

УДК 159.9.01

АКСИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ НЕВОЗМОЖНОЙ ПРОФЕССИИ: ЗАМЕТКИ О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ НЕЙТРАЛЬНОСТИ

С.Р. Динабург

В статье представлен взгляд на психотерапевтическую деятельность в дискурсах невозможного и парадоксального. Рассматриваются основные исторические аспекты психотерапевтической нейтральности: инструментально-технический, деятельностно-граничный и ценностно-этический. Аксиологические основания психотерапии изучаются в связи с основными фундирующими моделями, приводятся направления развития ценностной позиции психотерапевта.

Ключевые слова: психотерапия; методология психотерапии; психотерапевтическая нейтральность; скользкий путь; этические модели принятия решения; медицинская модель; индирективная психотерапия; инициальный опыт; интимность.

Но люблю я одно — *невозможно*.

И. Анненский

Забота о *душепопечении* на протяжении веков свершалась в модусах должного и сакрального, и даже психотерапия обыденной жизни — стихийные прототипы психотерапевтической деятельности имеют дело с необходимостью и тайной. Появление психотерапии как самостоятельного, профессионального рода деятельности и её рационализация и демистификация странным образом совпадают с обнажением модуса *невозможности*.

Конкретно третьей невозможной профессией (не путать с древнейшей) — наряду с образованием и управлением — назвал психоанализ сам З.Фрейд [9], обозначая здесь два фундаментальных положения. Первое: невозможность гарантии успеха, и даже — «можно быть заранее уверенным в достижении неудовлетворительных результатов», и второе: в этой профессии начальное обучение и квалификация заведомо недостаточны. Но Фрейд не просто констатировал невозможность, что снимало бы вопрос о профессиональной деятельности, он неоднократно признается в приверженности к этому невозможному. Пытаясь обосновать свой

метод в рамках науки, изгоняя демонов и духов, он сохраняет тайну невозможного.

Обозначенные Фрейдом положения со временем содержательно обогатились и оформились — эти *гиблые места* психотерапии нетрудно увидеть сегодня как «проблему эффективности» и «проблему институциализации», порождающие самые радикальные высказывания о предмете. Например, «...Произнесите слово «психотерапия» в любом собственно психологическом сообществе, и вы наверняка увидите пренебрежительные и в лучшем случае иронические гримасы. Психотерапия — недодносек, психотерапии как науки просто не существует. Неудивительно, что именно психологом еще в середине прошлого века было показано, что фиксируемый парадоксом эквивалентности обобщенный уровень эффективности психотерапии фактически совпадает с величиной спонтанной ремиссии пациентов/клиентов, составляющей 67% случаев ... «Психотерапия — профессия»? — Нет такой профессии ... «специалисты» ...не более психотерапевты, чем знахари, колдуны и шаманы Аляски, Новой Каледонии, Огненной земли и Восточной Сибири. Все существующие в настоящее время «психотерапевтические школы» со всеми своими образовательными учреждениями, печатными из-

даниями, ассоциациями и союзами, университетскими и медицинскими кафедрами и центрами — предыстория психотерапии как действительной, но еще не существующей научной области. Поэтому все те специалисты (врачи, психологи, педагоги и проч.), стремящиеся получить «психотерапевтическое образование», — это вовсе не кандидаты на приобретение профессии «психотерапевт», а лишь человеческий материал, поддерживающий существование «психотерапевтических школ»...»[7]. Заметим, справедливости ради, что автор высказывания обладает международными дипломами и сертификатами психотерапевта и указывает психотерапию областью своей психологической деятельности.

Оставляя в стороне дискуссионный вопрос о научности психоанализа и психотерапии (даже — о сомнительной чести принадлежать позитивистской науке), обратим внимание на глубокое понимание уже Фрейдом невозможной профессии, задающее дискурс *невозможности*.

Первая невозможность связана с необходимостью и безусловным соблюдением рамки, границы, запрета, причем новые *табу* каждой стороне терапевтических отношений трудны и «невозможны» для осознания по-своему, а квалификация факта соблюдения или нарушения границ становится отдельной задачей. И даже в гуманистической психотерапии есть свои «страшные вопросы и ответы», представляющие угрозу самой сути психотерапевтического контракта, «жестокие и труднохранимые тайны», от осознания которых «пресекается дыхание»[11]. Вся психотерапия, вне зависимости от теоретической ориентации, подразумевает эту искупительную жертву и разговаривает языком этических кодексов.

Вторая невозможность могла бы трактоваться как техническая сложность и ограниченность ресурсов. Фрейд скромно говорил о «наибольшей степени помощи, возможной в настоящий момент», о «брезжущем постижении» и предлагал довольствоваться позицией старого хирурга: *я перевязал раны, а Бог вылечит*. И хотя «начальная эра терапии — когда пациента считали таким хрупким, а тайны тех-

ники такими глубокими, что только человек с самыми высшими дипломами мог осмелиться лечить — ушла навсегда» [11], тем не менее вопросы — а что же, собственно, исцеляет? И как передать знание об этом даже себе самому? — остаются открытыми и *после ... нет*, не освоения терапевтом техники, а после стабилизации своей инструментальной жадности.

Третья невозможность — фундаментальная, клубок философско-антропологических проблем, проецируемых в область практики. Один из краеугольных камней в методе Фрейда — стремление к правде, и там, где эта ценность неосуществима, терапия заканчивается. Познавательная установка на поиск правды уже предполагает особую реальность — «предмет» анализа наличен, *дан* в своем существе. Конституирование реальности таким образом с необходимостью приводит к расширительному и даже параноидальному пониманию сопротивления: мир сопротивляется анализу. Психотерапевтические новации по необходимости — прежде всего поиски онтологического статуса предмета, ценностные революции, антропологические изыскания, среди которых вопрос о *сущем* и *должном* практически разрешается в методе.

Терапия для человека — это не восстановление утраченного, не возвращение к уже бывшему состоянию и качеству, это движение и становление в направлении аутентичности и самости, как бы *естественное проявление природы* с замаскированным аксиологическим вектором.

Психотерапия с момента «невозможной профессии», конечно же, расширила пространство возможного и несколько изменила отношение к невозможному в более позитивном ключе — пожалуй, сегодня можно говорить о *дискурсе парадоксального* в отношении психотерапии, как о чем-то жизне- и смыслопорождающем.

Так, даже гуманистическая психотерапия признает, что в некотором смысле она является «подрывной», разрушающей деятельностью для клиента/пациента, который не знает, что он приобретет в результате общения с терапевтом,

и есть причины, почему профессионалы предостерегают терапевтов, «предписывая им бежать как от огня от той самой человечности, которая есть ядро терапевтических отношений»[11].

Другой интересный и заслуживающий внимания парадокс заключается в том, что такой терапевтический инструмент, как *нейтральность*, вне зависимости от времени и профессиональной принадлежности, оказывается отнюдь не нейтральным.

Компетентный человек — это тот, кто ошибается в соответствии с правилами.

Поль Валери

Для начала, некоторые суждения о нейтральности практикующих психотерапевтов:

«Оставаться всегда нейтральным и соблюдать границы — для меня это терапевтические аксиомы. Нейтральность не означает равнодушие. Это, скорее, безоценочность и беспристрастность... Это отделение собственных проблем, представлений о правильном и неправильном, моральных убеждений от стиля жизни, эмоций и поведенческих реакций клиента»[5].

«Итак, как понять, что нейтральность потеряна? Психотерапевт начинает испытывать некие неподобающие для психотерапии чувства в процессе приема: гнев, жалость, возмущение, торжество, облегчение, успокоение и т.д. Если ловишь себя на таких переживаниях в процессе приема, значит, загорелся маячок: проблемы с нейтральностью. Потому что, кроме интереса и любопытства, в общем-то в процессе приема ничего не должно беспокоить психотерапевта. Второй признак потери нейтральности — это когда психотерапевт “берет случай домой”»[2].

«С первых дней обучения нам объясняли про нейтральность... Я не хочу сказать, что ни разу не ощущала того, что вот-вот лишусь. Но, видимо, осознавая всю важность этой самой нейтральности и чувствуя поначалу безумный страх, что лишусь, или лишат, а я не замечу, я супервизировалась и супервизировалась... Чуть работа подзастряла — бегу»[6].

Исторически одно из первых пониманий нейтральности — *нейтральность техническая*

возникает в психоанализе. И уже здесь мы найдем несколько аспектов и даже противоречий. С одной стороны, Фрейд призывает аналитика именно к холодности и отстраненности, к необходимости, как хирургу, оставить в стороне все чувства, включая человеческое сострадание. Холодность или «схематичная нормальность» не являются самоценностью, но «это условие дает большие преимущества для обоих участников», обеспечивая необходимую защиту эмоциональной жизни врача, в конечном счете, ради благополучия пациента. Но Фрейд понимает, что вопрос *испытывания чувств* невозможен в аксиоматической постановке — дело совсем не в том, чтобы *требовать* от аналитика, чтобы он «не чувствовал страстей и не переживал внутренних конфликтов»[9]. Это вопрос, прежде всего, отношения — так он рассматривал возникающую в переносе любовь пациентки как одновременно нереальную и «подлинную» и предлагал технически относиться к ней как к нереальной, поскольку аффект мог бы *замутить чистые воды переноса* и сделать анализ невозможным. Решающий момент, с точки зрения техники, состоит в том, что у аналитика — особая и глубокая ответственность за управление данной ситуацией. В этом смысле Фрейд не мог быть безоценочным и беспристрастным ни к своим пациентам, ни к коллегам. Концепция же нейтральности в психоаналитической традиции раскрывается двояко: через метафору зеркала, отражающего только то, что показывает пациент, т.е. как закрытость, неизвестность внутренней жизни аналитика, а также как индифферентность. Последняя может показаться даже более резкой, чем нейтральность, но не означает отсутствия внимания к страданиям других людей и отсутствия эмпатии — она соответствует отношению равной доступности, единообразно распределенному вниманию, направляемому без различия на весь материал, предоставляемый пациентом[10]. Таким образом, грубо говоря, аналитику предлагается так управлять своими чувствами, руководствуясь теоретическими соображениями, чтобы не отвергать и не принимать чувства пациентки в переносе, тем самым, гу-

ляя по лезвию ножа, работая, как химик, с самым взрывчатым в мире материалом, оставаясь внешне бесстрастным. Фрейд выражает сострадание к «невозможной профессии», которая должна сочетать интимность и воздержание, отмечая, насколько затруднительным делом может быть справляться с эротизированным переносом, каков соблазн «забыть технику и врачебный долг ради прекрасного переживания»[10].

Как показало время, такая позиция в отношении нейтральности чревата тем, что сегодня называется профессиональной деформацией. В частности, когда в процессе столкновения с эмоциональной реальностью другого человека терапевт не испытывает доверия к собственным реакциям, девальвирует ценность своих «неподобающих чувств», испытывает дискомфорт *быть тем, кто он есть* или не считает это для себя приемлемым, пути компенсации различны. Однако зачастую терапевт принимает позу всемогущества, означающую, в частности, что он должен нести ответственность за все вопросы, все проблемы и все сопротивления, которые пациент приносит с собой. Он принужден, как министр в «Земляничной поляне» И.Бергмана, сказать: «Вернись, желание! Я должен тебя наказать всякий раз, когда ты появишься»[13]. Он находит способ работы, становящийся нарциссической защитой, при котором его иллюзия всемогущества не подвергается сомнению и хранится от неизбежных трудностей эмоционального раскрытия.

Однако, как отмечает И.Ялом, за последние десятилетия многие аналитики заметно изменили свою позицию. И хотя последователи традиционного психоанализа расходятся во мнениях относительно степени позволительного для терапевта самораскрытия, «которое варьируется от экстенсивного, практикуемого Канном, до чрезвычайно “непрозрачного”, защищаемого Лангзом»», «в целом, психоаналитики, — Ялом цитирует известного психоаналитика, — начали более свободно вступать в активный коммуникационный обмен с пациентами, вместо того чтобы ограничивать себя моделью без-

личного “нейтрального зеркала” — относительно молчаливого и бесстрастного»[11].

На смену пришла другая модель нейтральности, как *дистантность* и *соблюдение терапевтических и этических границ*, защита от «неподобающих действий». Технически непоколебимый нейтралитет и анонимность перестали играть значительную роль в большинстве направлений, где нейтральность инструментально стала применяться совместно с *прозрачностью* (самораскрытием) терапевта. Искреннее признание терапевта заключается в том, что бывают моменты, когда он испытывает гнев и раздражение в отношении клиента, и это стало необходимой частью процесса, её техникой, направленной, кроме всего прочего, против естественного мифотворчества о нейтральности терапевта, в котором могут быть заинтересованы обе стороны.

И все же, пишет И.Ялом, многие терапевты «шарахаются от самораскрытия», толком даже не понимая, почему они это делают. «Слишком часто, пожалуй, они рационализируют такую реакцию, облекая свои личные склонности в профессиональные одеяния. По моему убеждению, вряд ли можно сомневаться, что личные качества терапевта влияют как на его профессиональный стиль, так и на выбор им идеологической школы»[11].

Характер и значение *терапевтических границ* — степени личного или профессионального взаимодействия между психотерапевтом и клиентом — обсуждались с самого начала психотерапии и являются её неотъемлемой частью. Многие положения зафиксированы в профессиональных этических кодексах и руководящих принципах, где делается акцент на благосостоянии клиента, сохранении его достоинства, уважении и неприкосновенности частной жизни. Однако различные теоретические ориентации имеют различные толкования и применения терапевтических границ — некоторые подчеркивают важность четкого определения и последовательного соблюдения границ, другие отмечают терапевтическую важность их гибкости и снятия некоторых жестких положений. Теоретические ориентации терапевта, ве-

роятно, будут одним из самых значительных факторов, определяющих его подход к границам.

Проблема сохранения нейтральности выразилась не только в том, что теперь предлагается не одна аксиоматически-неколебимая позиция, мифический «нулевой вариант», а диапазон возможных чувств и действий, на которые нужно еще решиться. Кроме того, традиционные подходы к границам приняли твердую, формально-удушающую позицию против любых форм пересечения границ, таких как аспекты самораскрытия, встречи вне офиса, прикосновения, подарки и т.д., выступая идеологией *полного избегания*. Возник миф о так называемом *скользком пути (slippery slope)*, в основе которого лежит идея о том, что любое несоблюдение жестких стандартов, несомненно, приведет к вреду для пациента, его эксплуатации и сексуальным отношениям и сведет на нет терапевтическую эффективность. «Часто цитируемые Faulkner and Faulkne (1997) советуют быть психологически недоступным, чтобы "избежать рискованного поведения с клиентом, которые приводят к развитию дружественных отношений". Таким образом, одним росчерком пера на *дружественные отношения* накладывается вето или, по крайней мере, они считаются неэтичными. Аналогичные последствия вытекают из широко опубликованных высказываний психолога и юриста Woody, который утверждает: "В целях сведения к минимуму риска сексуального поведения, политики должны запретить практикующим любые контакты с клиентом вне контекста терапии и должны исключать двойные отношения любого типа". Simon предписывает: "Убедитесь в отсутствии предыдущего, текущего или будущих личных отношений с пациентами"...» [14]. Отзываясь на эту ситуацию, где каждый шаг может оказаться этически спорным или скомпрометированным, И.Ялом иронично замечает: «Поскольку каждая встреча терапевта и пациента начинается то *беспрепятственное скольжение*, которое приводит к некоторому нарушению границ, то человеческие взаимодействия между пациентом и

терапевтом сами по себе являются свидетельством чего-то плохого» [11].

Позиция И.Ялома в данном вопросе достаточно ясная — любые директивные инструкции, ограничивающие гибкость терапевтов, снижают эффективность их работы. «Я встречал терапевтов, «стреноженных» одним — убеждением, что они должны всегда оставаться совершенно анонимными и нейтральными, другие — непрерывной битвой за честность и прозрачность... Терапевты должны востребовать обратно право на свое профессиональное поле деятельности и не позволять никаким иным соображениям, кроме благополучия пациента, направлять их практику... Я предлагаю поощрять пациентов и терапевтов говорить свободно, без внутренних цензоров, отбрасывая все внутренние фильтры, за исключением одного — фильтра ответственности перед другими людьми» [11]. О.Цур (2006) идет дальше, предлагая и теоретическое обоснование, и эмпирически проверенные *этические модели принятия решений*. В своей интереснейшей и достойной внимания практике статье [14] он утверждает: «Одно из самых распространенных заблуждений психотерапевтической этики заключается в *отсутствии дифференциации между нарушением границ и пересечением границ*. Граничные нарушения происходят, когда терапевты пересекают линию порядочности и добросовестности, злоупотребляют своей властью для эксплуатации клиентов, что обычно включает бизнес или сексуальные отношения; они всегда неэтичны и, вероятно, будут незаконны. Пересечения границ очень отличаются от нарушения границ, однако они более неуловимы и, следовательно, труднее определимы. Пересечения границ часто являются частью хорошо построенного терапевтического плана и, зачастую, неотъемлемой частью терапевтического подхода или культурных особенностей терапевтической ситуации». Процесс этического принятия решения, предлагаемый Цуром [14], нацелен на включение морального и критического мышления и предполагает несколько этапов (ограничимся приведением первых из них в переводе с английского).

Первый шаг заключается в «опознании» (identifying) проблемы. Второй — в рассмотрении всевозможных сторон ситуации, конфликтных позиций, озабоченности клиента, его семьи и сообщества, а также всего контекста терапии. В качестве основания регулирования принимаются в расчет не только этические кодексы, особенно относящиеся к этой ситуации, но и дополнительные моральные, философские, духовные и общественные ценности, а также другие уместные соображения. Этот этап направлен на мозговой штурм или отображение (как можно более широко) этических, профессиональных и других, связанных с ними, сложностей, а не на их решение — поскольку преждевременное сужение сферы рассмотрения может привести к необоснованным, неэтичным или даже вредным выводам. Третий шаг состоит в разработке ряда альтернативных вариантов действий. Как и второй, он приглашает терапевта мыслить широко и рассмотреть так много вариантов, насколько это вообще возможно, исходя из того же понимания.

Следует отметить, что в результате долголетней борьбы на этическом поле боя этический кодекс 2002 г. Американской психологической ассоциации (АРА) содержит попытки уменьшить неопределенность и более четко определить призрачные термины, такие как "разумно", "соответствующее" или "потенциально". Теперь он содержит понятие *аналогичной деятельности в аналогичных обстоятельствах*, и действия терапевта должны оцениваться в контексте стандартов и практики, принятой терапевтами аналогичной ориентации, работающими в сопоставимых условиях, ситуациях и социальных сообществах.

Резюмируем: этот аспект нейтральности терапевта неумолимо ввергает его в экзистенциальную ситуацию, где нет готового, предустановленного образа поведения, как чего-то такого, что заведомо можно знать точно, следует блюсти или опасаться лишиться. *Невозможная профессия* осознается в пространстве между мнимой и реальной опасностью, между невозможностью заниматься терапией и нарушением. Авторы многочисленных публикаций, книг

и сводов *Risks, Perils* и *Pitfalls* предупреждают терапевтов, что эти *Риски, Опасности* и *Ловушки* в не меньшей степени ожидают тех, кто «воздерживается от всего».

Третий аспект психотерапевтической нейтральности, о котором нельзя не упомянуть, понимается как *ценностный*. Доктрина ценностной нейтральности или ценностной свободы (value freedom and value neutrality) в социальной науке и практике констатирует разрыв между реальностью (логикой) факта и реальностью (логикой) ценности. Между тем этот разрыв преодолевается в деятельности практика, и еще Макс Вебер указывал социологам на необходимость выявлять свои ценности и исследовать их воздействие на процесс и результат изыскания.

В целом, в начале своего пути психотерапия подчеркнуто держалась в стороне от того духа морализаторства, которым были проникнуты другие сферы социальной практики (а психоанализ, в своих теоретических положениях, бросал вызов — если не ценностям как таковым, то ценностным идеям об их происхождении). Однако долгое время ценностная нейтральность понималась как вопрос отказа от декларирования *ясной ценностной позиции терапевта*, возможности ценностных дискуссий и ценностной стерильности высказываний. Даже такой авторитет, как Р.Кочюнас, имеет «более или менее ясный» прагматический ответ на вопрос, «часто задаваемый в консультировании и психотерапии, — "Как я должен жить?"». А именно — «проблемы клиента следует воспринимать как следствие психического и духовного нездоровья, а не как предмет моральности» [4]. (Данная позиция навеивает с воспоминания о дискуссии в российской психологии конца 90-х гг. о возможности построения «нравственной психологии» — о соотношении, «живом напряжении» между *сущим* и *должным*, вернее, *о сущем должного* и *о должном сущего*, а также о традиционной уже для отечественной психологии разьединенности *духовного* и *морального* [8]).

Итак, одна из позиций ценностной нейтральности означала, что терапевт не вносит в

терапевтические отношения свою ценностную систему и жизненную философию и не должен занимать в отношениях с клиентом определенную позицию по моральным и ценностным вопросам во избежание морализаторства и ценностного «заражения». В противовес ей существовала и другая позиция, согласно которой терапевт должен открыто и ясно демонстрировать клиенту свою ценностную позицию и давать моральную оценку событий и поступков. (Позиция отрицания терапевтом ценностей или отрицания ценности разговора о ценностях также является ценностным представлением, достаточно очевидно выражаемым). Полярность эта яркая, но, как представляется, слишком очевидная и поверхностная. Герой известного анекдота про терапевта, чей клиент в финале утверждает: «... но теперь я этим горжусь!», мог бы, вообще говоря, принадлежать к любому из описанных лагерей. Р.Кочюнас косвенно признает имплицитный характер связи между ценностями терапевта и его воздействием на клиента: «В любом случае влияние ценностей консультанта на клиента имеет свою этическую сторону, если признать, что выдвигаемые консультантом цели и используемые методы отражают и его философию жизни. Даже прямо не навязывая клиенту свои ценности, однако придерживаясь в работе определенной философии, мы неизбежно "вносим" в консультирование свое воззрение на систему сущностных вопросов жизни»[4].

Понимание, что психотерапия не является ценностно-нейтральной областью деятельности, пришло не сразу и было инициировано дискуссией 80-х гг. о ценностных основах терапии, в которой приняли участие многие психологи, в том числе К. Роджерс. Независимо от априорных постулатов и несмотря на стремление самих терапевтов к ценностной нейтральности, «в результате огромной работы, проделанной гуманистическими психологами, было выявлено, что ценностно-нейтральная терапия невозможна, воздействие неустранимо»[3]. А именно, в ряде исследований было показано, что представление о человеческой природе влияет на то: а) как определяются страдание,

прогресс, здоровье, желательные и нежелательные события в процессе терапии и б) на ценностной основе происходит выбор целей терапии, приоритетных направлений для работы, структуры и содержания терапевтических сессий, техник и критериев для оценки терапевтических изменений. И речь не идет только о *морально-этическом* обмене или влиянии, но в пределе — об онтологической картине.

Итак, невозможность ценностного аспекта нейтральности — самая беспощадная. И хотя для терапевта это не ситуация беседы с Понтием Пилатом, когда надо бы уже определяться, тем не менее хорошо бы представлять выбор возможных исходов.

Первая позиция — «честный исследователь» (или *привет от М.Вебера*). «Если ни практики, ни исследователи не могут быть нейтральны, они должны принять реальность своего влияния и невозможность ценностно-независимого подхода. Следовательно, осознание собственных ценностей психотерапевтом является профессиональной необходимостью» [3].

Вторая позиция — «да здравствует *постмодернизм-пофигизм!*». Импульс гуманистической терапии (позиция полного приятия) реализуется в постмодернистских терапиях, признающих множество равновозможных и легитимных точек зрения (этический релятивизм). Как показала история, этический релятивизм местами убедителен, но логически непоследователен, как тот *истинный пофигист*, который все-таки имел свои ценностные предпочтения, но зато был глубоко равнодушен к мнениям о его непоследовательности и недостаточной истинности.

Третья позиция — «обращение к универсальным духовно-нравственным ценностям», а не наличному социальному измерению человеческой реальности. В основе должно лежать признание существования общих духовных ценностей — духовных сил, управляющих поведением человека. В противном случае психотерапия — тип технической рациональности, а образ терапевта «произведен от некоторого базового типичного характера современности —

менеджера, жизнь которого определяется прежде всего стремлением к достижению требуемого от него результата», который нанимается, чтобы ассистировать в предприятии индивидуалистического процветания клиента[3]. Р. Мэй, подметивший грустную тенденцию превращения прежних идей в скучную «макдональдс»-терапию, указывал при этом на опасность того, что психотерапия стала селф-озабоченной, установившей, приспособившей и создавшей новый тип клиента — нарциссическую личность с её новым культом успеха и процветания.

Но возможно ли это — возвращение в завоеванное поле «психического нездоровья» морально-нравственной проблемы, несущей человеку, кроме ответственности за свои ошибки, и осознание *реальной вины*? Не будет ли это «возвратом к средневековью», как опасались еще сравнительно недавно? И если это возможно, то какими путями?

Абсурд является не конечной, а начальной точкой наших рассуждений.

Альбер Камю

XX век породил дискурсы и едва ли не самый заметный среди них — дискурс *невозможности и кризиса*. Однако сегодня слышится другое настроение. Возможно, это не тренд и не станет трендом, а останется различимыми индивидуальными голосами — а *слышать и слушать голоса* — перестанет быть симптомом болезни или идеологической незрелости.

Итак, голоса эти о том, что мы живем *во время перехода*, есть желание интеграции и общих основ, но желание это находится пока в противоречии с готовностью встречаться (по М.Бахтину) «прямо на почве последних вопросов» (или — метатеоретических и аксиологических оснований). «Наличие огромного разнообразия моделей психотерапии, рост числа направлений в последние десятилетия воспринимается как следствие какого-то упущения в терапии в целом. Возможно, терапевты взяли на невыполнимую задачу: заботу о душе безотносительно к духовным аспектам бытия».

И упущение видится в том, что традиционные психотерапевтические подходы имеют в

основе медицинскую модель терапии и воспроизводят её. Эта модель предполагает отношение «Я — доктор, Вы — пациент», с огромными обязательствами терапевта «соответствовать» и желанием клиента получить себя как продукт «излечения», не нуждающийся в дальнейшем движении. Суть такого процесса — некое специфическое воздействие на клиента после установления некой специфической причины нарушения. Его краеугольные камни: описание мишени — психологического нарушения, проблемы или жалоб; теоретическая база для объяснения генезиса нарушения, проблем или жалоб и для механизма их устранения; спецификация терапевтических действий, согласующихся с теорией, и убеждение в том, что специфические воздействия ведут к эффективности. Его недостатки — в теории до сих пор не удалось уверенно идентифицировать реальные могущественные факторы воздействия (значит, общая сердцевина психотерапевтического процесса не выявлена), а в практике ощущается огромное давление на терапевтов, поскольку предъявляемые им требования формулируются в терминах медицинской модели. Как было показано, гуманистический подход также во многом относится к медицинской модели и перейти от стратегии воздействия к стратегии взаимодействия в полном смысле не удалось[3].

Альтернативные стратегии понимания фактически уже существуют и реализуются в практике индирективной психотерапии, возникшей в недрах уже существующих традиционных подходах. Она по своей сути является феноменологией *инициального опыта* — терапевтический процесс не может быть произведен внешними силами и действиями, предполагается, что у каждого человека есть все необходимые и достаточные «ресурсы» для выполнения основной терапевтической работы. Критическими точками этого универсального процесса являются особого рода инициальные опыты — опыты радикальной внутренней трансформации человека, не выводимые из его прошлого и прямо не производимые по законам самого терапевтического действия.

Таким образом, эта модель — не форма одностороннего воздействия на пациента, а общий отрезок пути (совместный процесс), на котором один (терапевт) создает условия для инициального опыта и извлечения смысла — расчищает дорогу и выступает в качестве проводника. Тем самым совершается работа «*майевтического понимания*, которое оказывается уже не чисто познавательным, но онтологически продуктивным актом: оно приводит к присутствию, высвобождает, впервые устанавливает в бытии такие силы и события, которые до самого этого майевтического акта понимания не существовали. Майевтическое понимание открывает возможность как для терапевта, так и для пациента целостного и полного личностного присутствия в со-бытии друг другу и благодаря этому — возможность абсолютно новых инициальных опытов»[1].

Если вернуться к попыткам утверждения духовных универсалий, то их традиционно смысловой ряд, вероятно, знаком каждому. Однако некоторые ноты, возможно, покажутся необычными: речь идет о возвращении в психотерапию *интимности* (intimacy), о которой говорится с почти религиозным почтением. Наш перевод фрагмента статьи из профессионального журнала может показаться поэтическим, но оригинал действительно имеет поэтический строй [12]. Интимность — священный долг, у которого есть качество Благодати — воплощения любви, сострадания и сочувствия. Чтобы быть реализованной, это требует познания наших душ и готовности выразить это в наших отношениях и к миру в целом. В этом случае мы никогда не являемся одинокими и потерянными, чтобы исцелиться, нужно преодолеть личную целостность и иметь интерес к проживанию в сложном и часто пессимистическом мире. У психотерапии есть элементы исповедальной близости, но, за редким исключением, нет никакого прощения.... Душа в контакте с терапевтом должна быть принесена человеку в подарок, и терапия терпит неудачу, когда близость находится в зависимости от патологической модели — исправление патологии заменяет духовный рост и изгоняет элементы состра-

дания или человечности. И терапевт, и клиент должны войти в сферы тайны и парадокса как партнеры.

Список литературы

1. *Архангельская В.В.* Проблема понимания в современной индирективной психотерапии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 194 с.
2. *Варга А.Я.* Типичные предрассудки Российских семейных психотерапевтов // Психотерапия и консультирование личности, семьи, социума: докл. конф. по семейной психотерапии межд. конгресса. М., 2004.
3. *Колпакова М.Ю.* Диалог как основание психотерапевтической интеграции // Гуманитарные исследования в психотерапии/ под общ. ред. Ф.Е.Васильюка. М.: МГППУ, ПИ РАО, 2007. 262 с.
4. *Кочунас Р.* Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999. 230 с.
5. *Локкова Ю. В.* Крылья, ноги, главное — нейтральность! URL: <http://lokkova.livejournal.com/8467.html> (дата обращения: 03.04.2009).
6. *Ненюкова О.Р.* Как я лишилась нейтральности // Журнал практической психологии и психоанализа. 2005. № 4.
7. *Орлов А.Б.* Психотерапия в процессе рождения // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т.3. № 1. С. 82-96.
8. Психология и этика: опыт построения дискуссии. Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1999. 128 с.
9. *Фрейд З.* Анализ конечный и бесконечный// Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 2. С. 125-155.
10. Эротический и эротизированный перенос/под общ. ред. М.В.Ромашкевича. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 320 с.
11. *Ялом И.* Теория и практика групповой психотерапии. СПб.: Питер, 2000. 640 с.
12. *Finlay D. J.* Notes on Intimate Connections // Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. 2010. Vol. 20. № 1. P.31-47.
13. *Zink L.* The Therapist's Body in Clinical Practice: A Reflection on the Therapist's Sexuality, Pleasure and Depression // Bioenergetic Analysis. The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. 2002. V. 11. № 2. P.87-90.
14. *Zur O.* Therapeutic Boundaries and Dual Relationships in Rural Practice: Ethical, Clinical and Standard of Care Considerations// Journal of Rural Community Psychology. 2006. V. 9. № 1. URL: http://www.marshall.edu/jrcp/9_1_Zur.htm

(дата обращения: 06.04.2011)

AXIOLOGICAL BASES OF AN IMPOSSIBLE PROFESSION:
NOTES OF PSYCHOTHERAPEUTIC NEUTRALITY

Svetlana R. Dinaburg

Perm State Technical University, 614990, Perm, Komsomolsky pr., 29

The article presents a view of the psychotherapeutic work in discourse of impossible and paradoxical. The main historical aspects of psychotherapeutic neutrality are presented: technical and instrumental, activity-boundary and value of ethics. Axiological bases of psychotherapy are considered in connection with the main funding models, the directions of the development of value-positions therapist are given.

Key words: psychotherapy; psychotherapy methodology; psychotherapeutic neutrality; slippery slope; ethical decision-making model; medical model, inprescriptive psychotherapy, initial experience; intimacy.