

## КОНТИНУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Ю.ВАЛЕНТИК

Континуальный подход в психотерапии исходит из представлений о континууме и процессуальной организации универсума, индивида, психики и личности, а это предполагает использование и континуальной модели психотерапии (Валентик, 1993; Валентик, 1995). В основе данной модели лежит ряд принципиальных положений.

Принцип *непрерывности* психотерапевтического процесса подчеркивает необходимость постоянной погруженности пациента в процесс терапевтических изменений. Непрерывность достигается путем комбинации различных форм психотерапии (индивидуальная работа и групповая, самостоятельные занятия, работа со значимыми другими лицами, в терапевтическом сообществе и пр.). Осуществление континуума терапевтических изменений имеет последовательный характер. Перерывы и аритмичность могут свести на нет все предшествующие усилия. Чисто в физическом отношении континуальная психотерапия представляет собой не только непрерывность разных форм воздействия, но и определенную ритмику процесса взаимодействия пациента и клиента.

Принципиальным для континуального подхода является и то, что он исходит из *системности, многоуровневости и полимодальности* воздействий. В связи с этим, неизбежным становится регулярный мониторинг изменений статуса пациента. Игнорирование терапевтом сохраненных патологических процессов на каком-либо уровне функционирования пациента можно рассматривать как терапевтическую ошибку.

Как уже отмечалось, континуальная психотерапия – процессуальна. Борьба с отдельным симптомом именно потому малоэффективна, что эта борьба с отдельным проявлением общего процесса: «устраненные» симптомы позже неизбежно появляются вновь. Изменение отдельных элементов, поэтому, предполагает изменение процессов, эти элементы порождающих. «Не процессуальная психотерапия» – причина

сопротивления лечению и анозогнозии. Это положение отражает едва ли не самую существенную особенность континуального подхода. Ограничивающие (манипулятивные) и развивающие терапевтические стратегии, являясь в значительной мере противоположными, по сути, дополняют друг друга. Эта дополнительность подразумевает, однако, не одновременное их применение, а последовательное использование в рамках программы лечения больного. Поэтому континуальная психотерапия способна естественным образом ассимилировать психотерапевтические техники, разработанные и в других психотерапевтических направлениях.

Суть базовой модели личности, развитой в рамках континуального подхода, составляет представление о развертывающемся в пространстве и времени континууме существования, в границах которого, во взаимодействии со значимыми лицами, формируются и конституируются отдельные *личностные статусы* человека. В литературе описано немало относительно устойчивых состояний, в форме которых выступают личностные статусы, – начиная от Юнговских архетипов и кончая такими ипостасями Я, как Родитель, Взрослый и Ребенок, в современном транзактном анализе (Берн, 1988; Стюарт, Джойнс, 1996; Юнг, 1995). Некоторые универсальные личностные статусы (ЛС) в различных психотерапевтических школах достаточно хорошо изучены. Вместе с тем, до сих пор нет объединяющей концепции, позволяющей научно обосновать использование того или иного метода психотерапевтического воздействия применительно к конкретному пациенту.

В этом плане полезной может оказаться рабочая психогенетическая модель личности, разработанная нами на основе обобщения опыта практической психотерапии (Валентик, 1993; Валентик, 1995). Создавая данную модель, мы исходили из гипотезы о возможности структурирования личности в соответствии с качественно определенными этапами ее развития. С помощью методики самоотношения и специально разработанного опросника оценивались основные личностные образования у взрослых пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью, и у представителей контрольной группы. Исследование позволило выделить основные инвариантные личностные статусы, раскрывающиеся по ходу жизни у всех обследованных нами пациентов. К главным, универсальным ЛС относятся следующие: «Я»-Телесное; «Я»-Ребенок (сын/дочь); «Я»-Мужчина/Женщина; «Я»-Партнер (муж/жена); «Я»-Родитель (отец/мать); «Я» – член групп (профессионал и т.д.). Именно эти универсальные ЛС составляют нормативную часть личности, представляя собой структуры, организующиеся в ходе ее естественного развития. Каждый личностный статус раскрывается и формируется во взаимодействии со Значимыми Другими Лицами (ЗДЛ).

Как правило, в условиях хронически текущего психического

расстройства, к одному из видов которого можно отнести, например, зависимость от психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания и др.), формируется еще одна часть личности, «обслуживающая» патологический процесс: «Я»-Патологическое. Это эпифеномен повторяющихся патологических потребностных циклов, аккумулирующий болезненные установки, ценности, смыслы, стереотипы поведения, словом, весь комплекс соответствующих случаю переживаний (Валентик, 1995). Данная рабочая схема личности демонстрирует возможность двух принципиальных путей для психотерапевтических изменений: путь *устранения патологии* и путь *активизации ресурсов нормативной* части личности.

В континуальной терапии в связи с этим важное место занимает диагностика актуального личностного статуса и мониторинг за внутриличностной динамикой пациента. Требуется описать цели, ценности и установки, «пункты» реализации, а также характерные проблемы в ходе развертывания конкретных ЛС. Важно проанализировать актуальный состав Значимых Других для каждого универсального ЛС, особенности взаимодействия пациента с ними и успешность установления циклически-потребностных (процессуальных) взаимоотношений. Не менее важно установить, кто принимал участие в образовании матричных основ ЛС. Отдельно следует проанализировать родительское программирование. Максимально конкретной должна быть диагностика имеющихся ЛС. Необходимо наглядно выделить основные характеристики каждого универсального ЛС и его атрибутику, что позволяет осуществить психотерапевтический вход.

Континуальная психотерапия сосредотачивается на основных аспектах личностной патологии. Установлено, что тот или иной универсальный ЛС («Я»-Телесное, «Я»-Родитель и др.), получив искажение на ранних этапах развития личности, затрудняет ее последующее нормативное становление. Нередко именно по этой причине становится невозможной терапия и гармонизация ЛС, доставляющего в данный момент максимальные проблемы. Опасность кроется в диспропорциях, которые образуют в структуре взрослой личности ранние ЛС. Не меньшая опасность – застревание в них («кумир семьи», «красавец», «младший брат», «всеобщий друг»). Каждый раз, при неудачах в освоении того или иного нового личностного статуса, происходит либо компенсаторный уход в ранние ЛС, либо компенсаторное формирование второстепенных статусов типа «хобби» и утверждение в них, в ущерб основному. Поэтому так важно с пристальным вниманием относиться к неудачам при непомерно раннем освоении ЛС. Они могут «поломать» человека, а могут стать и сильнейшим стимулом к достижениям и гиперкомпенсации. Патология возникает, когда процесс самоосуществления личности искажается, обедняется и блокируется. Часто то, что внутри личности заблокировано и подавлено, выступает как внешняя проблема, обусловленная тем, что в

данную аномалию с неизбежностью вовлекаются Значимые Другие.

Задача психотерапии в значительной степени состоит в продлении личностного континуума, в устранении тех преград, которые возникают в процессе развертывания личности, в реализации ее многоаспектной идентичности. Это не только расширение осознания и расширение самой личности. за счет включения отчуждаемых аспектов существования. Это и устранение ментальной границы между сознанием и телом. Это, далее, восстановление генетической целостности и внутренней преемственности личностных циклов. Это, наконец, получение сквозной трансперспективы во всех базовых процессах личностного саморазвертывания и выход через них за пределы индивидуально-личностного существования. Такого рода выход реализуется и посредством погружения в глубины бессознательного и через надиндивидуальное слияние с социумом, а также общностями более высокого порядка, вплоть до слияния с Универсумом. Так создается континуальная свободно-циркулирующая личность, не ограниченная привычными координатами пространства-времени. В конечном итоге, пациент приходит к пониманию того, что, исцеляя себя, он исцеляет прочно связанных с частями своей личности Значимых Других. Именно поэтому терапия стремится к трансперсональному выходу, единению с близкими и с дальними другими. Надиндивидуальность переживания в ходе психотерапии освобождает пациента от индивидуальных симптомов.

И в индивидуальной и в групповой континуальной психотерапии четко определена основная закономерность – работа со сложноорганизованной личностью пациента как с группой, что объясняется качественной определенностью ее личностных статусов. Это предполагает нейтрализацию патологического ЛС и последовательное выявление континуума нормативных статусов личности. Каким бы путем ни формировалась патология, она, в конечном счете, фиксируется в отношениях пациента с другими и, затем, в его личностных статусах. В индивидуальной по форме континуальной психотерапии терапевт старается воспроизвести своего рода групповую (семейную) психотерапию, то есть, вскрыть и реорганизовать внутриличностное взаимодействие частей личности, связанных с интроекцией установок и ценностей, устойчивых паттернов взаимодействия значимых членов семьи. В ходе лечения интроецированные ЗДЛ оживают в представлениях больных. Это создает достаточную мотивацию к изменению. Другая возможность – индивидуальная терапия со Значимыми Другими.

В континуальной психотерапии особое значение придается актуальной личностной позиции, как пациента, так и терапевта. В ходе диагностики по отношению к каждому отдельному статусу уточняются:

1) начало (устанавливается матричное образование, условия, при которых происходил импринтинг);

2) событийная цепочка (как правило, с помощью техники «трансное путешествие», при помощи которой прослеживается обратный ход

процесса в каждом статусе);

3) последнее переживание и сегодняшнее – «здесь и теперь» – ощущение;

4) потребностные циклы (как проявляется потребностная основа и в том числе «голод» конкретного статуса); определяется эмоциональная атрибутика статуса и его реальные ресурсы. Проясняется характер взаимодействия с ЗДЛ в данном личностном статусе;

5) наличие травм, проблем (какие из них повторяются?);

6) если исследуется нормативный ЛС, то определяется возможная связь с патологическим статусом;

7) ориентиры движения и этапные цели каждого статуса (первоочередные, годовые, жизненные).

На основании полученных данных составляется *топограмма личности* пациента, которая позволяет более наглядно представить картину внутриличностных конфликтов и характера коммуникаций между статусами. Происходит озвучивание внутреннего диалога. С самого начала психотерапевту предстоит стать актуализатором ЛС пациента, его внутренним голосом. Терапевт, следовательно, должен хорошо ориентироваться в собственных личностных статусах, быть способным к актуализации каждого из них и установлению взаимодействия с соответствующими статусами пациента. С этой целью изучается атрибутика статусов: позы; ключевые образы (картинка или переживания); интонация; ключевые фразы. Используются телесные проекции отдельных личностных статусов, паттерны движений, в которых этот статус реализуется, с созданием телесной гимнастики (разминки) для всех основных статусов. Другой телесный компонент – работа с теми органами, участками тела и функциональными системами, которые особенно задействованы в данном статусе. Главное – извлечение и использование «соматической памяти» о статусе.

Особое внимание уделяется тренингу межличностных и внутриличностных коммуникаций. Если мы обратимся к человеку как к отцу – он даст ответ как отец, а если к сыну, то – как сын. Обращаясь к алкоголику как к алкоголику, получишь ответ от алкоголика. Обратитесь к нему по-другому. Проверочный тест при выздоровлении – снова обратиться как к алкоголику. Если ЛС «Я»-Алкоголик актуален, можно получить соответствующий ответ. Вывод следующий: не обращаться к подонку как к подонку. Ни к кому не обращаться, как к подонку. Никого таким путем не загонять в статус подонка.

Пациент в том состоянии, в каком он приходит к психотерапевту, – это односторонний пациент, показывающий преимущественно какую-то одну грань своего «Я». Задача в том, чтобы обнаружить и представить ему как можно больше его других ЛС, позволив тем самым выйти за ограничения его болезненного «Я». В реальной жизни субъекта во всем его подлинном многообразии не существует, он не дан самому себе в этом

качестве. В терапевтической же ситуации человек должен подняться к осознанию своих внутренних возможностей.

Проиллюстрируем это на примере преодоления зависимости от психоактивных веществ. Как правило, на начальном этапе, в целях нейтрализации патологического ЛС (типа «Я»-алкоголик или «Я»-наркоман), требуются преимущественно ограничительные воздействия. Данная задача облегчается, если перевести пациента в ЛС «Я»-Телесное (противостояние боли и страданию в болезни) или «Я»-Ребенок (повышенная внушаемость и открытость обучению).

Победа над зависимостью начинается с ее честного и открытого признания. Для этой цели существуют специальные техники погружения в универсальные ЛС. Проводится анализ проблемы с учетом всех личностных статусов, что имеет принципиальное значение. Пациент убеждается, сколь значительна та часть его личности, которую болезнь подавляет и деформирует. Многих такого рода открытие ведет к инсайту и переоценке всего своего поведения. Теперь, ориентированный в своей личности, пациент в состоянии более уверенно отделить внутри себя здоровые ее части от больных. Далее необходимо разобраться в том, от какого личностного статуса исходит намерение лечиться или желание получить помощь. Когда это станет ясно, необходимо побуждать пациента к тому, чтобы как можно больше пребывать именно в данных ЛС.

На этом этапе психотерапии следует четко понять, сформировано ли «Я»-Патологическое. Если нет, то предстоит выяснить, какой личностный статус болен, а какой берет на себя основную ответственность за излечение. Вместе с пациентом нужно разработать рекомендации, которые помогли бы ему справиться с заданием. Особая задача – забота о статусе, принявшем на себя ответственность за излечение от зависимости. Пациент должен отчетливо осознавать, что именно он сам при посредстве данного своего ЛС твердо хочет себе помочь. Ему нужно быть абсолютно уверенным в том, что это именно *его* желание помочь самому себе и не что иное, как его собственное решение, принятое в лице определенного ЛС. Следует стремиться к тому, чтобы аналогичные решения были приняты в форме всех нормативных ЛС. У части пациентов подобное решение не вызывает большого доверия, потому что и прежде сходные попытки предпринимались, но заканчивались провалом, и теперь оставался страх еще раз разочароваться в самом себе.

Надо обязательно разобраться, какому из своих личностных статусов («главный получатель») пациент стремится доставить удовольствие отказом от алкоголя или какого-либо другого психоактивного вещества. Закреплению принятого решения призвано способствовать четкое и конкретное представление того состояния и той ситуации, когда проблема зависимости от алкоголя больше уже не будет стоять перед этим статусом. Важно детально представлять себе результат, который будет получен в этом статусе. Полезно исследование и того, какие ЛС обделены

удовольствием («заброшенные» ЛС). Возможно, неудовлетворенность какого-то статуса и послужила толчком для начала злоупотребления наркотиками или алкоголем. Пациенты должны отчетливо понимать, что для полной реализации решения понадобится время. Первая попытка может завершиться неудачей. Главное – извлечь из неудачи необходимый урок: как настроиться и решиться на новую попытку.

Далее необходим тренинг, направленный на преодоление страха неудачи. Основным приемом – уход в иную статусную деятельность.

На первом этапе тренинга следует представить, что не сам пациент, а кто-то другой находится в подобной ситуации, и понаблюдать за ним. Эту процедуру требуется повторить несколько раз. Следующий шаг – представить, что какой-либо из статусов личности пациента находится в данной ситуации, а также попытаться понять, какой статус наиболее устойчив в ней.

Второй этап. Пациенту предлагается представить, что все личностные статусы, чья степень надежности в указанном отношении последовательно убывает, находятся в данной ситуации. К какому статусу в себе пациент обратится за помощью? Как организуется взаимодействие между статусами? Делая неприятные, с точки зрения пациента, вещи, ему нужно не забывать себя вознаграждать в лице и того и другого ЛС.

Третий этап. Следует попытаться реализовать намерение пациента на деле, опираясь в данном решении на разные статусы; вначале на те, где он чувствует себя увереннее, затем и на те, где его уверенность менее ощутима. Почувствовав дискомфорт, уходить в статусную деятельность.

Преодолению личностной патологии, по сути, способствует любое обнаружение нормативных частей личности пациента. Работа с ЛС, как индивидуальная, так и при посредстве Значимых Других (непосредственно или в воображении), как мы видим, – основной психотерапевтический прием в континуальной психотерапии.

В рамках этого вида психотерапии используется и другой ряд специальных техник. Одна из них – путешествие по процессу. Используя патологическую событийную цепочку ЛС, пациент вместе с терапевтом путешествует к началу своего заболевания, а затем возвращается назад, набрав весь груз проблемы и тяжести ее последствий. На этом фоне легко возникает переживание абсурдности дальнейшего продолжения болезненного пути. Для того чтобы продуктивно работать с процессом, развитием всего потребностного цикла, надо научиться создавать не «образ-картинку», а «образ-процесс», «образ-фильм». Фильм должен охватить весь пройденный путь и продлиться в будущее. Пациенту в данном фильме определена активная роль. «Если кто-то сделал это, то и вы можете сделать. Если это не сделано – вы можете стать первым». Во время исполнения техники «путешествия по процессу» нужно стремиться актуализировать все ЛС, чтобы продемонстрировать пациенту, как они страдают от болезни и что на них можно положиться в борьбе с

зависимостью. Сознательная проработка должна проверяться активизацией бессознательного, для того чтобы четко уяснить – в чем заключается потребность (она же цель), закрепленная во всех модальностях в рамках цикла статуса. Следует четко сформулировать ее в терминах стремления («чего я хочу») и достижения (если формулировать в терминах «чего не хочу», то психика начнет активно выявлять соответствующие негативные содержания). После этого уже легче искать пути достижения цели. Проработка потребностного цикла процесса (как патологического, так и нормативного) заключается в прохождении всех его фаз, включая полярные состояния, связанные с успешным и неуспешным удовлетворением потребностей и достижением целей в границах данного личностного статуса.

Еще одна техника – изживание патологического будущего. Она призвана выявить, как патологический процесс, в случае его продолжения, будет губительно влиять на жизненные основные статусы, грозя каждому из них смертью. Техника проводится в воображении или с использованием приемов психодрамы. Больной подводится к ответу на кардинальный вопрос: что для него более приемлемо – погубить богатство своей личности со всеми ее возможностями и причастностью к ней Значимых Других или отказаться от одного – патологического – личностного статуса? Таким образом, пациент разотождествляется с патологическим ЛС, прокладывая между собой и этой своей частью внутриличностную границу.

На следующем этапе раскрывается нормативная часть личности. Для этого необходимо содействовать максимально яркому осознанию пациентом своих личностных статусов, что ведет к самопринятию.

Коснемся техники презентации актуального личностного статуса. Пациент произносит не менее чем 30-минутный монолог, каждый раз после паузы начиная с «Я», за которым следует презентация некоего конкретного ЛС. При этом неизбежной становится личностная аутоидентификация. Мы руководствуемся положением, что аутоидентификация – непрерывный процесс, сопровождающийся постоянными изменениями и протекающий в контексте взаимодействия со Значимыми Другими. Вторичная идентификация – это более глубокое усвоение содержания ЛС, с погружением в бессознательное, генетическую память и пр. Изменение личностной позиции, возможно, и достигается на основе видоизменения идентификаций в рамках различных ЛС, чему способствует состояние постоянного внутреннего диалога со значимыми лицами, соответствующими тому или иному ЛС. Пациенту, находящемуся в измененном состоянии сознания, предлагается испытать те ощущения, которые мысленно вызывает у него значимый другой, воспринять его сообщения. Далее рекомендуется прояснить для себя, какого рода изменения необходимо внести в собственную жизнь, в зависимости от характера полученных посланий. Такова предпосылка, на основе которой



становится возможным следующий шаг: наполнение каждого статуса любовью. Выражение любви к самому себе и значимым лицам – необходимая часть психотерапевтической работы с зависимостями. Проявление любви в рамках каждого статуса – это и интимность. Интимность в межличностном общении – показатель совместимости ЛС (показатели интимности: глубоко личный контакт со стремлением узнать другого и доверительно рассказать о себе, глазной контакт, соприкосновения). Целесообразно отдельные занятия посвящать конкретным личностным статусам. Проработка ЛС предполагает обмен «переживаниями» (в понимании Э.Берна). Эффективна «продувка» статусов, транспективное видение каждого из них.

Необходимо, далее, «прочистить» все ЛС. Надо помочь пациенту вступить в диалог с каждым статусом и адекватно понять полученные ответы. Помочь обнаружить, как каждый личностный статус проявляет себя. Для того чтобы это произошло, он должен учиться переживать и всеми возможными способами демонстрировать свою любовь к значимым лицам в рамках разных ЛС, а также воспринимать другие, возникающие в этом процессе переживания. Изучение обобщенных собственных характеристик равносильно тому, что можно назвать «чисткой» самооценки. Совместно с пациентом стоит выявить и пересмотреть все его негативные обобщения, касающиеся самовосприятия и самооценки, определив, в каком ЛС они были сформированы. При наличии реальных поводов для самонаказания следует помочь пациенту простить себя. Продолжение самонаказания, заставляющего страдать и виновные и невинные части личности, далее бессмысленно. Пациенту теперь нужно терпеливо учиться любить себя и других во всех своих личностных статусах. Этому способствует совместный с пациентом поиск успехов и достижений применительно к разным его ЛС. Еще более выраженный эффект дает создание положительных образов для каждого ЛС и как можно более частое вхождение, а также действие в них. При чистке самооценки вначале составляется перечень парциальных – негативных и нежелательных, пораженческих самооценок и связь их с тем или иным ЛС. Важно убрать установки, ведущие к неудачам. Помочь найти путь к силе через осознание слабостей. Важно, что именно в ранних дискретных ЛС наиболее вероятны первые проявления ухода от контактов в одиночество, обиды (как мысленное сопротивление, неспособность принять то, что уже произошло), разочарования, раздражение и недовольство, жалость к самому себе. Все это – эгоцентрические чувства. Легче всего обижаются люди с пониженной и чрезмерно высокой самооценкой. Находясь в дискретном полюсе своего существования (в ранних личностных статусах), они недооценивают свои истинные силы и способности. Источник обиды в дискретном личностном пространстве – эгоцентрический способ мышления и переживаний. Предъявляя неадекватные требования к окружающим и не получая ожидаемого, люди сами

себя обижают.

Для каждого ЛС, в том числе и для ЛС патологического, необходимо видеть целостную жизненную перспективу. Этому способствует конкретизация перспективы развития личности относительно всех основных статусов и планирование жизненных процессов с выделением ближайших, годовых и жизненных планов.

На завершающем этапе пациент оптимизирует собственную реальность как человеческой системы. Он получает от терапевта задания, цель которых – укрепление контактов со значимым для него ближайшим окружением.

Сами значимые лица также могут на этом этапе активно участвовать в психотерапии, поскольку у них тоже имеются не устраненные проблемы в межличностном взаимодействии. В финале возможны и групповые формы работы, ведущие к реальной интеграции между пациентом и значимыми другими, а также между самими ЗДЛ. Наиболее ценно общение в такой группе: герой (пациент) – в центре группы, возможна инверсия статусов – герой говорит от лица значимого другого, значимый другой говорит за героя, герой молчит, устами значимых лиц коммуницируют его личностные статусы.

Основной эффект континуальной психотерапии, как и большинства других видов психотерапии, заключается в реорганизации психики и укреплении «Я» человека. Психотерапия в случае успеха оптимизирует совокупность ЛС, добиваясь их гармоничного раскрытия и фиксации позиции личности в желательных статусах.

Использование континуальной психотерапии оказалось эффективным и при лечении пациентов с невротическими, а также депрессивными расстройствами, включая депрессии позднего возраста; пациентов с зависимостью от психоактивных веществ. В последней группе применение континуальной психотерапии позволило добиться годовых ремиссий более чем у 70% пациентов (Валентик, 1993; Валентик, 1995).

## ЛИТЕРАТУРА

- Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы.* М.; «Прогресс», 1988. 400 с.
- Валентик Ю.В. *Континуальная психотерапия больных алкоголизмом.* Дисс. докт. мед. наук. М., 1993. 350 с.
- Валентик Ю.В. *Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом.* // *Вопросы наркологии*, 1995, в.1. С.65-68.
- Стюарт Я., Джойнс В. *Современный транзактный анализ.* СПб., Социально-психологический центр, 1996. 330 с.
- Юнг К.Г. *Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика.* Киев, СИНТО, 1995. 236 с.