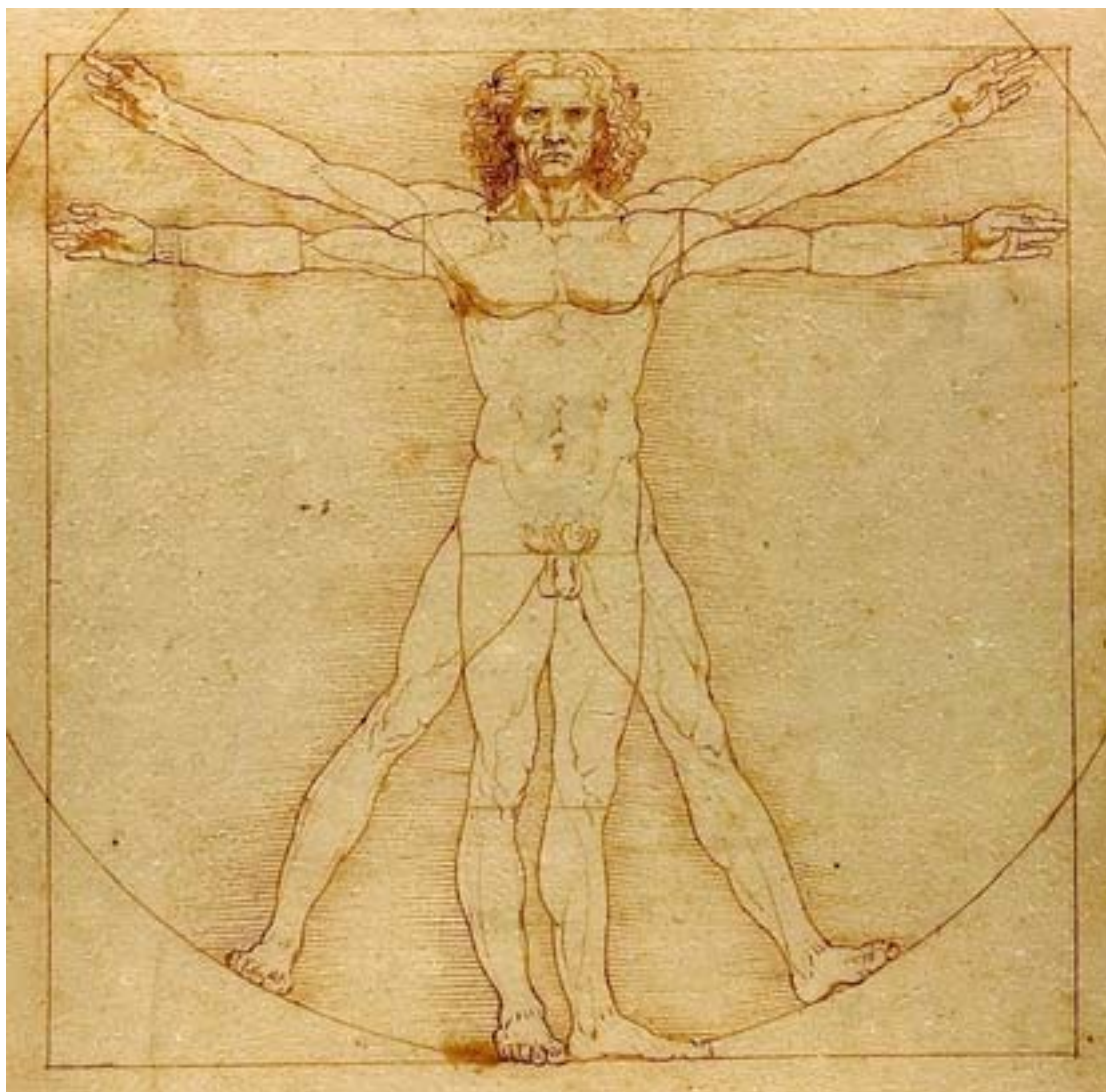


**Сергей Кузнецов**

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА РАБОТЫ  
С ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРОЙ ЛИЧНОСТИ  
В ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**



**Москва  
Электронное издание  
2018**

## СОДЕРЖАНИЕ

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДАНИИ И АВТОРЕ .....	4
ПРЕДИСЛОВИЕ .....	5
<b>ЧАСТЬ 1. ТЕОРИИ ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ .....</b>	<b>8</b>
ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ .....	8
§ 1.1. Происхождение терминологии .....	8
§ 1.2. Конституциональная теория Кречмера .....	8
§ 1.3. Исследования Ганнушкина .....	9
§ 1.4. Теория акцентуаций Личко .....	10
§ 1.5. Теория акцентуаций Леонгарда .....	11
§ 1.6. Психодинамическая теория типов Юнга .....	12
§ 1.7. Интроверсия vs шизоидность .....	12
§ 1.8. Психоаналитический подход .....	14
§ 1.9. Теории Кляйн и Фейрберна .....	14
§ 1.10. Теория развития Малер .....	15
ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ .....	17
§ 2.1. Характеристики в МКБ-10 и DSM-5 .....	17
§ 2.2. Конституциональные особенности .....	18
§ 2.3. Типология шизоидности .....	19
§ 2.4. Известные шизоиды .....	19
ГЛАВА 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ШИЗОИДНОСТИ В ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ .....	20
§ 3.1. Подход Райха .....	20
§ 3.2. Биоэнергетический анализ Лоуэна .....	21
§ 3.3. Биосинтез .....	23
§ 3.4. Бодинамика .....	24
§ 3.5. Сравнение с современными научными представлениями .....	26
§ 3.6. Сравнение с современными психоаналитическими концепциями .....	28
<b>ЧАСТЬ 2. РАБОТА С КЛИЕНТАМИ С ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРОЙ ЛИЧНОСТИ В ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ .....</b>	<b>30</b>
ГЛАВА 4. ПСИХОТЕРАПИЯ КЛИЕНТОВ С ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРОЙ ЛИЧНОСТИ ...	30
§ 4.1. Общие представления .....	30
§ 4.2. Выбор метода психотерапии .....	30
§ 4.3. «Шизоидный штопор» и трудности терапии .....	31
§ 4.4. «Эмоциональный кокон» шизоида и «реальная позиция» терапевта .....	32
ГЛАВА 5. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В ТЕРАПИИ РАЙХА .....	34
§ 5.1. Интегративный подход Райха .....	34
§ 5.2. Работа с телом и эмоциями .....	35
§ 5.3. Эмоциональная экспрессия и контакт .....	35
ГЛАВА 6. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ЛОУЭНА .....	37
§ 6.1. Интегративный подход Лоуэна .....	37
§ 6.2. Проживание кризиса .....	38
§ 6.3. Личные качества терапевта .....	39

ГЛАВА 7. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В БИОСИНТЕЗЕ .....	40
§ 7.1. Катарсис и контейнирование .....	40
§ 7.2. Создание контейнера .....	40
§ 7.3. Тело как контейнер .....	41
§ 7.4. Трансформация шизоидной структуры .....	42
ГЛАВА 8. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В БОДИНАМИКЕ .....	43
§ 8.1. Терапевтическая стратегия Марчер .....	43
§ 8.2. Работа с энергетическими полями .....	43
ГЛАВА 9. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В ДРУГИХ ТЕЛЕСНО- ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРАКТИКАХ .....	45
§ 9.1. Возможности других подходов .....	45
§ 9.2. Целесообразность интегративного подхода .....	46
§ 9.3. Телесные практики и диссоциативные защиты .....	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	49
ЛИТЕРАТУРА .....	51

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДАНИИ

*Библиографическое описание:* Кузнецов, С.В. Теория и практика работы с шизоидной структурой личности в телесно-ориентированной психотерапии [Электронный ресурс] / С.В. Кузнецов. – Электрон. текстовые дан. – М.: [б.и.], 2018. – 54 с. – Режим доступа: <http://integratio.art/index.php/members/23-sergei-kuznetsov>, свободный. – Загл. с экрана.

© С.В. Кузнецов, 2018.

*В книге исследуются теоретические и практические подходы к работе с клиентами с шизоидной структурой личности в различных модальностях телесно-ориентированного направления психотерапии. Это первое отечественное издание, содержащее обзор представлений основных школ телесной психотерапии о шизоидной динамике, а также связи их идей с психиатрическими и психоаналитическими концепциями. Книга будет интересна практикующим психологам и психотерапевтам, преподавателям и студентам, специализирующимся в телесно-ориентированной психотерапии, а также всем интересующимся феноменом шизоидности.*

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Сергей Викторович Кузнецов (р. 1979) – психолог-психотерапевт, работающий в интегративном мультимодальном подходе. Участник Международного сообщества психологов и психотерапевтов «INTEGRATIO» (<http://integratio.art>). Сертифицированный телесно-ориентированный психотерапевт. Сертифицированный травма-терапевт. Инструктор эриксоновского гипноза. Сертифицированный практик НЛП, EFT и PEAT. Специалист в области восточных энергетических практик (мастер традиционного Рэйки, практик цигун и тайцзицюань). Автор публицистических и художественных произведений, ведущий программ на радио. Дипломант Международного союза славянских журналистов.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Темой настоящей работы является исследование теории и практики работы с шизоидной структурой личности в различных методах (модальностях) телесно-ориентированного направления психотерапии.

Согласно имеющимся данным, распространенность в человеческой популяции шизоидных личностных аномалий составляет не менее 7% [9; с. 3] [35; с. 304], шизофрении – около 1% [35; с. 108]. Несмотря на то, что данные цифры являются стабильными, и некоторые авторы указывают на индивидов с шизоидной структурой личности как на популяционное меньшинство [31], однако влияние высокофункциональных шизоидов – многих выдающихся ученых, писателей и философов на развитие человеческой культуры трудно переоценить. Начиная с «пионера» изысканий в области шизоидности немецкого психиатра Эрнста Кречмера, этот факт в той или иной форме признается всеми следующими поколениями исследователей.

Вместе с тем, вопрос об адекватной терапевтической помощи шизоидным клиентам остается открытым. В специализированной литературе отмечается малая эффективность психофармакологических средств в подобных случаях [35; с. 307]. Таким образом, использование психотерапии является наиболее целесообразным решением.

В том, что касается выбора форм психотерапевтического лечения, мы в данной работе склоняемся к выводу о целесообразности использования в терапии шизоидов интегративного подхода, сочетающего в себе телесные и аналитические практики. В данной работе мы приводим подтверждение того, что опыт, накопленный телесно-ориентированной психотерапией за последнее столетие, может быть полезен как при работе со скомпенсированными шизоидами, далекими от психотических проявлений, так и с больными эндогенными заболеваниями шизофренического спектра. Стоит отметить, что работа с последней категорией пациентов методами телесно-ориентированной психотерапии ведется не только на Западе, но и в клинических центрах России, позволяя, как отмечают специалисты, эффективно решать многочисленные проблемы психологической реабилитации и адаптации, которые «не могут быть успешно разрешены никаким другим видом психотерапии за достаточно короткий срок» [11; с. 81].

В настоящей работе шизоидная личность, как объект исследования, рассматривается в довольно специализированном контексте телесной психотерапии. Данное обстоятельство, с одной стороны, позволяет сосредоточиться на некоторых «узких» вопросах психодинамики и психотерапии шизоидности, а с другой, дает

возможность для сравнения «на контрасте» телесно-ориентированных психологических концепций с более распространенными взглядами на шизоидность (в первую очередь, психиатрическими и психоаналитическими).

Несмотря на стабильный интерес как со стороны психологов и психотерапевтов, так и со стороны обычной аудитории к вопросам шизоидной динамики, а равно и к телесной психотерапии в целом, в русскоязычной литературе отсутствуют работы, объединяющие и концептуализирующие две эти любопытные темы. Безусловно, есть переводы книг и статей известных западных телесных психотерапевтов, в которых авторы описывают не только клинические случаи, но и свои взгляды относительно шизоидности. Однако, до настоящего времени работ, содержащих общий критический обзор их представлений относительно интересующего нас объекта исследования, не было.

Соответственно, одна из целей данной работы заключается в сравнении взглядов и подходов тех методов телесно-ориентированной психотерапии, в которых тема шизоидности присутствует не эпизодически, а концептуально. Исходя из этого принципа, мы рассматриваем четыре современные телесно-ориентированные психотерапевтические модальности: райхианский анализ и вегетотерапию, биоэнергетический анализ Лоуэна, биосинтез и бодинамический анализ.

Одним из принципиальных моментов нашего исследования является выявление источников теоретических и практических представлений о шизоидности, существующих в телесной психотерапии. С этой целью в данной работе мы исследуем эволюцию понятия шизоидной личности, включая анализ взглядов на шизоидность известных психологов, психиатров и психотерапевтов, оказавших принципиальное влияние на понимание шизоидности в телесно-ориентированной психотерапии. Для этого нами использованы, в том числе, иностранные источники, позволившие воздержаться от некоторых распространенных ошибок, содержащихся в русскоязычной литературе по шизоидной проблематике.

В заключение необходимо дать некоторые пояснения об используемых нами терминах. При описании шизоидности мы в настоящей работе, как правило, применяем словосочетания «шизоидная структура личности» или «шизоидная личность», но не «шизоидный характер». Таким образом, с точки зрения терминологии мы в данном вопросе разделяем позицию таких авторов как П.Б. Ганнушкин, К. Леонгард, Н. Мак-Вильямс, а также подхода, использованного в медицинских номенклатурах: Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) и Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5).

Вместе с тем, целесообразно обозначить позицию и тех авторов, которые в своих работах указывают на шизоидность именно характера, но не самой личности. В частности, А.Е. Личко пишет, что «правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Личность – понятие более широкое, оно включает интеллект, способности, мировоззрение и т. п. Характер считается базисом личности, он формируется в основном в подростковом возрасте, личность как целое – уже при повзрослении» [27].

Еще одним доводом в пользу того, чтобы говорить о «шизоидном характере», может являться тот факт, что сам основоположник данной темы Эрнст Кречмер в своей работе 1921 года «Строение тела и характер» соотносил шизоидность именно с характером. Однако, стоит отметить, что Кречмер использовал слово «характер» как в узком, так и в широком смысле, в последнем случае имея в виду именно «личность» [22; с. 313-314]. Кроме того, разделение таких научных понятий как личность, характер и темперамент было произведено только во второй половине XX века [33; с. 463]; следовательно, ориентироваться на терминологию Кречмера следует с оговорками.

Несмотря на то обстоятельство, что современная психология рассматривает характер как свойство личности и элемент ее структуры [33; с. 197, 463], однако сами понятия личности и характера не имеют четких дефиниций. Так, Джеральд Блум в классической работе «Психоаналитические теории личности», сравнивая подходы к определению характера и личности в академической психологии и психоаналитических теориях, приходит к выводу о бесполезности обсуждения проблемы различия между характером и личностью по причине чрезмерного количества дискуссионных и неясных дефиниций у разных авторов [6; с. 202-203].

Мы полагаем, что соотношение шизоидности с более широким, нежели «характер», понятием «личность» является целесообразным в том числе и по той причине, что позволяет обсуждать взаимосвязь шизоидных динамик не только с чертами собственно характера, но и с другими психологическими свойствами личности, в частности, с биологически и генетически обусловленным темпераментом, а также с идентичностью и когнитивными функциями (особенностями восприятия и мышления).

Таким образом, вышеперечисленные обстоятельства определили наш терминологический выбор в пользу словосочетания «шизоидная личность». В данной работе мы используем формулировку «шизоидный характер» только если этого требует контекст и, как правило, в значении, синонимичном «шизоидной личности».

## ЧАСТЬ 1. ТЕОРИИ ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ

### ГЛАВА 1. ПОНЯТИЕ ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ

#### § 1.1. Происхождение терминологии

Психологический термин «шизоидный» или «шизоидность» («schizoid»; от греческого «schizo» – «разделять, расщеплять, раскалывать») был предложен в 1908 году швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером (1857 – 1939), которому принадлежит также авторство терминов «шизофрения» и «аутизм».

Под «шизоидностью» Блейлер понимал естественную способность человека переключать внимание с событий внешнего мира на события своей внутренней реальности и тем самым «разделять» собственную личность. Согласно Блейлеру, патологическое, но не психотическое преувеличение этой тенденции приводит к формированию «шизоидной личности» [1; с. 121-122].

В дальнейшем под «шизоидностью» стали пониматься такие психические феномены как уход от реальности, расщепление единства личности, раскол между «Я» и внешним миром, разделение между внутренней жизнью и внешне наблюдаемой жизнью человека [15], [28; с. 17], [31].

#### § 1.2. Конституциональная теория Кречмера

В качестве характеристики личности (характера) термин «шизоид» был введен в широкий научный оборот немецким психиатром Эрнстом Кречмером (1888 – 1964), создателем одной из наиболее известных конституциональных теорий характера.

Теория Кречмера основывалась на соотношении характера, темперамента и телосложения (конституции) человека. В вышедшей в 1921 году работе «Строение тела и характер» («Körperbau und Charakter») Кречмер на основе обследования пациентов выделил типы строения тела, которые соотнес с описанными ранее психиатром Эмилем Крепелином психическими расстройствами – маниакально-депрессивным психозом и шизофренией.

Выявив взаимосвязь между телосложением и психиатрическими диагнозами, Кречмер предположил, что те же особенности темперамента, которые являются ведущими при психических заболеваниях, можно обнаружить, но при меньшей их выраженности, также и у здоровых людей: «Типы строения тела соответствуют не только ... психиатрическим типам, но ... имеют тесные взаимоотношения с более обширными нормальными психологическими типами темпераментов, которые, со своей стороны,



обнаруживают тесную психологическую и наследственно-биологическую связь с психиатрическими типами, из которых мы исходим» [22; с. 28].

Таким образом, согласно Кречмеру, любому типу темперамента свойственны как психотический, так и «социально полноценный» варианты «психического склада». Передавая движение от нормы к психозу, Кречмер при рассмотрении шизоидной структуры личности применяет следующую терминологию: шизотимик (вариант нормы) – > шизоид (пограничный вариант) → шизофреник (вариант болезни). (Необходимо отметить, что Кречмер не слишком последователен в собственной терминологии; так, он периодически использует термин «шизотипический» для описания всего спектра шизоидных состояний: от нормы до шизофрении [22; с. 263]).

Исходя из этих представлений, Кречмер дает следующее определение шизоидной личности: «[Шизоидами] ... мы называем колеблющиеся между здоровьем и болезнью патологические личности, которые отражают в легкой степени основные симптомы шизофренического ... психоза; такие шизоидные ... типы мы прежде всего встречаем в препсихотическом периоде самих душевнобольных, а затем среди их близких кровных родственников. [Также мы называем] шизоидами ... такие патологические личности, которые по своему телесному и психическому *habitus*'у совпадают с ними, хотя бы соответственного психоза в ближайшем поколении и не было» [22; с. 170].

### **§ 1.3. Исследования Ганнушкина**

В Советской России вышеуказанная книга Кречмера впервые вышла в 1924 году под редакцией выдающегося отечественного психиатра П.Б. Ганнушкина (1875 – 1933). Подобно Кречмеру, Ганнушкин был последователем Крепелина, поэтому конституциональный подход и методология Кречмера были ему близки.

Любопытно отметить, что именно Ганнушкин одним из первых в мировой науке сделал попытку описания типа личности, названного в дальнейшем другими авторами «шизоид» и «шизоидная личность» [17; с. 6, 12]. Так, в статье «Постановка вопроса о шизофренической конституции», опубликованной в 1914 году, Ганнушкин размышляет о существовании «шизофренической конституции» как особого «психического склада», отличного от психопатии, и доходит до революционных для своего времени умозаключений: «Можно ... сказать, что каждый из нормальных людей немного шизофреник, можно с твердостью настаивать, что основы шизофренических механизмов совершенно также заложены в обычной, нормальной психике, как и основы маниакальных, параноических, истерических и других комплексов, рудименты шизофренической психики можно без особого труда обнаружить у каждого» [13; с. 65]. В

этом пассаже Ганнушкин, по сути, предвосхищает открытия Мелани Кляйн в области детского психоанализа, в том числе выдвинутую ей в 1930-40-х годах концепцию параноидно-шизоидной позиции, о которой мы будем говорить далее.

В дальнейшем, вслед за Кречмером, Ганнушкин использует в своих работах термин «шизоид». В монографии «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», изданной в 1933 году, он приводит развернутое описание «группы шизоидов», выделяет среди них подгруппы («чудаки», «мечтатели» и др.), указывает на большую вариативность проявлений шизоидного характера: от «эмоционально-тупых» до «погруженных в свой внутренний мир тонко чувствующих шизоидов» [12; с. 143-150].

#### **§ 1.4. Теория акцентуаций Личко**

Элементы типологии Ганнушкина о патологических характерах были использованы в известной монографии отечественного психиатра А.Е. Личко (1926 – 1994) «Психопатии и акцентуации характера у подростков», опубликованной в 1977 году.

В указанной работе Личко проводит разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера. Согласно Личко, лица с акцентуациями характера обнаруживают не психическую патологию, а усиление (акцент) отдельных черт характера и, таким образом, занимают промежуточное положение между психически здоровыми и психопатическими индивидами. В работе 1977 года Личко неоднократно определяет акцентуации характера как «крайние варианты нормы».

В дальнейшем Личко уходит от оценки акцентуации как крайней нормы и в статье 1993 года пишет: «Отличие состоит прежде всего в том, что акцентуации характера – варианты нормы, выраженность черт характера не достигает такой степени, чтобы стать причиной социальной дезадаптации и может не быть ни тотальности, ни стабильности [психопатического] характера; <...> акцентуации характера как варианты нормы не следует относить к области «предболезни» [26].

В своих работах Личко использует термин «шизоид» для описания как здоровых индивидов с акцентуациями, так и индивидов с психической патологией. Предложенное Кречмером разделение на шизотимиков и шизоидов для Личко не актуально. Конечно, такой подход «размывает» диагностическую терминологию и требует дополнительных уточнений, идет ли речь о шизоидной акцентуации или о шизоидной психопатии индивида. Вместе с тем, можно предположить, что в 70-е годы XX века предложенный Личко подход способствовал гуманизации советской психиатрии и медицинской психологии. Так, в работе 1977 года Личко пишет: «С момента описания шизоидной психопатии было обращено внимание на ее сходство с некоторыми формами шизофрении,

в частности с вялотекущей ее формой и с картиной дефекта после перенесенного шизофренического приступа. Это дало основание некоторым авторам вообще усомниться в существовании шизоидной психопатии как конституциональной аномалии характера, а все, что описывалось под ее названием, трактовать как дефект после приступа шизофрении, прошедшего незамеченным или случившегося в раннем детстве, или как «латентную» шизофрению. В итоге в прошлые десятилетия был период, когда шизоидная психопатия почти перестала диагностироваться и ее выраженные случаи стали рассматриваться как вялотекущая шизофрения, а шизоидные акцентуации с хорошей социальной адаптацией служили поводом для подозрений в отношении «латентной шизофрении». Со второй половины 70-х годов положение изменилось, и шизоидный тип характера как вариант конституциональной аномалии вновь получил признание» [27].

### **§ 1.5. Теория акцентуаций Леонгарда**

Помимо типологии Ганнушкина, Личко в своих работах опирался на типологию характеров, разработанную немецким психиатром Карлом Леонгардом (1904 – 1988). Отметим, что сама концепция «акцентуированной личности» была предложена именно Леонгардом в 60-х годах XX века в работах «Normale und abnorme Personallichkeiten» (1964) и «Akzentuirte Personallichkeiten» (1968). В последней работе, вышедшей на русском языке в 1981 году под названием «Акцентуированные личности», Леонгард дает описание «интровертированной акцентуации личности», которую Личко соотносит с шизоидной акцентуацией характера [26].

Приводимые Леонгардом характеристики интровертированной личности действительно имеют сходство с описаниями шизоидной личности [25; с. 236-250]. Вместе с тем, сам Леонгард указывает на оригинальность данного типа, отрицает его связь с другими типологиями (в т.ч., типологией Кречмера) и соотносит его с положениями К.Г. Юнга об интроверсии и экстраверсии. При этом, в отличие от других описанных им акцентуаций, Леонгард выводит интровертированный и экстравертированный типы не из свойств темперамента или характера, а из уровня личностного развития, указывая на связь этих типов «с периодом формирования у ребенка психики взрослого человека» [25; с. 44].

Можно предположить, что Леонгарду, несомненно хорошо знакомому с представлениями Кречмера и других психиатров о шизоидах, обращение к типологии Юнга дало возможность при обсуждении привычных вопросов (в т.ч., о шизофрении) выйти на иной концептуальный уровень, более созвучный с психодинамическими теориями, чем с привычными психиатрическими взглядами.

## **§ 1.6. Психодинамическая теория типов Юнга**

Один из представителей психодинамического подхода, так сильно повлиявший на Леонгарда, – Карл Густав Юнг (1875 – 1961) выпустил в свет свой «magnum opus» по проблемам психологического типирования в 1921 году, то есть одновременно с упоминавшейся работой Кречмера. Однако, труд Юнга под названием «Психологические типы» («Psychologische Typen») мало коррелировал со взглядами Кречмера. Юнг разработал собственный оригинальный подход к типированию и, более того, резко критиковал конституциональные теории, популярные среди психологов и психиатров того времени. В лекции 1928 года «Психологическая теория типов» Юнг указывает, что «простая констатация того, что определенные люди выглядят так-то и так-то, совсем ничего не будет значить, если она не позволит нам сделать вывод о соответствующем содержании. Мы только тогда будем удовлетворены, когда узнаем, какой вид психического соответствует определенным физическим качествам. Тело без психики нам ни о чем не говорит, так же как – позволим себе встать на точку зрения психического – душа ничего не может значить без тела. Если мы ... собираемся по какому-нибудь физическому признаку судить о соответствующем ему психическом качестве, то мы делаем это ... по известному о неизвестном» [45; с. 626].

Таким образом, Юнг полагает, что популярные конституциональные теории личности носят заведомо поверхностный и ограниченный характер. Взамен Юнг – в соответствии с психодинамической парадигмой – предлагает альтернативный подход к психотипированию, в котором за основу берутся не внешние признаки (телосложение, особенности поведения или психические расстройства), а более общие и универсальные психологические явления и категории. Как мы увидим далее, в послевоенном психоанализе, а также во многом производных от него телесно-ориентированных психотерапевтических модальностях возобладали именно подобные взгляды на шизоидную проблематику.

## **§ 1.7. Интроверсия vs шизоидность**

Вместе с тем, разработанная Юнгом типология, в основу которой положены личностные «психологические установки» (интроверсия и экстраверсия) и «психологические функции» (рациональность и иррациональность, интуиция и ощущение, мышление и чувство) [46; с. 402-495], по нашему мнению, имеет лишь относительную корреляцию с известными характеристиками шизоидной личности. Таким образом, несмотря на то, что некоторые авторы полагают, что «понятия «интроверт» и «шизоид» взаимно пересекаются» [20; с. 33] и имеют поддержку в этом утверждении в

лице Личко, Леонгарда и Ганса Аспергера [1; с. 126], в то же время другие современные исследователи, пишущие о шизоидных динамиках, совершенно принципиально выбирают не использовать юнгианский термин «интроверсия» как синоним или замену термина «шизоидность» [31].

Вместе с тем, возможность применения юнгианского подхода для описания шизоидной личности остается под вопросом, особенно учитывая, что термин «интроверсия» не такой стигматизирующий, как «шизоидность». При этом, несмотря на то, что учение Юнга о психологических типах носит преимущественно теоретический характер, его типология легла в основу популярных современных методов психотипирования (типологии личности Майерс – Бриггс, разработанной в 1940-х годах в США, и соционики, возникшей в 1970-х годах в СССР) и, следовательно, может быть проверена эмпирическим путем, пусть даже опосредованно.

Автор данной работы много лет применяет на практике соционическое психотипирование. В целях выяснения, насколько шизоидная структура личности соотносится с теми или иными соционическими типами, а также с интровертированной установкой личности, автор провел типирование 18 индивидов с выраженной шизоидной структурой личности. Результаты этого небольшого исследования приведены в следующей таблице:

<b>Соционический тип</b>	<b>Количество шизоидов</b>
Интуитивно-логический экстраверт («Дон Кихот»)	2
Логико-интуитивный интроверт («Робеспьер»)	8
Этико-интуитивный экстраверт («Гамлет»)	2
Логико-сенсорный интроверт («Максим Горький»)	1
Интуитивно-логический интроверт («Бальзак»)	4
Сенсорно-логический интроверт («Габен»)	1

Таким образом, какая-либо устойчивая корреляция отсутствует. Встречающиеся попытки объединить концепции об акцентуациях личности с соционической моделью и доказать, что акцентуанты (в данном случае, шизоиды) стабильно соответствуют некоторым соционическими функциями (или юнгианскими «критериями», в т.ч. интроверсии), представляются малоубедительными. Вместе с тем, нельзя исключать, что отдельные виды акцентуаций действительно могут соответствовать некоторым соционическим подтипам (но не типам), однако эта гипотеза требует проверки.

## **§ 1.8. Психоаналитический подход**

Теперь перейдём к психоаналитическим взглядам на шизоидную структуру личности. Зигмунд Фрейд и ранние аналитики при описании типов личности и характеров использовали как терминологию, близкую к Крепелину, Блейлеру и Кречмеру (характеры обсессивные, параноидные и др.), так и термины, отражавшие фрейдистскую теорию психосексуального развития (характеры оральные, анальные, фалло-нарциссические и др.). Таким образом, характеры соотносились либо с психоневротическими расстройствами, либо со стадиями развития либидо [24; с. 312]. При этом, как отмечается, «Фрейд перенял многие термины Крепелина, описывающие ментальные и эмоциональные заболевания, но пошел дальше простого описания и установления простейших закономерностей – к более умозрительным теоретическим формулировкам. <...> Теория развития Фрейда использовала сложные эпигенетические объяснения, в отличие от простых внутренних или внешних вариантов причинности Крепелина» [30; с. 66].

Что касается шизоидного характера, то довоенный психоанализ соотносил его с психоневротическими расстройствами. Хотя сам Фрейд в своих работах непосредственно шизоидный характер не рассматривал [1; с. 127], но, к примеру, в классической работе Вильгельма Райха «Анализ характера» («Character-analysis», 3-е английское издание 1948 года, дополненное главой о шизофрении) шизоидный характер противопоставлялся т.н. «homo normalis» и анализировался, в основном, в контексте психической болезни [36].

## **§ 1.9. Теории Кляйн и Фейрберна**

Ситуация начала меняться после выхода в 30-40-х годах XX века публикаций Мелани Кляйн (1882 – 1960), посвященных детскому психоанализу, и росту популярности ее концепций в психоаналитической среде в послевоенное время.

С точки зрения Кляйн, психическое развитие ребенка проходит через определенные «позиции», которые представляют собой не только ступени развития, как это считается в классическом психоанализе, но также являются иерархическими структурами Эго и объектных отношений, которые можно обнаружить на всех ступенях развития и в любой психопатологии [23; с. 39]. Соответственно, Кляйн выделяет параноидно-шизоидную позицию, которую ребенок проходит в первой половине первого года жизни, и депрессивную позицию, наступающую со второй половины первого года жизни.

Таким образом, приведенные нами ранее предположения Ганнушкина из его статьи 1914 года о том, что «основы шизофренических механизмов ... заложены в обычной,

нормальной психике» и «рудименты шизофренической психики можно без особого труда обнаружить у каждого», оказались созвучны более поздним психоаналитическим идеям.

На взгляды Кляйн повлияла не только её работа с детьми, но и исследования психоаналитика Рональда Фейрберна (1889 – 1964), который вел клиническую работу с шизоидными личностями [23; с. 34]. В статье 1946 года «Заметки о некоторых шизоидных механизмах» («Notes on some Schizoid Mechanisms») Кляйн пишет, что Фейрберн «назвал самую раннюю фазу [развития] «шизоидной позицией»: он заявлял, что она составляет часть нормального развития и является основой шизоидных и шизофренических заболеваний у взрослых. Я согласна с этим утверждением и считаю его описание связанных с развитием шизоидных явлений весьма значительным открытием, имеющим огромную ценность для нашего понимания шизоидного поведения и шизофрении. Я также считаю верным и очень важным взгляд [Фейрберна] на то, что группа шизоидных и шизофренических расстройств намного шире, чем принято считать» [19; с. 74].

Несмотря на критику концепций Кляйн со стороны более ортодоксальных психоаналитиков, ее идеи («кляйнианский психоанализ») получили признание и дальнейшее развитие в трудах многих видных исследователей, в т.ч. У. Биона, Д. Винникотта, Г. Гантрипа, М. Малер. Кроме того, как отмечается, «благодаря такому расширению психологической теории и смещению в ней акцентов на переживания доэдиповой жизни кляйнианцы получили возможность работать с больными, страдающими более тяжелой патологией, чем пациенты ближайших последователей метапсихологии Фрейда, в которой делается акцент на эдиповой фазе и разрешении эдипова конфликта» [41; с. 11].

### **§ 1.10. Теория развития Малер**

Идеи Кляйн и Фейрберна о ранней «шизоидной» стадии в детском онтогенезе нашли свое продолжение в работах психоаналитика Маргарет Малер (1897 – 1985), создавшей в 1950-70-х годах теорию развития объектных отношений, состоящего из трех последовательных фаз, через которые проходит ребенок: фазу нормального аутизма, фазу симбиоза и фазу сепарации-индивидуации.

Несмотря на критику отдельных положений теории Малер (в т.ч., использования термина «аутизм» для обозначения ранней стадии развития) [23; с. 81], [41; с. 111-112], современными исследователями признается тот факт, что данная теория оказала серьезное влияние не только на психоаналитиков, но и на представителей других психологических школ, стала «весьма плодотворной в теоретическом, научном и клиническом плане» и

«точно устанавливает стадии фиксации и регрессии, которые можно наблюдать в клинической работе с взрослыми и детьми» [23; с. 35, 37].

Теория Малер относительно ранней аутистической (шизоидной) стадии развития повлияла также и на теоретические подходы к проблеме шизоидной личности в телесно-ориентированной психотерапии, о чем пойдет речь далее.



## ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ

### § 2.1. Характеристики в МКБ-10 и DSM-5

Как следует из предыдущего параграфа, понятие шизоидной личности за последнее столетие претерпевало различные идейные трансформации. Вместе с тем, само описание шизоидного типа в психологической и психиатрической литературе остается преимущественно стабильным и единообразным, несмотря на смену концептуальных подходов.

Для подтверждения этого факта можно сравнить описание шизоидов, данное Кречмером в его ранее упоминавшейся работе 1921 года «Строение тела и характер», с характеристиками шизоидного расстройства личности, приведенными в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) и в пятом издании американского Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5).

Кречмер, в частности, пишет: «Установка жизни шизотимических темпераментов ... склонна к аутизму, замкнутости, созданию ограниченной индивидуальной зоны, внутреннего, чуждого действительности мира принципов и грез «Я» в противоположность внешнему миру, к равнодушному или сентиментальному уединению от людей или холодному пребыванию среди них без всякого контакта с ними» [22; с. 324].

Посмотрим, насколько это близко к МКБ-10, в котором шизоидное расстройство личности размещено под кодом F60.1 (блок F60 – F69 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте», рубрика F60 – F62 «Специфические расстройства личности») со следующим описанием:

- а) мало что доставляет удовольствие или вообще ничто;
- б) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;
- в) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;
- г) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;
- д) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);
- е) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;
- ж) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;
- з) заметная нечуткость к преобладающим социальным нормам и условиям;
- и) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.

Указанные характеристики взяты из версии МКБ-10, предназначенной для использования в клинических, образовательных и служебных целях. Для диагностирования шизоидного расстройства личности полным основанием служит наличие, по крайней мере, трех перечисленных характерологических признаков или особенностей поведения [18].

Во многом аналогична по своим характеристикам и DSM-5, где шизоидное расстройство личности (Schizoid Personality Disorder) размещено под кодом 301.20 (раздел «Personality disorders (Axis II)», Cluster A). В DSM-5 указывается, что для данного типа личности характерна отстраненность от социальных отношений и ограниченность способов выражения эмоций в ситуациях межличностного взаимодействия. При этом для диагностирования необходимо, чтобы четыре или более из нижеперечисленных характеристик проявлялись с ранней зрелости в самых разных обстоятельствах:

1. не хочет иметь и не получает удовольствия от близких отношений, в том числе семейных;
2. почти всегда предпочитает уединенную деятельность;
3. слабо заинтересован, если вообще заинтересован, в сексуальных отношениях с другим человеком;
4. получает удовольствие лишь от небольшого числа видов деятельности, либо вообще не получает;
5. не имеет близких друзей или доверенных лиц, кроме ближайших родственников;
6. проявляет равнодушие к похвале или критике со стороны других;
7. проявляет эмоциональную холодность, отрешенность или уплощенную аффективность [2; с. 652-653].

Стоит отметить, что в современной психоаналитической литературе есть тенденция дистанцироваться от классификаций DSM при описании шизоидной личности. Психоаналитически ориентированные авторы склонны рассматривать DSM скорее как сборник поведенческих характеристик, но не как средство диагностики тех шизоидных проявлений, которые они исследуют в своих работах [15], [31].

## **§ 2.2. Конституциональные особенности**

Еще со времен Кречмера с шизоидной структурой личности связывали особенности телосложения индивида. В телесно-ориентированных подходах этот аспект также учитывается. В то же время, в более современной литературе предлагается относиться к телесным характеристикам с осторожностью: «Соматические признаки,

которые со времен Е. Kretschmer (1921) считаются свойственными шизоидам (астеническое телосложение, дряблая мускулатура, сутулая фигура, длинные ноги и высокий таз, слабо развитые гениталии, угловатость движений) у современных подростков можно видеть далеко не всегда. Акселерация развития и связанные с нею эндокринные сдвиги могут исказить эти черты, обуславливая, например, избыточную полноту или раннее и сильное сексуальное развитие» [27].

### **§ 2.3. Типология шизоидности**

Также стоит отметить тенденцию авторов, занимающихся шизоидной динамикой, различать различные типы и подтипы шизоидов. Разнообразие этих типологий велико; по сути, каждый автор, начиная с того же Кречмера, вводит свою внутреннюю классификацию, иногда более, иногда менее оправданную дальнейшими наблюдениями психологов. Вместе с тем, как отмечают исследователи, «в каждом конкретном случае личность с чертами шизоидности может быть уникально неповторима, не вписываясь ни в какую из ранее обоснованных научных классификаций. Шизоидные черты личности ... стремятся к бесконечному многообразию» [20; с. 43].

Мы в данном вопросе разделяем позицию Личко, который пишет: «Разнообразие шизоидных проявлений может быть столь велико, что число описываемых вариантов могло оказаться двузначным. Поэтому представляется целесообразным констатировать сочетание шизоидности с чертами других типов – сенситивного, психастенического, эпилептоидного, истероидного, неустойчивого. Главная основа характера, его ядро при этом всегда остается шизоидным» [27].

### **§ 2.4. Известные шизоиды**

Популярным в психологической литературе подходом к описанию шизоидов является приведение в качестве их примеров известных личностей, либо литературных героев. Эта тенденция берет свое начало с Кречмера, который указывал на шизоидность Коперника, Канта, Ньютона, Вольтера, Гегеля, Робеспьера и др. [22; с. 208, 297, 299]. Из известных психологов к шизоидам относят Юнга, Гарри Салливана, Дональда Винникотта, Карен Хорни [20; с. 17], [30; с. 253], [31]. Из литературных и медийных персонажей к шизоидному типу можно отнести, в частности, Дон Кихота, Шерлока Холмса, Доктора Хауса. Зачастую актер, относящийся к шизоидному типу, воплощая на экране героя с шизоидными чертами, достигает чрезвычайной глубины и достоверности. Таковы удачные киновоплощения Клинта Иствуда, Майкла Фассбендера, Олега Борисова.

## ГЛАВА 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ШИЗОИДНОСТИ В ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

### § 3.1. Подход Райха

Обращаясь к существующим в телесно-ориентированной психотерапии теоретическим подходам к шизоидной проблематике, необходимо отметить, что уже первые исследователи шизоидности отмечали связь между телесной конституцией индивида и шизоидной структурой личности. Ранее мы осветили позицию Кречмера по данному вопросу, а также противоположное ему в чисто методологическом плане мнение Юнга. Тем более любопытно, что через подобные споры ранних психиатрических и психодинамических подходов постепенно рождались теории, объединяющие и примиряющие противоположные взгляды.

Необходимо отметить, что наработанные в телесно-ориентированной психотерапии теории и концепции, касающиеся шизоидной динамики, имеют прямую взаимосвязь и происхождение от психодинамических (в первую очередь, психоаналитических) взглядов. Это неслучайно, ведь пионер телесно-ориентированной психотерапии Вильгельм Райх (1897 – 1957) начинал как ученик и клинический ординатор Фрейда, а впоследствии стал вице-директором Венской психоаналитической клиники и директором Венского психоаналитического института [34; с. 98-108].

Первоначально Райх развивал свой телесно-ориентированный подход (вегетотерапию) и идеи о «вегетативной энергии» (биологической репрезентации энергии либидо) в рамках психоанализа. Однако, в 1930-е годы Райх значительно отошел от психоаналитической парадигмы, был исключен из Международной психоаналитической ассоциации и сосредоточился на исследованиях так называемой «оргонической» или «оргонной» энергии (более универсальной репрезентации вегетативной энергии [39; с. 205]). Нарушение течения этой энергии в организме, по мнению Райха, может вызывать психические заболевания, в т.ч. шизофренического и шизоидного спектра.

В частности, Райх писал: «Шизофрения не психологическое, а биофизическое заболевание, охватывающее и психический аппарат. Для того, чтобы понять этот процесс, знания о функционировании оргонной энергии оказываются незаменимыми. Ядро проблемы – нарушение целостного оргонного функционирования и субъективное восприятие этого нарушения. Определенные симптомы шизофрении ... являются вторичными реакциями на *расстройство базового организмического биологического функционирования* (курсив наш. – С.К.). <...> Явление, обычно называемое «шизофреническим процессом», является смесью объективных биофизических процессов,

психологического восприятия этих процессов и реагирования на них» [36]. Райх указывал, что в отличие от «homo normalis» шизоид не имеет достаточно надежного «панциря характера», способного выдерживать потоки оргонной энергии, которые в случае шизофрении полностью захлестывают индивида.

Относительно истоков происхождения шизоидной структуры личности поздний Райх разделял взгляды Кляйн и Фейрберна и полагал, что «шизофреническая диссоциация ... часто уходит корнями в пренатальное и раннее постнатальное развитие. <...> [Шизофреник] становится жертвой того самого раскола в согласованном организме, который он испытал, когда находился в застывшей материнской утробе; и он сохраняет этот раскол на протяжении всей своей жизни» [36].

### § 3.2. Биоэнергетический анализ Лоуэна

Райх был учителем и психоаналитиком другого пионера телесно-ориентированной психотерапии – американского психолога и доктора медицины Александра Лоуэна (1910 – 2008).

Лоуэн, известный как создатель метода «биоэнергетического анализа» («биоэнергетики»), в 1950-х годах разработал собственную теорию структуры характеров, в основе которой лежали как актуальные психоаналитические идеи, так и идеи Райха о циркуляции энергетических потоков в организме.

В работе 1958 года «Физическая динамика структуры характера» («Physical Dynamics of Character Structure: Bodily Form and Movement in Analytic Therapy») Лоуэн приводит развернутое описание шизофренического и шизоидного характеров, отмечая, что различие между ними заключается в степени расстройства. Лоуэн пишет: «Я называю «шизоидной» такую структуру характера, в которой проявляются шизофренические тенденции [т.е., утрата связи с телом и реальностью], но нет серьезного отрыва от реальности. <...> Если оторванный от реальности шизофреник полностью утрачивает свое Я, то шизоид способен избежать этого отрыва и сохранить Я. Но это Я слабое, еще слабее, чем Я орального характера» [29].

Лоуэн отмечает, что проблема шизоида в том, что его Эго не укорено в теле: «Проблема шизоидного характера и шизофрении заключается в отсутствии идентификации Я с мышечной системой и в слабости самой этой системы. <...> Если шизофреник в своем отрыве от реальности страдает от деперсонализации, то шизоидный характер сохраняет тонкую нить, связывающую ум и тело. Он использует свое тело так, как мы пользуемся автомобилем. Он не чувствует, что это его тело, а скорее ощущает его как место своих чувств и мыслей» [29].

В работе 1967 года «Предательство тела» («The Betrayal of the Body»), полностью посвященной проблеме шизоидности, Лоуэн указывает на три основных симптома шизоида, объединяющие психические и физические аспекты:

1. Психологическое отсутствие отождествленности «Я» с телом и чувствами (психологический аспект);
2. Нарушение восприятия себя (физиологический аспект);
3. Относительная неподвижность и снижение тонуса поверхности тела (конституциональный аспект) [28; с. 30-31].

Лоуэн критически относится к попыткам диагностировать шизоидность по внешним признакам тела и, по сути, разделяет упоминавшееся нами ранее скептическое мнение Юнга о конституциональном подходе Кречмера и его последователей. «Строение тела играет важную роль в психиатрии, поскольку оно выражает личность...», – пишет Лоуэн, – но судить о личности на основе типа тела – значит придерживаться взгляда, что взаимоотношения между телом и личностью статичны, а не динамичны. Это значит – игнорировать подвижность и экспрессивность тела, которые являют собой ключевой момент личности. Астеничное тело выступает в качестве важного признака только потому, что указывает степень индивидуальной мышечной ригидности. Атлетическое тело говорит о шизоидной тенденции, только когда его движения явно некоординированы. Такие факторы, как жизненная сила, оживленность, грация, спонтанность движений и физическое тепло, очень важны, ведь именно они влияют на самовосприятие и на чувство отождествленности» [28; с. 29-30].

Исследуя в своих работах этиологию шизоидной динамики, Лоуэн обращает особое внимание на структуру личности матерей шизоидов и шизофреников и вслед за Райхом и психоаналитиками приходит к выводу о пренатальной травме шизоидов. Лоуэн указывает на бессознательную ненависть, которую мать может испытывать к ребенку во время беременности, и о том, как в этом случае ее тело влияет на развитие плода: «Ребенок ненавидящей женщины становится объектом ее холода еще задолго до рождения. Если в сердце лед и тяжесть, чего ожидать от матки? ...Эмбрион, развиваясь в холодной, жесткой матке, тоже замерзает» [29].

В «Предательстве тела» Лоуэн описывает конфликт матери и ребенка – шизоида следующим образом: «Исток шизоидной проблемы лежит в амбивалентном отношении матери к ребенку. Она хочет и не хочет его. Ее позиция меняется в зависимости от стрессовых ситуаций. Чувство ненависти и отвержения в любой момент может сменить сильное желание иметь ребенка. Но ее желание, как правило, бывает мотивировано образом материнства, который уходит корнями в иллюзию о том, какой совершенной она

будет в этой роли. Если женщина неопределенно относится к собственной беременности только на сознательном уровне, это не принесет развивающемуся плоду особого вреда. Но когда конфликт происходит на глубоком уровне ее личности, то есть когда он возникает из-за того, что она отвергает свое тело и сексуальность, плод в матке обязательно будет чувствовать это» [28; с. 170-171].

Лоуэн отмечает, что амбивалентное отношение матери к ребенку продолжается и после его рождения, вызывая у ребенка психофизические реакции, влияющие, в том числе, на формирование тела и на выбор ребенком определенных психологических защит (в основном, диссоциативного характера). Так, в одной из поздних статей Лоуэн рассматривает шизоидный тип поведения как реакцию на гнев, подавленный ребенком в течение двух первых лет жизни, то есть еще до того, как гнев мог быть осознан. В этом случае «агрессивный импульс не активизирует мышцы, отвечающие за нанесение ударов. Подавление происходит в теле на более глубинном уровне. Все тело становится ригидным, напряженным, отражая сильный скрытый страх быть убитым или убить кого-то. Человек буквально костенеет от ужаса. <...> Такое расщепление нарушает целостность личности; конечности воспринимаются не связанными с позвоночником, а как бы отдельными выростами, а голова не ощущается связанной со всем остальным телом. <...> Отделяя себя от своего тела, *шизоидная личность отрицает и подавляет способную довести до убийства ярость, которая является прямым результатом ранее пережитого запугивания* (курсив наш. – С.К.)» [44; с. 155]. В одной из работ Лоуэн резюмирует, что «шизоидный конфликт – это борьба между жизнью и смертью» [28; с. 16].

### § 3.3. Биосинтез

Другим последователем Райха был английский психотерапевт Дэвид Боделла, основавший в 1970-х годах метод телесно-ориентированной психотерапии под названием «биосинтез».

В основе биосинтеза лежат данные эмбиологии, этологии и психоаналитические концепции. Считается, что зародышевые листки (внутренний – энтодерма, средний – мезодерма и наружный – эктодерма), дающие начало разным органам и тканям плода, также соответствуют трем потокам энергии в организме. Данные энергетические потоки можно условно обозначить как эмоциональный, двигательный и когнитивный. Первоначально эти энергии интегрированы, но в случае внутриутробной, родовой или более поздней травмы интеграция нарушается. В итоге, либо действие отделяется от мышления и чувств, либо чувства – от движения и мышления, либо мышление – от

движения и чувств [4; с. 8-10]. Очевидно, что для шизоидной личности в первую очередь характерен третий вид энергетических нарушений.

В работе 1987 года «Биосинтез. Потоки жизни» («Lifestreams. An introduction to Biosynthesis») Боделла описывает многоуровневую концепцию характеров, формирование которых связано с организацией в теле человека указанных энергетических потоков. Боделла указывает, что характер индивида создается как комбинация трех основных сенсорных и энергетических функций организма: фокусировки, заземления и заряженности. Шизоидный характер, согласно Боделла, является сверхсфокусированным, недозаземленным и недозаряженным [7; с. 107-110].

Помимо пренатального периода, влияющего на происхождение различных характеров, Боделла указывает также на генетический фактор и защитные механизмы, формирующиеся на протяжении всего детства [7; с. 107]. Анализируя шизоидные защиты, Боделла пишет, что «шизоидный характер страдает от угрозы существованию и отвержения и, чтобы справиться с ужасом, замерзает, парализуя и фрагментируя множество своих функций» [8; с. 137]. Боделла указывает на период формирования у орального ребенка привязанности к матери как на принципиальный для риска возникновения шизоидной структуры, а также на определяющую в данной ситуации роль матери, обращая внимание, что у шизоидной личности «мать обычно очень холодная и наполненная ненавистью, но эта ненависть замаскирована и глубоко подавлена» [8; с. 141].

### **§ 3.4. Бодинамика**

Следующим методом, которое мы рассмотрим, будет бодинамический анализ («бодинамика») – модальность телесно-ориентированной психотерапии, возникшая в 1970-80-е годы. Создателями этой школы стала группа скандинавских психотерапевтов во главе с датчанкой Лизбет Марчер, которая опиралась на идеи Райха, Лоуэна, Боделлы, а также на работы Маргарет Малер, Фрэнка Лэйка и многих других авторов.

Бодинамика использует модель семи стадий развития ребенка, на каждой из которых возможна т.н. «травма развития» («травма характера»), которая и формирует соответствующий характер индивида. Отмечается, что «травма развития связана с дефицитом отношений или излишней требовательности раннего социального окружения человека и обычно возникает из хронических взаимоотношений внутри семьи. <...> Чтобы лучше справляться с этими взаимоотношениями, ребенок постепенно вырабатывает *характерологические защиты*» [5; с. 105-106].



Таким образом, характер индивида соответствует той стадии (структуре) его детского развития, на которой произошла травматическая фиксация, и выработались специфические защиты. С целью избежать стигматизирующих названий характеров вроде «шизоидный», «психопатический», «мазохистический» и т.п., в бодинамике используются такие названия как «структура существования», «структура автономии», «структура воли» и т.д.

Бодинамика указывает на наличие в каждой структуре характера трех позиций: ранней, поздней и здоровой. Каждая из этих позиций соответствует мышечному тону организма (гипотонусу или гипертонусу). Данные представления основываются на «Карте тела человека» – диагностическом и исследовательском инструменте, разработанном Марчер с коллегами для тестирования мышц пациентов.

Отмечается, что «если на соответствующей стадии развития преобладает нейтральная отзывчивость мышц, мы говорим, что человек занимает *здоровую* позицию на данной стадии. <...> Если стресс проявился на ранних этапах рассматриваемой стадии развития и/или является относительно сильным, ресурсы этой стадии могут быть подавлены, а соответствующие мышцы будут *гипореактивными*. Это будет соответствовать психологическому отказу от выполнения специфической психомоторной задачи. Если на соответствующей стадии развития преобладает гипотзывчивость мышц, мы говорим, что человек занимает *раннюю* позицию данной структуры характера. <...> Если стресс проявился на поздних этапах рассматриваемой стадии развития и/или является относительно слабым, доступ к ресурсам стадии может быть затруднен, но они не обязательно подавлены, а соответствующие мышцы будут *гиперактивными*. Это будет соответствовать психологической ригидности, сопротивлению, контролю, удержанию или борьбе при выполнении специфической психомоторной задачи. Если на соответствующей стадии развития преобладает гипертзывчивость мышц, мы говорим, что человек занимает *позднюю* позицию данной структуры характера» [5; с. 113-114].

Согласно бодинамической системе, первой стадией развития ребенка является «структура существования», которая начинается в пренатальный период (второй триместр беременности) и длится до первых трех месяцев после рождения. Здоровая позиция на данной стадии характеризуется чувством безопасности существования. Ранняя позиция называется «ментальной структурой существования» и характеризуется уходом от жизни, контакта и телесности. Поздняя позиция носит название «эмоциональной структурой существования» и характеризуется бегством в жизнь, контакт и телесность [5; с. 118-119].

Авторы бодинамики разделяют концепцию английского психиатра Фрэнка Лэйка о шизоидно-истерической полярности, возникающей на ранних стадиях развития ребенка.

Как пишет Боделла, также являющийся последователем Лэйка, «шизоидные и истерические защиты – это лицо и изнанка друг друга» [8; с. 141]. Таким образом, в бодинамической системе ментальная структура существования описывает шизоидный полюс, а эмоциональная структура существования – истерический.

В бодинамике рассматриваются различные варианты стрессов, ведущих к травме развития на стадии структуры существования, а также те защиты, которые на данном этапе доступны для плода и новорожденного ребенка, и которые способствуют формированию шизоидной личности. В частности, одной из важнейших защит в случае тяжелого стресса является изъятие организмом ребенка энергии из мышц и с периферии и переброска ее в голову и позвоночник. Отмечается, что «такое расщепление энергии уменьшает чувство тревоги, боли и отчаяния *ценой отказа от связи с матерью (и миром)*» (курсив наш. – С.К.). Взрослые описывают такой опыт, как переживание нежеланности, нелюбви, ощущение того, что мир не является радушным и гостеприимным». В дальнейшем «шизоидная личность чувствует небезопасность высокой эмоциональной заряженности, межличностных контактов и живости в целом. Ее основную тенденцию можно описать как «бегство из тела» в ужасе от непомерной опасности уничтожения родителями или миром и уход в относительную безопасность, неподвижность и спокойствие мира разума» [5; с. 122-123].

### **§ 3.5. Сравнение с современными научными представлениями**

Завершая обзор теоретических подходов к проблеме шизоидной структуры личности в телесно-ориентированной психотерапии, мы хотели бы сравнить их основные положения с последними научными данными, а также с актуальными психоаналитическими концепциями. Речь идет, в первую очередь, об этиологии шизоидной динамики, поскольку актуальная нозология, содержащаяся в МКБ-10 и DSM-5, была приведена нами ранее.

В современных научных исследованиях идеи телесных психотерапевтов о принципиальном значении пренатального и перинатального периодов в формировании шизоидной динамики получает свое подтверждение. Кроме того, указывается на генетический фактор. Как пишет Donald C. Goff, «установленными факторами риска для шизофрении являются внутриутробное инфицирование, стресс или недостаточное питание плода, а также большое количество аллелей, не обладающих высоким риском по отдельности» [3; с. 95]. Отмечается, что «недавние исследования шизофренических расстройств выявили генетические предпосылки, которые могут проявиться в широком спектре от тяжелой шизофрении до нормальной шизоидно организованной личности»

[31]. Кроме того, согласно современным научным данным, примерно 30% личностных характеристик определяется наследственностью (генетическим кодом), 30% – особенностями внутриутробного развития и 40% приобретаются под влиянием родителей, социума и самого индивида [37; с. 19].

Акушер-гинеколог, доктор медицинских наук, профессор Г.И. Брехман в статье 2010 года «Эмоциональная жизнь плода: от смутных догадок к научным исследованиям» обобщает данные исследований по пренатальной и перинатальной психологии, проведенных в научных центрах Европы и Америки, и резюмирует, что плод (пренейт) обладает эмоциональным восприятием и активно функционирующей памятью, запоминающей особо эмоциональные события во время беременности, включая рождение. Брехман приходит к следующим выводам:

«1) Эмоциональное восприятие и дородовая память неродившегося ребенка являются реальностью.

2) Эмоциональные переживания матери, воспринятые и зафиксированные в памяти пренейта, составляют бессознательное человека, и воспринимаются им как его собственные.

3) Эти бессознательные чувства могут управлять мышлением, эмоциями и поведением после рождения в течение всей жизни человека.

4) Серьезные психосоциальные стрессы во время беременности, негативное отношение матери и окружающих к неродившемуся ребенку могут нарушить его психическое и физическое развитие и оставить глубокий след в бессознательной памяти» [10; с. 10-15].

Таким образом, в генезисе шизоидности влияние генетической составляющей хотя и присутствует, но не является столь доминирующим, как это считалось прежде. Ради справедливости, мы обозначим эти тенденции, которые в общественном сознании преобладают до сих пор. Так, еще в 1990-х годах Личко довольно характерно размышлял: «Генез акцентуаций – наследственность или воспитание? Никаким особым воспитанием невозможно вырастить гипертима, циклоида или шизоида. Видимо, эти типы акцентуаций обусловлены генетическим фактором» [26]. В то же время, Ганнушкин в 1930-е годы проявлял гораздо большую осторожность в этом вопросе: «Относительно биологической основы шизоидной психопатии можно только строить догадки. <...> Некоторые немецкие психиатры-генетики, устанавливая наследственную обусловленность шизофрении, предполагают, что шизоидная психопатия представляет собой резко выраженную индивидуальную биологическую вариацию, в основе которой лежит ген «шизоидности»; шизофренией, по их мнению, заболевают только шизоиды, у которых к гену

«шизоидности» присоединяется ген «процесса». При всем интересе, возбуждаемом этой красивой схемой, ее <...> нельзя принять пока даже за гипотетическую основу биологического понимания отношений между шизоидией и шизофренией; таким образом, пока приходится ограничиваться одним лишь подтверждением наличия связи между этими двумя группами» [12; с. 148-149].

### § 3.6. Сравнение с современными психоаналитическими концепциями

Что касается соотношения теоретических представлений телесных психотерапевтов и психоаналитиков, то здесь также присутствует сходство позиций. Нэнси Мак-Вильямс в своей обобщающей работе 1994 года «Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе» («Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process») отмечает популярность среди современных психоаналитиков фиксационно-регрессионной гипотезы происхождения шизоидной динамики. При этом точкой фиксации объявляется неонатальный период, либо более поздний детский возраст (выход ребенка из симбиоза с матерью) [30; с. 251-252].

Относительно роли матери в формировании у ребенка шизоидной структуры личности Мак-Вильямс указывает, что «многие шизоидные люди описывали ... своих матерей как одновременно холодных и вторгающихся» [31], и что «шизоидный мужчина с удушающей матерью – вот что составляет главную тему популярной литературы в последнее время. Это же явление можно обнаружить и при специальных исследованиях. Клиницисты, наблюдающие пациентов-мужчин с шизоидными чертами, как правило, обнаруживают в семейном основании соблазнительную нарушающую границы мать и нетерпеливого, критикующего отца» [30; с. 251-252].

В указанной работе и в статье 2006 года «Размышления о шизоидной динамике» («Some Thoughts about Schizoid Dynamics») Мак-Вильямс, опираясь на собственный клинический опыт и других психоаналитически ориентированных авторов, отмечает те же шизоидные феномены, что были ранее описаны пионерами телесной психотерапии и проливают свет на этиологию шизоидности: например, отмеченное Лоуэном характерное «окостеневание» младенцев при контакте с фрустрирующей матерью; сходство шизоидной и истерической личностей (по Мак-Вильямс, «шизоидно-истероидный роман»), которое Лэйк, Боделла и создатели бодинамики концептуализировали в шизоидно-истерическую полярность, и т.д. [30; с. 247], [31].

Таким образом, можно констатировать, что теоретические представления о шизоидной динамике, существующие в современных модальностях телесной

психотерапии, в значительной своей части соответствуют последним научным данным и актуальным психодинамическим концепциям.

## **ЧАСТЬ 2. РАБОТА С КЛИЕНТАМИ С ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРОЙ ЛИЧНОСТИ В ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

### **ГЛАВА 4. ПСИХОТЕРАПИЯ КЛИЕНТОВ С ШИЗОИДНОЙ СТРУКТУРОЙ ЛИЧНОСТИ**

#### **§ 4.1. Общие представления**

Приступая к рассмотрению практических подходов в телесно-ориентированной психотерапии при работе с шизоидной структурой личности, мы сначала коснемся общих представлений о терапии шизоидов, которые существуют в психологической литературе, а также кратко обозначим некоторые терапевтические идеи, рекомендации для специалистов и «подводные камни» при работе с шизоидами.

Из распространенных представлений о психотерапии шизоидных клиентов можно выделить две полярные точки зрения: во-первых, что подобные клиенты плохо вовлекаются в психотерапию [35; с. 306], и, во-вторых, что, напротив, они реагируют на терапию более благоприятно, чем это можно ожидать [29]. Очевидно, что истина находится где-то посередине, а возможности и прогнозы терапии зависят от множества факторов, в том числе не связанных с шизоидностью клиента.

#### **§ 4.2. Выбор метода психотерапии**

Сообщается, что шизоидные клиенты достаточно хорошо реагируют на психоанализ и психоаналитическую терапию. Мак-Вильямс с юмором пишет, что «психоанализ – это профессия шизоидов для шизоидов» [31]. Другие авторы отмечают, что для шизоидов «положительным моментом терапии является формирование жесткой аналитической рамки: ограничение во времени сеанса, договор по поводу оплаты, запрет близкого контакта, прикосновений, похлопываний по плечу, эротизированных отношений. Это снижает страхи пациента в отношении сверхвключения, поглощения аналитиком, смешивания и т.д.» [21; с. 69-70].

Вместе с тем, вышеуказанная позиция хорошо демонстрирует, как плюсы психоаналитического подхода могут легко превратиться в минусы. Страх и одновременно желание контакта и прикосновений – это одна из важнейших шизоидных динамик. Как указывает Мак-Вильямс, «шизоидные люди открыто отстранены, в то время как в терапии описывают глубочайшую жажду близости и яркие фантазии о вовлеченной интимности». Она приводит комментарий своего шизоидного коллеги, который отмечает, что «чувство

*прикосновения очень важно. Мы одновременно боимся его и хотим»* (курсив наш. – С.К.) [31].

Мы полагаем, что это принципиальное наблюдение, которое подчеркивает значимость телесной работы в терапии шизоидов. В этой связи примечателен состоявшийся на конференции, посвященной различным психотерапевтическим модальностям, разговор Лоуэна с одним из участвовавших в этом мероприятии психоаналитиков:

«Вопрос: ...в психодинамической работе абсолютно неприемлемы прикосновения к пациенту; это строго запрещено. Не могли бы Вы что-то сказать об этом?»

Лоуэн: Прикосновение – это взаимодействие. А взаимодействие – это один из главных аспектов жизни. Если вы боитесь прикоснуться к пациенту, то пациент начинает чувствовать, что с ним что-то не так. <...> Конечно, Вы можете сказать: «Нам запрещено дотрагиваться до пациентов». Но пациент хочет, чтобы до него дотрагивались. Если бы в детстве до них достаточно дотрагивались, они не стали бы пациентами. <...> Вопрос только в том, как прикоснуться. Вам надо быть уверенным, что, дотрагиваясь до пациента, Вы не нарушаете его границ. Вы не просто прикасаетесь к нему. Вам надо чувствовать, что он открыт для прикосновения, что в данной ситуации это приемлемо. <...> А если Вы не можете справиться с собой, едва прикоснувшись к пациенту, то Вам надо снова пройти терапию самому» [44; с. 170-171].

Справедливости ради отметим, что опытные практикующие психоаналитики допускают возможность прикосновений (и даже объятий) клиента, если это уместно. В частности, известный российский психоаналитик М.М. Решетников в своей книге «Трудности и типичные ошибки начала терапии» приводит описание подобной ситуации [38; с. 59-60].

#### **§ 4.3. «Шизоидный штопор» и трудности терапии**

Ирония Лоуэна относительно «проработанности» самого терапевта довольно уместна, если рассматривать особенности терапевтического контакта между шизоидным клиентом и психотерапевтом. Специалисты, работающие с шизоидами, отмечают высокую сензитивность таких клиентов к неосознаваемым чувствам других, их способность сонастраиваться с бессознательными процессами, в том числе, и самого терапевта [31]. Как полагает кляйнианский аналитик Р.Д. Хиншелвуд, «многие пациенты, страдающие от тяжелых расстройств личности, способны исключительно хорошо чувствовать объект, с которым они вступают в отношения. Такие пациенты могут быть исключительно чувствительными к состоянию ума аналитика, а их собственное состояние

ума может быть исключительно чувствительным образом связано с состоянием ума аналитика» [42].

Такого рода способности приводят к любопытному феномену, называемому на психологическом сленге «шизоидным штопором». Суть этого явления в том, что шизоид (речь, конечно, о высокофункциональных шизоидах) способен очень точно и глубоко «считывать» другого человека, смотреть на него сквозь защиты. Или, если расшифровывать метафору про штопор, «открывать» другого человека так, словно бутылку открывают штопором. (Мы не считаем, что метафора про «штопор» удачная, хотя, несомненно, яркая. Настолько яркая, что может фрустрировать и самого шизоида, поскольку рождает болезненно-заряженные для шизоидной личности ассоциации с нарушением целостности, враждебным проникновением, внедрением.)

Лоуэн, описывая этот феномен, приводит такой пример: «Одна пациентка с шизоидной структурой характера сказала мне, что была далеко впереди аналитика, который с ней работал. Она проинтерпретировала ему буквально все. Недостаточно просто понимать таких пациентов, необходимо быть впереди их». Лоуэн размышляет: «Пациенты с шизоидной или шизофренической структурой характера способны разглядеть терапевта столь же быстро, как и он их. А кто из нас избавлен от невротических проблем? Чтобы помочь им, нужно хорошо знать себя, особенно свои ограничения и слабости» [29]. Мак-Вильямс подтверждает этот феномен, указывая, что терапевт «должен быть готов к такому уровню аутентичности и степени осознания эмоций и представлений, который у пациентов с иным типом характера был бы возможен только после нескольких лет работы» [30; с. 259].

«Шизоидный штопор» – это пример того, как шизоид использует свою высокую сензитивность в качестве защиты. По ряду причин, этот фактор не особенно часто учитывается терапевтами (а зачастую вытесняется), в отличие от более известных шизоидных защит вроде «инкапсуляции» и других форм диссоциации. В итоге, работа с шизоидным клиентом может стать серьезным испытанием для терапевта [19; с. 93]. Как полагает Гарри Гантрип, «пациент с наиболее глубокими шизоидными проблемами – это пациент наиболее зависимый ... от степени реальной зрелости терапевта для достижения успешного результата» [14; с. 429].

#### **§ 4.4. «Эмоциональный кокон» шизоида и «реальная позиция» терапевта**

Еще одним минусом разговорной психотерапии, игнорирующей работу с телом, является тот факт, что шизоидный клиент склонен использовать разговоры как замену глубокого подлинного контакта и действия. Лоуэн указывает, что «шизоид подменяет



чувство реального контакта с людьми псевдоконтактами. Слова – это одна из форм такой подмены, если они заменяют чувства и действия» [28; с. 232]. Представляется, что именно эта тенденция может привести к тому, что Мак-Вильямс называет «эмоциональным коконом»: когда терапевтические сессии превращаются для шизоида в убежище от фрустрирующего внешнего мира, а «терапевтические отношения [становятся] скорее заменой, чем поддержкой их жизни за пределами терапевтического кабинета. Может пройти значительный промежуток времени, прежде чем терапевт заметит, что, хотя пациент и развивает множество инсайтов почти на каждой сессии, он и не переходит к социальной функции, не вступает в брак, у него не улучшаются сексуальные отношения, или он не разрабатывает никаких творческих проектов» [30; с. 261].

Решение подобных проблем Мак-Вильямс видит в особой позиции терапевта при работе с шизоидными клиентами, а именно в «готовности терапевта действовать и выглядеть как «настоящий человек», а не просто как трансферентный объект. В последние годы роль «реальных» взаимоотношений, сосуществующих с трансферными реакциями, вновь обнаружена и подчеркивается многими динамически ориентированными практикующими терапевтами... Это особенно относится к шизоидным пациентам, которые и так имеют в избытке «как бы» отношения и чувствуют потребность в активном участии терапевта как человеческого существа, поддерживающего определенный риск в отношениях, способного к игре и юмору ... и отвечающего пациенту с учетом его тенденции прятаться или избегать образования эмоциональной привязанности с другими» [30; с. 262].

Лоуэн объясняет эту позицию терапевта следующим образом: «Поскольку мы не можем предложить нашим пациентам – шизофреникам или шизоидам – полноценного человеческого существования, не следует претендовать на это. Мы предлагаем им реальность, реальность себя – искренность наших усилий, умеренность нашей установки и честность нашей совести» [29].

Такого рода «реальная позиция» терапевта является одним из основополагающих принципов в телесно-ориентированной психотерапии, что увеличивает ценность и эффективность этого направления терапии для шизоидных клиентов.

## ГЛАВА 5. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В ТЕРАПИИ РАЙХА

### § 5.1. Интегративный подход Райха

Терапевтический подход, разработанный Райхом, включал в себя два взаимосвязанных приема: анализ характера и вегетотерапию (в дальнейшем – «оргонную терапию») клиента. Анализ характера являлся разговорной частью терапии и был, по сути, модификацией психоаналитической техники анализа симптомов, дополненной исследованием «панциря характера» клиента, в том числе изучением сопротивления и защит, присущих этому характеру.

Важной составляющей анализа характера были не только вербальные, но и телесные проявления клиента: «пациент Райха может, в крайнем случае, даже ничего не говорить. Его «характерологические защиты» могут быть раскрыты уже по манере появления, выражения, позам, манере держаться и смотреть на аналитика, по интонациям голоса и другим признакам» [34; с. 98-108].

Райх отмечал, что при работе с шизоидами разговорная часть терапии предшествует телесной, при этом «анализ характера должен проводиться очень осторожно и строго последовательно, *чтобы предупредить преждевременные и неконтролируемые эмоциональные срывы* (курсив наш. – С.К.). Здесь необходимо, чтобы Эго обрело силу прежде, чем активизируются более глубокие слои бессознательного» [36].

По сути, данный подход предусматривает постепенное создание в процессе терапии надежного когнитивного и эмоционального контейнера для клиента, в том числе через формирование новых смыслов, осознаний, более адекватных психологических защит, а также через усиление эго-функции и границ клиента. При работе с шизоидом такой подход является основополагающим, что подтверждается и в хрестоматийной для психоаналитической работы с шизоидами работе Гарри Гантрипа «Шизоидные явления, объектные отношения и самость» («Schizoid phenomena, object-relations and the self») [14], и у других авторов, которые указывают на необходимость формирования «надежного аналитического контейнера, внутри которого инкапсуляция [то внутреннее хранилище, в котором шизоид размещает свое истинное «Я» с целью его защиты. – С.К.] может раскрыться» [15].

Формирование в психотерапевтическом процессе хорошего контейнера необходимо как для развития и укрепления Эго клиента, так и для взаимодействия с сильными энергетическими и эмоциональными состояниями, которое неизбежно будут возникать при работе с телом. При отсутствии такого контейнера, особенно в ситуации с

шизоидным клиентом, возможен риск психоза и распада личности [14; с. 32-33], [16; с. 361].

## **§ 5.2. Работа с телом и эмоциями**

Что касается вегетотерапии, то есть телесной части терапевтического процесса у Райха, то она заключалась в проработке «мышечного панциря» (телесной репрезентации «панциря характера») клиента с помощью разнообразных техник, включавших как специальные упражнения, которые выполнял клиент (активные движения, глубокое дыхание и т.д.), так и непосредственное воздействие терапевта на тело клиента (массаж спазмированных мышц, проработка грудной клетки и т.д.) [39; с. 193-194]. Целью этих упражнений было устранение мышечных зажимов и блоков, нормализация тонуса мышц, улучшение протекания «вегетативной энергии» в теле клиента.

Также одной из важнейших целей телесной работы Райх считал освобождение заблокированных эмоций, которые в ходе терапевтического процесса будут спонтанно возникать и проявляться в теле [44; с. 160]. Очевидно, что это особенно актуально при работе с шизоидами, у которых мощные диссоциативные защиты затрудняют контакт с телом и чувствами. Обращая внимание на связь эмоций и телесной энергии, Райх писал, что «шизофреническая диссоциация представляет собой только один, хотя и очень характерный, пример взаимосвязи между эмоциональным процессом живой материи и полем оргонной энергии ... вокруг нее. Вот в чем дело, а не в мышечном напряжении» [36].

## **§ 5.3. Эмоциональная экспрессия и контакт**

В работе «Анализ характера» Райх подробно описал свою многолетнюю работу с женщиной, больной шизофренией. В этой работе он использовал множество технических приемов, которые в дальнейшем вошли в арсенал телесных терапевтов при работе с шизоидными клиентами. Так, Райх способствовал выражению клиенткой ее чувств, таких как страх и гнев, бережно сопровождая эту женщину в ее эмоциональной экспрессии. «Я мог наблюдать, – пишет Райх, – как она не желала выражать при помощи глаз эмоцию жестокости. Я уговаривал ее сдаться и позволить этой эмоции проявиться на своем лице. После некоторых усилий однажды ей это удалось, и она тут же почувствовала облегчение. <...> Постепенно она научилась выражать глазами жестокую ненависть и не бояться этого. Это позволило ей стать чуточку уверенней в себе: она перестала бояться того, что способна совершить убийство, и поняла, что можно полностью выразить свою ненависть, и это вовсе не будет означать, что она на самом деле собирается кого-то убить» [36].

Также отмечается, что Райх обучал своих клиентов с шизофренией различным видам выхода из контакта: «он обучал их «уходить», а потом «возвращаться». Поддерживая этот процесс и учитывая, какой уровень контакта человек мог выдержать без ощущения раскола, Райх обучал пациентов саморегуляции» [7; с. 189-190]. Любопытно, что с помощью этой техники Райх нашел возможность проработки одного из важнейших шизоидных паттернов, позже названного Гантрипом «программой «то внутрь, то наружу» [14; с. 46], и суть которого заключается в поиске шизоидом «интенсивной аффективной связи с последующей необходимостью дистанцироваться и пересобрать чувство собственного «Я», оказавшееся под угрозой из-за такой интенсивности» [31].

## ГЛАВА 6. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В БИОЭНЕРГЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ЛОУЭНА

### § 6.1. Интегративный подход Лоуэна

Подобно Райху, Лоуэн в своем подходе совмещал работу с телом и вербальную, психоаналитически ориентированную терапию. Лоуэн настаивал на необходимости словесной интерпретации того бессознательного материала, который поднимается в результате телесной работы, и само название его метода указывает на это: «биоэнергетический (психо)анализ» [39; с. 194]. Разъясняя, чем его метод отличается от подходов Райха, Лоуэн писал, что разработанная им «терапия должна была стать гораздо более активной на телесном уровне и более психоаналитической – на психологическом... Название [этой терапии] подчеркивает ... нацеленность на энергетические процессы ... в соединении с анализом прошлого пациента, как оно проявляется в его поведении, снах и явлении переноса» [44; с. 162].

Объясняя связь психологического и телесного элементов при работе с шизоидными клиентами, Лоуэн указывал следующее: «С точки зрения психологии проблема шизоида состоит в отсутствии отождествленности и неминуемой утрате нормальных, эмоциональных отношений с людьми. С точки зрения физиологии шизоидное состояние определяется как нарушение самовосприятия, как недостаток удовольствия при функционировании и нарушение дыхания и метаболизма. Конституционально тело шизоида не координировано и не интегрировано. Оно либо ригидно, либо человек с трудом удерживает его целостность. И в том, и в другом случае отсутствует живость, от которой зависит адекватное восприятие себя. Без восприятия себя отождествление затруднено или невозможно, а это типичный симптом психического расстройства» [28; с. 30].

Таким образом, важнейшими аспектами терапии шизоидов Лоуэн считал преодоление диссоциации «Я» от тела и эмоциональных проявлений, постепенное формирование отождествленности «Я» с телом, а также обучение адекватному контакту – как со своими внутренними частями (в первую очередь, с плохими внутренними объектами), так и с реальными людьми.

Описывая стратегию телесной работы с шизоидными клиентами, Лоуэн постулировал, что «тело человека является непосредственной реальностью, своеобразным мостом, соединяющим его внутреннюю реальность с материальной действительностью внешнего мира» и, исходя из этой базовой пресуппозиции, выделял три ключевых момента в терапии: «Во-первых, необходимо добиться идентификации с

кинестетическими телесными ощущениями или увеличить ее степень. Во-вторых, необходимо увеличить глубину и спектр экспрессивных движений. В-третьих, надо развить отношения тела с объектным миром: пищей, одеждой, объектами любви, работой и т.д. Результатом этого будет усиление и развитие Я, которое, по словам Фрейда, «есть прежде всего выражение телесного Я» [29].

## § 6.2. Проживание кризиса

Лоуэн указывал на принципиальную важность проживания шизоидом в ходе терапии негативных телесных и эмоциональных состояний. В частности, он писал, что «все шизоидные пациенты на пути к выздоровлению проходят фазу изнуренности или истощенности. После многих лет зажатости они переживают оживление, которое вызывает усталость и утомление, прежде блокированное от восприятия» [28; с. 199]. Лоуэн оценивал этот физиологический кризис как важный маркер на пути к восстановлению контакта с телом.

Что касается эмоционального кризиса, то Лоуэн отмечал, что при постепенном телесном и эмоциональном «оттаивании» шизоида в процессе терапии, у такого клиента поднимаются гнев и агрессия, которые связаны как с общим ростом витальности и энергичности, так и с формой борьбы с плохими внутренними объектами (в первую очередь, с враждебными материнскими интроектами) [29]. Поскольку одним из защитных шизоидных паттернов является «рассеивание» (расфокусировка) агрессии, либо диссоциация от нее, то, как полагал Лоуэн, терапевту важно заметить агрессию клиента, снять страх клиента перед ее выражением и, в случае необходимости, вызвать агрессию на себя в рамках негативного переноса, позволяя тем самым клиенту вступить в контакт и конфронтацию с негативными внутренними объектами, спроецированными на терапевта.

В подтверждение важности подобных терапевтических интервенций приведем мнение Гантрипа, который в отношении шизоидов указывает, что «в лечении требуется помочь пациенту порвать с ... неудовлетворительными способами защиты, которые никогда не приводят к решению проблемы, а также помочь пациенту набраться храбрости для понимания, что скрывается за ... борьбой с интернализированными плохими объектами; другими словами, пойти на *риск возврата в базисные плохие объектные ситуации* (курсив наш. – С.К.), в которых, как чувствуют пациенты, они впадают в ту или иную из двух первичных психических опасностей: в депрессию или в шизоидную утрату аффекта в своей сознательной самости» [14; с. 27].

### § 6.3. Личные качества терапевта

Помимо ценности трансферентных явлений с участием терапевта, открывающих шизоиду доступ к эмоциональным переживаниям, Лоуэн особо подчеркивает важность личных качеств самого терапевта, работающего с шизоидными клиентами, его способности к глубокому контакту и к той «реальной позиции», о которой мы ранее приводили слова Мак-Вильямс. «Никакие искренность, умеренность и честность не смогут помочь шизоиду и шизофренику, если не испытывать к пациенту теплого чувства. Это означает, что терапевт должен быть сердечным человеком и по-настоящему любить пациента, – пишет Лоуэн. – Сердечность терапевта – это своего рода терапевтический инструмент, с помощью которого мы можем гораздо глубже укоренить пациента в реальности» [29].

Указывая на поддерживающую и обучающую роль терапевта, Лоуэн пишет: «В сфере агрессивного поведения, материальной реальности, сексуального функционирования человек с шизоидным характером является новичком. Речь не идет о подавлении его установок или чувств по отношению к этому миру. Он никогда не входил в него целиком, он не знает его и ему не доверяет. Это мир действий, в котором нежные чувства слиты с агрессивным компонентом» [29]. По сути, Лоуэн презюмирует, что терапия для шизоида может стать процессом обучения или переобучения от прежних негативных паттернов, если, конечно, терапевт способен выполнить роль учителя и ввести шизоида в мир эмоций и телесности.

## ГЛАВА 7. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В БИОСИНТЕЗЕ

### § 7.1. Катарсис и контейнирование

Создатель биосинтеза Дэвид Боделла разделяет многие идеи Райха и Лоуэна. В частности, Боделла неоднократно пишет о важности формирования в психотерапевтическом процессе хорошего контейнера, необходимого для развития и укрепления Эго клиента, особенно шизоидного типа. При этом он указывает на два порой противоположных терапевтических подхода: подход, вызывающий у клиента катарсис, и подход, направленный на контейнирование клиента. Боделла отмечает, что Райх, как терапевт, был способен объединять эти подходы, но этого не хватает многим его последователям, которые зачастую предпочитают уходить в механистичную работу с телом, игнорируя выстраивание качественного контакта с клиентом. Между тем, как пишет Боделла, необходимо «нахождение баланса между катарсисом и контейнированием» [16; с. 390].

Известно, что с помощью психологических техник можно помогать человеку выходить на переживание различных эмоций, в том числе страха и гнева, и тем самым достигать определенной катарсической разрядки. Однако, «если работа ограничена лишь этим уровнем, клиент обучается эмоциональному высвобождению и ... приобретает новый паттерн, отреагирование становится своеобразным наркотиком. В биосинтезе же терапевт старается в каждой сессии направлять клиента к первичному ядерному уровню ощущений, т.к. только в контакте с чувствами радости, надежды, благополучия, удовольствия жить человек получает энергию для реальных изменений, для исцеления – физического, психического и духовного. *Эмоциональный выброс не является самоцелью: вмешательство перестает быть терапевтическим, если после отреагирования клиент не находит новых источников внутренней поддержки* (курсив наш. – С.К.). И сама система защит рассматривается в биосинтезе как стратегия выживания, адаптации, поддержки. Поэтому любые паттерны человека не «ломаются», а исследуются с большим уважением» [4]. Кроме того, увлечение катарсической разрядкой «может привести к повторной травматизации людей со слабым Эго, тех, кто не может выдержать накала сильных эмоций» [16; с. 390].

### § 7.2. Создание контейнера

С учетом приведенных соображений становится очевидно, что при работе с шизоидным клиентом создание контейнера крайне важно. Стоит отметить, что авторы концепции контейнирования (кляйнианская группа психоаналитиков, включая, в первую



очередь, Уилфреда Биона) указывали на неспособность матери контейнировать такие тяжелые чувства ребенка, как страх, гнев и тревога, как основу психической нестабильности индивида в последующей жизни [43; с. 334-335]. Можно с большой уверенностью предположить, что недостаточное контейнирование в детстве – это одна из проблем шизоидной личности. И очевидно, что при работе с шизоидным клиентом, основная травма развития которого относится к нарушению контакта с матерью в пренатальный или ранний оральный период, терапевт рано или поздно сталкивается с феноменом проективной идентификации, когда клиент «выгружает» в терапевта те тяжелые чувства, которые когда-то не смогла принять его мать. В психоаналитическом подходе в подобном случае терапевт, как правило, должен стать для клиента «хорошей матерью», способной контейнировать проективную идентификацию, т.е. «переварить» эти чувства и вернуть их клиенту в переработанном (интерпретированном) виде. При этом контейнером служит как сам терапевт (его когнитивный и эмоциональный аппарат), так и отдельные элементы терапевтической ситуации.

Исцеляющая функция такого рода терапевтических отношений состоит в том, что сначала клиент воспринимает, как хороший внешний объект (в лице терапевта) контейнирует тревогу и другие тяжелые чувства клиента, а потом «интроецирует объект, способный контейнировать тревогу и справляться с ней» [43; с. 335].

Примером подобного хорошего контейнирования в телесной терапии могут быть следующие рекомендации Боаделлы для работы с клиентами, страдающими шизофренией: «...присутствие терапевта становится необходимой защитой для клиента. [Терапевт] может сбалансировать появляющийся инфантильный ужас человека благодаря оценке его возможностей, поддержанию контакта с реальностью текущего момента и терапевтическому сеттингу. Взрослый научается принимать задыхающегося от страха ребенка. А запуганный и принесенный в жертву ребенок приобретает опыт переживания, что у него есть внутренний взрослый (представленный вовне фигурой терапевта), который сохраняет с ним контакт, оказывает поддержку его восприятию себя и может помочь интегрировать недоступные прежде переживания» [7; с. 191].

### **§ 7.3. Тело как контейнер**

Отметим, что в телесно-ориентированной психотерапии не только психика, но и само тело клиента постепенно становится контейнером, способным служить надежнымместищем для сильных эмоциональных переживаний. Для шизоида, психика которого отделена от тела, невозможность использовать свое тело как контейнер приводит к характерным защитам вроде энергетического «рассеивания» (расфокусировки) эмоций,

изоляции аффекта и другим формам диссоциации. Осознанное телесное проживание чувств дает возможность шизоиду интегрировать ментальный и соматический уровни восприятия реальности, «заземлиться» и тем самым вернуться в тело. Как указывает Боделла, «проживание потока чувств гнева и страха *с участием эго* (курсив наш. – С.К.) может стать очень мощным способом заземления для человека с тенденцией к убеганию в голову от своих чувств» [7; с. 195].

#### **§ 7.4. Трансформация шизоидной структуры**

Боделла описывает довольно любопытный феномен личностной трансформации шизоида, который может произойти в процессе психотерапии. Он указывает, что успешная работа с шизоидом заключается в том, чтобы «помочь ему наладить каналы контакта, по которым будет струиться его горячая жизненная сила. Как только ему станет лучше, *он может выглядеть более истеричным* (курсив наш. – С.К.)» [8; с. 142].

Таким образом, Боделла согласен с концепцией Лейка и последователей бодинамики о шизоидно-истерической полярности. Как мы указывали ранее, согласно бодинамическому анализу у шизоидов и истерических личностей имеется схожая травматичная фиксация на самом раннем этапе развития, при формировании т.н. «структуры существования». Эта травма развития – в зависимости от силы, характера и длительности стресса – формирует либо шизоидную структуру личности (раннюю «ментальную» структуру существования в терминах бодинамики), либо истерическую (позднюю «эмоциональную» структуру существования).

Проработка травматичного материала в ходе терапии позволяет шизоиду постепенно осваивать противоположный полюс своей психики – эмоциональный, за счет чего происходит глубинная трансформация шизоидной структуры личности.

## ГЛАВА 8. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В БОДИНАМИКЕ

### § 8.1. Терапевтическая стратегия Марчер

Одна из создателей бодинамического анализа, Лизбер Марчер, в статье 1997 года «Понятие энергий и телесная психотерапия» («Energy concepts and body psychotherapy») предложила свой подход к работе с шизоидными клиентами – или, говоря в терминах бодинамики, клиентами с «ментальной структурой существования».

Марчер указывает на следующую последовательность терапевтической работы:

- 1) выявление проблемной области клиента, в которой заблокирована энергия (очевидно, что для шизоидов это сфера тела и чувств);
- 2) фокусирование внимания клиента на ресурсах, которые помогут ему пройти в проблемную область;
- 3) помощь клиенту в постепенной проработке проблемной области [32; с. 321].

Таким образом, стратегия Марчер включает несколько принципиальных моментов: последовательную проработку определенных областей и тем, учет в работе сильных сторон личности клиента, наработку ресурса перед движением в травматичную область.

### § 8.2. Работа с энергетическими полями

Темы, которые должны быть проработаны в терапии, Марчер соотносит с энергетическими полями. Эти поля выстроены в определенную многоуровневую иерархию. Всякий человек – в силу своей структуры личности и травм развития – может быть силен в одних энергетических полях и слаб в других. Человек шизоидного типа силен на так называемом абстрактном уровне «ментального» энергетического поля, которое связано с макушкой тела, мозгом и его процессами [32; с. 315]. Однако, он слаб в областях и темах, связанных с физическим и эмоциональным энергетическими полями.

Соответственно, работу с шизоидным клиентом лучше начинать с тем и ресурсов ментального поля, то есть, с символов и образов (в т.ч. методами арт-терапии) и с интеллектуальных осознаний. Как указывает Марчер, «подходящим началом работы с ним будет ментальное понимание важности чувств и телесных ощущений. Тогда клиент почувствует себя «встреченным» и понятым» [32; с. 317].

После наработки ресурса в ментальном поле и создании хорошего «когнитивного» контейнера, шизоиду можно начинать двигаться в энергетические поля, связанные с телом и чувствами. Здесь важную роль играет поддержание у клиента ощущения безопасности и доверия.

Марчер полагает, что терапевт сначала должен помочь шизоидному клиенту перевести энергию на физический уровень, т.е. уровень телесных ощущений, а уже потом – на эмоциональный уровень. Такая последовательность позволит клиенту использовать свое тело как контейнер для эмоций и благодаря этому выражать чувства более сфокусировано и в большем диапазоне.

Марчер обращает особое внимание на базовое, первостепенное значение физического энергетического поля, т.е. уровня физического тела, в терапевтическом процессе и в процессе личностного развития. «Телесное осознание, – пишет она, – означает, что вы можете оставаться в контакте с собой, контейнируя энергии всех полей и сохраняя этот контакт даже тогда, когда сумма энергий возрастает. <...> Потеря связи с телом и телесными ощущениями означает потерю реального контакта с собой и со своим телесным Эго – формой Эго, сформированной в самом раннем детстве» [32; с. 316].

## **ГЛАВА 9. РАБОТА С ШИЗОИДНЫМИ КЛИЕНТАМИ В ДРУГИХ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРАКТИКАХ**

### **§ 9.1. Возможности других подходов**

Ранее мы рассмотрели теоретические и практические подходы к терапии шизоидов в четырех телесно-ориентированных модальностях психотерапии: райхианском подходе, биоэнергетике Лоуэна, биосинтезе и бодинамике. Очевидно, что другие телесные практики также могут быть полезны для шизоидных клиентов. В частности, для восстановления связи с телом, формирования и интеграции нового образа «телесного Я» могут подойти метод Фельденкрайза, соматика Ханны, разные виды хатха-йоги; для нормализации мышечного тонуса – массаж и остеопатия; для работы с эмоциями – техники наподобие Emotional Freedom Technique (EFT); для обнаружения связи тела и чувств, а также выражения эмоциональной экспрессии через тело – танцевально-двигательная терапия (особенно контактная импровизация и аутентичное движение); для развития умения регулировать энергетическое состояние организма – цигун и «внутренние» стили ушу (тайцзицюань и др.).

Существуют примеры успешного применения телесной терапии на основе метода Фельденкрайза в клинической работе с больными эндогенными заболеваниями (в том числе, шизофренического спектра). В статье Б. Бутомы и Т. Аристовой «Применение телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении больных эндогенными психическими расстройствами» описана соответствующая терапевтическая программа, использованная в отделении внебольничной психиатрии НИПНИ имени В.М. Бехтерева. Авторы отмечают, что «из самоотчетов пациентов следует, что они после окончания групповых занятий становились увереннее в себе; у них повышалась самооценка, появлялось «уважение» к своему телу, к своим импульсам и желаниям, улучшалось настроение, уменьшалась тревога; у больных облегчалось общение, многие из них приобретали себе друга или подругу (вне группы)». Также «клинически было отмечено, что в результате проводимой групповой терапии увеличивался репертуар движений и поведенческих реакций у всех участников группового процесса, отмечалась коррекция эмоциональных проявлений в наиболее адекватной форме, что можно рассматривать в качестве условий персонального роста и расширения возможностей непрямого метафорического понимания действительности, а также повышения креативных возможностей участников группы, направленных на обеспечение обратной связи в коммуникативном процессе. Все это в целом приводило к более успешному разрешению личностных проблем» [11; с. 84].

Вместе с тем, как отмечается в указанной статье, авторы программы использовали не просто телесные упражнения, но интегративный, мультимодальный подход, привлекая помимо телесных практик также методы арт-терапии, когнитивно-поведенческой групповой психотерапии и т.д.

## **§ 9.2. Целесообразность интегративного подхода**

Мы полагаем, что именно интегративный подход, сочетающий телесные и аналитические техники, может дать хороший результат в терапии шизоидных клиентов. Такой подход, приводящий к повышению как телесной, так и когнитивной осознанности, наиболее целесообразен для достижения долгосрочного результата. Лоуэн пишет: «Если симптомы снимаются, а лежащая глубже шизоидная девиация остается недопонятой, пациент воспринимает лечение как поддержку, и его результат приобретает временный характер. От того, насколько преодолено шизоидное расщепление, зависит выздоровление пациента» [28; с. 18].

Что касается применения телесных упражнений отдельно, изолированно от терапевтического подхода, то уместно привести следующие соображения Лоуэна на этот счет: «Может возникнуть вопрос: *чем биоэнергетические движения отличаются от физических упражнений или других форм физической активности?* (курсив наш. – С.К.) <...> Многие люди с шизоидным характером обучались танцам, но так и не разрешили свою основную проблему. Фактически вся биоэнергетическая терапия вращается вокруг ограниченного числа движений. Но в этих движениях или позах делается упор на целостности тела. Только когда весь организм участвует в движении, оно становится эмоционально экспрессивным. Именно из-за неспособности двигаться целостно лица с шизоидным и шизофреническим характером являются эмоционально уплощенными» [29].

Таким образом, наличие терапевтической стратегии, учитывающей не только форму и количество упражнений, но и терапевтические задачи, стоящие за этими упражнениями, является принципиальным фактором, который влияет на эффективность работы с шизоидными клиентами. В качестве примера подобной стратегической работы с шизоидом, в которой сочетались телесные, эмоциональные и когнитивные аспекты, можно привести следующий случай, описываемый Лоуэном: «Я вспоминаю одну пациентку, которая в начале терапии смущалась, тушевалась и пугалась, когда я выгибал ее тело назад и оставлял в таком положении. Она выдерживала это только несколько секунд. Ее начинала бить дрожь, но она не знала, чего боится. Я сумел показать, что она боится ощущений в спине, что развалится или распадется на части. Все, что она знала, – это то, что смущена. Благодаря повторению процедуры и постоянной работе с телом ее

смущение и страх постепенно стали пропадать. Спустя некоторое время она сказала мне, что больше не смущается и не боится, и что периоды смущения, которые беспокоили ее вне терапии, также исчезли. Единственное, что она сделала со своим телом, – это постепенно установила над ним контроль. Затем она начала высвобождать в себе больше энергии и испытывать удовольствие от ощущения тела во время движения. Зная, насколько трудно таким пациентам получить удовольствие от тела, можно по достоинству оценить такой прогресс. *У всех таких пациентов способность переживать удовольствие в виде телесного ощущения является критерием выздоровления* (курсив наш. – С.К.). У другого пациента приятное переживание энергетического потока, проходящего по его телу, было одним из самых лучших переживаний в его жизни» [29].

### **§ 9.3. Телесные практики и диссоциативные защиты**

В завершение этой главы мы хотели бы обратиться к статье Раджи Сельвама «Как избежать разрушения эмоций при отслеживании телесных ощущений», в которой автор описывает любопытный феномен, связанный с телесными практиками и диссоциативными защитами, столь свойственными людям с шизоидной структурой личности.

Суть этого феномена в том, что некоторые люди, которые долго и добросовестно практикуют телесные практики вроде йоги или цигун, через какое-то время начинают испытывать затруднения в обнаружении у себя эмоций – как негативных, так, порой, и позитивных. Их способность к эмоциональной экспрессии и глубоким чувственным переживаниям словно бы стирается; порой настолько, что они начинают, в некотором смысле, походить на роботов.

По мнению Сельвама, это происходит по следующей причине: «Со временем детальное отслеживание телесных ощущений может запустить механизм формирования автоматической реакции, паттерна, предотвращающего появление эмоций, в первую очередь, неприятных. Такое отслеживание может даже превратиться в заученную защиту против возникновения эмоций. Это, кстати, касается и других инструментов, используемых для регуляции тела, например, поиска приятных мест в теле для смягчения дискомфортных переживаний в других местах. По факту, любая телесная техника, будь то прикосновение, дыхание, прослеживание потока энергии, произвольные и непроизвольные движения, позитивные образы, трансформация памяти и другие, будет иметь тот же разрушительный эффект, если ее целью является физиологическое расслабление» [40].

По сути, Сельвам описывает механизм формирования диссоциативной защиты под названием «изоляция аффекта». Действительно, множество психологических техник построено на том, чтобы применить к клиенту либо обучить его изоляции аффекта, и таким образом купировать сильные эмоциональные переживания («стереть эмоциональный заряд», «убрать негативные переживания» и т.п.). Да, порой такой подход весьма эффективен и целесообразен; кроме того, можно понять его популярность среди психологов: мало кто любит контейнировать клиентские аффекты, а так – минимум усилий – и клиент вроде бы в норме. Но очевидно, что есть и «оборотная сторона медали».

Для шизоидного клиента изоляция аффекта является привычным защитным паттерном. И если терапия будет вести к закреплению этого паттерна, игнорируя потребности шизоида в эмоциональной и телесной экспрессии, то такая терапия не даст глубокого качественного результата.

Что же касается терапевтической ценности эмоций, а также важности наработки клиентом в процессе терапии хорошего эмоционального контейнера, то мы приведем мнение Сельвама: «В психологическом смысле именно способность переживать и выдерживать эмоции позволяет нам самоисцеляться. Это когда человек может ощущать сердечную боль как нечто, что он может пережить и не закрыться, а оставить сердце открытым для последующего опыта, возможно, более полного. Это когда человек может выдерживать сильные эмоции (информацию в виде эмоций) достаточно долго, чтобы переработать их когнитивно и поведенчески. В противном случае, человек проваливается в рационализирующее или поведенческое отреагирование и выстраивает защиты против эмоций» [40].



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении мы обобщим основные выводы, к которым пришли в настоящей работе.

В первой части проанализировано развитие взглядов на понятие о шизоидной личности, а также на основную проблематику и этиологию шизоидности. Рассмотрены позиции предшественников психиатрического направления (Блейлера, Кречмера, Ганнушкина, Личко, Леонгарда), последователей психодинамических подходов (Юнга, Кляйн, Фейрберна, Малер) и представителей телесно-ориентированной психотерапии (Райха, Лоуэна, Боаделлы и др.). Прослежена последовательность в эволюции психологических представлений о шизоидности в рамках общего развития научной мысли и накопления данных, связанных, в том числе, с эмбриологией, генетикой, пренатальной и перинатальной психологией.

Можно резюмировать, что развитие психологических представлений о шизоидной структуре личности и связанных с ней феноменах прошло путь от относительно простых описательных подходов (конституциональной теории Кречмера, концепций об акцентуациях и т.п.) до сложных онтогенетических концепций в психоанализе и телесно-ориентированной психотерапии. Также мы приходим к выводу о прямом влиянии психоаналитических концепций на идеи телесно-ориентированных исследователей, касающиеся шизоидной структуры личности. Можно резюмировать сходство как в описании психодинамики шизоидности, так и в объяснении ее этиологии. Анализ причин шизоидности указывает на принципиальное значение пренатального, перинатального и раннего орального периодов развития ребенка, а также важность роли матери и объектных отношений.

Во второй части рассмотрены вопросы психотерапевтической работы с шизоидными клиентами в телесно-ориентированных модальностях. Концептуальное сходство психоаналитических и телесно-ориентированных взглядов на шизоидность находит свое практическое продолжение в тех подходах к шизоидным клиентам, которые предлагают Райх, Лоуэн и Боаделла. Указание этих авторов – телесных терапевтов на эффективность использования с шизоидными клиентами различных форм психотерапевтического лечения, пришедших из психоанализа (анализ переноса, характера, сновидений и т.д.), приводит нас к выводу о целесообразности интегративного мультимодального сочетания телесных и аналитических практик в терапии шизоидов.

В пользу такого сочетания говорят также следующие практические рекомендации относительно работы с шизоидными клиентами, которые мы можем суммировать по итогам второй части:

- 1) необходимость укрепления эго-функции шизоида для купирования эмоциональных срывов и создания возможности работы с телом и чувствами;
- 2) создание хорошего когнитивного, эмоционального и телесного контейнера в ходе терапии; особые требования к терапевту как к контейнеру и участнику терапевтического контакта;
- 3) формирование качественной связи (отождествления) Эго шизоида с телом и чувствами; преодоление привычного паттерна диссоциативных защит;
- 4) при наличии хорошего контейнера – целесообразность прохождения через эмоциональные и энергетические телесные переживания, ведущие к катарсической разрядке, возникновению нового опыта и связывающие «ментальное» Эго шизоида с телом и чувствами.

Автор надеется, что данная работа внесет свой небольшой вклад в развитие эффективных и гуманных подходов в терапии клиентов с шизоидной структурой личности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Akhtar, S. Broken structures: severe personality disorders and their treatment / S. Akhtar. – Oxford [etc.]: A Jason Aronson Book, 1992. - 419 p.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing, 2013. - 947 p.
3. Donald, C.G. Перспективы лечения когнитивного дефицита и негативной симптоматики шизофрении / С.G. Donald; пер. с англ. М.А. Орловой // Всемирная психиатрия. – 2013. – Том 12, № 2. – С. 95-102.
4. Березкина-Орлова, В.Б. Биосинтез / В.Б. Березкина-Орлова, Г. Ченцова // Свободное тело / ред. В.Ю. Баскаков - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004 - 224 с.
5. Бернхард, П. Пробуждение телесного Эго / П. Бернхард, М. Бентцен, Д. Исаакс; пер.с англ. А. Сливковой и В. Березкиной-Орловой // Телесная психотерапия. Бодинамика / пер. с англ., ред. В.Б. Березкина-Орлова. - М.: АСТ; Астрель, 2011. - С. 73-165.
6. Блюм, Д. Психоаналитические теории личности / Д. Блюм; пер. с англ. А.Б. Хавина. - М.: Академический проект; Культура, 2009. - 222 с.
7. Боаделла, Д. Биосинтез. Потоки жизни / Д. Боаделла; пер. с англ., ред. В.Б. Березкина-Орлова. - М.: Центр психологического консультирования и телесной психотерапии, 2016. - 448 с.
8. Боаделла, Д. Стресс и структура характера. Синтез концепций / Д. Боаделла; пер. с англ. С. Карасевой // Биосинтез. Вдохновение и воплощение / Д. Боаделла; пер. с англ., ред. В.Б. Березкина-Орлова, В. Мохов. - М.: Центр психологического консультирования и телесной психотерапии, 2017. - С. 120-211.
9. Борисова, Д.Ю. Социальная адаптация подростков с шизоидным расстройством личности (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук (14.00.18) / Д.Ю. Борисова; Научный центр психического здоровья РАМН. - М., 2007. - 25 с.
10. Брехман, Г.И. Эмоциональная жизнь плода: от смутных догадок к научным исследованиям / Г.И. Брехман // Жіночий Лікар. - 2011. - № 2. - С. 10-15.
11. Бутома, В.Г. Применение телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении больных эндогенными психическими расстройствами / В.Г. Бутома, Т.А. Аристова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. - 2012. - № 3. - С. 80-87.
12. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин // Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. - М.: Медицина, 1964, - С. 116-252.
13. Ганнушкин, П.Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции / П.Б. Ганнушкин // Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. - М.: Медицина, 1964, - С. 58-73.

14. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость / Г. Гантрип; пер. с англ. В. Старовойтова. - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2010. - 672 с.
15. Догерти, Н. Шизоидная структура характера: замерзающий во льдах [Электронный ресурс] / Н. Догерти, Ж. Вест; пер. с англ. // Журнал Практической Психологии и Психоанализа. - 2015. - № 4. - Режим доступа: <http://psyjournal.ru/articles/shizoidnaya-struktura-haraktera-zamerzayushchiy-vo-ldah>, свободный.
16. Интервью с Дэвидом Боаделлой // Биосинтез. Поток жизни / Д. Боаделла; пер. с англ., ред. В.Б. Березкина-Орлова. - М.: Центр психологического консультирования и телесной психотерапии, 2016. - С. 335-444.
17. Кербиков, О.В. Научное наследие Ганнушкина П.Б. / О.В. Кербиков // Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. - М.: Медицина, 1964, - С. 3-23.
18. Классификация психических расстройств по МКБ-10. F6 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте [Электронный ресурс]. - Официальный сайт ФГБНУ НЦПЗ. - Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/14/chapter/8>, свободный.
19. Кляйн, М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах / М. Кляйн; пер. с англ. А.Н. Ниязовой // Психоаналитические труды: в 7 т. Том 5. / М. Кляйн; пер. с англ. - Ижевск: ERGO, 2007. - С. 69-101.
20. Конюхов, Н.И. Шизоидность: ?! / Н.И. Конюхов, Е.Н. Конюхова. - М.: ДеЛи плюс, 2011. - 352 с.
21. Короленко, Ц.П. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. - Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. - 448 с.
22. Кречмер, Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер; пер. с нем. Г.Я. Тартаковского, ред. П.Б. Ганнушкин. - М.: Академический проект, 2015. - 327 с.
23. Куттер, П. Психоанализ: Введение в психологию бессознательных процессов / П. Куттер, Т. Мюллер; пер. с нем. - М.: Когито-Центр, 2011. - 384 с.
24. Лапланш, Ж. Словарь по психоанализу / Ж.Лапланш, Ж.Б. Понталис; пер. с франц. Н.С.Автономовой. - М.: Центр гуманитарных инициатив, 2017. - 751 с.
25. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. В.М. Лещинской. - Ростов н/Д.: Феникс, 1997. - 544 с.
26. Личко, А.Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии [Электронный ресурс] / А.Е. Личко // Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. - 1993 - №1. - Режим доступа: [http://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Psihol/Article/lichk\\_aks.php](http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/Article/lichk_aks.php), свободный.
27. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Электронный ресурс] / А.Е. Личко. - [СПб.: Речь, 2010]. - Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/55>, свободный.

28. Лоуэн, А. Предательство тела / А. Лоуэн; пер. с англ. - М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2012. - 240 с.
29. Лоуэн, А. Физическая динамика структуры характера [Электронный ресурс] / А. Лоуэн; пер. с англ. Е.В. Поле. – [М.: Издательская фирма "Компания Пани", 1996]. - Режим доступа: <http://www.psychosomatica.ru/fizicheskaya.html>, свободный.
30. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. - М.: Независимая фирма "Класс", 2012. - 480 с.
31. Мак-Вильямс, Н. Размышления о шизоидной динамике [Электронный ресурс] / Н. Мак-Вильямс; пер. с англ. М.А. Исаевой // Журнал Практической Психологии и Психоанализа. - 2016. - № 2. - Режим доступа: <http://psyjournal.ru/articles/razmyshleniya-o-shizoidnoy-dinamike>, свободный.
32. Марчер, Л. Понятие энергий и телесная психотерапия / / Л. Марчер; пер.с англ. Н. Дьяконовой // Телесная психотерапия. Бодинамика / пер. с англ., ред. В.Б. Березкина-Орлова. - М.: АСТ; Астрель, 2011. - С. 314-324.
33. Немов, Р.С. Психологический словарь / Р.С. Немов. - М. : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2007. - 560 с.
34. Петрюк, П. Т. Вильгельм Райх: биографические, научные и психиатрические аспекты (к 115-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Психічне здоров'я. - 2012. - № 4. - С. 98-108.
35. Психиатрия / ред. Н.Г. Незнанов, Ю.А. Александровский и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.
36. Райх, В. Анализ характера [Электронный ресурс] / В. Райх; пер. с англ. Е.В. Поле. – [М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000]. - Режим доступа: <https://www.e-reading.club/book.php?book=81739>, свободный.
37. Решетников, М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий / М.М. Решетников. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2003. - 328 с.
38. Решетников, М.М. Трудности и типичные ошибки начала терапии / М.М. Решетников. - СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2009. - 243 с.
39. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М.Е. Сандомирский. - М: Независимая фирма "Класс", 2005. - 592 с.
40. Сельвам, Р. Как избежать разрушения эмоций при отслеживании телесных ощущений / Р. Сельвам; пер. с англ. - Режим доступа: <http://www.processwork.ru/schedule/s375.html?PHPSESSID=nhbq433vgkm22vudgik4bnm705>, свободный.
41. Тайсон, Ф. Психоаналитические теории развития / Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон; пер. с англ. А.М. Боковой. - М.: Когито-Центр, 2006. - 407 с.

42. Хиншелвуд, Р. Контрперенос и терапевтические отношения / Р. Хиншелвуд; пер. с англ. И. Пантелеевой. - Режим доступа: <http://www.spp.org.ru/page.php?id=162>, свободный.
43. Хиншелвуд, Р. Словарь кляйнианского психоанализа / Р. Хиншелвуд; пер. с англ. З. Баблюяна. - М.: Когито-Центр, 2007. - 566 с.
44. Эволюция психотерапии. Том 4 / пер. с англ. - М.: Независимая фирма "Класс", 1998. - 320 с.
45. Юнг, К.Г. Психологическая теория типов / К.Г. Юнг; пер. с нем. А.М. Боковинова // Психологические типы / К.Г. Юнг; пер. с нем., ред. В.В. Зеленский. - М.: Университетская книга; АСТ, 1998. - С. 624-644.
46. Юнг, К.Г. Психологические типы / К.Г. Юнг; пер. с нем. С.Лорие, ред. В.В. Зеленский. - М.: Университетская книга; АСТ, 1998. - 720 с.