерапии, кажется произошла своеобразная возгонка, — *sublimatio* средневековой алхимии, — всех вербальных [физикальных] стратегий: инструментально-ориентированные врачи, сервы аппаратной медицины, совсем утратили привычку говорить — и потому столь часто их речь ятрогенна сама по себе.)

Однако я, кажется, слишком персонифицирую, точнее даже анимизирую, основные психотерапевтические парадигмы, что перечислены выше. Они на самом деле не таковы. Они не выпрєнны, не косноязычны, не самовлюблєнны, не механистичны, не корыстны, не неловки, не ятрогенны, не завистливы, не претенциозны, — таковыми делают их иные практикующие *психотерапевты*.

Сами же по себе они, эти самые парадигмы, суть ничто: *nihil est in rebus, quod aute nonfuerit in verbis*.

Рассыпающиеся страницы компилируемых вот уже более полутора столетий текстов.

Перевираемые из десятилетия в десятилетие побасєнки, где низменная героика смешана с местечковой похвальбой «своими».

Былое великое таинство психотехник, наспех стилизованное — от бессилия и с целью легитимизации — под клиническую практику.

Некогда табуированная, сакральная риторика, в одночасье превращєнная в инструмент нестойких терапевтических влияний.

Очистительный *sti du sœur* рухнувших во времени амфитеатров, ставший — фасованным сеттингом — стыдливым шєпотом.

Смешные грешки одиночки, взращєнные на пудрете специфического этно-национального воспитания, порочной конфессии, дурной натуры, вредных привычек и химической за-

висимости — и навязанные легионам, сонмам здоровых — и, что характерно, почти исключительно с примитивной коммерческой целью.

Пустячные апофтегмы, помноженные на просодику должного — и тем самым превращённые в некий — почти уже облигатный — ментальный рацион.

\* \* \*

Когда аналитики молчали и прятались позади кушетки — этого великого инструмента своего псевдокорпоративного Делания — это было плохо: для клинической практики вообще и пациентов в частности; хорошо это было лишь для них самих: они не так сильно уставали. Однако по-настоящему худо стало, когда они заговорили. И к ним оказалось вполне применимо: *qui quae vult, dicit, quae non vult, audiet*.

Их Redefieber — чтобы не сказать логорея — лицемерна и заразна. Они во все стороны рассеивают, — путая, перевирая и додумывая, — подслушанное и подсмотренное у пациентов, — точнее, у своей *persona dramatis*, единого Пациента-Клиента. Это лазутчики, передаточное звено между якобы бессознательным — как они наивно полагают — некоего унифицированного, коллективного индивида и размытым общественным мнением.

Не следует забывать и о семернице бесстрастных риторических вопросов: *quis? quid? ubi? quibus auxiliis? cur? quomodo? quando?*

\* \* \*

Вывод же очевиден и прост: психотерапии — как дисциплине, несомненно, рефлектирующей — надлежит удерживаться между исповедью [пациента] и риторикой [терапевта].

## ПОСЛЕСЛОВИЕ

Здесь я хотел бы коснуться *punctum saliens* психотерапии — а именно необходимых завершающих шагов её институционализации, а также некоторых перспектив исследований в области психоической терапии речью.

\* \* \*

Существующие проблемы дисциплинарного становления и аутодисциплинарной идентификации психотерапии, связанные как с её нативными характеристиками, так и, во многом, со спецификой её истории, могут и должны быть решены путём разработки и внедрения завершающих мероприятий институционализации психотерапии как самостоятельной медицинской клинической дисциплины.

*Во-первых*, необходимо введение психотерапии в программу обязательного обучения в медицинских высших учебных заведениях как отдельного предмета преподавания для студентов IV — VI курсов, которые уже изучили «смежные» дисциплины (прежде всего психиатрию и неврологию, а также медицинскую психологию, историю медицины, основы философии, общую терапию, инфекционные болезни и прочее).

Для реализации этой позиции необходимо, в частности, сформировать в структуре медицинских вузов кафедры (или хотя бы курсы) психотерапии — или же аналогичные межвузовские кафедры, на которые были бы возложены функции как подготовки студентов, так и последипломного обучения врачей.

*Во-вторых*, необходимо введение интернатуры по психотерапии, что позволит проводить первичную специализацию врачей соответствующего профиля.



*В-третьих*, важнейшим шагом на пути дальнейшей институционализации психотерапии и достижения ею аутодисциплинарной идентичности должно явиться введение шифра научной специальности «психотерапия», поскольку до настоящего времени выполняемые в этой области диссертационные исследования — а их не так мало, невзирая на то, что их, из конъюнктурных соображений, стараются не планировать изначально — вынужденно идентифицируют с различными «смежными» дисциплинами и защищают под соответствующими шифрами.

\* \* \*

Основные же направления исследований в области психотерапии, которые будут способствовать её скорейшей — и окончательной — аутодисциплинарной идентификации, таковы:

- дальнейшая разработка теории и практики психотерапевтической клиники; её сепарация, прежде всего организационная;
- совершенствование диагностического аппарата для унифицированного анализа пато-нозо-синдромальных форм, располагающихся в сфере дисциплинарной компетенции психотерапии;
- дальнейшие разработка, обоснование и распространение аутодисциплинарно-идентификационной теории психотерапии;
- дальнейшая культивация и сепарация протокольного языка интрадисциплинарной концепции психотерапии; денотация, интерпретация (и, в случае необходимости, элиминация) понятий и терминов; совершенствование тезауруса;
- дальнейшие структурированные исследования процесса психотерапии (с использованием формализованных описаний);
- постоянное выявление, исследование и анализ клинических психотерапевтических эффект-синдромов и их коррелят-механизмов (и коррелят-паттернов), а также метасиндромов; изучение [процессов] синдромогенеза,

- синдромокинеза и синдромотаксиса в сфере компетенции психотерапии в целом;
- всесторонняя разработка метода симультанно-мнестической психотерапии (психометодологии) и, в частности, создание его [унифицированного] образовательного стандарта;
- апробация и внедрение новых психотерапевтических технологий;
- дальнейшее проведение разносторонних и разноуровневых экспериментальных исследований (кроме рассмотренного в соответствующей главе клинического психотерапевтического эксперимента, продолжающегося и по сей день, известны прецеденты проведения клинико-физиологических опытов (например, в сфере гипно- [суггесто]логии<sup>231</sup>) и редкие, но по-прежнему актуальные декларации необходимости «лабораторно-модельных» студий<sup>232</sup>);
- исследование / изучение [критериев] *эффективности* психотерапии и принципов её оценки (интегральность, прогностичность, объективность, аксиологичность etc.);
- дальнейшая разработка теории [денотата] [нормальной / патологической] психики;
- углублённое историко-теоретическое исследование предисциплинарной истории и дисциплинарной эволюции психотерапии;
- совершенствование существующих и внедрение новых организационных форм оказания психотерапевтической помощи;

<sup>231</sup> Так, например, А.Т. Филатов с 1983 говорил о гипнозе на четвёртом (после организма, физиологической системы, органа), клеточном уровне, и в 1989 провёл соответствующий эксперимент с позитивным результатом. (см. Филатов А.Т. Возможности проведения гипноза на клеточном уровне // Актуальные вопросы психотерапии и народной медицины: [Матер.] Перв. регион. научно-практ. конф. — Одесса: Одесская областная ассоциация психотерапевтов; Тип. гор. Белгорода-Днестровского, 1990. — С. 76 — 77.)

<sup>232</sup> Методические проблемы психотерапевтических исследований / С.И. Табачников, Б.В. Михайлов, М.П. Боро и др. // Актуальные проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Матер. науч.-практ. конф., посвящённой 100-летию со дня рождения проф. И.М. Апетера, Бермингоды, 27 — 28 мая 1999 г. — Харьков: Национальная лига психотерапии, психосоматики и медицинской психологии Украины, 1999. — С. 144 — 145.

- обоснование клинико-психической реституции психотерапии с одновременной имплементацией её нормативов, подходов и принципов в сфере компетенции психиатрии.