

Гордон Олпорт. Личность в психологии

Психическое здоровье: общая установка

В провинциальном австрийском госпитале лежал тяжелобольной мужчина. Врачи честно признались ему в том, что им не удалось определить причину болезни, однако если бы они смогли поставить диагноз, они бы, вероятно, вылечили его. Кроме этого, они сказали, что известный диагност вскоре должен посетить госпиталь и что именно ему, возможно, удастся установить причину заболевания.

Через несколько дней диагност прибыл и совершил обход госпиталя. Подойдя к постели этого человека, он взглянул на него, пробормотал “moribundus” (умрет — лат.) и вышел. Несколькими годами позже этот пациент позвонил диагносту и сказал: “Позвольте мне поблагодарить вас за ваш диагноз. Они сказали мне, что если вы сможете поставить диагноз, я пойду на поправку, и в ту минуту, когда вы произнесли moribundus я понял, что обязательно выздоровею”. Мораль этой истории такова: сама жизнь может зависеть от установки и ожиданий.

Вторая история заключается в следующем. Мой приятель-психиатр, сторонник условно-рефлекторной терапии, рассказывал о своей пациентке, страдающей алкоголизмом. Чтобы устранить ее склонность обуславливающим методом, он ставил перед ней стакан виски и одновременно вводил сильное рвотное средство. Вскоре ее начинало тошнить, как только она чувствовала запах алкоголя. Естественно, она совершенно прекратила употреблять спиртные напитки. Оста-новившись в нашем рассказе на этом месте, мы могли бы утверждать, что специфическая техника обуславливания — крайне эффективный метод. К несчастью, эта терапия погубила ее. Как только к ее двери подходил коммивояжер, или соседи, или ее собственные закадычные друзья, от которых пахло алкоголем, ее рвало прямо на них. Механическое отучение от привычки само по себе не излечило ее, поскольку лекарство не было согласовано с образом жизни.

Третья история с довольно оптимистичным концом касается маленького мальчика, который все время сосал большой палец. Были перепробованы все доступные методы поощрения и наказания, основанные на столь популярной теории научения: бинтование пальца, обмазывание его горьким соком алоэ, шлепки, конфета, которую то давали, то отбирали. Все попытки оказались безрезультатными, и привычка становилась все сильнее. В один прекрасный день он вдруг прекратил сосать палец. Когда изумленные родители поинтересовались, почему закоренелая привычка была столь радикально отброшена, ребенок ответил просто: “Большие мальчики не сосут свои пальцы”. Каким-то образом эта идея проникла к нему в сознание, и специфическая навязчивость исчезла. Мальчик вылечился.

Терапия: методы общие и специфические

Все эти три истории, каждая в своем роде, касаются нашей проблемы, суть которой проста: каким образом представители помогающих профессий (а к ним я отношу психиатров, священнослужителей, социальных работников, психологов-практиков и работников образования) смогут обрести снова хотя бы немного того здравого смысла, который некогда был ими утерян? Я думаю, исторически это сложилось так. В XIX в. социальная психология и медицинские науки осознали свою неспособность справиться

со всем комплексом проблем психической и социальной жизни человека. Поэтому, подражая естественным наукам, они вознамерились решать в каждый момент времени только одну маленькую задачу. События имеют причины, а посему логично сконцентрировать внимание на конкретном патологическом факте, найти его причину и устранить ее. Успехи Дженнера, Листера и Пастера были весьма впечатляющими. Их пример казался достаточно убедительным, чтобы последовать ему и в сфере психических расстройств.

Бытовало убеждение, что душа человека вторична по отношению к его телу. Мозг, конечно же, физиологический орган. Воздействуя на этот орган посредством лекарств, обусловливания или даже гипноза, вы можете изменять установки и действия человека. В научных кругах доминировало представление о *materia medica*, (медицинской материи). Джон Уайтхорн назвал это положение “псевдохирургическим подходом в психотерапии”.

И в наши дни прописывание всяческих чудодейственных лекарств остается модным направлением в лечении психических расстройств и задержек психического развития — даже более модным, чем когда бы то ни было. Фармакотерапия является неременным атрибутом специфической терапии, опирающейся на биохимический подход к психическим расстройствам. Мы не можем отрицать, что подобное лечение зачастую приводит к положительным результатам. Правда, сиделка в одной из клиник сказала мне так: “Когда ты даешь людям лекарства, но не даешь им любви, от этого нет ровным счетом никакой пользы. Пациент остается со своей проблемой, он все так же тревожен и неуверен, все так же чувствует себя изолированным, отвергнутым, покинутым и Богом, и людьми”.

Продолжая разговор о лекарствах, нельзя не коснуться трудной проблемы, касающейся пагубной привычки к наркотикам. Несмотря на свои страдания, наркоман, как правило, возвращается к наркотикам после освобождения из тюрьмы или выхода из больницы. Даже психотерапия, как было установлено, помогает не более чем в 17 % случаев. Наркоманы “решают” все свои проблемы таблеткой, затяжкой, иглой. Эти несчастные люди — жертвы расхожей установки, которая может быть определена как “магическое мышление”. Е. М. Браун охарактеризовал эту установку следующим образом: конкретный момент времени — единственная реальность, субъективная реальность важнее, чем реальность внешняя, точка зрения человека — абсолютна и безусловна. Наркоман нуждается в том, чтобы чувствовать себя всемогущим. Фрустрация, одиночество, отчуждение — вот что приводит его к наркотикам. Его пагубная привычка — образ жизни. Только тотальное изменение мировоззрения может обеспечить терапевтический эффект, однако осуществить такое тотальное изменение крайне сложно.

Несмотря на свои частые провалы, псевдохирургический подход до сих пор находится в фаворе. Научные идеи прошлого века и поныне побуждают нас искать конкретные причины конкретных эффектов. Результатом этого является бесчисленное количество теорий, концепций и техник, до поры до времени вызывающих определенный энтузиазм. Я имею в виду такие модные идеи, как биохимический дисбаланс, обусловливание, подкрепление, терапия среды, гипноанализ, редукция напряжения, гомеостаз, соматотип, кибернетика, неврологический блок, когнитивный диссонанс, стимул-реакция, а также некоторые популярные принципы психоанализа, такие как перенос, эдипов комплекс, оральная регрессия и еще целый набор подобных концептуальных лозунгов. Нельзя сказать, что какой-то из этих подходов абсолютно

ошибочен; но все они неполны и в чем-то тривиальны. Каждый из них акцентирует внимание на некоторых частных способах, которыми некоторые организмы могут реагировать на ситуацию в некоторые моменты времени; но приверженцы этих подходов частенько намекают, что любезная их сердцу теория объясняет гораздо больше, чем это кажется на первый взгляд.

Обратите внимание на популярность термина “организм”. Этот ярлык отражает безличный, биологический, детерминистский подход исследователя, придерживающегося частного подхода. Теоретики, склонные к частным доктринам, редко говорят о человеческом существе как о мужчине, о женщине, об индивидуальности, о личности или тем паче о душе.

Теоретическая проблема состоит, однако, не в том, насколько верна или ошибочна та или иная частная формула в том или ином частном случае. Вопрос, скорее, нужно поставить так: где основной источник динамики человеческой жизни? От чего страдает наш пациент — от биохимического дисбаланса или от невыносимо тягостной потери самоуважения? Оба утверждения верны; но наука предпочитает рассуждать на биохимическом уровне (кажущемся ей более объективным, менее анимистическим и таинственным), где проще определить и причину, и следствие.

Доктор Джон Уайтхорн в этой связи рассказывал о своем собственном опыте. Научившись благодаря лабораторным курсам искать конкретные естественные причины конкретных явлений, он занялся изучением биохимических основ шизофрении. Делая экспериментальные инъекции, он обнаружил, что его разговоры с пациентами приносят им больше пользы, чем глюкоза и фосфат натрия. Оказалось также, что умами его пациентов владеет всепоглощающая боязнь подчиниться принудительным мерам. Они борются за свою целостность доступными им способами и боятся внешних воздействий. И тем не менее, как отмечает Уайтхорн, психиатр некоторым образом неизбежно воздействует на своего пациента; его профессиональная роль требует от него занятия лидерской позиции. Установив этот факт, Уайтхорн провел анализ различных стилей лидерства, демонстрируемых психиатрами, и обнаружил, что тот стиль, который он назвал апеллирующим (отзывчивая, поощряющая, сочувственная манера общения), более эффективен при лечении шизофрении, чем директивный или пассивно-консультативный стили лидерства.

Когда научная догма является основополагающим фактором, развивается любопытная иерархическая система, в которой пациент занимает самую низшую позицию. У него нет ни информации, ни ответственности, ни свободы, ни разума. Каким образом ему удастся заново обрести все эти атрибуты здоровья, если и терапевт, и даже обслуживающий персонал расцениваются наукой как стоящие выше пациента, — непонятно. Я полагаю, что такого рода пренебрежение — главное препятствие излечения.

Конечно, не все терапевты прячутся за своим частным знанием. Многие из них демонстрируют апеллирующий стиль лидерства и тем самым заново открывают важную главу в истории психиатрии. Полтора столетия назад Филипп Пинель предложил революционный подход к психическим заболеваниям, названный “моральным лечением” (хотя правильнее было бы называть его “лечением морального состояния”). Это была программа плановой реабилитации в позитивном, сочувствующем социальном окружении, характеризующемся дружеской манерой общения, решением проблем. День

больного при такой терапии занят трудом в обстановке, близкой к семейной, и в процессе всей этой деятельности с пациентом обращаются как с нормальным человеком, чтобы он мог заново обрести самоуважение. Не так давно доктор Боковен описал этот забытый период в истории психиатрии. В американских больницах, в которых применялось моральное лечение, сострадание пришло на смену надзору, и процент случаев выздоровления оказался на удивление высоким.

В конце XIX в. широкое распространение получила концепция физиологической медицины. Лучшим лечением стало считаться то, которое основывалось на физиологической теории. Психологическая чувствительность и понимание, характеризующие моральное лечение, были отвергнуты как мистические, сентиментальные и ненаучные. Неврологические общества исключали работы, касавшиеся психологических факторов психических расстройств. И процент случаев выздоровления начал снижаться. Хронических и неизлечимых случаев становилось все больше и больше. И хотя увеличилось количество амбулаторных клиник и изменились методы статистического учета, в целом складывается впечатление, что успех раннего морального лечения (который мне хотелось бы назвать терапией установок) превосходил успех наших более поздних научных частных методов.

История циклична. Концепция морального лечения понемногу возвращается в жизнь. Границы науки постепенно расширяются, и множатся данные, раскрывающие нам причины успеха раннего морального лечения.

Несколько лет назад один из студентов Карла Роджерса занялся исследованием предполагаемых факторов успешности терапии подростков с делинквентным поведением. Проблема была сформулирована следующим образом: на какие из множества факторов, изученных в группе из 75 мальчиков, можно было бы опираться при составлении прогнозов успешного излечения? Среди вероятных факторов рассматривались, конечно, специфика социального окружения подростка, установки его родителей, его дружеские связи, конституция, прошлая репутация, социальный класс, уровень адаптации к школе, различные психотравмирующие ситуации — вся та мешанина, которую сейчас принято называть “психосоциальной эпидемиологией”. В ходе исследования выяснилось следующее. Хотя некоторые из этих факторов и обладают определенной прогностической силой, гораздо большее значение имеет степень осознания подростком той ситуации, в которой он находится. Позднее Роджерс подтвердил это открытие в своих исследованиях. Б. Р. Хатчесон обнаружил сходный факт: если подросток расценивает свои асоциальные действия как нормальные, обычные, естественные, перспективы выздоровления весьма сомнительны. С другой стороны, если его установки по отношению к собственному дурному поведению демонстрируют, что для него это неестественно и отвратительно, он, вероятно, пойдет на поправку. Общая ориентация играет важнейшую роль.

Общая ориентация

Что следует понимать под общей ориентацией? Позволю себе привести несколько примеров.

Лоуэлла, президента Гарвардского университета, однажды спросили, как ему удается принимать такое количество важных решений в течение одного только дня его деятельной жизни. Он ответил так: “О, это не очень сложно. Существует всего несколько — ну, может, с полдюжины — принципиальных ценностей, основываясь на которых я принимаю решения. Почти любое решение диктуется одной из этих ценностей”.

Пытаясь классифицировать своих пациентов, Карен Хорни сочла полезным выделить три типа общей ориентации: а) уступчивость по отношению к людям; б) обособленность от людей; в) враждебность по отношению к людям. Она полагала, что каждого пациента отличает характерный образ поведения в социальных ситуациях, соответствующий одной из этих ориентации. Возможно, ее типология чересчур груба, но я хотел бы обратить ваше внимание на следующее: у каждого из нас есть своя собственная схематическая ориентация, которая обуславливает или направляет наши реакции по отношению к окружающим людям.

Даже лабораторные исследования демонстрируют всепроникающее влияние социального схематизирования. Некоторым людям присущи очевидные аффилиативные тенденции, поэтому они используют много прилагательных в описании людей и, когда их просят поменять местами фигурки людей, они располагают эти фигурки ближе друг к другу, чем они находились первоначально. Несколько лет назад Кэнтрил также обнаружил то основополагающее влияние, которое общие ориентации оказывают на специфику деятельности и мировоззрения.

К сожалению, я вынужден констатировать, что до сегодняшнего дня ни психиатрия, ни занимающаяся этой проблематикой нейрофизиология не достигли должного уровня знания относительно природы и специфики действия обобщенных психических установок. Однако некоторый, хотя и слабый, прогресс все же достигнут.

Нейрофизиологи занимаются изучением того влияния, которое сложные психические установки оказывают на избирательность и направленность конкретных поведенческих проявлений. Так, Хебб приписывает это направляющее влияние тому, что он называет “автономными центральными процессами” и “центральным мотивационным состоянием”.

Возьмем, к примеру, проблему этнических предрассудков. У большинства людей этнические предрассудки (или их противоположность — этническая терпимость), как мы теперь знаем, являются обобщенной установкой. Если Джону свойственна, например, антипатия к неграм, он, скорее всего, будет испытывать те же чувства по отношению к евреям, мексиканцам, азиатам, католикам (или протестантам) — т. е. почти ко всем группам, членом которых он не является. Соответственно, если он толерантен по отношению к одной из групп, по всей вероятности, он будет столь же толерантен по отношению ко всем другим группам.

Я позволю себе применить эту закономерность (подтвержденную множеством исследований) к анализу проблемы обобщенной религиозной ориентации, поскольку не так давно я провел исследование на эту тему. Был установлен один факт, внушающий определенное беспокойство (и опять же подтвержденный большим количеством

исследований). Факт такой: в среднем, люди, посещающие церковь, более нетерпимо относятся к меньшинствам, чем те, кто церковь вообще не посещает. Какова наша первая реакция на подобное заявление? Конечно, мы скажем: “Но это не может быть правдой! Посмотрите на лидеров движения за гражданские права — большинство из них глубоко религиозны. Вспомните Ганди, отца Джона Лафаржа, Мартина Лютера Кинга, да и многих других”. Очевидно, что если большинство верующих менее толерантны, но в то же время некоторые из них более толерантны, то должно существовать различие в типе ориентации этих людей. И задача исследования заключалась в определении этих типов ориентации.

Исследование показало, что верующие люди, которым свойственна высокая степень склонности к предрассудкам, имеют такую религиозную ориентацию, которую я назвал внешней.

Внешняя религиозная ориентация. Для многих людей религия — привычка или же родовое изобретение, используемое для церемоний, для удобства в семье, для личностного комфорта. Это нечто, нужное для того, чтобы его использовать, а не для того, чтобы ради него жить. Оно может быть способом повышения статуса, поддержания уверенности в себе. Оно может быть использовано как защита от реальности, как божественное одобрение образа жизни. Подобное чувство дает мне уверенность в том, что Бог видит вещи такими же, какими их вижу я. Человек с внешней религиозной ориентацией обращен к Богу, но не отстранен от себя. Этот тип религиозности по сути своей — щит для центрированности на себе.

Люди, принадлежащие к этому типу, как оказалось, обычно посещают церковь нерегулярно. На самом деле они не набожны. Они используют религию для своего удобства. Некоторые из них посещают церковь лишь трижды: на собственных крестинах, собственной свадьбе и собственных похоронах. Неудивительно, что подобный тип религиозности коррелирует с наличием у человека большого количества предрассудков.

Внутренняя религиозная ориентация не является ни способом для борьбы со страхом, ни формой социабельности или конформности, ни сексуальной сублимацией, ни средством реализации желаний. Все эти мотивы вторичны. Этнические отношения, частная жизнь, личные проблемы, чувство вины, онтологическая тревога — все это регулируется всеобъемлющим обязательством, до некоторой степени интеллектуальным, но более всего фундаментально мотивационным. Это обязательство целостно, оно покрывает весь опыт личности, как научный, так и эмоциональный. Такая религия существует не для того, чтобы служить человеку удобным инструментом, скорее человек обязан служить ей.

Неудивительно, что люди с таким типом общей ориентации толерантны и сострадательны по отношению к окружающим.

И хотя я рассматриваю эти типы религиозной ориентации в их связи с этническими предрассудками, я также абсолютно уверен в том, что сохранению психического здоровья человека способствует внутренняя, а не внешняя религиозная ориентация.

Обратите внимание на то, что, в соответствии с этой гипотезой, внутренняя религиозная

ориентация не может существовать для того, чтобы исполнять терапевтическую или профилактическую роль. Она не предназначена для использования. Страдалец может стремиться только к религии, а не к лечению самому по себе. Если его религиозная ориентация глубоко интериоризированна, ей будут сопутствовать и нормальная пси-хика, и спокойствие в отношениях с окружающими. Такова моя гипотеза.

Еще один пример общей ориентации я нашел в недавно вышедшей книге отца Джона Клиффорда, где он излагает стратегию, которую использовал для того, чтобы противостоять пропагандистам из коммунистического Китая. Эта стратегия напоминает ту, которую используем мы сами, пытаясь защититься от воздействия, угрожающего нашему психическому здоровью. Она состоит из нескольких ключевых положений: а) решение не вступать во взаимодействие с негативными силами, демонстрируя пассивный уход; б) постоянные апелляции к позитивным ценностям и собственным убеждениям; в) активное планирование контрстратегий; г) сохранение чувства юмора, особенно тогда, когда это касается уловок недругов; д) осознание того, что оскорбления — только часть широкой программы и что поведение людей в определенной ситуации не всегда влияет на конечный результат.

Правило отца Клиффорда, заключающееся в том, что следует постоянно обращаться к собственным позитивным ценностям и убеждениям, затрагивает самую суть проблемы. Мартин Бубер рассматривает тот же вопрос в более широком смысле. Он пишет: “Зло как состояние индивидуальной души — это конвульсивное отклонение от направления...”.

Консультанту не так просто понять, каким является (или должно являться) собственное “направление” данного человека; столь же непросто помочь этому человеку контролировать свойственные ему “конвульсивные отклонения”. Хотя психологические процессы, стоящие за этой проблемой, вполне отчетливы: лучший способ контролировать зло — усиление общей жизненной ориентации. В меньшей степени это вопрос конкретных вредных привычек или нарушения конкретных правил, и в большей степени — поддержание целостной ориентации. Мы помним, что Христа частные аспекты беспокоили меньше, чем гордыня, эгоизм и лицемерие. Его формула психического здоровья и справедливости отражена в Ветхом Завете — любить Господа Бога всем сердцем, душой и разумом; любить своего ближнего как самого себя.

На конкретном уровне, я думаю, мы сможем узнать кое-что полезное, посмотрев на те способы, которые используют здоровые люди для защиты своей “духовной ориентации”. Пример тому — стратегия отца Клиффорда. Некоторые люди прибегают к упрощенным лозунгам, которые отражают сущность их общей ориентации. Один весьма трудолюбивый чиновник рассказывал мне, что вся его жизнь направляется основополагающим убеждением в том, что “если человек работает так упорно, как только может, и берет ровно столько, сколько нужно ему и его семье, этого будет вполне достаточно”. Одна милая женщина говорила, что на ее жизнь во многом влияет убеждение в том, что она не имеет права отравлять воздух, которым приходится дышать другим людям. Она никогда не хныкала, не жаловалась и не сплетничала. Многие находят свой девиз в Священном Писании, например, “Будь спокоен и знай Бога”

или “Он посылает мне тяжкие испытания, но я все равно верю Ему”.

Нет необходимости говорить о том, что девизы, эффективные для одного человека, не обязательно столь же эффективны для другого человека; но принцип определения и следования основной жизненной ориентации — первое правило психического здоровья.

Роль религиозного консультанта

Считая крайне важной общую ориентацию человека, мы должны выяснить роль религиозного консультанта, поскольку подобные вопросы — его специальность.

Цель терапии установок — дать индивиду возможность понять самого себя: свои ценности, свое выбранное направление, свою целостную жизненную ориентацию и свои страдания.

Ни у кого другого нет того же самого смыслового контекста, что у данного индивида, ни у кого другого нет тех же самых проблем. С позиций такой уникальности личности священник подходит к решению этой непростой задачи. Поскольку я не религиозный консультант, у меня нет возможности опираться в моих размышлениях на такого рода опыт. И тем не менее мне кажется весьма важным рассмотреть некоторые аспекты деятельности священника.

Во-первых, я убежден в том, что психическое здоровье включает в себе парадоксальную связь серьезности жизненной ориентации и юмора. Многие запутанные обстоятельства жизни совершенно безнадежны, и у нас нет против них никакого оружия, кроме смеха. Рискну заявить, что человека нельзя считать психически здоровым, если он не способен посмеяться над самим собой, отмечая, где он просчитался, где его претензии были слишком раздуты или неправомерны. Он должен замечать, где он обманывался, где был слишком самоуверен, недальновиден, и, прежде всего, где был тщеславен. Лучшее лекарство от тщеславия, как говорил Бергсон, это смех, и вообще, тщеславие — смехотворная слабость.

Сейчас нам нередко приходится слышать о трагедии отсутствия смыслов. Франкл в своей теории описал соответствующий этому состоянию невроз, который получил название ноогенного. Я убежден, что такое состояние пустоты (“экзистенциального вакуума”) — беда, главным образом, интеллектуального и образованного человека. С моей точки зрения, сам экзистенциализм — во многом философия, написанная “яйце-головыми” и для “яйцеголовых”. И тем не менее многим пациентам действительно свойственно ощущение “экзистенциального вакуума”, и священникам приходится иметь дело с подобными проблемами. Страдалец гордо заявляет, что все в этом мире иллюзорно. Он не пилигрим и даже не турист на жизненной дороге, он всего лишь заблудившийся путник.

Молодым людям свойственно проходить через период пустоты, мятежа, отвращения к жизни. Я помню одну студентку, которая заявляла, радостно улыбаясь: “Не могу выразить, какое удовольствие мне доставляет мое экзистенциальное отчаяние”. Но то,

что вполне допустимо в течение недолгого периода позднего подросткового возраста, не может являться руководящими принципами зрелого человека.

Когда речь идет об экзистенциальном вакууме или о целостной ориентации, об общей установке или центральном мотивационном состоянии, специалистом является священник, а ученый — до сих пор всего лишь неумелый дилетант. (Говоря о дилетантизме, я имею в виду психологические исследования и теории, а не ежедневную практику психиатров или клинических психологов. Многим из них по собственному опыту знакома потребность пациента в конструктивном видении мира; многие из них признают значимость религиозной ориентации как целительной силы в жизни конкретного пациента. Я говорю лишь о том, что научная база терапевтических профессий еще не вошла в соответствие с опытом и требованиями терапевтической практики.)

Возможно, у человека, который пришел к священнику, есть какие-то исходные религиозные идеи. И в этом случае задача священника — помочь человеку углубить и расширить их, чтобы они более адекватно охватывали сферу его актуальных проблем и исканий. Другими словами, задача заключается в том, чтобы помочь перейти от внешней религиозной ориентации к зрелой, всеобъемлющей, внутренней религиозности. В этом, на мой взгляд, состоит первоочередная задача каждого религиозного консультанта.

Вместе с тем, конечно, консультант может переадресовать пациента какому-то психиатрическому учреждению, но он должен рассматривать такого рода практику как источник помощи, а не как осуждение на гибель. Помещение пациента в клинику, в больницу, в школу для детей с задержкой в развитии не означает автоматического решения проблемы; в некоторых случаях оно только усиливает напряжение. Ни один пациент не может чувствовать себя спокойно, отдавая свою целостность на волю работников больницы, в которой используется множество безличных методов лечения — электрошоковых, гипнотических, фармакологических или психотерапевтических. Переложить всю ответственность на врачей, медсестер, психологов, какими бы профессионалами они ни были, — значит отказаться от жизненной свободы. То, что нужно любому больному, это поддержка его исключительности, ощущение того, что вселенский дух понимает его проблемы и принимает его самого. “Есть ли в мире место для меня, беспомощного неудачника?” — вот то, что он хочет знать.