

ДИДАКТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ «ПСИХОТЕРАПЕВТ-КЛИЕНТ» КАК ПРЕДМЕТ КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Филатов Ф.Р.

Цель данной статьи – постановка проблемы комплексного изучения диадического взаимодействия в системе отношений «психотерапевт – клиент». в первой части статьи анализируются концептуальные модели, описывающие данное взаимодействие и сложившиеся в рамках трех авторитетных школ практической психологии: в гипнотерапии, в психоанализе З. Фрейда и в клиент-центрированной терапии К. Роджерса. Во второй части предпринимается попытка разработать модель терапевтических отношений на основе отечественных гуманитарных традиций с привлечением идей М.М. Бахтина и культурно-исторической концепции Л.С. Выготского. в свете культурно-исторического подхода обсуждается механизм интериоризации эффективных знаковых средств саморегуляции как основное условие эффективности психотерапии. в третьей части рассматриваются четыре группы социально-психологических факторов диалогического взаимодействия клиента с психотерапевтом, не учтенных в рассмотренных выше концепциях.

Ключевые слова: диадическое взаимодействие, суггестия, раппорт, перенос (трансфер), контрперенос, конгруэнтность, интериоризация, семиосфера, социальная перцепция, социальная репрезентация.

1. Диадическое взаимодействие «психотерапевт – клиент» и лежащее в его основе специфическое социальное отношение (по сути, особый тип социальной связи) имеют более чем столетнюю историю изучения. Уже во второй половине XIX в. это взаимодействие рассматривается в контексте обсуждения феноменов суггестии; в этот период предпринимаются попытки вскрыть психологические механизмы влияния суггестора на суггеренда. На смену учению Месмера о животном магнетизме и передаче флюидов постепенно приходят социально-психологические по своей сути модели, связывающие гипнотические эффекты с иррациональным базовым доверием или стремлением пассивно подчиниться авторитетной фигуре гипнотизера, в пользу которого гипнотизируемый отказывается от волевого внимания и самоконтроля. Попытки найти материалистическое объяснение гипнотического состояния, поиски его физиологических (соматических) коррелятов дополняются ценными клиническими наблюдениями, проясняющими особенности, качество и роль контакта между участниками гипнотерапии [13]. Уже в работах Джемса Брейда, представителей Нансийской школы А. Льебо и Г. Бернгейма, а также у Ж.М. Шарко, А. Фореля, П. Жане подчеркивается значение факторов межличностного (интерперсонального) взаимодействия,

наблюдающегося в паре «применяющий суггестивную терапию врач – пациент». Успехи лечения связываются и с симпатией, возникающей на основе благоприятного первого впечатления, и с верой в харизму (сверходаренность и могущество) гипнотизёра, и с авторитарностью последнего, и, наконец, с эффектами подражания или заражения в поведении гипнотизируемого пациента. Так, в частности, Дж. Брейд писал: «Явная симпатия и склонность к подражанию побуждает пациентов следить за всеми действиями гипнотизёра и повторять их» [13, с. 76]. Постепенно приходит понимание того, что возникающая в терапии система отношений в не меньшей степени детерминирует процесс лечения и выздоровления пациента, чем факторы соматические.

Можно заключить, что ранние гипотезы относительно природы суггестивных феноменов, сформулированные в клинической литературе XIX в., наряду с положениями психологии народов и психологии масс, заложили концептуальные предпосылки социальной психологии, в частности, теории межличностных отношений. Влияние этих ранних исследований суггестии, можно обнаружить в более поздних трудах В.М. Бехтерева, творца «объективной психологии», предшественника бихевиористов и одного из первых мастеров групповой психотерапии

(в этой связи следует упомянуть работу «Внушение и его роль в общественной жизни» [2]). Допустимо также предположить, что именно интерес З. Фрейда к феноменам суггестии и его обучение у Ж.М. Шарко во многом предопределили создание психоаналитической теории трансфера (переноса – контрпереноса) и стали стимулами к той многолетней научной рефлексии, из которой и родилось впоследствии глубинно-психологическое понимание терапевтических отношений.

В XX столетии гипнотерапия развивалась и совершенствовалась в свете индирективного подхода, который со временем сделался главенствующим. Психика гипнотизируемого пациента в эриксоновской модели гипноза (так наз. «Милтон-модель») уже не рассматривается как пассивный объект влияния; здесь доминирует субъект-субъектная парадигма, а главной задачей становится актуализация внутренних ресурсов и выявление резервных психических возможностей пациента, в полной мере неосознаваемых им самим в будничной жизни. Альтернативой прямого и авторитарного воздействия провозглашается косвенное внушение с применением метафор и притч, а главное с тонкой подстройкой («присоединением») к индивидуальным особенностям восприятия, речи и психофизиологического реагирования конкретного гипнотизируемого субъекта. Именно следование принципу присоединения или подстройки обеспечивает продуктивность межличностной коммуникации: уподобление поведенческих проявлений психотерапевта психофизиологическим и коммуникативным особенностям клиента позволяет вызывать у последнего состояние транса, благоприятное для конструктивных изменений, и создает эффект общения «на одном языке», в единой психической реальности. в индирективной гипнотерапии разрабатывается и всесторонне освещается концепция раппорта – оптимального уровня доверительности и продуктивности терапевтического контакта.

Вторая традиция изучения диадического взаимодействия «психотерапевт – клиент» непосредственно связана с психоаналитическим подходом. Психоанализ изначально был в меньшей степени директивным методом по сравнению с классической гипнотерапией. Отказ Фрейда от гипноза одни историки психотерапии склонны связывать с недостаточной одаренностью в сфере суггестии, другие – со стремлением к гуманизации лечебного процесса и с возвращением пациенту более активной позиции и возможности участвовать в нем осмысленно. в доктрине Фрейда и в концепциях его последователей главным механизмом достижения успеха в психотерапии считается *осознание* пациентом собственных мыслей, желаний и переживаний, вытесненных в бессознательное, *прояснение* в работе

с аналитиком наиболее болезненных (травмирующих) и отрицаемых моментов индивидуальной биографии. в работе «Фрагмент анализа истерии», известной также как «Случай Доры», З. Фрейд так определил цель психотерапии: «устранение всех возможных симптомов и замещение их осознанными мыслями» [9, с. 256]. А в своих «Лекциях по психоанализу» (лекция тридцать первая) он указывал, что терапевтические усилия психоанализа имеют целью «укрепить Я, сделать его более независимым от Сверх-Я, расширить поле восприятия и перестроить его организацию так, чтобы оно могло освоить новые части Оно. Там, где было Оно, должно стать Я» [10]. Заключительная фраза стала, по сути, одной из центральных формул психоаналитической терапии и ее девизом.

Отношенческий компонент психотерапии трактуется в психоанализе Фрейда в свете разработанной им краеугольной концепции трансфера – переноса на аналитика эмоциональных элементов прошлых взаимоотношений пациента со значимыми людьми из его первичного окружения, в первую очередь, с родителями. Отголоски и «беспокойные призраки прошлого», напоминающие о себе в трансфере, подлежат анализу наряду с другими элементами индивидуального опыта, который кристаллизуется в форме ассоциаций, парамнезий (ложных воспоминаний), фантазий, сновидений, интроектов и т.д.

Данный подход может быть лаконично охарактеризован с помощью *«археологической метафоры»*: он преимущественно ориентирован на исследование глубинных слоев психики, *реконструкцию* жизненной истории пациента, обнаружение скрытых причин, предпосылок и факторов его душевного страдания. Сохраняя аналитическую дистанцию и следуя принципу нейтральности, психотерапевт использует актуальные отношения с пациентом как тонкий инструмент такой «археологической» реконструкции, а его аналитический материал несет на себе отпечаток «реального» или «мнимого» прошлого. (Интроект – осадок прошлых отношений в психике пациента, в значительной степени определяющий ее внутренние структурные взаимосвязи; перенос – воскрешение биографического прошлого в актуальных отношениях). Терапевтические отношения здесь – ничто иное, как поле кропотливых раскопок и изысканий для искушенного и искусного археолога, ведь именно в них проступают и высветляются темные, забытые и скрытые под более поздними напластованиями страницы индивидуальной биографии.

Позднее фрейдовские постулаты относительно переноса абсолютизируются, этот механизм возводится в ранг общепсихологического закона, а эмоциональные реакции в трансфере составляют основной и необходимый материал для аналитической проработки. Согласно концепции последователя

3. Фрейда Джеймса Стрейчи (1934), единственно эффективными интерпретациями при лечении психоанализом являются интерпретации переноса; на основе этого подхода складывается традиция как можно чаще формулировать интерпретации в терминах переноса с тем, чтобы повысить эффективность терапии [8].

В психоанализе в целом сложилось двойственное понимание переноса: с одной стороны, подчеркивается его универсальный и всепроникающий характер; с другой стороны, констатируется, что «перенос развивается как следствие условий психоаналитического эксперимента, то есть аналитической ситуации и психоаналитической техники». Во втором случае этот феномен неотделим от терапевтических отношений и выступает в качестве *differentia specifica* данного типа социальной связи.

Следует отметить, что перенос является регрессией, т.е., возвратом к ранним, как правило, инфантильным переживаниям, оживлением прошлого за счет настоящего, а значит, (учитывая ту важность, которую Фрейд и его последователи придавали этому аспекту терапии, признавая его основополагающим), отношения аналитика и анализанда базируются преимущественно или даже исключительно на регрессивных тенденциях и механизмах. И хотя подчеркивается, что это «регрессия ради прогресса» или регрессия на службе будущего, перед нами механо-детерминистская схема отношений: оба участника терапии вынуждены подчиниться этой жесткой детерминации – обусловленности настоящего прошлым или актуального регрессивным – и работать, учитывая ее факторы. Приведем в качестве подтверждения выдержку из статьи Р. Уэльдера: «Переносом можно считать попытку пациента оживить и вновь ввести в действие в аналитической ситуации события и фантазии его детства. И анимировать это в контексте отношения к психоаналитику. Следовательно, перенос можно считать процессом регрессивным...» [8].

Другим важным вкладом Фрейда в теорию терапевтических отношений стала его идея о значении предварительных договоренностей (альянс), дистанций, рамок и границ (сеттинг) в психотерапии. Для того, чтобы терапевтические отношения стали продуктивными, они должны быть регулярны, периодичны, строго определенным образом организованы и структурированы. Понятие «сеттинга» подразумевает специфическую структуру терапевтических отношений, которая не складывается стихийно, но формируется согласно отработанной технологии аналитического взаимодействия и требует двусторонней заинтересованности, соглашений, усилий и обязательств, как от аналитика, так и от анализанда. Рабочий альянс можно определить как наиболее

рациональный и реалистичный аспект переноса, обеспечивающий поддержание ответственных и позитивных отношений анализанда и аналитика на уровне Эго-структур. в данном понятии акцентируется личностный потенциал анализанда, его активность и готовность к сотрудничеству.

Третий, альтернативный аналитическому, подход к проблеме терапевтических отношений, известный как клиент-центрированный подход, сложился в рамках гуманистического учения К. Роджерса. с данным подходом связываются два радикальных поворота, как в общепсихологическом понимании данного предмета, так и в области методологии. Это, во-первых, переход от субъект-объектной, ориентированной на объективацию, модели отношений к субъект-субъектной, диалогической, в которой клиенту возвращается сущностное качество субъектности; и, во-вторых, отказ от проблемно-ориентированных стратегий взаимодействия в пользу ресурсо-ориентированных. Следует отметить, что при всех различиях в теории и методологии, и психоанализ, и поведенческая психотерапия, и нейролингвистическое программирование исходят из единого парадигмального основания, предполагающего изначальную объективацию – пусть и бережное, но все же *объектное отношение* терапевта к субъективности пациента как к материалу для анализа или преобразования. в концепции Роджерса клиент предстает в качестве активного, творческого и наделенного свободой воли субъекта, к личностным ресурсам которого апеллирует психотерапевт. Роджерс исходил из допущения, что «любой человек наделен способностью, по крайней мере, латентную, понять те факторы своей жизни, которые приносят неблагополучие и боль, и реорганизовать свою жизнь таким образом, чтобы преодолеть эти факторы» [12, с. 48]. Эта способность актуализируется в том случае, если терапевт установит с клиентом «достаточно теплые, принимающие и понимающие отношения» [12, с. 47]. Именно в концепции Роджерса термин «пациент» (дословно «страдающий, претерпевающий»), связанный с определенным (пассивно-объектным) способом позиционирования в системе отношений, заменяется термином «клиент», предполагающим равноправную представленность в процессе терапии, активность и сотрудничество. Задачей психотерапевта становится создание особых психологических условий, оптимальных для самораскрытия клиента и принятия им конструктивного решения в актуальной проблемной ситуации. Роджерс призывал психотерапевтов отказаться от традиционного вопроса: «Как я смогу вылечить или изменить этого человека?» в пользу новой формулировки: «Как создать отношения, которые человек может использовать для собственного личностного развития?» [7, с. 74]. Начальными

условиями, необходимыми для построения таких отношений, становятся безоценочное принятие и эмпатия. От терапевта требуется во взаимодействии с конкретным клиентом не авторитарность и директивность, как в классическом гипнозе, и не эмоциональная нейтральность, которая характерна для аналитического сеттинга, но конгруэнтность – т.е. соответствие между мыслями, чувствами, словами и действиями, определяемое в обыденной речи, как искренность. в способности быть конгруэнтным в работе с клиентом – залог эффективности психотерапии; это также возможность для самого клиента конгруэнтно выражать себя и свои переживания. «Я обнаружил, – признавался Роджерс, – что чем более я искренен в отношениях с клиентом, тем более это помогает ему» [7, с. 75].

Таблица 1
Три модели диадического взаимодействия
«терапевт – клиент»

Направление психотерапии	Базовые условия взаимодействия в диаде «терапевт – клиент»	Форма контакта	Ключевая характеристика терапевтической позиции
Гипнотерапия	Раппорт, «присоединение»	Суггестивное воздействие	Авторитетность
Психоанализ	Рабочий альянс, «сеттинг»	Перенос-контрперенос	Нейтральность
Клиент-центрированный подход	Безоценочное принятие, эмпатия	Диалогическое взаимодействие	Конгруэнтность

Итак, мы выделили три модели терапевтических отношений: 1) авторитарно-директивную, сложившуюся в классической гипнотерапии; 2) регрессивно-детерминистскую, характерную для классического психоанализа и 3) диалогическую или клиент-центрированную, предложенную К. Роджерсом (см. Таблицу 1). Сопоставляя эти модели, можно сформулировать следующие тенденции, которые обнаруживаются по мере эволюции психологической практики:

- постепенный отказ от директивных стратегий взаимодействия с клиентом (это характерно и для современной, индирективной гипнотерапии) в пользу диалога и субъект-субъектной модели отношений;
- преодоление «пациентской позиции», предполагающей пассивность, некомпетентность и зависимость клиента;
- признание активности и субъектности клиента базовой ценностью и отправным пунктом терапии.

2. Говоря о диалогической модели взаимодействия психотерапевта и клиента, которая на современном этапе становится доминирующей, логично обратиться

к отечественной традиции изучения интерперсональных отношений, прежде всего, к фундаментальным идеям М.М. Бахтина и Л.С. Выготского. Для углубления нашего понимания психотерапии как особой формы социальной связи и коммуникации, вспомним учение М.М. Бахтина и предложенную им универсальную «формулу» бытия-как-общения: «Я осознаю себя и становлюсь самим собой, только раскрывая себя для другого, через другого и с помощью другого... Само бытие человека (и внешнее, и внутреннее) есть *глубочайшее общение*. Быть – значит *общаться*... Быть – значит быть для другого и через него – для себя. У человека нет внутренней суверенной территории, он весь и всегда на границе» [1, с. 16]. Другой важнейший тезис, ставший лейтмотивом бахтинской философии, можно предельно кратко сформулировать так: «Диалог есть глубинное основание любой формы мышления, коммуникации и культуры».

В свете этих идей, психотерапия – не просто вербально опосредованный коммуникативный процесс, способствующий прояснению и преобразованию индивидуального опыта; это сложное и многомерное диалогическое пространство, в котором каждый из участников интенсивного, фокусированного общения раскрывает себя для другого и – через него – для себя. Этот общепсихологический тезис приобретает конкретно-научную формулировку благодаря применению культурно-исторического подхода, предложенного Л.С. Выготским. Согласно его теории, любая сложная специфически человеческая форма психической активности первоначально возникает как действие «для других» и лишь позднее становится действием для себя [3]. (Так, первоначально ребенок использует речь как средство общения с другими людьми и лишь позднее осваивает внутреннюю, свернутую речь как способ самоконтроля и управления деятельностью). Применительно к психотерапии это означает, что нуждающийся в психологической помощи человек может овладеть собственным травматическим опытом и дезадаптивным поведением, достигнуть более высоких уровней самопонимания и самораскрытия, прежде всего, в интерперсональном пространстве, т.е. в контакте и диалоге с другим человеком (психотерапевтом). Диалогическое отношение «Я – Другой» в этой системе первично, оно является базовым фактором, залогом успеха психотерапии, предопределяющим интенсивность и глубину осознания, реструктурирования (рефрейминга) и других «вторичных» процессов.

Диалогическая модель психотерапии, основанная на ключевом тезисе теории Л.С. Выготского, практически идентична (по исходным принципам) клиенто-центрированной психотерапии, разработанной психологами гуманистического направления. Следует, вместе с тем, отметить одно отличие.

в гуманистической традиции главный акцент делается на эмпатии (эмоциональном соучастии) и безоценочном принятии клиента психотерапевтом. Этих условий достаточно, чтобы человек проявил свою (изначально конструктивную) сущность. Иными словами, главная задача гуманистически ориентированного психотерапевта – создать оптимальные условия для самопринятия и личностного роста. Специалист побуждает клиента предельно полно раскрыть и конгруэнтно выразить то, что можно назвать самостью или подлинным Я. в то же время, применение культурно-исторического подхода Л.С.Выготского в анализе психотерапевтической проблематики позволяет акцентировать не только поддерживающий, понимающий, но и формирующий аспект психотерапии. Наряду с поддержкой, принятием личностной целостности и значимости клиента, психотерапия способствует возникновению в его психике специфических новообразований, обеспечивающих его адаптацию и «освоение» в проблемной жизненной ситуации, т.е. выступает как социальная практика, носящая особый, формирующий, характер.

Психотерапевтический процесс можно рассматривать как дальнейшее развитие (дифференциацию) сложившихся у субъекта высших психических функций и формирование на их основе новых, более сложных структур и регуляторных механизмов, обеспечивающих совладание с травматическим опытом и управление собственной душевной жизнью на данном ее этапе – в кризисной, экстремальной или проблемной ситуации.

В психоанализе, в свете теории трансфера – контртрансфера нередко проводится аналогия между аналитической ситуацией и ранними отношениями ребенка, что связывается с регрессивными процессами; мы воспользуемся той же аналогией, но отметим при этом иные нюансы. Сходство психотерапии с ситуациями детства заключается в том, что в психотерапевтической ситуации возобновляются интериоризация социокультурных средств самоконтроля и, как результат, становление новых регуляторных интрапсихических структур. Если ребенок, осваивая в ходе обучения знаковые и символические «орудия» психической деятельности, получает возможность овладеть собственным поведением и быть успешным в пространстве социального взаимодействия, то психотерапия, в свою очередь, позволяет клиенту также уверенно освоиться на территории его внутреннего (противоречивого и травматического) опыта. При этом своеобразной «ведущей психической деятельностью» в рамках психотерапии выступает «деятельность переживания» (как следует из концепции Ф.Е. Василюка). Иными словами, психотерапия становится для клиента новым «воспитанием чувств», сложной диалогической

процедурой, которая направлена на овладение не только собственным поведением, но и эмоционально окрашенным опытом, и осуществляется посредством вербализации переживаний в присутствии Другого (психотерапевта), за счет развития и совершенствования высших психических функций клиента.

Основным механизмом развития высших психических функций является интериоризация – формирование внутренних структур человеческой психики в процессе усвоения индивидом социального опыта. Согласно теории Л.С. Выготского, все высшие психические функции являются интериоризованными отношениями социального порядка («первоначально всякая высшая функция была разделена между... двумя людьми, была взаимным психологическим процессом») [3]. Кроме того, психические функции не существуют изолированно друг от друга, но образуют целостные системы [4]. Внутрисистемные связи между высшими психическими функциями постоянно усложняются по мере психического развития индивида и отражают его отношения с другими людьми. Так произвольность внимания, памяти и др. процессов, способность управлять ими, отражает имевшие место в биографическом и историческом прошлом человека внешние отношения управления и контроля [3]. Аналогично и психотерапия может рассматриваться как система специфических отношений, в которой происходит интериоризация выработанных психологической наукой и человеческой культурой в целом, эффективных средств психической стабилизации, интеграции, самоуправления и саморазвития. Подобно тому, как ребенок в ходе обучения и общения со взрослыми овладевает собственными психическими процессами, делая их сознательно регулируемыми и произвольными (благодаря интериоризации знаковых средств, социальных норм, правил и других «орудий» психической деятельности), клиент в рамках психотерапии, сотрудничая с психологом, интериоризирует средства саморегуляции и разрешения психологических проблем, повышая тем самым произвольность интегративных процессов собственной психики.

В процессе психотерапевтического взаимодействия и диалога можно усмотреть своего рода реактуализацию культурной истории человечества, того многовекового духовного поиска, результаты которого, кристаллизуясь в различных практиках и символических формах, становятся доступны страдающему субъекту. И методический инструментарий психотерапевта, и конкретные эффекты психотерапии следует рассматривать в более широком социокультурном контексте, не ограниченном рамками социальной практики конкретной психотерапевтической школы. Так, например, механизм «катарсиса», столь важный для эффективности психоанализа и психодрамы, был описан еще Аристотелем применительно к античной

драме, представлявшей своего рода «арт-терапевтическую» социальную практику; многие техники трансперсональной психологии восходят к суфизму, медитативным практикам древности и т.д. Таким образом, помогающий психолог не только опирается на собственную «жизненную мудрость», но и использует психотерапевтический потенциал социокультурного опыта, накопленного человеческими сообществами за многие столетия исторического развития. Этот опыт в ходе психотерапии постепенно становится достоянием конкретного клиента, обеспечивая его эффективными инструментами и средствами самоорганизации. Подчеркнем, что способность располагать таким достоянием развивается благодаря вербальному опосредованию, озвучиванию, проговариванию или, – если рассмотреть проблему шире и глубже, – благодаря диалогу.

Важно помнить, что интериоризация в психотерапии не сводится к усвоению полезной и ценной для субъекта информации (на что часто ориентирован клиент, ожидающий от специалиста совета или алгоритма разрешения конкретной проблемы); это не только приращение жизненного опыта, но и формирование новых регуляторных структур и механизмов совладания, которые еще предстоит детально исследовать психологам.

Наряду с новыми «орудиями психической деятельности», в процессе психотерапии постепенно интериоризируется и сама бинарная оппозиция «психотерапевт – клиент». Помогая Другой, сменяется Внутренним Наблюдателем и Помощником, особой «субличностью», частью душевной организации субъекта. Благодаря этому, человек при столкновении с новыми затруднениями оказывается способен выступить собственным психотерапевтом, преодолевая проблему, психотравму или жизненный кризис, беря на себя ответственность за собственное развитие и получая возможность осмысленно реализовывать собственный жизненный проект.

Из вышеизложенного следует необходимость переакцентирования в анализе психотерапевтических отношений. Традиционная модель психотерапии, в которой подчеркивается важность и приоритетность внутриличностных преобразований (как залога конструктивных интерперсональных связей), а психотерапевт выступает лишь как средство или инструмент трансформационного процесса, может быть дополнена культурно-исторической моделью. Согласно данному альтернативному подходу, первично само психотерапевтическое отношение, выступающее основой всех глубинных изменений, тогда как психотерапия в целом оказывается возобновлением (на новом, более зрелом этапе) процесса интериоризации социокультурных средств самоуправления и самоорганизации.

3. Наряду с использованием общетеоретических принципов культурно-исторического подхода, важным концептуальным сдвигом в исследовании диадического взаимодействия «психотерапевт – клиент» может стать расширение социокультурного контекста данной проблематики за счет привлечения данных и методов психосемантики, психолингвистики, социальной психологии. Рассмотренные нами теоретические модели сфокусированы на самой терапевтической диаде, которая предстает как относительно автономная, самодовлеющая система отношений. При этом выносятся за скобки или обходятся стороной те эффекты и феномены, которые имеют социально-психологическое происхождение и, вместе с тем, отражают исторически сложившийся социокультурный контекст конкретного психотерапевтического альянса. Эти факторы можно условно разделить на четыре группы:

- 1) семиотические факторы;
- 2) социально-перцептивные факторы (факторы взаимопознания);
- 3) факторы социальной репрезентации;
- 4) культурные установки аналитика и анализанда.

По-прежнему малоисследованной областью остается общекультурное семиотическое пространство или «семиосфера» психотерапии. Психотерапевт и клиент как участники коммуникации имеют предшествующий терапии семиотический (социокультурный) опыт, который активно используется ими в процессе общения. Терапевтические отношения не могут существовать в некоем трансцендентном межличностном пространстве по ту сторону социума и культуры – они всегда погружены в определенную семиотическую среду и насыщены смыслами, символами и ценностями, характерными для конкретного социокультурного сообщества. Каждый клиент приходит в психотерапию уже с определенным, пусть в ряде случаев неясным и диффузным, представлением о том, что такое психология и психотерапия в целом. И это представление является продуктом сложившихся ранее систем обыденного знания, разделяемых с другими ценностей, частью того конвенционального смыслового пространства, «консенсусного универсума», в котором клиент идентифицирует себя и взаимодействует со своим окружением.

Исследователям еще только предстоит ответить на вопрос, как само понятие «психотерапии» представлено в калейдоскопе постсоветского обыденного сознания, как вплетено оно в современную российскую историю и культуру. Кроме того, психологу-практику важно уметь, основываясь на знании этиологии и семиотическом анализе, распознавать смысл тех концептов, которые так или иначе фигурируют, всплывают или подразумеваются в работе с клиентом.

До сих пор остается открытым и спорным вопрос о семантических универсалиях культуры, однако такие понятия, как «здоровье» и «болезнь», «благополучие», «счастье», «судьба», «семья» и др., в разных культурах имеют различное смысловое наполнение. Следовательно, приобретают актуальность комплексные исследования этнических стереотипов, ценностей и культурных моделей, как специфических (семиотических) факторов, влияющих на характер и продуктивность психотерапевтических отношений.

Наконец, в самом психотерапевтическом процессе обнаруживаются неучтенные семиотические детерминанты, которые не могут быть, без ущерба для научного знания, вписаны в привычные концепции сопротивления или переноса-контрпереноса. Примером служат эффекты так называемой «семиотической сопротивляемости» и «не-до-конца-переводимости» любого сообщения, описанные, в частности, Ю.М. Лотманом [6]. Лотман рассматривал эти трудности декодировки как проявления заложенного в каждой культуре механизма, обеспечивающего разнообразие ее форм и служащего необходимым условием любого диалога, нацеленного на приращение информации; более того, указанные трудности служат мерилем ценности тех сообщений, которыми собеседники обмениваются в ходе коммуникации. Поскольку сознание психотерапевта и сознание клиента представляют собой нетождественные, различающиеся по ряду характеристик семиотические структуры, логично предположить, что не все моменты непонимания и отсрочки инсайта в терапии объясняются сопротивлением или так наз. «вторичной выгодой». За ними может скрываться и стремление отстоять собственную «картину мира», когнитивную модель или систему описания реальности или воспротивиться интерпретационному диктату терапевта.

Другая *terra incognita* – сфера взаимопознания, в которую включаются участники психотерапии, и преобразования в которой обозначают важнейшие этапы анализа. в этой связи следует отметить, что феноменология психотерапевтического процесса – источник специфического социально-психологического знания, так как во взаимоотношениях психотерапевта и клиента в особой, характерной форме, быть может, как нигде больше, проявляются и кристаллизуются закономерности человеческого общения.

В частности, в этом диадическом взаимодействии своеобразно проявляется социально-психологический эффект полярных представлений (поляризации): нередко испытывая чувство бессилия и беспомощности, клиент наделяет терапевта прямо противоположными качествами, видя в нем своего Спасителя и Мага. На мой взгляд, заслуживают также пристального исследовательского внимания эффекты «первого впечатления» и «каузальной атрибуции», которые

могут совершенно специфическим образом обнаруживать себя в общении психотерапевта и клиента. Как проявляются эти социально-психологические феномены в процессе их общения? Как влияет первое впечатление о психотерапевте, сложившиеся в начальные моменты установления контакта, на весь последующий ход терапии? Как вплетается оно в сложную ткань «переноса-контрпереноса», и, если при всей своей устойчивости оно трансформируется, то при каких обстоятельствах, в силу каких факторов и на каких стадиях взаимодействия? Что атрибутирует клиент своему психотерапевту? Как происходит приписывание терапевту личностных качеств, мотивов, мыслей, чувств, и как этот процесс связан с сопротивлением, переносом, проецированием? Иными словами, какие, еще не изученные в полной мере, закономерности взаимопознания двух людей открывает нам психотерапия?

Другой важнейшей задачей следует признать изучение современных форм социальной репрезентации психотерапии. Образцом такого исследования может служить работа С. Москвисы, посвященная социальным представлениям о психоанализе [14]. Как влияют на процесс психотерапии и на общение с психотерапевтом представления, убеждения и предубеждения клиента, которые он разделяет с другими членами своей социальной группы, класса, конфессии или профессионального сообщества? За реакциями клиента, наблюдающимися в ходе психотерапии, наряду с проявлением психологических защит, обнаруживаются установки и предпочтения, как его семьи, так и более масштабных социальных общностей, в которые он включен и с которыми себя отождествляет.

К числу факторов, определяющих динамику психотерапевтических отношений, нужно отнести и так наз. культурные установки психотерапевта и клиента, изучению которых посвящена монография психолога-юнгянца Дж. Хендерсона [11]. Хендерсон обнаружил, что пациенты аналитической терапии характеризуются более или менее преобладающей – религиозной, философской, эстетической или социальной – установкой и стремятся удостовериться в наличии подобной склонности у своего аналитика. Нетрудно предположить, что несовпадение этих фундаментальных мировоззренческих (жизненных) ориентаций у психотерапевта и клиента порождает ряд дополнительных эффектов в терапии, которые еще только ожидают своего кропотливого изучения.

В целом можно заключить, что психотерапия постепенно становится не только самостоятельной профессией и особой сферой гуманитарной практики, но и той междисциплинарной областью исследований, в которой пересекаются интересы и консолидируются научные усилия психологов, философов, социологов и культурологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтин М.М. Проблемы творчества Достоевского. – Киев: Next, 1994.
2. Бехтерев В.М. Гипноз. – Донецк: «Сталкер», 2000. – С. 125–379.
3. Выготский Л.С. История развития высших психических функций: Собр. соч. в 6 т. – Т.3. – М., 1983.
4. Выготский Л.С. О психологических системах. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – С. 216–232.
5. Лапланш Ж., Понталис Ж.Б. Словарь по психоанализу. – М., «Высшая школа», 1996. – С. 531–540.
6. Лотман Ю.М. Культура и текст как генераторы смысла // Кибернетическая лингвистика. – М., 1987.
7. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапии. Становление человека. – М.: «Прогресс», «Универс», 1994. – С. 73–80.
8. Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик. Основы психоаналитического процесса. – Воронеж, 1993.
9. Фрейд З. Интерес к психоанализу. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998.
10. Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ. – М.: Просвещение, 1990.
11. Хендерсон Дж. Психологический анализ культурных установок. – М.: «Добросвет», 1997. – 219 с.
12. Хрестоматия по гуманистической психотерапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 1995. – С. 16–86.
13. Шерток Л. Гипноз – М.: «Медицина», 1992. – 224 с.
14. Moscovici S. La Psychanalyse, son image et son public, P.U.F. – Paris, 2e éd., 1976.