

Joseph Weiss

HOW PSYCHOTHERAPY
WORKS

Process and Technique

Guilford Press
New York London

Джозеф Вайсс

**КАК РАБОТАЕТ
ПСИХОТЕРАПИЯ**

Процесс и техника

Перевод с английского А.Б. Образцова

**Москва
Независимая фирма "Класс"
1998**

УДК 615.851.13

ББК 53.57

В 14

Вайсс Дж.

В 14 Как работает психотерапия: Процесс и техника/Пер. с англ. А.Б. Образцова. — М.: Независимая фирма “Класс”, 1998. — 240 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

ISBN 5-86375-069-3 (РФ)

Джозеф Вайсс, один из крупнейших современных психоаналитиков, рассказывает о своей теории бессознательной психической жизни, мотивации и психопатологии и об основанных на ней психотерапевтических техниках, с успехом применяемых им самим и его коллегами. Теория основана на идеях Фрейда, нашедших отражение в его поздних работах, и развита на клиническом и научном материале, полученном автором и его сотрудниками. Кроме описания теории и техник, книга содержит данные научных исследований, предпринятых для ее проверки и уточнения, и изложение основных альтернативных психоаналитических теорий.

Книга будет интересна и клиницистам, и психотерапевтам, и психологам-теоретикам, и широкому кругу читателей, интересующихся проблемами психологии.

Главный редактор и издатель серии *Л.М. Кроль*

Научный консультант серии *Е.Л. Михайлова*

Публикуется на русском языке с разрешения издательства Guilford Press и его представителя Марка Патерсона.

ISBN 0-89862-548-3 (USA)

ISBN 5-86375-069-3 (РФ)

© 1993, Joseph Weiss

© 1993, Guilford Press

© 1998, Независимая фирма “Класс”,
издание, оформление

© 1998, А.Б. Образцов, перевод
на русский язык

© 1998, М.Н. Тимофеева, предисловие

© 1998, В.Э. Королев, обложка

www.kroll.igisp.ru
Купи книгу “У КРОЛЯ”

Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству “Независимая фирма “Класс”. Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.

ТО, ЧТО ВЫ ХОТЕЛИ ЗНАТЬ О ПСИХОТЕРАПИИ, НО ВСЕГДА БОЯЛИСЬ СПРОСИТЬ

Прошли те времена, когда у нас в России слово “психотерапевт” для большинства людей было почти неотличимо от слова “психиатр” и вызывало такие же пугающие ассоциации или — в лучшем случае — недоумение. Но, несмотря на то, что ситуация изменилась, Вы вряд ли получите вразумительный ответ, если спросите, как психотерапия работает, что психотерапевт делает и почему то, что он делает, помогает пациенту, — даже от людей, читавших книги на эту тему или прошедших курс психотерапии и получивших реальную помощь. Более того, думаю, что если без предупреждения задать тот же вопрос человеку, профессионально занимающемуся психотерапией, то в первый момент он растеряется, а потом с трудом будет подыскивать ответ, понятный собеседнику.

Наверное, многим психотерапевтам знакомо замешательство, возникающее при попытках объяснить новому пациенту, что же будет происходить в их работе и как это ему поможет. При этом пациенту, уж коли он обратился за психотерапевтической помощью, часто бывает неловко признать, что ему непонятно. Это в еще большей степени относится к студентам, начинающим изучать психотерапию. Книга Джозефа Вайсса “Как работает психотерапия” замечательна тем, что она действительно дает ответ на этот вопрос.

Вайсс на большом количестве предельно понятных клинических примеров объясняет, как психотерапия работает, как то, что происходит на терапевтических сессиях, помогает пациенту справиться со своими проблемами и, в конечном счете, измениться желательным для себя образом.

Хотя автор, безусловно, адресовал свою книгу коллегам-психотерапевтам (и, более того, психоаналитикам) и его работа пропитана полемикой с более классическим психоаналитическим взглядом на вещи, я уверена, что она особенно хороша для начинающих психотерапевтов, работающих в любых (не обязательно психоана-

литически-ориентированных) подходах, и пациентов. Я даже рискну утверждать, что она сама по себе обладает психотерапевтическим воздействием и наряду с работами Э. Берна может стать примером того, как идеи психоанализа становятся достоянием масс.

Гарольд Сэмпсон в своем предисловии подробнейшим образом рассказывает о содержании “замечательного и оригинального труда Вайсса” и очерчивает его роль и место в психоанализе. Поэтому нам кажется важным осветить два момента: что книга может дать именно российскому читателю (о чем уже было сказано выше) и какой видится теория Вайсса теперь, после пяти лет бурного развития психоанализа (она была опубликована в 1993 году). Жизнь подтвердила подход Вайсса, и его предположения и выводы можно назвать верными. Правда, психоаналитическая теория за эти годы нашла новую парадигму для осмысления описываемых Вайссом явлений и показала некоторую ограниченность его понимания (в первую очередь мы имеем в виду американский психоанализ отношений (relational psychoanalysis)).

Вайсс, вероятно, не сделал следующего шага, хотя шел в том же направлении, а может быть, отчасти даже и прокладывал дорогу. Он считает, что аналитик должен *вести себя* так, чтобы не подтвердить патогенных убеждений пациента, которые тот на нем проверяет. Подразумевается, что нужно подумать, догадаться, каковы патогенные убеждения у данного пациента, и решить, как повести себя с ним. Современный “подход отношений” в психоанализе предполагает, что аналитик должен стараться вести себя с пациентом аутентично. Тогда то, что рождается в их отношениях, не повторяет паттерны взаимодействия пациента с его родителями, дает ему новый, если хотите, “корректирующий” эмоциональный опыт (но не специально сконструированный) и, таким образом, восстанавливает его способность являться творцом своей жизни в этом мире. (Патогенные убеждения, о которых пишет Вайсс, были частным проявлением или одной из причин неспособности пациента делать это.)

Но как бы то ни было, сейчас у нас есть прекрасная возможность пройти пусть только часть пути с таким замечательным провожатым, как Джозеф Вайсс, готовым ответить на все наши “неприличные” вопросы.

Мария Тимофеева

ПРЕДИСЛОВИЕ

В своем замечательном и оригинальном труде Вайсс представляет изящную и сильную теорию, подтвержденную как клиническими данными, так и эмпирическими исследованиями. Теория позволяет нам по-новому взглянуть на то, как работает психотерапия. Основные положения метода, вытекающие из теории, проиллюстрированы тщательно отобранными и разнообразными примерами из практики.

Вайсс полагает, что люди, начиная с младенчества, крайне заинтересованы в понимании реальности и адаптации к ней. Для этого они, используя собственный опыт, создают убеждения, характеризующие их реальность, включая наиважнейшие убеждения — представления о себе и общении с другими людьми. Некоторые из этих убеждений “патогенные”, поскольку препятствуют нормальному функционированию психики, отрицательно отражаются на самооценке и не дают человеку достичь желаемых целей. Патогенные убеждения заставляют человека думать, будто достижение желаемых целей (например, стать независимым, счастливым, спокойным, удачно жениться или продвинуться по службе) создают опасность для него или других людей. Чтобы избежать этих опасностей, человек может отказаться от своих важных целей и развить подавления и симптомы.

Теория терапии Вайсса прямо вытекает из вышеизложенного взгляда на проблемы пациента. Психотерапия — это процесс, в котором пациент работает с помощью терапевта над развенчанием своих патогенных убеждений. Человек крайне заинтересован в развенчании этих убеждений, поскольку они мрачны и неадаптивны, заставляют его похоронить свои мечты и причиняют ему много страданий. Пациент работает во время всей терапии, чтобы разувериться в этих убеждениях и преодолеть возникшие из них проблемы. Пациент работает, бессознательно тестируя свои патогенные убеждения во взаимодействии с терапевтом. Он также работает над осознанием (с помощью интерпретаций) патогенных убеждений и над пониманием того, что они иррациональны и не-

адаптивны. Пациент в терапии следует своим бессознательным целям и планам, и прогресс его терапии регулируется бессознательными оценками опасности и защищенности. Пациенты перешагивают вытеснения и прогрессируют в терапии, если верят, что могут сделать это безопасно для себя.

Задача терапевта — помочь пациенту в его борьбе за развенчание патогенных убеждений и достижение запрещенных ими целей. Терапевт может добиться этого разными способами. Он может помочь пациенту разувериться в патогенных убеждениях определенным отношением к пациенту; он может сделать это, пройдя тестирование пациента; или интерпретируя. Терапевт должен подлаживать свой подход к каждому патогенному убеждению и к каждой цели пациента.

Эти краткие замечания не позволяют оценить теорию, ее богатство и тонкость ее клинических приложений. Я, тем не менее, говорю об этом, поскольку из-за ясности и всеобъемлемости теории ее фундаментальные положения не искажаются даже в кратком изложении. Теории Вайсса присуща та простота, которая желательна для любой хорошей теории: ее положения внутренне непротиворечивы, они охватывают широкий спектр феноменов.

Вайсс разработал свою теорию, основываясь на изучении психоаналитических и — позже — психотерапевтических протоколов. Он увидел то, что в действительности приходит вместе с важными психотерапевтическими изменениями — с осознанием ранее вытесненных идей и воспоминаний, с проявлением новых аффектов, с развитием новых инсайтов о бессознательной и сознательной жизни и с появлением новых поведенческих навыков. Его эмпирический подход привел к открытию того обстоятельства, что психоаналитические пациенты часто остаются спокойными, когда ранее вытесненный материал выходит наружу, и что, по всей видимости, пациенты не конфликтуют с этим материалом. Многие известные психоаналитические гипотезы находятся в противоречии с этими и связанными с ними эмпирическими данными. Вайсс постепенно разрабатывает новые гипотезы, которые лучше согласуются с данными исследований, и имеют заметную предсказательную силу. Многие из этих гипотез были проверены и подтверждены точными исследованиями, которые были проделаны в течение последних 20 или более лет.

Клиническая эффективность теории происходит не только из ее согласованности с экспериментальными данными, но также из нео-

споримых открытий Вайсса о том, как понять из истории и поведения пациента в процессе лечения, чего он пытается достичь и как терапевт может ему в этом помочь. В дополнение к этому, теория позволяет терапевту точно определить правильный тип взаимоотношений в развитии терапии и обнаружить ранее незамечаемые связи между отношением и поведением терапевта и последующим психическим материалом пациента.

Например, одна пациентка бессознательно верила, что терапевт будет критиковать ее достижения, как это делал ее отец. На одной из первых сессий она тестировала это убеждение, сказав, что хотя и работала над своими проблемами хорошо, но, по-видимому, вела себя слишком осознанно и поэтому что-то запретила себе. Терапевт стал расспрашивать пациентку о том, что лежит за ее критикой собственной работы. Та не ответила прямо, но несколько позже спонтанно вспомнила такой случай из детства. Ее отец заметил, рассматривая школьную газету, которой пациентка очень гордилась, что в ней не затрагиваются серьезные вопросы и поэтому она бесполезна. Следующую сессию пациентка начала с разговора о том, как хорошо она проводит свою исследовательскую работу. Концепция Вайсса позволила терапевту увидеть связь между самокритикой пациентки, вопросами терапевта об этом, следующим спонтанным воспоминанием детского эпизода о том, как отец критиковал пациентку, и тем, что пациентка говорит о своих достижениях на работе на следующей сессии. Пациентка тестировала свое патогенное убеждение, приглашая терапевта согласиться с ее самокритикой. Когда тот не сделал этого, она начала припоминать зарождение данного убеждения. На следующей сессии пациентка тестировала терапевта, с гордостью описывая свои достижения, приглашая терапевта оспорить их (в надежде, что он не будет этого делать).

Эта виньетка, как и многие другие примеры из данной книги, иллюстрирует то, как теория Вайсса ориентирует терапевта в происходящем и позволяет проверить его собственное понимание пациента и терапевтического процесса. В предыдущем примере терапевт мог убедиться в полезности собственной интервенции. В других случаях терапевт может понять, что его интервенции бесполезны, если будет исходить из текущего материала. Терапевт затем сможет скорректировать свое понимание пациента и терапевтического процесса, приспособив свои интервенции к нуждам пациента.

Вайсс оспаривает многие известные психотерапевтические идеи, например, о том, что первичная мотивация пациента в терапии — состоит в том, чтобы осознать свои проблемы или удовлетворить инфантильные желания; что поведение пациента в терапии — это прежде всего попытка удовлетворить желания или защитить себя; что нейтральность терапевта существенна для терапевтических изменений; что сновидения — это первичный процесс выражения подавленных желаний; что корректирующий эмоциональный опыт препятствует терапевтическому прогрессу. В некоторых случаях Вайсс поверяет известные идеи более широкими принципами терапии. Это позволяет Вайссу показать, где и когда идея полезна, а где и когда она вредна. Например, Вайсс показывает, что нейтральность терапевта полезна, когда она разоблачает патогенные убеждения пациента, но в некоторых примерах этот подход поддерживает патогенные убеждения и препятствует прогрессу терапии.

Подход Вайсса преодолевает многие известные дихотомии (и, соответственно, известные темы дискуссии), концентрируясь на фундаментальных процессах. Например, Вайсс показал, что любая интервенция, разоблачающая патогенное убеждение — будь то поддержка, взаимодействие или интерпретация — увеличивает чувство безопасности пациента и, следовательно, уменьшает необходимость вытеснения. Такие интервенции, как подбадривание и переубеждение, позволяют некоторым пациентам снять вытеснение и развить новые инсайты об их бессознательной психической жизни и снять подавления и симптомы. Как заметил Вайсс, эти представления лишают разделение на поддерживающую и раскрывающую терапии большей части его значения. Подобным образом Вайсс относится к разделению терапии на интерактивную и интерпретивную, рациональную и аналитическую.

Хотя теория Вайсса оспаривает многие ранние фрейдовские идеи о бессознательном психическом функционировании, психопатологии и методе, он показывает, что его теория имеет корни в некоторых поздних концепциях Фрейда. Теория Вайсса сохраняет важные связи с другими достижениями психоаналитического образа мысли. На него не оказала прямого влияния интерперсональная теория Силливана или такие теоретики объектных отношений, как Феирбайрн или Винникотт, но его работа тематически пересекается с ними (но и существенно отличается). Сходства включают в себя идею о первичной мотивации ребенка, независимой от вле-

чений, находить и поддерживать объектные отношения, о том, что поиск удовольствия подчинен поиску и поддержанию важных связей с родителями, что психотерапия основана на попытках адаптировать человека к реальности, что подчинение требованиям окружения может быть важным источником психопатологии, что дети могут искажать или отрицать реальность с адаптивной целью защитить их отношения с родителями. Теория Вайсса также имеет нечто общее с некоторыми аспектами теории привязанности Боули, с новыми данными современных психоаналитических исследований детского развития и с другими современными аналитическими работами.

Теория также далеко не бесполезна для теоретиков и практиков неаналитических подходов из-за подчеркивания центральной роли адаптации, важности чувства безопасности пациента в терапии и роли высших психических функций, таких как убеждения, в психопатологии и лечении. Например, неаналитики, так же как и аналитики, интересующиеся лечением подвергшихся в детстве злоупотреблению или насилию пациентов, могут найти многое в работе Вайсса полезным и близким. Более того, это движение носит двухсторонний характер: структура теории Вайсса, благодаря своей концепции патологии, происходящей из патогенных убеждений, и терапии, включающей в себя развенчание этих убеждений, готова принять ценные идеи и открытия специалистов различных направлений.

Я полагаю, что настоящая книга — огромное подспорье. Она изменит образ мысли читателя, окажет влияние на его работу и психотерапию. Она также изменит идеи и представление читателей о природе человека, его основных мотивациях, его бессознательном разуме и психопатологии. Я верю, что она окажет сильное влияние на развитие нашей научной области.

Гарольд Сэмпсон

ВСТУПЛЕНИЕ И БЛАГОДАРНОСТИ

Несколько лет назад Гарольд Сэмпсон, я и Психотерапевтическая исследовательская группа Маунт Зион (известная теперь как Психотерапевтическая исследовательская группа Сан-Франциско) выдвинули особую психоаналитическую теорию сознания, психопатологии и терапии, нашедшую затем подтверждение в многочисленных формальных количественных исследованиях (Weiss, Sampson, and the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Теория делает особый акцент на концепции, которую Фрейд развивал в своих поздних работах, касающихся бессознательных познавательных способностей пациента, его бессознательной деятельности по решению задач и сильного бессознательного желания разрешить свои проблемы (см. гл. 9). Теория касается техник психоанализа и психоаналитической терапии и может применяться для понимания человеческого поведения.

В этой книге я разрабатываю применения моей теории к психотерапевтической технике; соответственно, я включил в книгу многочисленные примеры из клинической практики. Это лишь иллюстрации, а не убедительные доказательства моих концепций. Я представляю эти примеры просто и прямо, чтобы читатели могли размышлять о моих концепциях и решать, соглашаться с ними или нет. Все мои идеи происходят из научных исследований и клинических наблюдений, и я приглашаю читателей проводить свои собственные исследования, используя как клинические наблюдения, так и строгие научные методы.

Будучи убеждены в важности научных исследований, мы с Гарольдом Сэмпсоном основали в 1972 г. психотерапевтическую исследовательскую группу Маунт Зион, чтобы проверить обоснованность моих концепций формальными количественными методами. В качестве содиректоров этой группы мы провели многочисленные исследования указанных концепций. Основные идеи состояли в том, что психопатология пациента проистекает из подсознательных патогенных установок, что пациент сильно мотивирован убедиться в ложности данных установок и что в терапевтическом процессе он работает по простому плану, чтобы сделать это. Мы

также продемонстрировали: пациент может приобретать значительный контроль над своей бессознательной психической жизнью. Наши исследования помогли мне и моим сотрудникам развить и усовершенствовать теорию.

Многие из наших исследований представлены в главе 8 настоящей книги. Эта глава содержит исследования, не включенные в книгу “The Psychoanalytic Process” (Weiss et al., 1986), и предназначена для клиницистов, не знакомых с научными методами исследований.

Развитием моих концепций психики, теории и техники я обязан Гарольду Сэмпсону. Мы работаем вместе с 1964 года и в течение всего этого времени регулярно обсуждаем теорию, клинику и психотерапевтические техники. Ясное мышление Гэла, его широкие и четкие взгляды на психологию и психоанализ оказывали мне неоценимую помощь.

Наши исследования существенно обогатила работа Джона Куртиса и Джорджа Зильбершатца (Curtis & Silberschatz, 1986), собравших и обработавших записи большого числа коротких (каждый по 16 сеансов) психотерапевтических процессов. Куртис и Зильбершатц не только сами изучили эти процессы, но и руководили большим числом исследований, в ходе которых были получены замечательные результаты.

Том Келли и Джек Берри сильно помогли нам в статистическом анализе наших данных. Я в долгу у них обоих. Я также весьма обязан Линн О’Коннор, которая с самого начала обсуждала со мной книгу. Она указала мне на материал, который может оказаться полезным изучающим психологию. Наши дискуссии по клиническим и теоретическим вопросам еще более увеличивают мою признательность.

Джессика Бройтман, Маршалл Буш, Тэд Дорпат, Стив Франкел, Сюзанн Гасснер, Кэти Мулхэрин и Дэнни Цейтлин прочитали мою рукопись и сделали много полезных замечаний. Эстэл Вайсс тщательно, строчка за строчкой, отредактировала рукопись, сделав ее более читаемой. Китти Мур, мой редактор в “Гилфорд Пресс”, помогала мне в работе над книгой и придала мне смелости включить в нее некоторые вопросы, которые я сначала думал опустить. Майкл Саймон выполнил работу, необходимую для выхода книги. И, наконец, Келли Мак-Муллен и Эрин Мерритт весело и со знанием дела печатали и перепечатывали рукопись.

ЧАСТЬ I. ТЕХНИКА ПСИХОТЕРАПИИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

1. ВВЕДЕНИЕ

Предмет этой книги — психотерапевтическая техника. Концепции метода, представленные здесь, базируются на особой психоаналитической теории, которая имеет свои представления о бессознательном функционировании психики, мотивации и психопатологии.

Эта теория постулирует, что проблемы пациента проистекают из пугающих бессознательных дезадаптивных убеждений (называемых здесь “патогенными”), которые мешают ему, неблагоприятно влияют на его самооценку и не дают добиваться адаптивных и желаемых целей (например, счастья, успеха или хороших отношений с другими). Пациенты страдают от этих убеждений и сильно мотивированы, как сознательно, так и бессознательно, разрушить их. И они работают с психотерапевтом в надежде достичь этого. Главная задача психотерапевта следует из этого постулата: помочь пациенту в его усилиях опровергнуть вредные убеждения и добиться целей, на пути к которым эти убеждения стояли.

Очерченная выше теория — фрейдистская в том смысле, что она основывается на известных идеях о психике, мотивации, психопатологии и психотерапии, которые Фрейд несистематически развивал как часть своей эгопсихологии (обсуждение взглядов Фрейда содержится в главе 9). Однако, как я покажу позже, теория имеет своим основанием совсем другие положения, представленные Фрейдом в его “Методике и технике психоанализа” (*Freud. Papers on Technique, 1911—1915*).

Технические представления, предложенные в этой книге, достаточно широки, чтобы их можно было применять и в психоанализе, и в психоаналитической терапии. Мы будем иметь дело с тем общим, что есть у этих двух направлений, тогда как их различия останутся за границами нашего рассмотрения. В этой и следую-

щей главах я подготовлю читателя к восприятию моих идей, предоставив обзор теории, на которой они базируются.

Обзор основной теории

Мотивация

Наиболее сильная человеческая мотивация — адаптироваться к реальности, особенно к реальности межличностных отношений. С младенчества человек начинает работу по адаптации к своему человеческому окружению — работу, которую он продолжает затем в течение всей своей жизни. В частности, он ищет устойчивые убеждения — знания о себе и об окружающем мире. Человек всю жизнь познает, как он влияет на других и как другие реагируют на него. Он также старается узнать моральные и этические правила, которых должен придерживаться в отношениях с другими и которых другие будут придерживаться в отношениях с ним. Он узнает об этом в раннем детстве как от старших, так и делая выводы из собственного опыта.

Представления человека о реальности и морали — важнейшие для его сознательной и бессознательной психической жизни. Они наделены огромной властью. Они руководят выполнением наиважнейших задач — адаптации и самосохранения. Они организуют восприятие: человек воспринимает себя и других в основном согласно своим представлениям о том, какими он сам и другие должны быть. Кроме того, они организуют личность. Именно в соответствии с представлениями человека о реальности и морали формируются его стремления, аффекты и настроения и эволюционирует личность. Более того, именно согласно некоторым неадаптивным убеждениям, называемым здесь патогенными, развивается его психопатология.

Бессознательная умственная работа

Человек может бессознательно выполнять многое из того, что он выполняет сознательно. Может думать, делать выводы, тестировать реальность, планировать и осуществлять свои решения. Более того, он может отчасти контролировать свою несознатель-

ную психическую жизнь в соответствии со своими планами и решениями. Регулируя свою бессознательную психическую жизнь, он особенно стремится к безопасности. В соответствии с этим стремлением человек осуществляет вытеснение и подавление. Вытесненный в подсознание материал удерживается там, пока человек бессознательно считает, что переживание этого материала подвергло бы его опасности. Вытеснение снимается, когда человек решает, что может безопасно испытать этот материал.

Представление о том, что человек вытесняет, или подавляет, некоторое психическое содержание до тех пор, пока он бессознательно не решит, что может безопасно испытать его, можно проиллюстрировать явлением слез радости (Weiss, 1952, 1971; Weiss, Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Хороший пример — кинозритель, подавляющий печаль, когда влюбленные в фильме ссорятся, но плачущий, когда они примиряются. Он подавляет печаль, потому что чувствует: это чувство подвергает его опасности. Но при счастливом конце фильма, когда нет больше оснований горевать, он наконец разрешает себе испытать печаль.

Печаль зрителя вытеснена неглубоко. Но в жизни счастливый конец может выносить в сознание глубоко вытесненную печаль, связанную с болезненными травматическими событиями. Например, когда Роберта П. (пациентка, случай которой я обсуждаю в главе 3) испытала радость, потому что почувствовала, что терапевт ее принимает, у нее всплыли глубоко вытесненные воспоминания о материнском отвержении.

Психопатология

Психопатология коренится в патогенных убеждениях — непреодолимых, жестоких и неадаптивных. Они предостерегают человека, который им следует, о том, что он подвергнет опасности себя или других, если попытается преследовать нормальные, желанные цели — продвижение по службе или счастливый брак. Он боится внешних опасностей — разрыва важных для него отношений, или внутренних — болезненного аффекта (страх, тревога, раскаяние, чувство вины или стыда). Именно в соответствии со своими патогенными убеждениями и предусматриваемыми каждым из них опасностями человек осуществляет вытеснение и подавление того

или иного материала. Вытесняет цели, которые, как он верит, чреваты опасностью, и подавляет свою деятельность, направленную на достижение этих целей.

Человек приобретает патогенные убеждения в детстве, выводя их из травматического опыта отношений с родителями, братьями и сестрами. Этот опыт говорит ему, что, пытаясь преследовать нормальные, желанные для него цели, он разрывает связи со своими родителями. Например, человек может заключить, что, проявляя зависимость от родителей, он отягощает их, или что, проявляя независимость, он заставляет их чувствовать себя отверженными.

Сила патогенных убеждений

Патогенные убеждения обязаны своей силой тому, что они усваиваются в раннем детстве от родителей, братьев и сестер, которых ребенок наделяет абсолютным авторитетом. Родители критически важны для его выживания. Единственная стратегия, обеспечивающая адаптацию, состоит в том, чтобы поддерживать с ними надежные отношения. Поскольку его родители так важны для него, он высоко мотивирован воспринимать их как всемогущих и мудрых. Кроме того, у него нет никакого предварительного знания человеческих отношений, которое позволило бы ему судить о родителях. Соответственно, в конфликтах с родителями он склонен считать, что они правы, а он ошибается. Это было продемонстрировано Бересом (Beres, 1958) в исследовании детей, помещенных в воспитательные дома. Каждый ребенок считал, что отправлен в воспитательный дом в качестве наказания за какой-то проступок и что наказание заслужено.

Ребенок обвиняет себя, потому что родительское отвержение зависит от нескольких факторов, в том числе, по его мнению, от того, насколько он огорчил родителей перед тем, как они отвергли его. Например, ребенок, родители которого постоянно сердятся на его требования, может заключить, что его отвергают за излишние притязания. Ребенок, чьи родители обвиняют его в излишней самоуверенности, может решить, что причина отвержения — его излишняя самоуверенность.

Поскольку патогенные убеждения формируются в раннем детстве, они связаны с мотивациями младенца в его отношениях с родителями. Эти мотивации включают желание ребенка зависеть от

своих родителей, доверять им, быть способным к независимости от них, соперничать с ними и идентифицироваться с ними. Ребенок может мешать окружающим и поэтому прийти к убеждению, что выражение почти любого важного импульса, отношения или цели ставят его в опасную ситуацию.

Опасности, против которых предостерегают ребенка его убеждения, могут быть внутренними или внешними. Ребенок может решить, что если он будет преследовать запрещенные цели, то будет страдать от страха, стыда, раскаяния, или это вызовет серьезный разрыв в отношениях с родителями. Он может ожидать, что причинит им этим вред или будет отвергнут или наказан ими.

Патогенные убеждения отражают детский эгоцентризм, незнание причинно-следственных связей и невежество в человеческих отношениях. Ребенок склонен брать на себя ответственность за все, что с ним происходит. Он может взять на себя ответственность за плохое отношение к нему родителей или за несчастья, которые с ними случаются. Например, он может считать себя ответственным за депрессию, болезнь или смерть родителя или за плохие отношения родителей друг с другом.

Одного мальчика двух с половиной лет родители отправили на пять месяцев пожить к своим дяде и тете, потому что ухаживали за его больным младшим братом и боялись, как бы он тоже не заболел. Однако сам мальчик считал, что его отправили потому, что мать устала от его неутомимой активности. Подчиняясь этому убеждению, он стал особенно послушным и пассивным и продолжал вести себя так еще долго после того, как вернулся в родительский дом. Кроме того, мальчик приобрел множество других патогенных убеждений: он заключил, например, что его мать могущественна, безжалостна, скоро на расправу в случае неподчинения и не заслуживает доверия и что если он будет благодушным, расслабленным и счастливым, его постигнет катастрофа.

Ребенок может брать гораздо большую ответственность за своих родителей, чем допускает его реальная способность влиять на них. Младенец, мать которого находится в состоянии хронической депрессии, может считать, что в его власти сделать ее счастливой и пытаться развеселить ее (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1982). Ребенок, чьи родители замкнуты и заняты собой, может вообразить, что, будь он обаятельнее, ему бы удалось вызвать их интерес. Если родители ребенка невротически беспокоятся о нем, он может решить, что их беспокойство оправдано его недостатками.

Как приобретаются патогенные убеждения

Ребенок может приобрести патогенные убеждения, просто поверив в то, что родители обращаются с ним так, как он того заслуживает. Например, одна пациентка в детстве ощущала себя “маленьким человеком”. Ее отец, директор большой компании, много работал и уделял дочери мало времени. Мать пациентки, пребывавшую в состоянии хронической депрессии, больше интересовала ее старшая дочь, живая и веселая сестра пациентки. Пациентка усвоила представление о себе как о незначительном человеке, с которым никто не считается. В ходе психоанализа она чувствовала дискомфорт, обращаясь с просьбами, выдвигая требования или серьезно говоря о своих проблемах.

Ребенок может почерпнуть свои патогенные убеждения из родительских предписаний. Рассмотрим, например, случай пациента, мать которого часто повторяла ему, что он — ее сын и поэтому должен приносить свои интересы в жертву ее интересам. Хотя пациент на сознательном уровне отвергал эти притязания, бессознательно он принимал и удовлетворял их, и, уже будучи взрослым, продолжал вести себя в соответствии с ними. Он много работал, получая мало денег и удовольствия, и женился на женщине, которая давала мало, а требовала много (Asch, 1976).

Иногда патогенные убеждения развиваются под влиянием случайных событий. Пациент, который в возрасте четырех лет был на шесть месяцев прикован к постели из-за болезни ног, приобрел патогенное убеждение, заставлявшее его расплачиваться за каждый период счастья и успехов следующим за ним периодом подавленности и пониженной активности. У пациентки, чья мать умерла, когда пациентке было девять лет, сформировалась патогенное убеждение, что она не достойна хороших отношений с близкими. Следуя этому убеждению в своей взрослой жизни, она порвала со своими дочерьми, когда нашла, что получает от общения с ними слишком много удовольствия.

Патогенные убеждения могут формироваться на основе “травм напряжения” (“strain” traumas) или под ударами “острых травм” (“shock” traumas). Травме напряжения ребенок подвергается в течение долгого времени, поддерживая патогенные отношения с родителем. Например, одного мальчика постоянно угнетала молчаливость его отца, который редко говорил с ним; мальчик винил в этом себя и сформировал убеждение, что недостойн того, чтобы с ним говорили. Шоковую травму наносят внезапные события —

отправка ребенка из дома или неожиданная болезнь или смерть одного из родителей. Ребенок склонен брать на себя ответственность за такого рода события и затем ретроспективно выводить из них патогенные убеждения. Он выносит из этих событий убеждение, что сам вызвал их, преследуя те или иные цели, поддерживая те или иные отношения или выполняя те или иные действия.

Бессознательная работа пациента

Люди страдают от патогенных убеждений и сильно мотивированы опровергнуть эти убеждения. В течение всего терапевтического процесса пациент старается при помощи психотерапевта сделать это. Пациент все время подсознательно проверяет свои убеждения и использует интерпретации психотерапевта для осознания этих убеждений и того факта, что они ложны и неадаптивны. *Терапевтический процесс — это процесс, в ходе которого пациент работает вместе с психотерапевтом над опровержением своих патогенных убеждений.*

Пациент старается изменить свои патогенные убеждения, действуя старым методом: он строит простые планы (в той или иной мере бессознательно) о том, за какую проблему взяться на данном этапе лечения, а какие отложить до лучших времен. Кроме того, он берет в расчет опасности, предсказываемые его убеждениями, и болезненные аффекты, к которым эти убеждения могут привести. Он также принимает в расчет свои возможности и текущую реальность, что включает и его оценку психотерапевта. В некоторых случаях он может решить не браться пока за сложную проблему, но постараться накопить сил и приобрести необходимые навыки, чтобы справиться с ней позже. Если вначале он чувствует ту или иную опасность, он может, как показывает нижеприведенный случай, начать терапевтический процесс с попыток убедить себя, что эта опасность ему не угрожает.

Сильвия Дж.

Сильвия Дж. обратилась к психоаналитику из-за трудностей в общении с мужем. Эти трудности имели своим источником ее патогенное убеждение в том, что она несет ответственность за мужа.

Сильвия считала, что ее муж, как и все мужчины, крайне раним и что для того, чтобы оказывать ему необходимую поддержку, она должна демонстрировать ему свое почтение, во всем соглашаться с ним.

В начале анализа Сильвии бессознательно угрожало ее чувство ответственности за психоаналитика. Она боялась, что ей придется принимать ложные интерпретации или следовать плохим советам, чтобы не обидеть его. В своей всемогущей ответственности за аналитика она планировала вначале поработать над изменением своих патологических убеждений к лучшему. Достижение этой цели было для нее необходимой предпосылкой для начала лечения.

Сильвия бессознательно работала в течение многих месяцев над изменением своего патогенного убеждения. Она проверяла степень этого изменения по степени разногласий с психоаналитиком, надеясь таким образом убедиться, что не обидела его. Она начинала с осторожного выяснения мнения психотерапевта по некоторым вопросам, будучи все время наготове взять назад свои слова, если увидит, что тот обиделся. Ситуация улучшилась, когда Сильвия убедилась, что психоаналитик отнюдь не был расстроен ее вопросами и таким образом прошел проверку. Помощь Сильвии оказала также интерпретация психотерапевтом ее преувеличенного мнения о своих способностях обидеть его. Она стала меньше бояться обидеть психотерапевта и, соответственно, стала более способной критически думать о его пояснениях.

Когда Сильвия обрела способность не соглашаться с психоаналитиком, она позволила себе довериться ему и полюбить его. Убедившись, что может отвергать его мнения, она стала чувствовать себя в безопасности рядом с ним. Она также стала чувствовать большую близость к своему мужу.

Этот пример иллюстрирует вывод, справедливость которого продемонстрирована количественными исследованиями (см. главу 8): пациенту особенно помогают интерпретации, которые он может немедленно использовать для выполнения своих бессознательных планов — т.е. “проплановые” интерпретации. В вышеприведенном примере интерпретация преувеличенных опасений пациентки обидеть психоаналитика была весьма проплановой. Это было правдой, и правдой, которую можно было немедленно использовать. Она помогла пациентке осознать свое патологическое убеждение и ложность этого убеждения. Кроме того, интерпретация психоанали-

тика продемонстрировала пациентке, что психоаналитик сочувствует ее стремлению изменить убеждение и что он способен помочь ей сделать это.

Интерпретации, которые, напротив, мешают пациенту в его усилиях выполнить свои планы, можно назвать антиплановыми. Представляется, что пациентка в вышеприведенном случае нашла бы интерпретацию “Вы боитесь доверять мне” высоко антиплановой. Она сочла бы такую интерпретацию подтверждением своего убеждения в том, что должна слепо доверять психоаналитику, чтобы не расстраивать его.

Пациент проверяет свои патогенные убеждения экспериментально. Он выполняет то или иное действие, которое, согласно его патогенному убеждению, должно некоторым образом задеть психотерапевта. При этом пациент подсознательно надеется, что его действие на самом деле не заденет психотерапевта — вопреки предсказаниям убеждения. Если патогенные ожидания пациента не сбываются, пациент может несколько успокоиться и отступить на шаг от своего убеждения.

Пациент может проверять свои патогенные убеждения вербально. Например, пациент, который бессознательно считает, что будет или должен быть наказан за свою гордость, может проверять это убеждение по результатам пробного выражения гордости. Он надеется, что психотерапевт не одернет его. Или пациент, бессознательно считающий, что заслуживает быть отвергнутым, может тестировать это убеждение, осторожно выражая привязанность. Он надеется, что психотерапевт не отвергнет его, интерпретируя его привязанность как, например, защиту от бессознательной враждебности.

Пациент также может проверять свои патогенные убеждения, изменяя на пробу свое невербальное поведение. Например, пациент, который бессознательно считает себя недостойным лечения, может проверять, так ли это, пропуская встречи с психотерапевтом. Пациент надеется: психотерапевт поможет ему поверить в то, что он заслуживает этих встреч. Или пациент-мужчина, бессознательно убежденный, что если он будет дружелюбно относиться к женщине-психотерапевту, то обольстит ее, возможно, будет проверять свое убеждение, действуя как соблазнитель. Он надеется, что его демарши кончатся провалом.

Бессознательно проводя такие проверки, пациент хочет собрать максимум доказательств неправильности своего патогенного убеж-

дения с минимальным риском. В некоторых случаях пациенту удается бессознательно спланировать серию испытаний, ни одно из которых не подвергает его серьезному риску. В других случаях пациент не может выработать подобный мягкий график. Это произошло, например, с одной пациенткой, страдавшей в начале лечения такой тяжелой формой вины за то, что она выжила, что эта женщина не могла начать лечение, пока не подверглась психотерапевта опасному (для нее) испытанию: она представила ему многочисленные (хотя и ложные) доказательства своей неизлечимости. Она позволила себе стать пациенткой лишь тогда, когда психотерапевт продемонстрировал, что его не отпугнули ее ужасные самообвинения и что он не принимает их за чистую монету (см. Modell, 1965).

Пациент может проверять свои патогенные убеждения двумя разными способами: путем смены пассивной позиции на активную или путем переноса. В обоих случаях пациент заново проигрывает свой детский травматический опыт, из которого он вывел свои патогенные убеждения. В первом случае пациент ведет себя с психотерапевтом так же, как один из родителей вел себя по отношению к нему самому. При этом пациент хочет убедиться, что психотерапевта не выведет из душевного равновесия его поведение, как некогда выбивало его поведение родителей. Он вовсе не хочет, чтобы психотерапевт был связан теми патогенными убеждениями, от которых страдает он сам. Если пациент видит, что психотерапевта не задевает его поведение, он чувствует себя гораздо увереннее. Он видит терапевта, эффективно работающего с поведением, травматичным для него самого, и может учиться у психотерапевта эффективной реакции на такое поведение. Это утверждение можно проиллюстрировать случаем Андреи М.

Андреа М.

Когда Андреа М. пришла к психотерапевту, ей было почти 30 лет. В детстве ее травмировали депрессии, слабость и уязвимость ее родителей. Родители нуждались в ней, а именно в том, чтобы она ценила их, зависела от них и соглашалась с ними. Если она не делала этого, они обвиняли ее в эгоизме, расстраивались, дулись и выражали недовольство. Родители все еще продолжали вести себя подобным образом в то время, когда пациентка начала лечение.

Андреа была согласна с тем, что несет ответственность за несчастья своих родителей. Она пыталась сделать их счастливее, оставаясь обожающей их, подобострастной дочерью. Тем не менее, ей не удалось таким образом поддержать их, и она приняла их скрытые обвинения, что она эгоистичный, недостойный человек.

На первой стадии лечения Андреа пыталась подобным образом поддерживать психотерапевта. Однако после шести месяцев такого поведения она стала испытывать его, сменив пассивность на активность: стала вести себя с ним так, как родители вели себя с ней. Она выражала сильное разочарование в психотерапевте, если тот не выказывал крайнюю степень пиетета к ней. Обижалась на самые мягкие комментарии психотерапевта и негодовала, если он опаздывал хотя бы на минуту. Андреа заявила ему, что он ужасен, порвала с ним всякие личные отношения и сделала лечение почти невозможным.

Психотерапевт пытался пройти ее тесты, продолжая заниматься ею и не принимая ее обвинений. Иногда он ничего не отвечал на них, иногда вызывал ее на разговор о причинах жалоб, иногда пытался заставить ее осознать, что она на самом деле боится причинить ему вред. Кроме того, он периодически говорил ей, что она пытается своим поведением показать, как родители ведут себя по отношению к ней.

Реакция Андреи на психотерапевта зависела, среди прочих факторов, от ее предположений о том, насколько ее жалобы задевают его. Когда она заключала, что ей удалось расстроить его, то становилась более подавленной и использовала больше брани в своих обвинениях. Когда же она считала, что не огорчила его, то становилась более сильной, менее подавленной и в некоторых случаях более склонной к инсайту. Она задумывалась о своих жалобах и обвинениях, начинала чувствовать вину за них и понимать, что вела себя так же, как ее родители.

В ходе своей проверки путем смены пассивности на активность Андреа пыталась выяснить, руководят ли психотерапевтом в отношениях с ней патогенные убеждения, подобные тем, которые руководят ею в ее отношениях с родителями. Она надеялась убедить себя, что это не так, что психотерапевт не чувствует “ответственности всемогущего” за ее счастье и не считает себя дурным человеком, даже если иногда ничем не может ей помочь.

Постепенно, по прошествии некоторого времени, Андреа обрела уверенность, которую искала. Она идентифицировалась со

способностью психотерапевта не чувствовать себя ущемленным, когда она обвиняет его. Сделав это, Андреа изменила свое патогенное убеждение, что должна соглашаться с обвинениями родителей. Она лучше осознала это убеждение и опыт, из которого она данное убеждение вывела. Она поняла также, что страдает от этого убеждения, от “ всеобъемлющей ответственности “ за своих родителей, что вела себя по отношению к психотерапевту так же, как ее родители по отношению к ней.

Другой путь проверки патогенных убеждений для пациента, помимо смены пассивной позиции на активную — проверка при помощи переноса — он более прямой. При этой форме проверки пациент ведет себя с психотерапевтом так, как вел себя в детстве со своими родителями. Пациент воспроизводит поведение, которое, по его мнению, вызывало родительские реакции, из которых он вывел свои патогенные убеждения. Он бессознательно надеется, что своим поведением не заденет психотерапевта так, как задевал родителей. Он может надеяться, например, что проявления его сексуальности не заставят психотерапевта наказать его, проявления удовольствия — обвинить в самодовольстве, проявления независимости — почувствовать себя отвергнутым. Если пациент видит, что его поведение не производит на психотерапевта того впечатления, что производило на родителей, он может начать разубеждаться в своем убеждении, порожденном травматическими реакциями родителей.

Андреа М. (продолжение)

Поскольку Андреа была уже не столь убеждена в своей ответственности за других и менее уязвима для их обвинений, она могла позволить себе риск полюбить их. В ходе психотерапии, продолжая испытывать психотерапевта сменой пассивности на активность, она также начала тестировать его с помощью переноса. Она проверяла его, выражая свою нежность в надежде, что тот разрешит ей полюбить его; кроме того, она проверяла его, обвиняя себя в эгоизме, в разрушительном и недостойном поведении, надеясь, что он не согласится с ней.

Когда психотерапевт прошел эти испытания, Андреа добилась дальнейшего прогресса. Она установила ровные отношения с пси-

хотерапевтом, что позволило ей понять, что не она — причина несчастий своих родителей и что она не является на самом деле тем неприятным эгоистом, каким привыкла себя считать.

Все пациенты в течение всего терапевтического процесса испытывают психотерапевта как при помощи смены пассивной позиции на активную, так и при помощи переноса. Часто пациент делает обе эти вещи одновременно в ходе своего поведения. Рассмотрим, например, случай пациента, чьи родители часто обвиняли его в разных мелких проступках. Идентифицируя себя с ними, пациент стал делать то же по отношению к ним и к другим. Обвиняя психотерапевта, пациент может входить в роль своих родителей; он надеется обнаружить, что не ранит психотерапевта своими обвинениями так, как родители ранили его самого. Однако он может также видеть психотерапевта в роли своих родителей, надеясь показать, что ему не удастся своими обвинениями спровоцировать психотерапевта так, как он провоцировал своих родителей.

В некоторых случаях пациенту удобнее с самого начала производить проверку с помощью переноса. В других случаях пациент чувствует себя в большей безопасности, используя тест со сменой пассивной позиции на активную, поскольку таким путем он исполняет более сильную роль агрессора и обеспечивает себе защиту от действий терапевта, которые могли бы травмировать его. Бывает и так, что пациент, наоборот, бессознательно считает опасным менять пассивную позицию на активную. Он может опасаться нанести психотерапевту травму столь тяжелую, что тот окажется неспособен помочь ему; или же он может вспомнить, как сильно пострадал от поведения своих родителей, и испугаться чувства глубокой вины за подобное поведение по отношению к психотерапевту.

Техника

Предлагаемая здесь техника следует из приведенных выше положений. То есть предполагается, что основная задача психотерапевта состоит в том, чтобы оказать пациенту помощь, которой он ищет в борьбе за изменение своих патогенных убеждений и за возможность добиваться целей, которых эти убеждения не позволяли достичь. Психотерапевт своим подходом, своим отношением,

своими реакциями на тесты, которые проводит пациент, своими интерпретациями должен помочь пациенту почувствовать себя удобно и в безопасности. Таким образом он поможет пациенту встретить опасности, предсказываемые патогенными убеждениями пациента, и решить задачу опровержения этих убеждений.

Рекомендации психотерапевту помогать пациенту чувствовать себя спокойно и безопасно противоречат рекомендациям теории Фрейда 1911—1915 годов, согласно которым психотерапевту следует быть нейтральным. Рассмотрим случай пациента, страдающего от бессознательного патогенного убеждения, которое он должен с помощью психотерапевта отбросить. По фрейдовской теории 1911—1915 годов, психотерапевт должен вести себя нейтрально с таким пациентом. Если психотерапевт благосклонен и дружелюбен, это может потворствовать формированию бессознательной зависимости от него пациента и таким образом затруднить для последнего осознание страха отвержения психотерапевтом. Предлагаемая здесь теория, напротив, утверждает: когда пациент будет чувствовать себя вне опасности отвержения, он найдет в себе достаточно мужества, чтобы взглянуть в лицо своему страху отвержения психотерапевтом. (Описание сравнительных количественных исследований двух этих теорий см. в главе 8.)

Средства, которые психотерапевт может использовать, чтобы помочь пациенту почувствовать себя спокойно и безопасно, зависят от природы патогенных убеждений последнего. Психотерапевтические подходы специфичны для каждого случая. Техники выбираются с расчетом помочь пациенту убедиться, что опасности, предсказываемые его патогенными убеждениями, ему не угрожают, а затем вообще опровергнуть эти убеждения, в соответствии с его собственными планами.

Отношение данной теории к эгопсихологии Фрейда

Настоящая теория очевидно противоречит ранней фрейдовской теории психики, которую можно считать базирующейся на “гипотезе автоматического функционирования” (ГАФ), где психику составляют психические силы — импульсы и система защиты, которые работают “автоматически” (Freud, 1900, p. 600; 1905, p. 266) по принципу удовольствия. Этот порядок один и тот же для мыс-

лей, планов, убеждений и т.д. Импульсы постоянно ищут своего удовлетворения, а система защиты противостоит их выражению. Почти все феномены психической жизни определяются динамическими взаимодействиями импульсов и защитной системы (Freud, 1926b, p. 255).

Пациент, согласно теории 1911—1915 годов, не имеет никакого подсознательного желания решить свои проблемы; напротив, он постоянно сопротивляется лечению. Психотерапевт пытается помочь пациенту, анализируя сопротивление последнего. Конечная цель психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту сделать бессознательное сознательным. Таким образом пациент получает возможность контролировать свои прежде вытесненные инфантильные импульсы и направлять их энергию в нужное русло.

Отправной точкой для нашей теории послужили концепции, эпизодически встречающиеся в поздних работах Фрейда. Согласно этим концепциям, пациент обладает способностью бессознательно использовать высшие психические функции, так что эти концепции можно назвать “гипотезой высшего психического функционирования” (ГВПФ). В своей поздней теории Фрейд допускает, что человек страдает от бессознательных патогенных убеждений (например, от страха кастрации, воспринимаемой как наказание). Фрейд предполагает также, что индивид обладает некоторым контролем над вытесненным материалом (Freud, 1940a, p. 199), он может бессознательно думать, тестировать реальность, принимать и выполнять решения и планы (Freud, 1940a, p. 199). Фрейд постулирует сильное бессознательное желание пациента решить психологические проблемы (Freud, 1920, pp. 32, 35; 126a, p. 167) и возможность его совместной с психотерапевтом работы над этими проблемами (Freud, 1937, p. 35).

Вопреки описанному развитию представлений Фрейда, психоаналитическая техника в различных своих вариантах все еще базируется преимущественно на ранней фрейдовской теории душевной жизни (Lipton, 1967, p. 91; Coltrera & Ross, 1967, p. 38; Kanzer & Blum, 1967, pp. 138—139; Weinshel, 1970). Этому есть несколько причин. Цитированные выше теоретические рассуждения вкраплены в виде отдельных небольших эпизодов в поздние работы Фрейда, часто в обсуждении основной теории. Они не применялись систематически для объяснения техники и психотерапии. Более того, теория 1911—1915 годов была настолько развита и принята психоаналитиками, что технические идеи, базирующиеся на ГВПФ, просто добавили к этой теории, не произведя в ней

никаких органических изменений. Большинство современных вариантов психоаналитической техники — в сущности, модификации теории 1911—1915 годов. Они содержат некоторые из концепций его эго-психологии — те, которые могут быть ассимилированы теорией 1911—1915 годов без фундаментальной ее перестройки.

В отличие от этих теорий, предлагаемая здесь теория построена на основе ГВПФ из поздних работ Фрейда.

Схематическое сравнение теории техники 1911—1915 годов с предлагаемой здесь теорией

Предположения, принимаемые теорией 1911—1915 годов, могут быть схематически изложены следующим образом.

1. Симптомы и дефекты характера пациента поддерживаются удовлетворением, которого он бессознательно достигает путем фиксации некоторых своих импульсов на инфантильных объектах и целях.

2. Наиболее мощные бессознательные мотивы пациента — поддерживать это удовлетворение, поддерживая таким образом и свою психопатологию. В действительности у пациента нет никакого бессознательного желания прогрессировать в лечении; скорее, наоборот, он сильно мотивирован сопротивляться попыткам психотерапевта помочь ему, если только не принужден отказаться от своего инфантильного удовлетворения.

3. Бессознательные повторения переноса детского опыта не могут контролироваться пациентом; они определяются принципом удовольствия и навязчивым повторением помимо воли пациента. Пациент бессознательно предназначает эти повторения или для удовлетворения в отношениях с психотерапевтом, или как сопротивления переносу для защиты бессознательного удовлетворения, черпаемого пациентом в своей психопатологии.

Психотерапевтическая теория, на которой основываются мои взгляды на технику, ни в одном из этих пунктов не согласуется с теорией 1911—1915 годов. Предлагаемая здесь теория постулирует следующее.

1. Симптомы и проблемы характера пациента поддерживаются патогенными убеждениями, которые формируются в раннем дет-

стве на основании опыта. Эти убеждения предостерегают пациента: если он откажется от своей психопатологии, то подвергнет себя или тех, кого любит, опасности.

2. Пациент бессознательно сильно мотивирован прогрессировать в терапии, но боится делать это, так как опасается подвергнуть себя или тех, кого любит, опасности. Его тревога происходит от патогенных убеждений и порождаемого ими чувства опасности.

3. Разнообразные повторения в переносе детского опыта пациента бессознательно осмыслены. Пациент осуществляет их в разных целях, одна из которых — проверка его патологических убеждений.

Две рассматриваемые теории направляют внимание психотерапевта на разные вещи. Психотерапевт, следующий теории 1911—1915 годов, спрашивает себя: “Какие у пациента ведущие защиты и формы сопротивления? Какие бессознательные импульсы, включая перенос, ищут выражения? Как я могу наилучшим образом фрустрировать эти импульсы, чтобы приблизить пациента к их осознанию? Какие формы сопротивления и какие импульсы я должен интерпретировать?”

В отличие от этого, психотерапевт, руководствующийся представленной здесь теорией, задает себе вопросы: “Каковы патогенные убеждения пациента? Как он старается изменить их? Каковы его текущие цели и планы? Как он испытывает меня? Как я могу дать ему чувство безопасности, которое позволило бы ему выполнить свои планы и достичь своих целей? Как мне наилучшим образом пройти тесты пациента? Какие интерпретации могут помочь ему достичь своих целей?”

Отличительные особенности данной теории

Теория высоко эмпирична

Основные представления данной теории сложились у меня в ходе изучения протоколов психоаналитической работы большого числа пациентов. Моей целью было узнать, как пациенты меняются. Поскольку теория сформировалась на основе тщательного исследования клинического материала, она близка к наблюдениям, и ее положения легко могут быть проверены эмпирически: нестрого — клиницистами и строго формально — количественными научными исследованиями.

Теорию можно легко расширить за счет эмпирических методов. Например, мои коллеги и я показали в многочисленных формальных количественных исследованиях, что пациент чувствует себя менее подверженным опасности, более расслабленным и более проницательным сразу после того, как психотерапевт прошел значимый для пациента тест или выдвинул “проплановую” интерпретацию. Установив, что пациент чувствует себя менее подверженным опасности, когда психотерапевт готов помочь ему, мы открыли различные опасности, пугающие пациентов, и пути, которыми психотерапевт может помогать пациентам. Например, наблюдая реакции пациентов на мое вмешательство, я убедился, что некоторые из них в течение первых месяцев терапии чувствуют себя в опасности от любой интерпретации и что такие пациенты могут хорошо отвечать только тогда, когда психотерапевт воздерживается от интерпретаций.

Настоящая теория проверялась Психотерапевтической исследовательской группой Маунт Зион в течение 20 лет с использованием формальных количественных методов исследования. Методы и результаты этих исследований подробно изложены в главе 8. Результаты определенно поддерживают представление, согласно которому пациент обладает значительным контролем над своей бессознательной душевной жизнью. Он держит материал вытесненным до тех пор, пока бессознательно считает его опасным, и разрешает этому материалу выйти в сознание только тогда, когда примет бессознательное решение, что последний не представляет для него угрозы. Представления о том, что пациент страдает от патогенных убеждений и что в ходе терапии он постоянно проверяет их на психотерапевте, стремясь опровергнуть, также нашли ясное подтверждение в наших исследованиях. Другие исследователи, в их числе Горовиц (Horowitz, 1991), Горовиц и Стинсон (Horowitz & Stinson, 1991), Люборский (Luborsky, 1988), Даль (Dahl, 1980), Даль, Кэхеле и Томэ (Dahl, Kachele, and Thoma, 1988), также получили результаты об участии высших ментальных функций в бессознательной душевной жизни.

Пациент почти всегда стремится стать лучше

Многое в поведении пациента — включая проявления скуки, демонстрацию обиды или отказ от всякого сотрудничества — это часть работы, отчасти сознательной, отчасти бессознательной, цель ко-

торой — стать лучше. Даже когда пациент неспособен бессознательно контролировать свое поведение, например, когда он поддается чувству вины и становится самодеструктивным, он может наблюдать, одобряет ли психотерапевт его проявления чувства вины или саморазрушительные действия.

Отказывающийся от сотрудничества пациент может испытывать психотерапевта, меняя пассивную позицию на активную: он может начать вести себя по отношению к психотерапевту так, как, по его опыту, родители вели себя по отношению к нему самому. При этом пациент надеется, что своим поведением ему не удастся обескуражить и подавить психотерапевта, как поведение родителей обескураживало и подавляло его самого. Если психотерапевт проходит этот тест, не реагируя на поведение пациента таким образом, как реагировал сам пациент на травмирующее поведение родителей, последний, может быть, почувствует себя лучше. Затем пациент может использовать психотерапевта как модель для борьбы с родительским отношением, которое он интернализировал.

Повестку дня устанавливает пациент

Повестку дня определяет скорее пациент, чем психотерапевт. Пациент сообщает психотерапевту, хотя и не всегда явно, как он хотел бы работать в ходе терапии. Он дает психотерапевту возможность понять желанные для себя цели и патогенные убеждения, не позволяющие ему достичь этих целей (см. главу 4). Задача психотерапевта, таким образом, — помочь пациенту, в соответствии с бессознательными планами последнего, опровергнуть патогенные убеждения и добиться своих целей.

Психотерапевт может узнать, насколько успешно он проходит тесты пациента и насколько его интерпретации помогают пациенту (насколько они “проплановы”), наблюдая реакцию пациента на свое поведение. Если психотерапевт на правильном пути, пациент становится более сильным и способным к инсайтам. Затем такой пациент после некоторого периода отдыха может осмелиться на более решительную проверку своих патогенных убеждений. Если же пациент, напротив, становится все более робким, подавленным и все менее восприимчивым, это свидетельствует о том, что психотерапевт действует неправильно. В этом случае пациент будет тестировать свои патогенные убеждения не столь энергично.

***Нет такого набора технических правил,
который позволял бы оказать пациенту
оптимальную помощь
независимо от конкретного случая***

Используя свои значительные бессознательные способности к анализу, пациент старается понять — в пределах своих возможностей — интерпретации интервенции и отношение к нему психотерапевта. Особенно интересуется пациент отношением психотерапевта к своим патогенным убеждениям и к своим планам. Психотерапевт может оказать оптимальную помощь пациенту лишь тогда, когда понимает планы пациента и дает им осуществиться. Последнего психотерапевт может достичь, успешно выдерживая тесты пациента и предлагая “проплановые” интерпретации.

Если психотерапевт в своем поведении руководствуется универсальным, независимым от конкретного случая набором правил и технических приемов, но не симпатизирует на самом деле планам пациента, то, как бы тонко он ни работал, он едва ли пройдет тесты пациента. Пациент бессознательно видит гораздо больше, чем подразумевают приемы психотерапевта, и делает заключение об отношении последнего к своим планам. Тем не менее, некоторым пациентам может помочь (хотя и не оптимально) психотерапевт, придерживающийся некоторого набора технических правил. Такие пациенты, благодаря своей значительной способности делать бессознательные заключения о намерениях психотерапевта, могут понять, как психотерапевт со своей системой правил скорее всего будет реагировать на различные типы поведения, и сконструировать такие тесты, которые психотерапевт с большой вероятностью выдержит.

***Патогенные убеждения сдерживают
мощные неадаптивные импульсы***

В теории 1911—1915 годов Фрейд постулирует, что неадаптивное поведение в конечном счете обязано своим существованием мощным бессознательным инфантильным импульсам — жадности, сексуальному желанию, ненависти, зависти и т.д. В отличие от этого, представляемая здесь теория считает, что объяснения в тер-

минах мощных неадаптивных импульсов не вскрывают фундаментальных источников поведения, так как эти импульсы неизменно сдерживаются патогенными убеждениями.

Например, пациентка, которая будет описана в главе 2, проявляла почти неконтролируемое сексуальное влечение. Она была мотивирована виной за чувство, что она лучше своей матери. Пациентка гордилась своим целомудрием, но чувствовала вину за то, что она лучше своей матери, имевшей многочисленные связи. Пациентка наказывала себя за чувство превосходства над матерью чувством утраты контроля над своей сексуальностью. Она обрела контроль, когда психотерапевт помог ей осознать, что она мучала себя этим, чтобы не испытывать чувства превосходства над матерью.

Психотерапевт должен пытаться помочь пациенту восстановить травматический опыт, из которого пациент вывел свои патологические убеждения

Настоящая теория расходится во взглядах с теми теоретиками, которые в первую очередь рекомендуют психотерапевту уделять внимание импульсам и аффектам, которые пациент проявляет перед психотерапевтом “здесь и сейчас”, и только затем заниматься (если вообще заниматься) реконструкцией детского травматического опыта пациента.

Реконструкция психотравм детства очень важна. Не зная, как пациент приобрел свои проблемы, психотерапевт не сможет выяснить ни патогенных убеждений пациента, ни его целей, ни того, как пройти его тесты. Общаясь с психотерапевтом, пациент может давать волю тому или иному импульсу по множеству причин, и пока психотерапевт не узнает, почему пациент выражает этот импульс, он не будет знать, что делать с этим импульсом. Например, пациент может приобрести в детстве привычку демонстрировать дезадаптивный гнев и враждебность, придя к выводу, что его беспричинная злость позволяет матери чувствовать моральное превосходство над ним. Другой пациент, возможно, развил в себе враждебность и негативизм, стараясь таким образом освободиться от гнета плохо обходившихся с ним родителей. Эти два пациента, выражая враждебность по отношению к психотерапевту, будут

предлагать ему тесты разных типов. Пациент, который сердится, чтобы доставить удовольствие своей матери, попытается, демонстрируя свой гнев, убедиться, что психотерапевту не нужно чувство морального превосходства над ним. Этот пациент стремится убедиться, что терапевт хочет, чтобы он вел себя разумно и контролируемо. В отличие от него, пациент, который злится, чтобы выразить протест против плохого обращения родителей, желает убедиться, что терапевт не возражает против его враждебности и не хочет лишить его оружия, необходимого ему, чтобы защититься от надругательств. Такой пациент, возможно, не захочет оставить свою злость, пока не убедится, что психотерапевт способен спокойно переносить ее.

Корректирующий эмоциональный опыт

Обсуждаемая теория предполагает, что при помощи своих испытаний пациент стремится приобрести корректирующий эмоциональный опыт и что психотерапевт должен обеспечивать пациента таким опытом. Идея предложить пациенту корректирующий эмоциональный опыт не имеет никакого смысла в рамках теории, предложенной Фрейдом в “Методике и технике психоанализа” (Freud. Papers on Technique, 1911—1915). В теории 1911—1915 годов бессознательное пациента состоит только из импульсов и защит, в нем нет никаких убеждений, которые могли бы быть опровергнуты опытом. В отличие от этой теории, предлагаемая здесь теория видит прямой смысл в предложении пациенту эмоционального корректирующего опыта. Поскольку психопатология проистекает из дезадаптивных патогенных убеждениях, пациент, все время тестируя психотерапевта, стремится приобрести опыт, который он мог бы использовать для разрушения этих убеждений. Более того, наши исследования показывают, что пациент получает пользу, приобретая с помощью психотерапевта опыт, которого он жаждет.

Психотерапевт, пытающийся пройти тесты пациента, предлагая тому искомый опыт, может не бояться сбиться с пути, потому что, как уже отмечалось, он может проверять, насколько его поведение уместно, по реакции пациента.

2. АФФЕКТ, МОТИВАЦИЯ И АДАПТАЦИЯ

В этой главе я продолжаю развивать свою основную теорию. Она развивает введенный в главе 1 тезис о том, что, начиная с раннего детства, человек всю жизнь старается понять реальность и адаптироваться к ней. Как часть этих усилий он ищет надежного знания (убеждений) о себе и о мире людей, а также о морали и этике, принятых в этом мире. Нормальные или патологические, эти убеждения являются центральными для его сознательной и бессознательной психической жизни.

Чтобы понять пациента, психотерапевт должен разобраться в его сознательных и бессознательных убеждениях — представлениях о себе и об окружающем мире. Только тогда психотерапевт сможет увидеть мир глазами пациента, со всеми присущими этому миру опасностями и возможностями, и помочь пациенту справиться с опасностями и воспользоваться возможностями.

Концепция реальности у раннего и позднего Фрейда

В своих ранних работах Фрейд сводит к минимуму касательство бессознательного к реальности. Он принимает, что в младенчестве человек нарциссичен, и начинает испытывать интерес к реальности только вследствие тяжелого жизненного опыта (Freud, 1900). Более того, Фрейд постулирует, что в течение всей жизни человек бессознательно мотивируется мощными импульсами, которые регулируются принципом удовольствия и, подобно инстинктам*, не имеют отношения к внешней реальности.

*В своих ранних сочинениях Фрейд принимает, что все бессознательные инстинктивные импульсы в конечном счете сексуальны — т.е. представляют собой производные от сексуальных инстинктов или выражают сексуальные инстинкты. Позже он становится на точку зрения, что бессознательные инстинктивные импульсы происходят от сексуальных или агрессивных инстинктов или от некоторой их комбинации.

Штерн (Stern, 1985, p. 238) пишет, что его прямые наблюдения младенцев не подтверждают представления об одном или двух базисных инстинктах. Со-

Однако в своих поздних работах Фрейд наделяет человека сильным бессознательным желанием адаптироваться к реальности. Фрейд выводит это желание из задачи самосохранения (Freud, 1940a, p. 199). Для выполнения этой задачи человек тестирует реальность (Freud, 1940a, p. 199), бессознательно управляет своим поведением на основании критерия безопасности (Freud, 1940a, p. 199) и стремится обрести контроль над требованиями своих инстинктов (Freud, 1940a, p. 144).

После Фрейда большое число психоаналитиков, начиная с Хартмана (Hartmann, 1939, 1956a, 1956b), обсуждали значение задачи адаптации к реальности в душевной жизни человека. Хартман писал, что человек начинает приспосабливаться к реальности не просто вследствие сурового жизненного опыта, но также благодаря способности к предвидению и отсрочке и следуя независимой мотивации к адаптации. Говоря словами Хартмана, “что-то в человеке высказывается, обращаясь к реальности” (Hartmann, 1956a, p. 243).

Цитированные выше формулировки Фрейда, так же как Хартмана и других, не применяются систематически на клиническом уровне. Большинство психоаналитиков и многие психотерапевты различных других направлений, включая тех, кто подчеркивает важность объектных отношений в развитии, берут за основу своей клинической работы теорию, сформулированную в ранних работах Фрейда. Эти психотерапевты принимают, что могучие проявления сексуальности и агрессии — похоть, ярость, ревность и зависть — представляют собой варианты эгоистического (нарциссического) инфантилизма, незатронутого реальностью и управляемого принципом удовольствия. Они не разделяют моих взглядов, что эти мотивы, аффекты и формы поведения выражают не только врожденные импульсы, но также и попытки адаптироваться к реальности, как человек ее воспринимает и понимает.

гласно Штерну, концепция мотивации должна быть переосмыслена и мотивация должна пониматься как организованная на основе взаимосвязанных развивающихся систем. Эти системы классифицируются как “эго-инстинкты” и включают привязанность (к родителям), исследовательский интерес, любопытство, некоторые перцептивные предпочтения, когнитивную новизну и удовольствие власти. Сравнительное обсуждение концепции мотивации, довольно близкой к штерновской, можно найти у Лихтенберга (Lichtenberg, 1989).

Эмпирические исследования Даниэля Штерна

Представление о том, что младенец сильно интересуется окружающей действительностью и пытается ее понять, находит ясное подтверждение в исследованиях Даниэля Штерна (Stern, 1985) и других авторов (Brazelton & Yogman, 1989; Emde, 1989). Согласно Штерну (чьи исследования не подтверждают существования примитивной стадии нарциссизма или аутизма), ребенок начинает познавать внешнюю реальность с рождения. Например, он научается распознавать молоко своей матери по запаху на третий день после рождения (Stern, 1985, p. 39), а через несколько недель уже может отличать свою мать по голосу. Ребенок строит свое поведение в соответствии со своими убеждениями, т.е. представлениями о реальности, а не с фантазиями. Так, Штерн пишет, что “младенцы ... заняты событиями, которые происходят в действительности ... У них нет никакого желания реализовывать фантазии. Представляется, что младенец — превосходный испытатель реальности... Реальность на этой стадии никогда не искажается из соображений защиты”. (Stern, 1985, p. 11). Кроме того, в соответствии с Брюнером (Bruner, 1977) Штерн пишет: “С рождения важнейшим делом становится выдвижение и проверка гипотез о том, что происходит в мире” (Stern, 1985, p. 42). Наконец, Штерн пишет, что “младенцы с самого начала в основном исследуют реальность. Их субъективный опыт не страдает никакими искажениями, вызванными желаниями и защитными механизмами, кроме искажений, неизбежных из-за перцептуальной и когнитивной незрелости и чрезмерной генерализации” (Stern, 1985, p. 255).

Что касается сравнительной важности принципа удовольствия и принципа реальности в психической жизни младенца, то Штерн писал:

“Кажется очевидным, что способность младенцев иметь дело с реальностью того же порядка, что и их способность иметь дело с гедонистическими желаниями, и что Эго младенца более дифференцировано и функционирует лучше, чем представляют себе Гловер или Хартманн. Более того, многие следствия, вытекающие из базового допущения “Ид перед Эго”, такие, как идея о

том, что первичный (аутистичный) мыслительный процесс предшествует вторичному (реалистическому или социализированному) мыслительному процессу, тоже произвольны”.

Первые попытки человека адаптироваться

Первая реальность, с которой человек сталкивается в своей жизни, — это существование его самого, его родителей и сиблингов: братьев и сестер. Он делает первые попытки адаптироваться к этой реальности, и путем этих попыток приобретает некоторое представление о ней. Поскольку ребенок во всем зависит от своих родителей, единственная хорошая стратегия адаптации для него — наладить с ними разумные рабочие отношения; таким образом, он ищет отношений, при которых он тесно связан с ними и может рассчитывать на их заботу и уход за собой. Такие связи с родителями настолько для него важны, что он делает все от него зависящее, что, как он считает, должно их обеспечить. Он сильно мотивирован выполнять все, что, как он полагает, доставит удовольствие его родителям, в том числе вещи, вовсе не приятные.

Например, один мальчик пяти лет “плохо вел себя” со своим отцом — не из-за изначальных гнева, враждебности или вызывающего поведения, а пытаясь таким образом поддерживать необходимую ему связь с отцом. Отец мальчика был угрюм, раздражителен и необщителен. Единственное, что могло вывести его из мрачных раздумий, — это необходимость сделать сыну выговор за плохое поведение. Когда же мальчик вел себя хорошо, отец не обращал на него никакого внимания. Из этого мальчик сделал вывод, что отцу интереснее проявлять родительскую власть над ним, чем помогать ему. Своим плохим поведением сын давал отцу возможность проявить родительские полномочия. Мальчик верил, что этим доставляет отцу удовольствие и обеспечивает столь важную для себя связь с ним.

“Плохое поведение” героя следующего примера, шестилетнего Алекса Н., было частью его активных и адаптивных попыток заставить своего отца проявить власть, что давало мальчику чувство безопасности. Алекса пугала его власть над отцом, и его вызываю-

щее поведение имело своей целью спровоцировать отца на применение родительской власти.

Алекс Н.

Алекс был умным, очень развитым ребенком, даже вундеркиндом. Любящий отец старался научить его быть настоящим спортсменом*.

Когда отец предлагал ему сыграть в какую-нибудь игру, мальчик принимал его предложение, но когда доходило до дела, начинал вести себя вызывающе. Например, едва начав играть с отцом в какую-нибудь настольную игру, он переворачивал игровую доску. Отец, стараясь своим примером научить сына терпению, тщательно восстанавливал порядок на доске, но, когда все было готово, мальчик вновь переворачивал ее.

Отца ставило в тупик подобное поведение, и, поскольку оно продолжалось, он обратился к детскому психотерапевту, другу семьи. Терапевт сказал отцу: “У вас с вашим сыном разные цели. Вы стремитесь привить ему качества спортсмена, а он хочет, чтобы вы проявили власть над ним, меньше беспокоились о нем и меньше обращали внимания на его капризы. Так вам и следует поступить. Сын чувствует беспокойство и незащищенность и пытается заставить вас измениться”.

Отец последовал этому совету, и его сын стал вести себя значительно лучше. Несколько месяцев спустя мальчик стал с удовольствием играть в различные игры со своим отцом, обладавшим теперь в его глазах бóльшим авторитетом.

Ребенок всего лишь 18 месяцев от роду, мать которого находится в подавленном состоянии, может предпринимать попытки развеселить ее, чтобы она оказала ему внимание, в котором он нуждается (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1982). Он может пытаться сделать это, становясь радостным и возбужденным или, напротив, вызывающе непослушным.

*Имеется в виду первоначальное значение слова “спортсмен” — “человек, умеющий достойно выигрывать и проигрывать, честный, любезный и великодушный со своими противниками, светский человек”. — *Прим. переводчика.*

Другие аспекты адаптации в настоящей теории

Чтобы адаптироваться, человек должен выучить моральные основы своего мира

Важную часть реальности каждого человека составляют моральные и этические принципы (убеждения), следования которым от него ожидают другие в отношениях с ними и которыми они руководствуются в своих отношениях с ним. Человек, адаптирующийся к незнакомой ему культуре, вскоре обнаружит, что моральные и этические принципы этой культуры составляют существенную часть его нового мира и что для того, чтобы прижиться в этом мире, нужно выучить указанные принципы и следовать им. Это еще более верно для ребенка, живущего в семье: для адаптации он должен понять моральные и этические принципы, которыми руководствуются его родители. Эти принципы — важная часть его реальности: если он не усвоит их, его ждут порицания, унижения и наказания.

Младенец или маленький ребенок не отделяет мораль от других проявлений окружающей действительности и усваивает моральные принципы вместе с другими представлениями о природе реальности. Он склонен придавать то, что взрослый назвал бы моральным значением, всем важным для него взаимодействиям с родителями. Он признает, что заслуживает, чтобы с ним обращались так, как обращаются с ним родители. Другими словами, он видит за суждением своих родителей как реальное, так и моральное значение. Например, если родители говорят, что он глуп, это ничем не отличается для него от высказывания, что он плохой. Каждое суждение обладает для него как силой реальности, так и моральной окраской. Если ребенок не признает, что родители правильно обращаются с ним, он не сформирует Супер-Эго, которое, как пишет Фрейд, “надзирает за Эго, отдает ему приказания, судит его и угрожает наказанием, в точности как родители, чье место занимает Супер-Эго” (Freud, 1940a, p. 205).

Мои реконструкции душевной жизни детей по психоаналитической работе со взрослыми поддерживают представление о том, что наличие или отсутствие чувства вины перед родителями зависит в основном от реакции последних на поведение детей. У ребенка не будет чувства вины за враждебное отношение к родите-

лям, если он не выведет из своих наблюдений или если ему не скажут родители, что такое отношение вредит им. С другой стороны, ребенок, вовсе не относящийся враждебно к своим родителям, будет чувствовать себя виноватым, если родители жалуются, что он огорчает их. Более того, поскольку ребенок склонен брать на себя ответственность за поведение своих родителей, он может чувствовать вину, если родители несчастны или если они отвергают его, даже если он не имеет к этому никакого отношения. Впоследствии ребенок может злиться на родителей за то, что они заставили его испытывать чувство вины. Он может также перепутать причину со следствием и прийти к убеждению, что он чувствует вину *потому, что* злится (Settlage, персональное сообщение, 1989).

Один пациент, чье детство было отравлено очень дурно обходившейся с ним матерью, проявлял чувство ответственности за ее поведение в том, что упорно отрицал эту ответственность. Час за часом пациент монотонным голосом жаловался на ужасные действия своей матери против него, пока психотерапевт (имевший все основания доверять пациенту) не заверил его, что вполне ему верит и даже считает, что пациент совершенно не провоцировал такое поведение матери. Психотерапевт сказал также, что, как ему кажется, пациент все время борется с желанием несправедливо обвинять себя в том, как мать обращалась с ним. После этого пациент постепенно перестал жаловаться на свою мать и начал осознавать, что действительно считал себя ответственным за плохое поведение своей матери.

Для успешной адаптации выгодно не менять представления о реальности слишком быстро

Обычно взрослые и, в меньшей степени, дети с трудом меняют свои представления о себе и о внешнем мире. Люди пытаются втиснуть в имеющиеся у них убеждения даже опыт, который, казалось бы, наносит по ним удар. Например, если студент, убежденный в своих слабых способностях или недостаточных знаниях, хорошо сдал экзамен, он может объяснять свой успех везением, легкостью экзамена или мягкостью экзаменатора.

В своем нежелании расставаться с нажитыми убеждениями человек похож на ученого, который не меняет своих теоретических

представлений, пока новые факты, очевидным образом не вписывающиеся в имеющуюся теорию, не заставят его сделать это. Подобно ученому, каждый человек склонен придавать больший вес фактам, подтверждающим имеющиеся убеждения, чем фактам, которые этим убеждениям противоречат. И это выгодно для адаптации. Ни человек в обычной жизни, ни ученый в своих исследованиях не добились бы успеха, если бы меняли свои основные убеждения после каждого нового опыта. Оба они нуждаются в относительно стабильной системе убеждений, которыми руководствуются в построении и выполнении своих планов. Даже не всегда правильное, но стабильное руководство лучше, чем постоянно меняющееся.

Этот принцип применим как к нормальным, так и к патогенным убеждениям. Кроме того, сохранение и изменение патогенных убеждений имеет еще некоторые дополнительные особенности. Человек сильно мотивирован как сохранять патогенные убеждения, так и изменять их. Он сильно мотивирован изменить их, потому что страдает от них; однако он боится, что если сделает это, то подвергнется опасностям, которые предсказывают эти убеждения. Рассмотрим, например, случай преувеличенно альтруистичного пациента, который боялся, что если он станет больше заботиться о своих интересах, то повредит другим. Поскольку пациент страдал от своего альтруизма, он был сильно мотивирован отказаться от этих своих убеждений. Тем не менее, он неохотно проверял их правильность, боясь повредить другим.

Убеждения важнее фантазий

Убеждения человека, касающиеся реальности, представляют собой более фундаментальную часть его личности, чем его фантазии о желаемом. В младенчестве человек не позволяет себе отрицать реальность и принимать желаемое за действительное. Когда в детстве он начинает разрешать себе это, его фантазии основываются на сформировавшемся у него понимании действительности. Например, у него не может возникнуть фантазии обладания огромной властью, если у него нет убеждения, что его власть чрезвычайно мала или вовсе отсутствует. У мальчика не появится фантазии, что женщины обладают пенисом, если он до этого

не верил, что женщины имели пенис, но потеряли его вследствие кастрации.

Человек отрицает реальность и фантазирует не в соответствии с принципом удовольствия (как утверждает ранняя теория Фрейда), а в соответствии со своими бессознательными представлениями о реальности. Обычно человек считает более адаптивным продолжать ориентироваться на реальность. Однако при известных обстоятельствах он может счесть за лучшее убежать от реальности, отрицая ее или принимая свои фантазии за действительность:

1. Он может в некоторых обстоятельствах бессознательно решить, что столкновение с пугающей действительностью грозит большей опасностью, чем отрицание ее. Например, реальность может видеться ему настолько ужасающей, что столкновение с ней грозит совершенно вывести его из равновесия и лишить возможности защищаться от опасности.

2. Он может решить, что бессилён изменить свою судьбу и, таким образом, ничего не теряет, отрицая реальность. Например, американские солдаты, находившиеся в плену у неприятеля во время войны во Вьетнаме, позволяли себе видеть блаженные сны, в которых сбывались их желания, лишь убедившись, что ничего не могут сделать для улучшения своего положения (Balson, 1975). С этой точки зрения, их блаженные сны были адаптивны. В своих снах потерявшие надежду узники бросали вызов пытавшим их палачам, обретали надежду среди полного отчаяния и наслаждались столь необходимым им сном. (Дальнейшее обсуждение блаженных сновидений содержится в главе 7.)

3. Он может бессознательно решить, что ситуация настолько безопасна, что рискнет забыть о реальности. Например, взрослый может решить отдохнуть от реальной действительности на каникулах, а ребенок — когда чувствует себя особенно защищенным своими родителями.

Человек может уходить от реальности вследствие патогенных представлений о себе и об окружающем мире. Например, он делает это, если бессознательно считает, что живет в настолько враждебном мире и настолько слаб, что не в состоянии себя защитить (см. главу 7). Кроме того, он может исказить реальность, подчиняясь родителю, брату или сестре, которые сами неспособны смотреть в лицо фактам.

Человек оценивает реальность по своей аффективной реакции на нее

Человек, оценивая действительность и решая, как он должен на нее реагировать, принимает во внимание не только свои соображения о ней, но и (часто в первую очередь) свою аффективную реакцию на нее. Последняя базируется на некоторых сознательных и бессознательных заключениях о природе реальности и может быть вполне адаптивной. Человек способен эмоционально отвечать на события быстро и решительно до того, как он взвесил их на весах своего разума и вербализовал свои мысли. Например, следуя аффективной реакции на продавца, покупатель может начать рассматривать возможность обмана со стороны последнего, прежде чем поймет, что его обманывают, на сознательном уровне.

Представление о том, что аффективная реакция пациента дает ему информацию (пусть субъективную) об окружающей действительности, помогает объяснить ценность осознания вытесненных аффектов. Когда пациент осознает свои вытесненные аффективные реакции на кого-либо, он узнает много нового о своих отношениях с этим человеком. Например, один пациент, наблюдающийся у психоаналитика, понял, что его отношения с родителями в детстве были неудовлетворительными, когда осознал сильный гнев, который вызывают у него родители. Он начал осознавать, что часто чувствовал себя униженным своей матерью, которую воспринимал как соперницу, и постоянно чувствовал себя отвергаемым своим отцом, которого считал замкнутым и эгоцентричным. Понимание этого обстоятельства позволило пациенту осознать патогенное убеждение в своей неадекватности, которую он вывел из насмешек матери, и патогенное убеждение в своей неинтересности, основанием для которого послужило безразличие отца.

Личность человека отражает его попытки адаптации

То, что человек может организовывать свои аффекты, импульсы, цели и свое поведение в соответствии со своей картиной реальности, становится очевидным в некоторых драматических ситуациях — например, когда человек получает награду, о которой давно страстно мечтал, когда он получает известие о смерти лю-

бимого ребенка или когда женщина, которую он любит, принимает его предложение. В таких ситуациях непосредственная реальность, открывшаяся перед человеком, часто берет верх над реальностями, рисуемыми ему его сознательными и бессознательными убеждениями. Однако даже при столь драматических обстоятельствах чувства и поведение человека могут отличаться от ожидаемых; восприятие им ситуации может основываться на тех или иных характерных только для него сознательных и бессознательных убеждений, которые описывают реальность иначе, чем ее видит внешний наблюдатель. Например, человек, чье предложение о браке только что принято любимой девушкой, может чувствовать себя несчастным по одной из следующих причин: ему кажется, что, несмотря на все успехи, что-нибудь не сработает; он знает, что ни одна из женщин не заслуживает доверия; он считает, что не может или не должен быть в своем браке счастливее, чем его родители были в своем.

В других, не столь жестких ситуациях, человек организует свои аффекты, импульсы, цели и свое поведение и воспринимает себя и окружающий мир в первую очередь на основании своих сознательных и бессознательных убеждений, касающихся реальности. Так, в зависимости от своих убеждений человек в той или иной ситуации может чувствовать себя слабым или сильным, умным или глупым, достойным или недостойным. Он может быть оптимистичным или пессимистичным, веселым или печальным, смелым или трусливым, аккуратным или небрежным, доверчивым или подозрительным. Он может быть честолюбивым или безразличным к славе, гордым или пристыженным, уступчивым или неподатливым и т.д.

Мощные, настоятельные дезадаптивные импульсы отражают адаптацию к дезадаптивной (патогенной) картине реальности

Ранняя теория Фрейда и описываемая здесь теория по-разному объясняют настоятельность, характерную для некоторых дезадаптивных импульсов. Согласно ранней теории Фрейда, эта настоятельность возникает в силу принципа удовольствия и обеспечива-

ется сексуальной и агрессивной энергией. В предлагаемой здесь теории, эта настоятельность обязана своим существованием в первую очередь патогенным убеждениям пациента, касающимся реальности и морали; такие убеждения могут иметь страшную власть.

Так, мощные неадаптивные импульсы нередко поддерживаются патогенными убеждениями, которые сформировались в детстве при попытках ребенка адаптироваться. Ребенок может приобрести такие убеждения для поддержания связи с родителями. Например, как уже указывалось, он может начать дезадаптивно “плохо” вести себя, если сочтет, что доставляет таким образом удовольствие родителям, давая им возможность насладиться моральным превосходством над ним. Более того, он может обобщить это убеждение, и годами вести себя вызывающе с различными заместителями родителей в бессознательных попытках наладить связь с ними.

Дезадаптивное убеждение человека в его абсолютной ответственности за других может лежать в основе дезадаптивного сексуального поведения. Рассмотрим, например, случай 25-летней женщины, которую сексуально привлекали слабые, ворчливые, любящие все критиковать мужчины. Причиной ее интереса к таким мужчинам было убеждение, вынесенное из опыта отношений с ее несчастным, всем недовольным отцом, что, отвергая мужчин такого типа, она расстроит и рассердит его. Ее роль в семье состояла в том, чтобы быть послушной, успокаивать своего сердитого отца, льстить и поддакивать ему. Оставив родительский дом, она имела сексуальные отношения со слабыми мужчинами с трудным характером, пытаясь поддержать своих любовников. Огромной проблемой для нее стало расставание с одним из них, отношения с которым ее очень тяготили: она считала, что тот будет безутешен и, возможно, покончит жизнь самоубийством.

Психотерапия помогла ей начать серьезнее относиться к своим собственным нуждам, и она, наконец, пошла на постепенный разрыв с этим неадекватным человеком. Однако, когда тот попросил ее о половом сношении без презерватива, она, несмотря на риск забеременеть, испытала непреодолимое желание согласиться. Она рассказала психотерапевту, что была объята сильнейшим сексуальным желанием. Когда психотерапевт предположил, что ее исходным мотивом было дать мужчине почувствовать себя сильным, она охотно согласилась с этим. Она поняла, что охватившее ее желание фактически имело своей основой желание поддержать своего любовника.

В некоторых из приведенных ниже примеров пациенты приобретали и сохраняли интенсивные импульсы как следствие вины выжившего. В этих случаях импульсы оказались сильными не потому, что происходили от мощных инстинктов, а потому что подпитывались совестью пациента. Пациенты использовали эти импульсы для своего наказания. Так что эти импульсы выражали не мощные инстинктивные побуждения, а вину, происходящую от патогенных убеждений.

В первом из этих примеров пациентка, страдавшая комплексом вины выжившего, развила мощное “демоническое” сексуальное влечение, чтобы сохранить лояльность по отношению к своей матери.

Талия С.

Талия С., юрист, 39 лет, выросла в крайней нищете. Ее воспитывали мать и тетка, иммигранты. Это были тяжелые алкоголики, беззаботные, беспутные и распущенные. Мать пациентки проводила сексуальные оргии рядом с кроватью пациентки. Тетка при случае напивалась и бродила вокруг дома, размахивая ножом и выкрикивая угрозы убить племянницу.

Талия была замужем, развелась, имела одного ребенка, которому ко времени начала терапии было 19 лет. Ее муж был ненадежен и плохо обходился с ней.

Характер Талии сформировался в борьбе за изменение грязной и убогой жизни, которую ей приходилось вести в детстве и юности. Испытав побои и оскорбления, она научилась давать сдачи; она решила никому не давать себя провести. В ней проснулось честолюбие; она сумела поступить в колледж, затем в высшую юридическую школу, хорошо училась, получила юридическое образование и стала работать адвокатом.

В 36 лет Талия вступила в фундаменталистскую религиозную секту. Ежедневно посещала сектантскую молельню и строго придерживалась правил секты. Хотя до вступления в секту Талия имела много половых партнеров, она приняла церковное запрещение всяких внебрачных связей. Через год, чувствуя себя лучше, чем когда-либо раньше, она прошла недельную психотерапию. Ее цель, которую поддержала и психотерапевт, состояла в сохранении своих достижений. Главным препятствием к этому было ее бессозна-

тельное убеждение в том, что своим преуспеванием и своей моральной разборчивостью она предаёт свою мать, тетку, а также друзей детства.

Например, хотя Талия могла позволить себе не жить в трущобах вроде тех, в которых выросла, она не могла заставить себя покинуть их. Особенно острое чувство, что она поступает дурно по отношению к тётке и матери, появилось у неё, когда пациентка наладила отношения с психотерапевтом. Однажды после особенно удачной терапевтической сессии, она увидела во сне смерть своей тётки, произошедшую, когда Талии было 10 лет.

Через 6 месяцев после начала психотерапии воздержание Талии оказалось под угрозой: она стала испытывать сильное, почти непреодолимое побуждение установить сексуальные отношения с одним из членов своей секты. Психотерапевт, которая тогда не понимала, что это сексуальное желание происходит от убеждения в необходимости лояльности к матери, допустила ошибку, сказав Талии, что если та действительно любит своего друга, то вполне может иметь с ним сексуальные отношения. Талия расстроилась, а её сексуальный интерес к своему другу стал ещё более острым и мучительным. Психотерапевт, понявшая тогда свою ошибку, напомнила о религиозной совести Талии и поддержала её в желании сохранить хорошую репутацию в её новой семье — секте. После этого Талии стало заметно лучше. Она стала лучше осознавать своё иррациональное чувство вины за моральное превосходство над матерью. Психотерапевт объяснила пациентке это искушение попать свои религиозные принципы и опуститься до уровня её матери. Пациентка приняла данную интерпретацию и длительное время после этого пользовалась ею, когда нужно было воззвать к своей совести и удержаться от искушения. Это позволило ей, имея сексуальные чувства к своему другу, не думать о сексе с ним.

Следующая пациентка, случай которой мы здесь обсудим, миссис К., также страдала от чувства вины выжившего и от интенсивного чувства ответственности за своих родителей и сиблингов. Она чувствовала, что вредит им своим превосходством над ними и сформировала зависть к пенису в попытках возместить этот вред. (Наша исследовательская группа подробно исследовала эту пациентку. Подробное обсуждение этого случая см. в главе 10 и в Weiss, Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986.)

Миссис К.

Миссис К. была третьей из четырех детей, родившихся в семье среднего класса. В детстве она приобрела сильное чувство ответственности сначала за свою беспомощную мать, а затем за отца, братьев и сестер.

Миссис К. считала обоих своих родителей трогательно жалкими, неспособными наслаждаться жизнью и лишенными чувства собственного достоинства. Ее мать была совершенно неспособна справиться со своими детьми; она беспомощно смотрела, как они тузили друг друга, не обращая на нее никакого внимания. Отец, когда дети доводили его, выходил из себя и проявлял насилие. Однажды, когда миссис К. было шесть лет, она ударила свою мать в живот. Та была неспособна защитить себя и только плакала от боли. Узнав об этом случае, отец побил девочку и запер ее в чулане. Через несколько дней пациентка сильно избила своего младшего брата.

Миссис К. поддерживала хрупкий авторитет своих родителей, разными способами принижая себя, в том числе развив зависть к пенису. Зависть к пенису у миссис К. была совершенно сознательной с десятилетнего возраста. Она стала носить между ног палочку, к которой относилась как к пенису. Своей завистью к пенису миссис К. пыталась поддержать своего брата, который был младше ее на шесть лет, и выразить восхищение своим отцом. Она бессознательно считала, что ее мать расстраивают молодость и привлекательность дочери, и она наказывала себя за то, что заставляет мать завидовать себе, завидуя своему младшему брату точно таким же образом, как, ей казалось, мать завидует ей.

Следующий пример иллюстрирует, что пациент может бороться за изменение неадаптивного патогенного убеждения, касающегося реальности, сформировав отношение, противоположное тому, которое следует из этого убеждения. В этом примере пациентка отстояла свое чувство права распоряжаться своими деньгами от посягательств бессознательного убеждения в своей недостойности.

Марла Л.

Родители Марлы были бедны и работали в маленькой семейной фирме, получая за свой тяжелый труд жалкие гроши. После серьезного финансового кризиса, пережитого ими до рождения Мар-

лы, они стали крайне, если не чрезмерно, бережливы. Они откладывали сколько могли денег, чтобы быть готовыми к следующему кризису. В детстве и юности Марла была еще более бережлива, чем ее родители. Если ей случалось тратить деньги на себя, она чувствовала угрызения совести: ей казалось, что она непозволительно грабит семейный неприкосновенный запас.

Став взрослой, Марла стала преуспевающим юристом и вышла замуж за состоятельного бизнесмена. Теперь она могла позволить себе тратить деньги более свободно, но чувствовала вину выжившего за то, что тратит так много, в то время как ее родители продолжают соблюдать жесткую экономию.

Марла мирилась со своей бережливостью несколько лет, после чего стала бессознательно стремиться преодолеть ее, изменив лежащие в ее основе убеждения. Марла стала вести себя противоположно тому, что предписывали убеждения: она стала расточительной. Она купила себе за несколько тысяч долларов золотое ожерелье, а на вторую годовщину своей свадьбы устроила для себя и своего мужа очень большую и дорогую вечеринку.

Экстравагантное поведение Марлы продолжалось 18 месяцев. За это время она достигла своей цели продемонстрировать себе, что не является больше рабой приобретенных в детстве убеждений. Более того, она сделала некоторые полезные выводы из своего опыта. Пройдя как период чрезмерной бережливости, так и период мотовства, она научилась разумно распоряжаться своими финансами.

Борьба Марлы за изменение своих убеждений проливает свет на вопрос о чувстве права. В течение всего периода расточительности на вопросы мужа о разумности ее расходов Марла самодовольно отвечала, что имеет право тратить деньги как ей вздумается. Ясно, что ощущение своего права на траты было у Марлы вторичным, компенсирующим ее подсознательное убеждение, что она не имеет права. Пациент, который жестко и упорно демонстрирует свое право на что-либо, часто сильно мотивирован, именно таким образом как была мотивирована Марла. Такой пациент почти с неизбежностью начинает чувствовать, что имеет право на изменение не из жадности злоупотреблений (хотя это тоже может вносить свой вклад), а, наоборот, желание компенсировать или изменить подсознательное убеждение, лишаящее пациента его права.

Демонстрируемое поведение человека может выражать его адаптационные усилия компенсировать какую-нибудь свою слабость, обусловленную его бессознательными патогенными убеждениями. Этот тезис иллюстрирует случай Рэндалла Д., пришедшего к психоаналитику с тяжелыми обсессивно-компульсивными нарушениями.

Рэндалл Д.

Основной проблемой Рэндалла была нерешительность. Эта проблема появилась у него в раннем детстве в отношениях с родителями, которые были для него лишены всякого авторитета. Он чувствовал себя не защищенным своими родителями; он опасался, что они не смогут сказать ему “нет”. Он чувствовал себя всемогущим. Он научился защищаться от своего всемогущества, а также защищать авторитет своих родителей, отказавшись от принятия решений. Из-за этого он чувствовал себя ущербным. Решившись на что-либо, он немедленно принимался искать причины не делать этого или делать это иначе. Обсессивно-компульсивные нарушения пациента имели своим источником не его бессознательную амбивалентность, а в первую очередь его бессознательное убеждение в том, что он будет слишком сильным и опасным для своих родителей — и, следовательно, для других тоже, — если будет способен принимать решения.

Все свое детство и юность Рэндалл был почти парализован своей нерешительностью. Однако в двадцать с небольшим лет он научился компенсировать ее, следуя жестким расписаниям и системе правил, которую разработал для себя. Например, в будние дни он вставал точно в 6.30, шел на работу в 7.35, приходил домой в 4.30, обедал в 6.00, ложился в постель в 10.00, полчаса читал перед сном, и выключал свет в 10.30. Несколько иного, но столь же жесткого расписания он придерживался и в выходные. Благодаря этим расписаниям и другим правилам, которым он следовал, он мог избегать принятия решений, кроме решений об устройстве расписаний и решения их придерживаться. В то же время он мог поддерживать хорошую работоспособность, пусть ценой жесткого режима жизни.

Человек, ослабленный своими патогенными убеждениями и чувствующий исходящую от них опасность, может пытаться защитить

себя, используя одну из двух несовместимых друг с другом стратегий. Он может демонстрировать или сильную амбивалентность, или то, что иногда называют “расщеплением” (splitting). Однако ни амбивалентность, ни расщепление не первичны. Обе эти формы поведения вторичны по отношению к патогенным убеждениям и являются методами борьбы со своей слабостью, которые следуют из этих убеждений.

Рут 3.

Рут 3., 35-летняя домохозяйка, мать шестилетней дочери, обратилась к психоаналитику по поводу трудностей со своим мужем. Она была единственным в семье ребенком, воспитывала ее склонная к депрессии, властная и требовательная мать. Сколько Рут себя помнила, мать всегда обвиняла ее в эгоизме и низости, видя в ней причину всех своих несчастий. Ее угрюмый, замкнутый отец оставил семью, когда Рут было семь лет.

Хотя на сознательном уровне Рут отвергала обвинения своей матери, бессознательно она соглашалась с ними. На бессознательном уровне она взяла на себя ответственность за несчастную судьбу матери. Когда мать обвиняла ее, Рут не могла себя защитить, а только плакала и чувствовала себя очень несчастной.

В отношениях с мужем Рут совершенно не знала, как справляться с семейными ссорами. Она настолько боялась испытать чувство вины и угрызания совести, что ни в коем случае не могла признать себя неправой. Она отчаянно отбивалась от доказательств своей вины, используя любые, даже противоречащие друг другу средства. С одной стороны, она пыталась примириться с мужем и вызвать его сочувствие, со слезами на глазах доказывая свою невиновность. С другой стороны, она делала попытки свалить вину на него; с язвительной бранью она поносила его, обвиняя в своем несчастье. Иногда Рут использовала обе стратегии в одном и том же разговоре, быстро переходя от одной к другой.

И явная амбивалентность, и расщепление у Рут были вторичны по отношению к патогенным убеждениям, лежащим в основе ее чувства вины. Когда психотерапевт помог Рут стать менее уязвимой к упрекам совести, как проявления амбивалентности, так и расщепления пошли на убыль. По окончании курса психотерапии Рут стала хорошо ладить со своим мужем.

Отношения между стыдом и виной

Чувство стыда играет огромную роль в развитии и поддержании психопатологии. Стыд, как и чувство вины, тревога и страх, происходит от патогенных убеждений, которые человек вынес в детстве из травматического опыта отношений с родителями и сиблингами. Человек может приобрести такие убеждения, идентифицируясь с позорно ведущими себя родителями или снося их оскорбления.

Чувство стыда может сформироваться у человека, если последний заключит, что родители стыдятся его. Например, мальчик, чьи родители никогда не говорили с ним о его слабоумном младшем брате, заключил, что родители стыдятся его брата; на этом основании он стал и сам его стыдиться. Другой ребенок, считавший своих родителей заслуживающими лишь презрения, сделал вывод, что и ему самому, сыну таких родителей, должно быть стыдно. Еще один ребенок, старшую сестру которого родители любили, в то время как над ним только насмехались, стал считать себя ничемным и достойным презрения.

Поскольку ребенок формирует чувство стыда, соглашаясь со своими родителями или идентифицируясь с ними, он чувствует необходимость поддерживать это чувство, чтобы не утратить связи с ними. Следовательно, пациент, успешно преодолевающий свой стыд, может чувствовать вину перед своими родителями или потерять чувство связи с ними. Это может сильно опечалить его. Примером может служить пациент, который воспринимал своих родителей хрупкими и слабыми. За пределами своего дома его родители чувствовали себя беспокойно и небезопасно. Пациент, идентифицируя себя с родителями, стал также ощущать сильное беспокойство, когда находился вне дома. Он робел и неловко себя чувствовал с людьми. Он боялся, что не сможет защитить себя, если кто-нибудь будет дразнить или оскорблять его. Когда в ходе лечения ему удалось преодолеть свою социальную тревожность, у него появилась значительное чувство вины выжившего перед своими родителями. Он жалел их. Ему казалось нечестным наслаждаться благами успешной терапии, в то время как его родители таких благ не имели. Когда ощущение вины перед родителями становилось слишком острым, пациент ослаблял его, воскрешая свою социальную тревогу. В этом, как и в других изученных мной случаях, чувство стыда пациента удерживалось его виной за выживание.

В другом случае пациентка вела себя так, что ей было стыдно, подражая своим родителям, братьям и сестрам, чтобы сохранить свою связь с ними. Для членов ее семьи было характерно некое садистское поддразнивание в общении с другими. Ни один из ее домашних не мог выражать свою любовь просто и прямо. Пациентка, хотя и стыдилась своего поведения, тем не менее, продолжала семейную традицию оскорбления окружающих. В ходе психотерапии удалось помочь этой пациентке избавиться от дурных манер и стать дружелюбной с другими. Она осознала, насколько продвинулась за время лечения, когда смогла сказать своему возлюбленному просто и прямо: “Я люблю тебя”. Однако, сделав это, она стала печальной. В ходе дальнейшей терапии пациентка поняла, что чувствует себя теперь отрезанной от своих родителей. Она жалела их за их столь неуместное поведение. И жалела себя за то, что раньше страдала от своего столь же дурацкого поведения, а теперь чувствует себя одинокой. Она чувствовала себя “отрезанной, висящей в пространстве”.

Заключение

Человек сильно мотивирован адаптироваться к реальности; начиная с младенчества, он всю свою жизнь стремится к этому. В частности, он старается приобрести надежные представления (убеждения) об этой реальности, включающей в себя его самого, окружающий мир и разделяемые этим миром моральные императивы. Такие убеждения, которые могут быть в разной степени бессознательными, занимают центральное положение в его душевной жизни. В соответствии с ними он воспринимает и себя, и других, формирует свою личность и поддерживает свою психопатологию.

Этот тезис несовместим с теорией психики, развитой Фрейдом в его ранних работах (в 1900—1915 годах), но согласуется с некоторыми из его поздних формулировок (например, Freud, 1926a, 1940a), а также с идеями Хартмана (Hartmann, 1939, 1956a, 1956b) и других. Различие между ранней теорией Фрейда и представленными здесь взглядами можно проиллюстрировать объяснением настоятельных дезадаптивных импульсов с точки зрения каждой из них. Согласно ранней фрейдовской теории, эти импульсы обязаны своим существованием инстинкту, с которым находятся

в тесной связи, и регулируются по принципу удовольствия. Представленная здесь теория, хотя и не отрицает важность инстинкта, принимает, что указанные импульсы поддерживаются сознательными и бессознательными убеждениями о реальности и морали, наделенными громадным авторитетом.

Стыд — очень важный фактор в развитии и поддержании многих психопатологий. Однако он почти всегда поддерживается или чувством вины, или желанием поддерживать связь с родителями.

3. ЗАДАЧА ПСИХОТЕРАПЕВТА

С точки зрения представленной здесь теории, основная задача психотерапевта — помочь пациенту убедиться в ложности своих патогенных убеждений и таким образом открыть ему дорогу к целям, которые являются запретными с точки зрения этих убеждений. Таким образом, в отличие от традиционной теории, данная теория считает, что психотерапевт и пациент имеют одну цель — опровергнуть патогенные убеждения пациента. На самом деле эта цель настолько важна, что психотерапевт может оценивать техники по простому критерию: помогает ли данная техника — прямо или косвенно — пациенту опровергнуть свои патогенные убеждения.

Пациент, увидевший, что психотерапевт симпатизирует его планам, почти всегда немедленно реагирует на это, становясь менее тревожным, чувствуя себя в большей безопасности и больше доверяя психотерапевту. То, что пациенты немедленно реагируют таким образом на прохождение психотерапевтом их тестов и на “проплановые” интерпретации последнего, продемонстрировано формальными количественными исследованиями (см. главу 8). Пациент может проявлять возросшее ощущение безопасности в присутствии психотерапевта прямо, став смелее, проникательнее и обнаруживая больше доверия к психотерапевту. Или же он может, после короткой передышки, проявить это в более тщательном и интенсивном тестировании психотерапевта. В случаях, когда пациент считает, что психотерапевт противодействует его планам, он чувствует себя в большей опасности, становится более тревожным и занимает оборонительную позицию.

Подход психотерапевта должен быть специфическим для каждого случая: психотерапевт должен помогать пациенту чувствовать себя достаточно безопасно, чтобы встретиться с опасностями — каковы бы они ни были, — предсказываемыми специфическими патогенными убеждениями пациента, и достичь целей, эффективному преследованию которых препятствуют эти убеждения. Ценность специфического для каждого случая подхода показывает следующий отчет о первых четырех годах психоанализа Роберты П.

Роберта П.

Роберта П., незамужняя женщина тридцати с небольшим лет, юрист, была единственным ребенком в семье из среднего класса. Ее детство прошло уныло и мрачно. Ее родители были замкнутыми, необщительными людьми, обремененными ответственностью за ее воспитание. Во время психоанализа Роберта вела себя осторожно, сохраняя дистанцию, но делала настойчивые попытки заинтересовать психоаналитика.

Центральное патогенное убеждение Роберты касалось опасности быть отвергнутой. Роберта подсознательно считала, что ее общество обременительно и что она должна быть и будет отвергнута. Психоаналитик решил: чтобы помочь Роберте взглянуть в лицо этим убеждениям и в конце концов изменить их, он должен вести себя с ней дружелюбно и любезно, избегая любых слов и действий, которые она могла бы истолковать как отвержение.

За первые три года психоанализа Роберта продвинулась весьма незначительно. Она осторожно испытывала психотерапевта, часто обращаясь к нему с просьбой изменить расписание встреч и давая ему многочисленные поводы унизить ее. Психотерапевт с готовностью принимал все предложения об изменении расписания и не соглашался с ее самооскорблениями. Вследствие этого Роберта стала более открытой и дружелюбной в отношениях с психотерапевтом. Она стала осознавать, что все свое детство чувствовала себя одинокой, лишенной заботы и внимания.

На четвертый год совместной работы Роберта предложила психотерапевту крупный тест на отвержение. Она объявила, что достигла своих целей в психотерапии и собирается окончить лечение через 3 месяца. Психотерапевт без колебаний выразил свое несогласие с этими планами пациентки. Он предложил ей многочисленные интерпретации, связывавшие ее планы окончить лечение со страхом быть отверженной: она боится быть для него обузой; она хочет отвергнуть его, пока он не успел отвергнуть ее; она считает, что не заслуживает больше помощи. Роберта проявила интерес к этим интерпретациям, но они не поколебали ее решимости прекратить терапию. Однако она поняла, что не знает, почему хочет прекратить лечение. Психоаналитик убеждал ее продолжать, пока не прояснятся мотивы прекратить психотерапию. Роберта упорствовала в своем желании, пока, наконец, перед самым концом встре-

чи, с неохотой не согласилась продлить контракт еще на некоторое время.

Настойчивые советы психотерапевта не бросать лечение убедили пациентку, что он не отвергнет ее. Подобно зрителю, плачущему при счастливом конце мелодрамы, Роберта успокоилась и таким образом стала способной переносить прежде вытесняемую печаль. В ее памяти всплыл эпизод детства, связанный с материнским отвержением. Однажды, когда ей было шесть лет, в окрестностях ее дома объявились вооруженные бандиты. Все были испуганы, и матери не выпускали детей из дому. Однако мать Роберты послала ее купить зелень. Роберта сочла, что ее мать хочет, чтобы ее убили. Рассказывая этот эпизод, Роберта испытывала глубокую печаль и плакала.

На следующей стадии терапии Роберта чувствовала большую близость с психоаналитиком. Она вспомнила другие случаи родительского отвержения и приняла интерпретацию, что уступила незаинтересованности родителей и стала считать себя никому ненужной и недостойной внимания. Она вспомнила, как была озадачена однажды в детстве, когда соседка остановилась, чтобы поболтать с ней, и призналась, что все еще чувствует удивление, когда кто-нибудь по-дружески расположен к ней.

Согласно представленной здесь теории, Роберте помогла интерпретация психоаналитика, то, что он прошел ее тесты, и, наконец, его общий дружественный подход. Интерпретации привлекли внимание Роберты к ее убеждению в том, что она будет отвергнута. Однако Роберта не могла эмоционально рассмотреть данное убеждение и вспомнить ее происхождение, пока психотерапевт не прошел трудный тест на отвержение. Успешно пройдя испытание, психотерапевт помог пациентке почувствовать себя достаточно надежно, чтобы вспомнить страшные эпизоды, в которых мать подвергала ее жизнь опасности.

Фрейдовская теория 1911—1915 годов иначе, чем данная теория, оценивает описанную выше технику. С точки зрения теории 1911—1915 годов, дружественность психоаналитика рассматривалась как манипуляция, которая удовлетворяет бессознательную зависимость пациентки, и поэтому или не дает ей осознать эту зависимость, или лишает ее мотивации работать в своем анализе. Кроме того, теория 1911—1915 годов рассматривает частые просьбы Роберты изменить расписание и ее угрозы прекратить лечение как про-

явления сопротивления, которые следует интерпретировать согласно этой теории. Такое поведение могло выражать бессознательную враждебность Роберты к психоаналитику, или ее защиту от бессознательной зависимости от психоаналитика, или и то, и другое. То, что психоаналитик принимает за чистую монету рассказ Роберты о родительском отвержении, позволяет ей, по теории 1911—1915 годов, винить в своих проблемах родителей, т.е. внешние факторы, и таким образом уклоняться от решения этих проблем. Это не дает ей, в частности, понять, что она сама слишком требовательна к родителям и отвергает их, провоцируя таким образом то, что они отвергнут ее.

Сравнение теории 1911—1915 годов и представленной здесь теории: должен ли терапевт оставаться нейтральным или поддерживать планы пациента?

Теория Фрейда 1911—1915 годов рекомендует психотерапевту быть нейтральным* при анализе бессознательных конфликтов. Это конфликты между мощными инстинктивными импульсами, ищущими своего удовлетворения. Поскольку в теории 1911—1915 годов бессознательные импульсы никак не связаны с целями или планами, ни один из участвующих в конфликте импульсов не обладает никаким преимуществом перед другими с точки зрения сознательных целей пациента. Таким образом, у психотерапевта нет никакой причины оказывать какому-либо из них предпочтение перед другими. Более того, он имеет вескую причину не делать этого: он не должен навязывать свои взгляды пациенту. Психоаналитик, придерживающийся теории 1911—1915 годов, считает,

*Рекомендация нейтральности по отношению к бессознательному конфликту в теории 1911—1915 годов отражает тенденцию Фрейда придерживаться рационального подхода и уважения к самостоятельности пациента. Фрейд критиковал методы некоторых современных ему психотерапевтов, которые пытались воздействовать на пациентов авторитарными методами, убеждениями, мистическими ритуалами и пытались навязать пациентам собственные ценности и представления. Он относился к таким техникам как к манипуляциям, которые лишь усиливают защиты пациента, и считал, что они скорее укрепляют зависимость пациента, чем освобождают от нее. Чтобы избежать этого, Фрейд рекомендовал психотерапевту полагаться главным образом на интерпретации, сводить к минимуму авторитарность и занимать как можно более беспристрастную, нейтральную, объективную позицию. — *Прим. автора.*

что, помогая пациенту осознать обе участвующие в конфликте силы, он дает пациенту возможность разрешить свой конфликт на сознательном уровне.

В отличие от этого, концепция конфликта в представленной здесь теории состоит в том, что конфликт обычно имеет место между некоторыми из нормальных, сознательных целей пациента и его ожиданием того, что он подвергнет себя или тех, кого любит, опасности, если будет преследовать эти цели. В этом конфликте психотерапевт на стороне сознательных целей пациента, а первоочередная задача психотерапевта — помочь пациенту достичь своих целей, способствуя пониманию им ложности предсказаний его патогенных установок.

Нейтральность или беспристрастность в теории 1911—1915 годов отражена также в требовании к психотерапевту анализировать “с поверхности вглубь”, обсуждая сопротивление по мере его проявления. Точно так же, как психотерапевт не имеет никаких причин принимать какую-либо сторону в бессознательном конфликте, у него нет никаких причин уделять больше внимания одним проявлениям сопротивления, чем другим.

В отличие от этого, представленная здесь теория считает, что “поверхность” выражает не бессознательное сопротивление, а проверку патогенных установок. То, как психотерапевт реагирует на эту проверку, зависит от того, как он понимает убеждения пациента, и от того, какие тесты пациент предлагает ему. В некоторых случаях психотерапевт может пройти тест пациента, согласившись с его представлениями о себе, в других случаях — наоборот, только если отвергнет их. Последнее справедливо, например, когда проблема пациента состоит в его согласии с ложным мнением о нем родителей или супруга — как в случае Уиллы А.

Уилла А.

Уилла А. бессознательно хотела уйти от явно неадекватного, бездарного и зависимого мужа, и психотерапия помогла ей сделать это. Уилла пришла на прием к психотерапевту, бессознательно обремененная чувством преувеличенной ответственности за своего мужа. Однако на сознательном уровне она не знала, почему несчастлива в браке. Она не могла решить, то ли она, как ее мать

часто ей говорила, слишком эгоистична, чтобы поладить с кем-либо, то ли ее муж действительно тяжелый человек.

Пациентка разными способами тестировала психотерапевта. Иногда она приводила вполне разумные аргументы в пользу того, что ее муж ошибается. Психотерапевт прошел этот тест, согласившись с мнением пациентки. В других случаях она принимала на себя ответственность за вещи, за которые на самом деле не несла ответственности, например, обвиняла себя в холодности со своим мужем в сексе. Психотерапевт прошел этот тест, показав, что не принимает ее самообвинений за чистую монету. Он продемонстрировал Уилле, что ее муж имеет к ней слабый сексуальный интерес, если вообще имеет, и что она вполне отвечала на его редкие сексуальные авансы.

Использование убеждения или авторитета

Как уже отмечалось, теория 1911—1915 годов рекомендует психотерапевту избегать применения убеждения или авторитета. Например, он не должен ничего советовать или запрещать пациенту. Психотерапевт должен использовать лишь интерпретации, чтобы решить свою основную задачу — перевести бессознательный материал в сознание.

Предлагаемая здесь теория, напротив, предписывает психотерапевту пользоваться, помимо интерпретации, другими разнообразными средствами, включая, в некоторых случаях, убеждение и авторитет. Рассмотрим, например, описанный выше психоанализ Роберты П., страдавшей от патогенного убеждения в том, что она должна быть и будет отвергнута психоаналитиком. Хотя психоаналитик интерпретировал это убеждение, Роберта не принимала его интерпретацию до тех пор, пока психоаналитик не использовал свой авторитет, убедив Роберту продолжить психоанализ. После этого Роберта почувствовала обоснованность интерпретаций психоаналитика. Кроме того, она почувствовала себя в достаточной безопасности, чтобы вспомнить, как была отвергнута своей матерью, и понять, что избегала дружеских отношений с психоаналитиком из страха, что тот также отвергнет ее.

Хотя использование убеждения или авторитета является “про-плановым” в одних случаях, в других оно может быть “антиплановым”. Например, некоторые пациенты воспринимают убеждение как непрошеную опеку, другие видят в использовании психотера-

певтом авторитета унижение для себя. Как именно психотерапевт может помочь пациенту почувствовать себя в безопасности, зависит от того, что пациент считал в детстве наиболее опасным. Например, пациенту, который чувствовал себя в детстве отверженным суровыми, строгими родителями, может помочь непринужденная болтовня с психотерапевтом на темы, представляющие взаимный интерес. Другому пациенту, страдавшему в детстве от требовательных родителей, которых он не мог удовлетворить, поможет оценка его усилий доставить психотерапевту удовольствие.

Некоторые пациенты, особенно те, кому в детстве не удалось сформировать ощущение надежной связи со своими родителями, утверждают во мнении, что они недостойны чувствовать связь с кем бы то ни было. Они уверены, что будут отвергнуты психотерапевтом. Такие пациенты не чувствуют себя с психотерапевтом достаточно безопасно, пока тот не приложит экстраординарных усилий для налаживания связи с ними. Например, один пациент, который в детстве не мог сформировать связь со своими раздражительными, эгоцентричными родителями, был очень тревожным и беспокойным и не мог найти работу, которая бы ему нравилась. Ему несколько помогла психотерапия и посещение группы поддержки. Однако он не мог найти себе хорошую работу до тех пор, пока психотерапевт не попросил его звонить каждый день и в течение 10 минут рассказывать о своей деятельности в этом направлении. После нескольких месяцев такой практики пациент стал менее подавленным и наконец нашел себе работу по душе.

Пациент, который в детстве заключил из пренебрежительного отношения к нему родителей, что он не заслуживает защиты, может не чувствовать себя безопасно до тех пор, пока психотерапевт не проявит свой авторитет для демонстрации того, что он будет защищать пациента. Так было, например, в случае Джеффри Б.

Джеффри Б.

Джеффри Б., молодой врач, отец двух детей, стал саморазрушительно неразборчивым в половых связях вскоре после начала психоанализа. Он имел так много связей и стал столь необязателен, что поставил под угрозу свой брак и свою карьеру. Тем не менее он мягко говорил психоаналитику, что не считает это своей основной проблемой.

Психоаналитик предположил, что пациент испытывает его с целью выяснения, будет ли психоаналитик его защищать. Психоаналитик несколько раз обращал внимание Джеффри на его самодеструктивное поведение, однако тот провоцирующе продолжал свой промискуитет. Наконец психоаналитик сказал, что если так будет продолжаться, он вынужден будет прекратить лечение. Пациент сердился, плакал и ругал психотерапевта за его неспособность поддерживать “аналитические” отношения, однако решил лучше отказаться от бесчисленных связей, а не от лечения. Кроме того, он стал больше доверять психоаналитику и вспомнил несколько эпизодов из своего детства, в которых родители не смогли защитить его от саморазрушительного сексуального поведения. Он вспомнил, что в четвертом классе раздевался и выставлял себя напоказ в школьных коридорах. Учителя пытались заручиться поддержкой родителей, чтобы помочь мальчику, но те не проявили встречного желания.

После описанных выше событий в курсе психотерапии Джеффри успокоился и продолжил работу по развенчанию своего убеждения в том, что не заслуживает помощи и защиты.

Использование психотерапевтом своего авторитета в ходе лечения Джеффри Б. и Роберты П. помогло им почувствовать себя в безопасности. Лечение обоих было успешным. Пациенты, которым требуются убеждения или использование авторитета, не обязательно более нарушены, чем те, кому это не нужно. Если традиционная техника не годится для лечения пациента, это говорит о границах применения данной техники, а не о степени нарушения пациента.

Кроме того, представленная здесь теория ослабляет различия между аналитической и поддерживающей терапиями. Это различие имеет значение в теории 1911—1915 годов, где предполагается, что пациент может осознать вытесненный материал только при помощи интерпретаций, но не в данной теории, утверждающей, что в некоторых случаях пациент может чувствовать себя с психотерапевтом достаточно безопасно, чтобы осознать вытесненное без интерпретации. Как показал при помощи опросов Уоллерштейн (Wallerstein, 1985), пациенты, проходившие так называемую поддерживающую терапию, обнаруживают столько же структурных изменений, как и пациенты, которые подверглись аналитической терапии. Это объяснимо в рамках описываемой здесь теории, но не теории 1911—1915 годов.

В некоторых случаях пациент получает пользу просто от установленных им хороших отношений с психотерапевтом и нового опыта, приобретаемого в этих отношениях. Он может достигнуть “вторичных” инсайтов, переоценивая свое настоящее и прошлое в свете этого нового опыта. Рассмотрим, например, случай пациента, который вывел из своих отношений с отвергавшими его родителями то обстоятельство, что он заслуживает такого отношения. Опыт отношений с психотерапевтом говорил ему обратное, и вследствие этого опыта пациент изменил свои патогенные убеждения и повысил самооценку. Кроме того, он стал по-новому смотреть на опыт своего детства, стал размышлять над отношением к нему родителей и понял, что был достоин лучшего (см. Alexander & French, 1946, p. 20).

Применять авторитет или защищать самостоятельность пациента

В своей заботе о самостоятельности пациента теория 1911—1915 годов может подталкивать терапевта к пониманию сознательных желаний пациента слишком буквально. Пациент может тестировать психотерапевта, выказывая планы, противоположные своим бессознательным целям. Например, пациент, бессознательно желающий проверить, будет ли он отвергнут психотерапевтом, может угрожать уменьшить частоту своих посещений, бессознательно надеясь, что психотерапевт будет отговаривать его от этого. Если психотерапевт станет принимать сознательные желания, высказываемые пациентом, за чистую монету, он “дает пациенту добро” на вещи, которые тот на самом деле вовсе не хочет делать. Так было, например, в случае Тимоти Е., чей психоаналитик, уважая его право на самостоятельные решения, не возражал против сознательного желания своего пациента взять в жены очевидно не подходящую для него женщину.

Тимоти Е.

Тимоти Е., холостой молодой человек, приближающийся к своему тридцатилетию, в детстве страдал от депрессивной матери, которая бранила и оскорбляла его. У него сформировалось убежде-

ние в том, что он несет ответственность за свою мать и что, поскольку ему не удалось сделать ее счастливой, он заслуживает, чтобы та отвергла его. Тимоти бессознательно надеялся, что его отец, замкнутый, неразговорчивый человек, заступится за него перед матерью. Однако отец за него не заступался и таким образом укреплял его убеждение, что он заслуживает отвержения, пока не сделает свою мать счастливой.

В ходе психоанализа Тимоти стал достаточно доверять мужчине-психоаналитику, чтобы проверить это убеждение, начав встречаться с очевидно не подходящей для него женщиной, которая, подобно его матери, отличалась дурным характером. Пациент надеялся, что психотерапевт вмешается и убедит его, что он не несет ответственности за счастье своей подруги, иметь дело с которой было практически невозможно. Однако психотерапевт не вмешался, и Тимоти считал себя обязанным жениться на этой ужасной женщине. Тимоти не осознавал вполне всего этого до тех пор, пока через несколько лет после свадьбы жена не ушла от него к другому. После этого он стал встречаться с милой и доброй девушкой, и был поражен контрастом между ней и его бывшей женой. Он стал осознавать, что все время находил свою жену почти невыносимой и надеялся и ждал, что психотерапевт убедит его не жениться на ней. Таким образом, при лечении Тимоти Е. психотерапевт, принявший из уважения к самостоятельности пациента его сознательные заявления за чистую монету, на деле не смог защитить его самостоятельность.

Иллюстрацией обсуждаемого тезиса может служить также психоанализ Роберты П. Если бы ее психоаналитик воспринял ее желание прекратить лечение буквально и не пытался убедить ее продолжать, она почувствовала бы себя преданной и не смогла бы отказаться от своего бессознательного убеждения в том, что не заслуживает помощи. Другим примером может служить случай Уиллы А. (женщины, хотевшей уйти от своего мужа, которым была недовольна) — ей повредило бы, если бы психотерапевт принял ее признания в любви к своему мужу за чистую монету или согласился с тем, что она сама провоцирует дурное поведение своего мужа. Сходным образом, Джеффри Б. (мужчине, чей промискуитет ставил под угрозу его репутацию) повредило бы, если бы психотерапевт не настаивал на прекращении им промискуитета. Он бессоз-

нательно чувствовал бы себя преданным, и его патогенное убеждение, что он не достоин защиты, подтвердилось бы.

Лучшим указанием на настоящие цели пациента, чем его сознательные утверждения, служит его реакция на вмешательство психотерапевта. Роберте П. помогла настойчивость психоаналитика в вопросе о продолжении лечения, и вскоре после этого пациентка получила доступ к важным воспоминаниям, проливающим свет на ее психопатологию. Уилла А. почувствовала себя лучше и увеличила способность к инсайту, когда ее психотерапевт не согласился с ее самообвинениями в семейных проблемах. Джеффри Б. успокоился и вспомнил важный эпизод из своего детства, после того как психоаналитик настоял на прекращении им саморазрушительного промискуитета.

***Важно помочь пациенту понять,
что его психопатология сформировалась
в ходе его отношений с родителями***

С рекомендацией теории 1911—1915 годов оберегать самостоятельность пациента тесно связана ее рекомендация убеждать пациента взять на себя ответственность за свои проблемы. Эти две идеи тесно связаны потому, что пациент не может быть вполне независимым, если не несет такой ответственности. Однако если психотерапевт, придерживающийся теории 1911—1915 годов, может слишком буквально понимать самостоятельность пациента, то он может слишком буквально понимать и ответственность пациента. Например, психотерапевт может опасаться, что если позволит пациенту обвинять в своих проблемах родителей, то пациент будет видеть причину своих несчастий во внешних факторах и таким образом избежит как чувства ответственности за них, так и стремления от них избавиться.

Согласно настоящей теории, пациент, разбирающийся в травмах своего детства, делает это не для того, чтобы уйти от ответственности, а для того, чтобы понять эти проблемы и разрешить их. И он делает шаг вперед, когда начинает понимать, что страдал в детстве от плохого обращения с ним родителей, соглашался с таким отношением и в результате сформировал убеждение, что заслуживает подобного отношения к себе. Понимание того, что он страдает от своих патогенных установок, выведенных из трав-

матического опыта обращения с ним родителей, помогает ему взять на себя ответственность за решение своих проблем. Он также осознает, как может решить эти проблемы — путем изменения своих патогенных убеждений.

Однако, если терапевт удерживает пациента от нового понимания того, какую роль родители сыграли в развитии его психопатологии, это может мешать пациенту разрешить свои проблемы. Он может продолжать верить, как верил в детстве, что заслуживает того, как родители обращались с ним. Предположим, например, что Роберта П. призналась психотерапевту, что провоцировала своих родителей плохо к ней относиться, отвергая их или относясь к ним враждебно, или, например, что она фиксировалась на пренебрежении к ней родителей, чтобы избежать признания в собственном пренебрежении ими. Если бы она искренне так считала, это затруднило бы для нее отказ от убеждения в том, что она заслуживает отвержения.

Анализ сопротивления

В соответствии с теорией 1911—1915 годов, психотерапевт в задаче сделать бессознательное сознательным делает большую ставку на интерпретацию сопротивления пациента. С точки зрения предлагаемой здесь теории, интерпретации сопротивления могут быть вредными, особенно при лечении пациента, который воспринимает такие интерпретации как критику. Интерпретация сопротивления может помешать пациенту чувствовать себя с психотерапевтом достаточно безопасно для обсуждения своего чувства неадекватности, вины или низкой оценки окружающих. Так было, например, в случае Лоуэлла А., который приводится ниже.

Лоуэлл А.

Лоуэлл был энергичным, умным, социологом с живым воображением, чьи проблемы возникли из его согласия с критически настроенным отцом. Пациент пришел к психоаналитику с жалобами на робость, чувство подавленности в контактах с людьми, страх быть отвергнутым женщинами и беспокойство по поводу работы. Его первый психоаналитик, гораздо менее склонный к кри-

тике, чем отец пациента, придал пациенту достаточную уверенность, которая помогла ему решить указанные проблемы. Лоуэлл женился, имел нескольких детей и стал преподавать в университете. Придя на повторный психоанализ через 15 лет после завершения первого, он сначала хорошо отзывался о своем первом психоаналитике, к тому времени уважаемом профессоре в местном психоаналитическом институте.

Причина повторного обращения к психоаналитику состояла в том, что Лоуэлл временами был слегка подавлен, чрезмерно застенчив со своими студентами и коллегами и не мог наслаждаться жизнью так, как, по его мнению, следовало. На начальной стадии второго психоанализа Лоуэлл испытывал психоаналитика, предоставляя ему многочисленные возможности унижить его. Когда психоаналитик отказался от всех этих возможностей, Лоуэлл расслабился и стал более откровенным, обретя большее доверие к психоаналитику. Он стал критиковать первый психоанализ за то, что психоаналитик не помог ему в его попытках понять себя. Он жаловался, что первый психоаналитик всегда считал его (Лоуэлла) понимание своих проблем неадекватным — т.е. состоящим из полуправды, рационализаций и отрицаний. Однажды Лоуэлл сказал с чувством: “Я интеллигентный человек. Я всегда думал о своих проблемах. Мне нравится решать проблемы, работать с друзьями над их решением. У меня обычно возникает куча идей. Однако мой прошлый психоаналитик сам пожелал сделать всю работу. Он не хотел оставить мне ни крупинки радости открытия. Что бы я ни сказал, ничто не было вполне правильным, даже если я повторял то, что он сам перед этим сказал мне”.

Второй психоаналитик приглашал Лоуэлла к сотрудничеству, приветствуя его собственные идеи, которые обычно оказывались интересными и уместными. Пациент становился все более дружелюбным и чувствовал себя во все большей безопасности с аналитиком. Лоуэлл вспомнил больше о критическом отношении к нему отца. Его отец никогда не был им доволен. Отец критиковал подарки, которые Лоуэлл дарил ему, одежду Лоуэлла, его внешний вид, интересы, друзей, склонность к полноте и даже музыкальные вкусы. Пациент всегда помнил о “нападениях” на него отца, но не помнил, как это задевало его. Теперь он осознал, что испытывал унижение, печаль и гнев.

Лоуэлл также понял, что стал постоянно ждать критики от окружающих без всяких на то оснований. Осознав иррациональность

этого страха, он расслабился и стал гораздо дружелюбнее в отношениях с коллегами, студентами, женой и детьми. Он стал находить удовольствие в том, что брал с собой двух своих сыновей играть в баскетбол и на пикники, и они вознаградили его своей любовью к нему. Его депрессия пошла на убыль, и он стал получать больше удовольствия от жизни.

Используемая первым психоаналитиком Лоуэлла техника соответствовала рекомендациям теории 1911—1915 годов. Значительная роль интерпретаций в этой технике основывается на двух предположениях: во-первых, представления пациента являются неким компромиссом, таким образом, они неизбежно неполны; во-вторых, что пациент не может осознать вытесненный материал без интерпретаций психоаналитика. Холодное, отстраненное отношение психоаналитика к пациенту базировалось на предположении, что дружеское участие психотерапевта будет подкреплять зависимость от него пациента и таким образом лишит пациента мотивации работать над своими проблемами в ходе терапии. Теория 1911—1915 годов предполагает, что работа в оптимальном режиме требует некоторого уровня тревожности пациента; чрезмерная тревожность усиливает сопротивление, а недостаточная — ослабляет мотивацию.

Техника второго психоаналитика Лоуэлла отражает представления предлагаемой здесь теории: чем в большей мере психоаналитик способен помочь пациенту понять нереальность опасностей, предсказываемых его патогенными убеждениями, тем легче пациенту встретиться с этими опасностями и работать над отказом от своих патогенных установок путем тестирования. Нет нужды погонять пациента работать в ходе терапии. Он сам крайне заинтересован в решении своих проблем и охотно работает над этим, если чувствует себя в достаточной безопасности. Тогда предоставленный сам себе он предложит свою собственную повестку дня.

Когда Лоуэллу во втором психоанализе была предоставлена возможность самому составить повестку дня, он сделал это. Сначала он тестировал психоаналитика, бессознательно стараясь убедиться, что тот не будет обижать его. Убедившись в этом, он почувствовал себя увереннее и стал дружелюбнее относиться к психоаналитику, на что тот ответил ему взаимностью. Это помогло пациенту почувствовать себя достаточно безопасно для того, чтобы вспомнить и описать опыт унижения его отцом.

Когда Лоуэллу удалось проследить историю развития своего патогенного убеждения до детского опыта отношений с отцом, убеждение в значительной мере перестало довлеть над ним, и он стал дружелюбнее в отношениях с коллегами, со студентами и с членами своей семьи. Его отчужденное отношение к своим сыновьям отражало его убеждение в том, что он должен обходиться с ними так же, как его отец обходился с ним. Отказавшись от этого убеждения, он стал получать много радости от общения со своими сыновьями. Хроническая депрессия Лоуэлла была обязана своим существованием его убеждению в том, что он в принципе не может поступать правильно. Развенчав это верование, он стал более веселым и оптимистичным.

Объяснение в терминах импульсов и защит

В предлагаемой здесь теории объяснения в терминах импульсов и защит (или компромисса между ними) не играют такой фундаментальной роли, как в теории 1911—1915 годов. С точки зрения предлагаемой здесь теории, объяснения в терминах импульсов, защит и компромисса, будучи иногда полезными, часто, тем не менее, неудовлетворительны. У пациента остается вопрос, почему некоторые из его импульсов и защитных механизмов имеют особое значение в его душевной жизни. Например, он может полюбопытствовать: “Почему я проявляю именно враждебность к людям”, или “Почему я именно зависим?”, или “Почему я стал именно замкнутым?” Кроме того, пациент может почувствовать себя оскорбленным объяснением его душевной жизни в терминах импульсов и защитных механизмов — враждебность, зависимость и замкнутость обычно не считаются лучшими человеческими качествами, — что может повлечь за собой утрату доверия к психотерапевту.

В большинстве случаев пациент скорее удовлетворяется объяснением, что причины его поведения лежат в его детском опыте, само же поведение выполняет адаптивную функцию или служит бессознательным моральным принципам. Как утверждает представленная здесь теория, такие объяснения аккуратнее, обладают большим интуитивным смыслом для пациента и полезнее для психотерапии, чем объяснения в терминах импульсов и защит. Например, пациент узнает о себе больше и будет чувствовать себя увереннее,

если психоаналитик не просто скажет ему: “Вы очень враждебно настроены по отношению к своей жене”, а объяснит: “Вы разрушаете вашу семью борьбой со своей женой. Вы следуете убеждениям своего отца, который разрушил свой брак таким образом”. Аналогично, другой пациент больше узнает и почувствует себя в безопасности, если ему не просто сказать: “Вы очень зависимы”, а: “Вы чрезмерно зависимы, потому что верите, что окружающие хотят, чтобы вы в них нуждались”. Третий пациент получит больше информации, если вместо “Вы ушли в себя” сказать: “Вы ушли в себя, потому что вам не удавалось заинтересовать ваших эгоистичных родителей и вы сделали вывод, что не стоит пытаться этого делать”.

Примером интерпретации сопротивления, затрудняющего терапию, может служить интерпретация, иногда предлагаемая пациентам, которые обсуждают свои проблемы с друзьями: “Вы расщепляете перенос”. Пациент, рассказывающий психотерапевту о своем доверии к другу, возможно, проверяет свое право быть независимым от психотерапевта; если это так, указанная интерпретация затруднит лечение. Пациент может заключить, что он обидел психотерапевта и таким образом подтвердит свои патогенные убеждения. У него может возникнуть иррациональное чувство вины за сепарацию от терапевта.

Ценность специфического подхода к каждому случаю

Как было замечено выше, техника, предписывающая, грубо говоря, одинаковый подход (или спектр связанных между собой подходов) к каждому пациенту, не обладает необходимой гибкостью. Такая техника может подходить для лечения некоторых пациентов, но не подходит для лечения других.

Так, техники, предписываемые теорией 1911—1915 годов, не годятся для лечения пациентов, требующих убеждения, одобрения или проявления авторитета. Не подходят они и для пациентов, согласившихся с плохим отношением к ним их родителей: эти пациенты могут преодолеть свое согласие, лишь поняв, как плохо обошлись с ними родители. В равной степени указанные техники непригодны и для тех пациентов, которые могут отказаться от своего самодеструктивного поведения только если психотерапевт уде-

лит особое внимание их бессознательному чувству вины и потребности жертвовать своими интересами ради интересов других.

Несмотря на свои недостатки, теория 1911—1915 годов, со своими рекомендациями психоаналитику быть отстраненным, беспристрастным, анонимным и последовательным, полезна (если не оптимальна) для лечения очень многих пациентов. Постоянство, предписываемое психотерапевту данной теорией, позволяет пациенту выработать планы проверки своих патогенных установок, адаптированные к подходу, стилю и личности данного конкретного психотерапевта. Постоянство психотерапевта позволяет пациенту предвидеть, как именно психотерапевт встретит его инициативы, и таким образом разработать тесты, которые психотерапевт с высокой степенью вероятности пройдет. Если пациент, тестируя психотерапевта, бессознательно найдет его слабые и сильные стороны, пациент может изобрести тесты, использующие сильные стороны психотерапевта и избегающие касаться его слабостей.

Эти тезисы иллюстрирует психотерапия Карен Б., пациентки, которая бессознательно установила, что ее психоаналитик, по всей вероятности, пройдет тесты определенного типа, и стала все больше и больше полагаться на этот тип тестов.

Карен Б.

Карен, замужняя женщина чуть старше тридцати лет, пришла к психоаналитику, обремененная патогенным убеждением, что она всемогущественно ответственна за счастье и благосостояние своих родителей, братьев, сестер и мужа, которых считала очень хрупкими и ранимыми. Чтобы защитить их, она стала слабой, нерешительной и ревнивой. В ходе своего психоанализа Карен проверяла свои убеждения несколькими способами. Во-первых, она рассказала психоаналитику о случаях, когда брала верх над своим мужем — как в сексуальной, так и в общественной жизни. Карен надеялась, что психоаналитик одобрит проявление ее силы в отношениях с мужем. Однако психоаналитик не сделал этого; он был склонен интерпретировать ее поведение как проявление зависти к пенису и считал его происходящим от ее чувства неадекватности. Из этого Карен заключила, что психоаналитик не хочет, чтобы она была сильной в отношениях со своим мужем.

Карен также проверяла свое всемогущество, предлагая психоаналитику тесты со сменой пассивной позиции на активную. Например, она со слезами в голосе жаловалась, что психоаналитик неправильно заставляет ее заплатить за пропущенную сессию. Посредством такого рода тестов Карен пыталась определить, чувствует ли психоаналитик “ответственность всемогущества” за нее, как она чувствовала за своих родителей. Она надеялась, что не чувствует; если бы это было так, она могла бы идентифицироваться с ним и начать менее серьезно относиться к жалобам на нее ее интернализованных родителей. Психоаналитик почти всегда успешно проходил тесты этого типа: он оставался бесстрастным и непреклонным перед лицом сетований на него Карен. Это помогло пациентке. Во время встреч с психоаналитиком сразу после прохождения им тестов этого рода она была веселее, чувствовала себя более сильной и иногда демонстрировала большую способность к инсайту в отношении своего преувеличенного чувства ответственности за других.

Карен бессознательно пришла к заключению, что психоаналитик выдерживает тесты со сменой пассивной позиции на активную, но не тесты, в которых она хвасталась своим превосходством над мужем. Поэтому она стала все больше полагаться на тесты первого типа. Когда психоаналитик начинал терять нить, Карен возвращала его в нужное русло, применяя тест со сменой пассивной позиции на активную. Таким образом, в своей работе с психоаналитиком пациентка с успехом использовала его специфическую сильную сторону. Хотя психоаналитик не интерпретировал убеждение Карен в ее всемогуществе, он, пройдя ее тесты со сменной пассивной позиции на активную, помог ей осознать это убеждение и отказаться от него.

Среди разнообразных пациентов, которым может принести пользу подход теории 1911—1915 годов, пациенты, страдающие от патогенного убеждения, что они будут наказаны, если бросят психоаналитику вызов или оскорбят его. Психотерапевт, придерживающийся теории 1911—1915 годов, с большой вероятностью пройдет тесты таких пациентов, оставаясь отстраненным и равнодушным к вызовам пациента. Такой психотерапевт, скорее всего, будет полезен и пациентам, страдающим от убеждения в том, что они не имеют права защищаться от чужой навязчивости. Эти пациенты будут испытывать психотерапевта, искушая его быть навязчи-

вым. Сможет он оказать помощь и тем пациентам, которые боятся соблазнить психотерапевта и тестируют это, ведя себя соблазняюще, а также тем, которые боятся причинить психотерапевту беспокойство и проверяют это, становясь беспокойными и надоедливыми.

Рекомендации Кохута

Итак, традиционная психотерапия, основанная на фрейдовской теории 1911—1915 годов, подходит для лечения одних пациентов и не подходит для лечения других. То же можно сказать и о рекомендациях Кохута (Kohut, 1959, 1971, 1984). Впервые примененные в терапии пациентов с нарциссическими нарушениями, они были позже распространены на множество других пациентов. С точки зрения предлагаемой здесь теории, идеи Кохута знаменуют собой продвижение как в теории, так и в технике по отношению к теории 1911—1915 годов. Кохут больше, чем Фрейд в теории 1911—1915 годов, подчеркивает значение нарушенных отношений ребенка с родителями для развития психопатологии. Кроме того, Кохут указывает — также в отличие от теории 1911—1915 годов — на терапевтическое значение для пациента его опыта отношений с психотерапевтом (Kohut, 1984). Метод Кохута годится, в частности, для некоторых типов пациентов, для которых традиционная терапия на основе теории 1911—1915 года оказывается непригодной. Например, он подходит для пациентов, которых с особой настойчивостью отвергали в детстве и которые особенно нуждаются в принятии их психотерапевтом, а также для тех пациентов, которые в детстве испытывали стыд за своих родителей и нуждаются в идеализации психотерапевта.

Рекомендации Кохута группируются вокруг того, что он называет “феноменом переноса или трансфер-подобным феноменом” (“transference or transference-like phenomena”), или, конкретно, “идеализирующим переносом” (“the idealizing transference”) и “зеркальным переносом” (“mirror transference”) (Kohut, 1971). При зеркальном переносе пациент хочет, чтобы психотерапевт слушал его и восхищался им; при идеализирующем пациент идеализирует самого психотерапевта. В каждом из двух случаев психотерапевту, согласно Кохуту (Kohut, 1984), следует принять роль, отводящую ему пациентом. В случае идеализирующего переноса психо-

терапевт должен позволить пациенту идеализировать себя, в случае зеркального — не возражать против эгоцентризма и эксгибиционизма пациента. Если пациент склонен проявлять гордость, психотерапевт должен тактично принимать его эксгибиционистскую грандиозность и интерпретировать его сопротивление в ключе, подтверждающем его значительность.

Психоаналитик, придерживающийся теории 1911—1915 годов, может критиковать рекомендации Кохута относительно идеализирующего переноса за то, что они не принимают в расчет лежащую за ним бессознательную враждебность пациента, а относительно зеркального переноса — за потворство зависимости и эксгибиционизму пациента. Представленная здесь теория, напротив, утверждает, что некоторые пациенты осуществляют зеркальный перенос для проверки своих патогенных установок, что они не заслуживают серьезного и уважительного отношения к себе. Если психотерапевт, как рекомендует Кохут, выслушивает таких пациентов, относится к ним серьезно и укрепляет их чувство гордости, он может помочь им почувствовать себя в безопасности в его обществе. Это облегчит пациентам проверку своих патогенных установок и, при правильном поведении психотерапевта во время проверки, отказ от этих установок.

Что касается идеализирующего переноса, пациент может осуществлять его для проверки своего убеждения в том, что он не может иметь взаимоотношения с замечательным, авторитетным человеком. Такое убеждение может быть у пациента, в детстве стыдившегося слабости, глупости или пороков своих родителей. Подобный детский опыт может быть очень травматичным для ребенка. Родители составляют столь важную часть его жизни, что его ощущение безопасности и самооценка сильно зависят от его представлений о родителях. Если он не считает родителей сильными, мудрыми и уважающими себя, у него могут быть трудности с самооценкой. Идеализируя психотерапевта, пациент преодолевает свое чувство стыда и начинает осознавать стыд за своих родителей.

Однако рекомендации Кохута могут не принести пользы при лечении пациентов, хотя и похожих на описанных Кохутом, но с другими, чем у них, механизмами психопатологии. Например, пациент, страдающий от чувства преувеличенной ответственности за счастье других, может попытаться сложить с себя бремя этой ответственности, восхищаясь психотерапевтом. Если психотерапевт будет поощрять его восхищение, пациент придет к заключению,

что психотерапевт нуждается в его восхищении. Это может заставить его укрепиться в своем патогенном убеждении и таким образом в еще большей степени поверить в свою ответственность за других.

Подобным образом, пациент, страдающий от вины за отделение, может бессознательно отрицать свое желание отделиться, ведя себя так, как будто он сильно нуждается в одобрении и восхищении психотерапевта. Психотерапия такого пациента не будет успешной, если психотерапевт примет его притязания за чистую монету и станет вести себя соответствующим образом. Пациент может заключить, что психотерапевт нуждается в проявлении одобрения и восхищения пациентом, и будет оставаться требовательным, подчиняясь психотерапевту.

Рекомендации Кохута также непригодны для терапии пациентов, страдающих от сильных нарциссических ран и стремящихся отказаться от сформировавшихся в результате патогенных установок при помощи тестов со сменой пассивной позиции на активную. В таких тестах пациент пробует обходиться с психотерапевтом так же дурно, как родители обходились с ним самим. При этом пациент надеется, что психотерапевт не согласится с таким отношением к себе, как согласился сам пациент. Пациент хочет получить пример несогласия с плохим обращением, чтобы убедиться, что это возможно и что, следовательно, ему не обязательно соглашаться с плохим отношением к себе (внутренних) родителей. Если психотерапевт реагирует на тест со сменой пассивной позиции на активную сочувственно, пациент сочтет, что психотерапевт относится к его нападкам слишком серьезно (или соглашается с ними), и, таким образом, психотерапевт не пройдет испытание.

Теория Кохута описывает психопатологию прежде всего в терминах дефицита. В отличие от нее, представленная здесь теория, допуская, что патогенные убеждения пациента могут наносить ущерб его психологическим функциям, характеризует психопатологию в первую очередь в терминах патогенных установок. Это различие обуславливает разницу в психотерапевтическом подходе к пациенту. Психотерапевт, полагающий, что пациент страдает от дефицита, сочтет, что пациент нуждается в благоприятном опыте общения в течение долгого времени, чтобы восполнить этот дефицит. В отличие от этого, психотерапевт, придерживающийся мнения, что психопатология пациента является следствием его

патогенных установок, будет видеть цель терапии в разоблачении этих установок как ложных и вредных и в отказе от них пациента.

Другие случай-неспецифичные подходы

Точно так же, как рекомендации фрейдовской теории 1911—1915 годов и теории Кохута недостаточно случай-специфичны, недостаточно случай-специфичны все рекомендации, претендующие на применение ко всем пациентам или ко всем пациентам с тем или иным конкретным диагнозом. Рассмотрим, например, рекомендацию некоторых психоаналитиков (например, Langs, 1973, 1979) уделять особое внимание тому, чтобы поддерживать строгие психотерапевтические рамки. От такого подхода может получить пользу пациент, чьи права в детстве нарушались назойливыми или сексуально злоупотребляющими родителями и который вследствие этого сформировал убеждение в том, что он не должен защищаться от навязчивости и сексуальных домогательств других. Он может испытывать психотерапевта, искушая его наладить или нарушить рамки психотерапии, и получит пользу, когда психотерапевт не сделает этого. Однако пациентам, страдающим от патогенного убеждения, что они будут и должны быть отвергнуты, принесло бы пользу, напротив, некоторое отступление от формальностей. Такие пациенты могут видеть в жесткой системе границ еще одно доказательство своего патогенного убеждения.

Другим примером могут служить рекомендации Кернберга (Kernberg, 1977, 1987) помогать пациентам, которым поставлен диагноз (“borderline”), испытывать свою вытесненную ярость. Эти рекомендации могут быть полезны при лечении пациентов, которые приобрели в детстве патогенные убеждения, соглашаясь с дурным обращением с ними родителей, и которым в ходе терапии следует осознать это и перестать соглашаться с подобным обращением. Выражая гнев на своих родителей, такие пациенты, возможно, смогут легче осознать, что родители были к ним несправедливы и что они соглашались с неправильным отношением к ним родителей.

Поощрение психотерапевтом гнева пациента может оказаться также полезным при терапии пациентов, страдавших в детстве от гнева своих родителей и тестирующих психотерапевта сменой пассивной позиции на активную. Эти пациенты заключат из поощрения психотерапевта, что он легко может переносить их гнев.

Однако указанные рекомендации Кернберга не принесут пользы даже пациенту, который соглашался в детстве с дурным обращением с ним родителей, если он не собирается в ходе терапии идти одним из описанных выше путей. Такой пациент может, например, бессознательно планировать освободиться от согласия с плохим обращением родителей не путем выражения гнева на родителей или психотерапевта, а вызвав восхищение и уважение последнего. Пациент будет сбит с верного курса, если психотерапевт вместо поощрения чувства собственного достоинства пациента будет поощрять его гнев.

Корректирующий эмоциональный опыт

Предлагаемая здесь теория перекликается с Александером и Френчем (Alexander & French, 1946) в том, что психотерапевт помогает пациенту, предоставляя ему возможность приобрести некоторый важный корректирующий эмоциональный опыт. Однако, в отличие от теории Александра и Френча, наша теория помещает эту рекомендацию в широкой теоретический контекст, в котором она становится понятной и обретает смысл. Эта рекомендация не имеет смысла в контексте теории 1911—1915 годов. В соответствии с теорией 1911—1915 годов, бессознательное человека не содержит установок, которые могли бы быть скорректированы опытом. Бессознательное содержит психические силы — импульсы и защитные механизмы — которые регулируются в соответствии с принципом удовольствия. Согласно теории 1911—1915 годов, психотерапевт, пытающийся дать пациенту корректирующий опыт, рискует или усилить защитные механизмы и сопротивление пациента, или удовлетворить его импульсы и таким образом лишить его мотивации к продолжению психотерапии.

В контексте же представленной здесь теории предложение пациенту корректирующего опыта имеет смысл, поскольку теория постулирует, что пациент бессознательно стремится отказаться от своих бессознательных патогенных установок и ищет опыта, который разрушил бы их. Наши исследования подтверждают эффективность подобного опыта (см. главу 8). Они показывают, что для пациента очень важно, как психотерапевт будет вести себя в предлагаемых ему пациентом тестах. Независимо от того, что психотерапевт думает о своем подходе, пациент бессознательно вос-

принимает его поведение как свидетельство либо прохождения теста, либо провал. Когда пациент бессознательно делает вывод, что психотерапевт прошел тест, он немедленно прогрессирует в терапии, тогда как вывод о провале психотерапевта немедленно отбрасывает пациента назад (см. главу 8).

Подход Александера и Френча (Alexander & French, 1946) отличается от настоящей теории тем, что эти авторы не признают бессознательного тестирования психотерапевта пациентом. В соответствии с этим они лишены возможности узнать из тестов пациента, какой именно корректирующий опыт должен дать ему психотерапевт. Кроме того, предлагаемая здесь теория, в отличие от теории Александера и Френча, предполагает, что психотерапевт может видеть уместность своего поведения по реакции на него пациента.

Одно из частых возражений против подхода Александера и Френча состоит в том, что в этой технике от психотерапевта требуется “играть роль”. Это возражение несостоятельно как в случае их подхода, так и в случае подхода, предлагаемого здесь. Психотерапевт, использующий свою теорию и свою эмпатию для понимания бессознательной мотивации пациента, не играет никакой роли, когда в соответствии со своим пониманием отвечает на тестирование со стороны пациента. Рассмотрим, например, психотерапевта, который понял, что, хотя его пациент угрожает прекращением лечения, пациент надеется: психотерапевт не позволит ему сделать это. Этот психотерапевт не играет никакой роли, когда убеждает пациента продолжить курс терапии — он ведет себя уместно, искренне и доброжелательно. В действительности, умение вести себя так, чтобы проходить тесты пациента, требует от психотерапевта не больше игры, чем умение поддерживать отстраненное, безличностное отношение перед лицом драматических открытий пациента в соответствии с предписаниями теории 1911—1915 годов.

Так же неверно думать, что, строя свои отношения с пациентом таким образом, чтобы проходить его тесты, психотерапевт придает им определенную форму, которая затрудняет новое тестирование его пациентом. Пациент всегда может найти способ изменить свои отношения с психотерапевтом, если его (пациента) подсознательные планы требуют этого. Это может проиллюстрировать первый год психоанализа Терезы К.

Тереза К.

Проблемы Терезы К. происходили в первую очередь от ее детского согласия с родителями, которые постоянно унижали ее. В ходе терапии она неоднократно испытывала психотерапевта с помощью переноса, демонстрируя свой страх, что психотерапевт унижит ее. Психотерапевт проходил тесты этого типа, проявляя одобрение пациентки и расположение к ней, на что та отвечала повышением самооценки, дружелюбием и новыми воспоминаниями об отвержении ее родителями.

Однако дружественное отношение психотерапевта ни в коей мере не удерживало пациентку от тестирования его враждебностью и даже бранью. Когда это соответствовало ее целям, она старалась унижить психотерапевта, так же как родители в детстве унижали ее саму. Она тестировала таким образом психотерапевта, стараясь показать своим (внутренним) родителям, что не согласна с их презрительным отношением к себе. Психотерапевт прошел тесты и этого типа, невозмутимо выдерживая оскорбления Терезы и таким образом показывая ей, что не соглашается с ними. После этого Тереза идентифицировала себя с несогласием психотерапевта, что позволило ей сделать значительные успехи. Позже она снова предлагала психотерапевту тесты на дружелюбие. В течение нескольких недель она переходила от одного типа тестов к другому.

Как показывает данный случай, расположение психотерапевта к Терезе, когда она была с ним любезна, не удерживало ее от упрямства и оскорблений, когда те соответствовали ее бессознательным целям.

Заключение

Согласно представленной здесь теории, основная задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту отказаться от своих патогенных убеждений и сделать допустимыми цели, являющиеся запретными с точки зрения этих убеждений. Чтобы выполнить свою задачу, психотерапевту приходится делать множество вещей. Он должен продемонстрировать пациенту несогласие с его патогенными убеждениями и симпатию к его целям и таким образом помочь пациенту почувствовать себя в безопасности. Психо-

терапевт добивается этого не только при помощи интерпретаций, но и всем своим отношением к пациенту, а также поведением, которое позволяет ему пройти тесты пациента. Кроме того, его подход к разным пациентам различен: он приспособлен к конкретным патогенным убеждениям, целям и планам каждого пациента.

С точки зрения фрейдовской теории 1911—1915 годов, основная задача психотерапевта состоит в том, чтобы помочь пациенту осознать бессознательный материал. Предполагается, что психотерапевт может наилучшим образом выполнить эту задачу, если будет занимать нейтральную позицию во внутренних конфликтах пациента, избегать использования авторитета или убеждения и полагаться прежде всего на интерпретации, особенно на интерпретации сопротивления пациента. Предлагаемая здесь теория находит, что эти рекомендации могут быть полезны при лечении одних пациентов и бесполезны при лечении других. В некоторых случаях они могут быть даже вредны. Даст ли техника, предписываемая теорией 1911—1915 годов положительные результаты, зависит от патогенных установок, планов и целей конкретного пациента.

В общем, психотерапевт должен сохранять нейтралитет, оставаясь, однако, союзником пациента в его борьбе с патогенными убеждениями, мешающими ему добиваться своих целей. У психотерапевта нет причин отказываться от применения авторитета или убеждения, если это может оказаться полезным с точки зрения целей пациента. Интерпретации не являются обязательным условием и единственно допустимой формой психотерапевтического воздействия. В некоторых случаях отказаться от своих установок пациенту может помочь просто опыт общения с психотерапевтом. После такого отказа пациент может почувствовать себя в достаточной безопасности, чтобы без помощи интерпретаций достичь инсайта.

4. ВЫВОДЫ О ПЛАНАХ ПАЦИЕНТА ПО НЕСКОЛЬКИМ ПЕРВЫМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ СЕССИЯМ

Когда я был еще студентом Психоаналитического института Сан-Франциско, один выдающийся преподаватель советовал мне избегать формулировки проблем пациента, особенно в начале лечения. Он считал, что составить истинное представление о проблемах пациента можно лишь после долгих исследований и что психотерапевт, слишком рано сформулировавший ту или иную гипотезу, рискует закрыть для пациента другие пути, которые, возможно, привели бы его к более правильному пониманию своих проблем.

В настоящее время я думаю, что это мнение неправильно. Психотерапевт должен с первой встречи пытаться понять пациента. Психотерапевт должен пытаться сформулировать патогенные убеждения пациента, его цели, планы преодоления первых и достижения последних (Curtis & Silberschatz, 1986; Silberschatz & Curtis, 1986). Если психотерапевт формулирует четкие рабочие гипотезы об этом (вполне сознавая их предварительный характер), у него есть что-то, с чем можно работать. Он может затем проверять свои гипотезы при помощи новых наблюдений, которые подтвердят, опровергнут или изменят их. Кроме того, психотерапевт, у которого имеются какие-то гипотезы о пациенте, готов к встрече с тестами, которые пациент может предложить ему совершенно неожиданно.

За первые несколько сессий психотерапевт должен попытаться сформулировать рабочую гипотезу относительно данного пациента. При этом психотерапевт полагается на информацию из разных источников, в том числе на:

- 1) утверждения самого пациента о своих проблемах и целях;
- 2) данные о детских травмах пациента;
- 3) его эмоциональные реакции на пациента;
- 4) реакции пациента на подход и интервенции психотерапевта.

Психотерапевт может начать формировать свои представления о пациенте, используя один из этих источников информации, а

затем проверять и уточнять по другим источникам. *Психотерапевт не должен удовлетворяться своими представлениями до тех пор, пока они не смогут объяснить все или по крайней мере большую часть того, что он знает о пациенте.*

Пытаясь определить, куда идет пациент, психотерапевт должен думать о нем в самых обычных, каждодневных выражениях. В отличие от своего коллеги, пытающегося сделать заключение о характере импульсов и защитных механизмов, психотерапевт, который пытается понять цели пациента, пользуется своей хорошо развитой интуицией, основанной на обычном каждодневном опыте. Психотерапевт, который не привык иметь дело с целями пациентов, возможно, будет удивлен, когда увидит, как легко их воспринять. В ходе наших исследований было показано, что люди, даже весьма поверхностно познакомившиеся с предлагаемой здесь теорией, могли научиться формулировать надежные заключения о планах других (см. главу 8).

Оценка утверждений пациента о своих целях

Пытаясь вывести истинные бессознательные цели пациента из его утверждений о своих целях, психотерапевт должен считать, что эти цели нормальны и разумны. Если пациент высказывает нелепые или неблагоприятные цели, он, вероятно, делает это, подчиняясь своим мощным бессознательным патогенным убеждениям. Например, психотерапевт в начале лечения не должен принимать за чистую монету заявления пациента о его привязанности к оскорбляющей его женщине. Истинной целью пациента может быть стремление освободиться от нее, но при этом он может поддерживать с ней отношения из разных соображений, проистекающих от его патогенных убеждений. Допустим, он считает, что должен терпеть такие отношения, как его отец терпел неудовлетворительные отношения с матерью пациента. Или, если отец пациента не умел защититься от оскорблений и ругани своей жены, пациент, вполне вероятно, будет искать у психотерапевта защиты от оскорблений и ругани своей возлюбленной. Он может также поддерживать отношения с ней потому, что боится расстроить ее своим уходом. При этом он может сначала не рассказывать психотерапевту о своем желании уйти от нее, опасаясь, что психотерапевт сделает ему выговор за эгоизм или поддержит его желание уйти и таким образом заставит его испытывать чувство вины.

В некоторых случаях пациент на начальных этапах психотерапии не способен прямо формулировать свои цели. В течение всего лечения, но особенно в начале, его желание открыть свои истинные цели находится в бессознательном конфликте со страхом сделать это. С одной стороны, он хочет открыть свои истинные цели психотерапевту, чтобы тот помог ему в их достижении. С другой — бессознательно боится открыться психотерапевту из опасения, что тот согласится с его патогенными убеждениями, которые мешают ему в достижении его целей.

Степень откровенности в отношении истинных целей в начале терапии различна у разных пациентов; это зависит, между прочим, и от того, насколько пациента связывают его патогенные убеждения. Иногда кажется, что в начале терапии пациент неожиданно хорошо понимает свои настоящие цели, но вскоре утрачивает это понимание. Это объясняется тем, что на первых порах он настолько сильно мотивирован дать психотерапевту правильное представление о своих проблемах, что пренебрегает своими патогенными убеждениями. Однако после того как психотерапевт, по мнению пациента, получил такое представление, пациент может начать испытывать психотерапевта, в качестве теста декларируя ложные цели. При этом пациент бессознательно надеется, что психотерапевт не примет эти утверждения за чистую монету (это мнение подтверждают, в частности, исследования, описанные в главе 8).

В других случаях пациент в начале терапии находит тот или иной компромисс между желанием открыть психотерапевту свои истинные цели и страхом сделать это. Например, один пациент, желавший преодолеть свое убеждение, что ему нечем гордиться в плане умственных способностей, начал первую психотерапевтическую сессию с заявления, что он тугодум. Это не помешало ему затем в течении всей сессии предъявлять доказательства высокого уровня своего интеллекта в виде ясных и тонких описаний своего развития и нынешних проблем.

Другой пациент, который хотел бросить пить, в начале своей первой встречи с психотерапевтом рассказал, что так нервничал из-за начала лечения, что накануне ночью выпил бокал вина. Сходным образом, пациент, чувствовавший в детстве свою незащищенность и надеявшийся в ходе терапии научиться защищать себя, утверждал, что в средней школе участвовал в наиболее хулиганских выходках своих товарищей.

Бывают также случаи, когда пациент настолько боится высказать свои цели, что не делает этого вообще или высказывает про-

тивоположное своим настоящим желаниям. Но даже в таких случаях пациент, как правило, дает некоторые ключи к своим истинным целям. Например, один пациент был влюблен в девушку, но бессознательно опасался, что его успешные отношения с ней будут неприятны его матери, которая часто говаривала, что никто не сможет с ним ужиться. В течение нескольких первых психотерапевтических сессий пациент пренебрежительно отзывался о своей возлюбленной, говорил, что она слишком слашава и угодлива; подразумевая, что он собирается оставить ее. Однако в действительности он хотел более тесных отношений с ней, что подтверждалось его нарочито слабой аргументацией утверждений о ее недостатках.

В другом случае пациентка настолько боялась своих патогенных убеждений, что была не в состоянии сформулировать какую бы то ни было цель. У нее было сильное чувство вины выжившего по отношению к своим эмоционально увечным родителям, братьям и сестрам, и она боялась, что психотерапевт согласится с ее патогенным убеждением и признает ее недостойной лечения. В течение первых нескольких часов психотерапии она отзывалась о себе как о психотике и сомневалась в разумности амбулаторного лечения. Однако вместе с заявлениями подобного рода она дала психотерапевту свидетельства своей адекватности, разумно и организовано рассказывая собственную историю. Она успокоилась, когда психотерапевт согласился начать лечение. По прошествии некоторого времени она обнаружила как замечательные таланты и образованность, так и заботу о своей несчастной семье. В некотором смысле эта пациентка впервые дала знать о своей настоящей цели (состоявшей в преодолении чувства вины выжившего) не прямо, посредством слов, а косвенно — тем, как она тестировала психотерапевта.

Оценка отношений пациента с родителями в детстве

При попытке понять проблемы пациента из описаний его детства, психотерапевт должен в первую очередь интересоваться, какие психические травмы пациент претерпел в детстве и какие патогенные убеждения вывел из этих травм. По мере того, как психотерапевт приходит к пониманию патогенных убеждений па-

циента, он приходит к пониманию и его истинных целей, которые всегда включают опровержение этих убеждений и освобождение из-под их власти.

Делая заключения о патогенных убеждениях пациента, психотерапевт должен постоянно иметь в виду, что ребенок склонен брать на себя ответственность за все несчастья, которые случаются с ним и с его семьей. Эти последние включают в себя, во-первых, катастрофические события, причиняющие ребенку “острые” травмы (“shock” traumas) и, во-вторых, длительные напряженные нездоровые отношения с родителями, выливающиеся в “травмы напряжения” (“strain” traumas).

Острые травмы

Пациент, на которого в детстве обрушилась внезапная беда, склонен считать ее наказанием за какие-то совершенные им проступки. Поскольку он рассматривает это как наказание, то может чувствовать свою вину за случившееся и вывести отсюда представление о своем всемогуществе. Чем серьезнее катастрофа, тем более виноватым и всемогущим будет чувствовать себя ребенок. Кроме того, из внезапности несчастного поворота своей судьбы он может заключить, что беда может разразиться в любой момент. Поэтому он должен быть всегда начеку в ожидании следующих ударов судьбы.

Например, пациент, упомянутый в главе 1, родители которого отправили его, когда ему было два с половиной года, на шесть месяцев пожить вне дома, сделал вывод, что это наказание постигло его за проявление чрезмерной инициативы и самостоятельности. После этой травмы он стал значительно более пассивным и покорным и сохранил эти качества и в своей взрослой жизни. Он также заключил, что ему не следует расслабляться и чувствовать себя счастливым. Во время психоанализа, как только он начинал расслабляться, он видел сон о грозящей катастрофе.

Пациент, мать которого умерла, когда ему было пятнадцать лет, заключил, что причиной ее смерти был его гнев на нее. Вследствие этого он стал подавлять выражение своей агрессии, чтобы не повредить человеку, который ее вызывал. Когда он пришел к психотерапевту, то был не способен выражать гнев на свою жену и детей.

Хэрриет А.

Причиной тяжелой душевной травмы другой пациентки, Хэрриет А., стал уход из семьи ее отца. Он покинул семью, когда пациентке было четырнадцать лет, и погиб в автомобильной катастрофе два года спустя. Пациентка бессознательно взяла на себя вину за его уход из семьи и смерть. До отцовской смерти она наслаждалась жизнью: приобрела известность в своей школе, и молодые люди стали назначать ей свидания. Хэрриет бессознательно решила, что именно ее счастье явилось причиной смерти отца, и заключила отсюда, что не должна быть счастливой, если не хочет следующей катастрофы. Ее личность претерпела сильные изменения. Она стала менее общительной. В колледже, куда она поступила после школы, у нее было мало друзей, и она проводила время в основном за сложением стихов. Выйдя замуж, Хэрриет стала чувствовать “ответственность всемогущества” за своего мужа. Она пыталась терпеливо удовлетворять его неразумные требования и покорно сносила его выговоры. Длительная психотерапия, начавшаяся, когда Хэрриет было 35 лет, помогла ей преодолеть патогенное убеждение в ответственности за других. Она стала решительнее и настойчивее со своим мужем. Ей удалось также избавиться от чувства вины выжившего перед своей матерью. Она покончила со своей депрессией, стала активнее и общительнее.

Перед лицом продолжительной тяжелой травмы ребенок может счесть, что ему неоткуда ждать помощи. Тогда он может попытаться облегчить свою боль, уйдя в себя. Например, девочка, отец которой умер, когда ей было девять лет, осталась на попечении своей депрессивной матери-алкоголички. Девочка чувствовала ответственность за свою мать. Кроме того, она чувствовала себя очень одинокой. Она не могла говорить со своей матерью или с кем-нибудь еще о постигшем ее горе. Так как это продолжалось долго, она потеряла всякую надежду и ушла в себя, оставшись наедине со своими чувствами. Вдобавок ко всему, она увидела, что ее семья отличается — и не в лучшую сторону — от семей ее одноклассников: в их семьях было по два счастливых родителя, а у нее — одна мать, пребывающая в состоянии хронической депрессии. Она стыдилась своей матери и, следовательно, и себя. Она пыталась совладать со своим стыдом путем своего рода анестезии — перестала

чувствовать свои эмоции и пыталась быть веселой и беззаботной, подобно своим товарищам.

Согласие ребенка с неадекватной оценкой родителей

Делая выводы о проблемах пациента из того, что он сообщает о своем детстве, психотерапевт должен иметь в виду, что ребенок считает своих родителей высшими авторитетами, с которыми он должен ладить почти любой ценой. Он старается всячески укреплять связи с ними. Пытается соответствовать их ожиданиям и полагает, что то, как они обходятся с ним — это то, как следует к нему относиться. Например, из того, что родители отвергают его, он делает вывод, что он заслуживает отвержения; его самооценка падает, и он утверждает во мнении, что никто не может любить его — не только родители, но и другие.

Если родители ребенка предстают в его восприятии подавленными, нуждающимися или неприспособленными к жизни, он может взять на себя ответственность за них и прикладывать большие усилия, чтобы сделать их счастливыми. Например, один пациент в шестилетнем возрасте питал сексуальный интерес к своей депрессивной, томной бабушке. При этом его целью было не получение удовольствия от секса, а улучшение ее душевного состояния. Если ребенку, считающему себя ответственным за счастье своей матери, не удастся сделать ее счастливой, он может начать считать себя неудачником. Пациент, чья мать постоянно чувствовала себя несчастной и обвиняла в этом его, сделал вывод, что он не достоин жить и совершил самоубийство.

Если родители ребенка не заботятся о нем, но требуют, чтобы он выказывал им свое уважение и проявлял заботу, он может впасть в депрессию, заключив, что его удел — много давать, но мало получать. Если родители постоянно ругают ребенка за различные дурные свойства характера — эгоизм, высокомерие или тупость — он может на сознательном уровне отвергать эту критику, но бессознательно соглашаться с ней. Это может привести его к бессознательному предвещанию о себе как о дурном человеке.

Если один из родителей — алкоголик, ребенок, скорее всего, будет чувствовать, с одной стороны, беспокойство о нем, а с другой — отвержение им. Следствием такой двойной травмы может

быть чувство стыда. Если факт алкоголизма в семье отрицается, ребенок может испытывать еще больший стыд. У него может также развиться представление, что он не способен адекватно воспринимать окружающую действительность (см. Brown, 1985, 1988).

Если ребенок считает своих родителей непостоянными и капризными — например, если они удивляют его непредсказуемыми вспышками ярости — у него может сформироваться убеждение, что он все время в опасности. В этом случае он станет сверхбдительным. Если родители ребенка не могут защитить его, отдавая на волю опасных сил, с которыми он не в состоянии справиться, он может прийти к убеждению, что не заслуживает защиты от опасностей, которыми столь богат окружающий мир. Такой ребенок может стать замкнутым, тревожным или склонным к панике (Gassner, 1989).

Если ребенок терпит сексуальное насилие или злоупотребление со стороны родителей, он может обвинять в этом себя и испытывать в связи с этим стыд. Если родители отрицают факты сексуального насилия, ребенок может заключить, что не должен помнить об этих фактах. Это может нанести удар по его чувству реальности. Если насилие или злоупотребление имеет место в раннем возрасте, ребенок сталкивается со следующей проблемой: чтобы адаптироваться к окружающему миру, он должен, с одной стороны, забыть о факте насилия, с другой стороны — помнить о нем. Именно он должен забыть о факте насилия, чтобы адаптироваться к тем членам семьи, которые этот факт отрицают, поскольку он не может поддерживать близкие, дружеские отношения с родителем, который, как он знает, злоупотребляет им. Но он должен помнить о факте насилия, чтобы подготовиться к дальнейшим событиям подобного рода. В раннем возрасте ребенок может отреагировать на эту проблему диссоциацией или, в некоторых случаях, расщеплением на несколько личностей, одни из которых помнят об имевшем место насилии, а другие не помнят о нем.

Идентификация ребенка с неадекватными родителями

Пытаясь понять, какие чувства испытывал пациент к родителями, психотерапевт должен помнить, что ребенок использует своих родителей как модели своего ролевого поведения. Именно от роди-

телей ребенок перенимает характер отношения к окружающим. Для ребенка чрезвычайно трудно обрести способности, которых не имеют его родители.

Стюарт С.

Например, Стюарт С., чьи родители не пользовались у окружающих авторитетом, сам едва ли мог проявить властность. Что бы он ни делал, ни один из родителей не мог в ясной форме запретить ему делать это. Мать выражала свое неодобрение вопросами. Например, она спрашивала: “Зачем ты хочешь пойти в кино?” или: “Почему тебе так нравится играть в футбол?” и т.д. Его отец в ответ на все его вопросы советовал спросить у матери. Чтобы сохранять авторитет родителей, Стюарт стал вести себя нерешительно. Проблемы с формированием и выполнением планов продолжали преследовать его и во взрослой жизни. Психотерапия помогла Стюарту преодолеть нерешительность. Он женился, завел нескольких детей и добился успехов в своей работе.

Другой пациент страдал в детстве от того, что его родители не могли поддерживать с ним близких, доверительных отношений. Например, как только его разговор с матерью становился приятным и интересным, она начинала чувствовать дискомфорт, меняла тему или уходила из комнаты. С отцом было еще труднее. Он никогда не воспринимал своего сына всерьез; его любимым занятием было дразнить сына мнимым непониманием того, что тот говорит. В ходе психотерапии пациент сообщил, что чувствует неудобство, когда перед ним открывается возможность завязать с кем-либо более близкие отношения. Например, он чувствовал неудобство в отношениях с женщинами, которые уважали и любили его. Он испытывал беспокойство и желание поддеть их.

Если ребенку кажется, что его родители испытывают стыд, он с большой вероятностью тоже будет испытывать стыд. Пациент, о котором рассказывалось в главе 2, чьи родители проявляли стыд за его слабоумного брата тем, что тщательно избегали любых упоминаний о состоянии последнего, сам стал чувствовать стыд за брата, а в конечном счете вообще за свою семью и за себя.

Вина выжившего

Составляя впечатление о патогенных убеждениях пациента, психотерапевт должен также учитывать широкую распространенность чувства вины выжившего (Modell, 1965, 1971). Большинство людей испытывает это чувство. Они считают, что в некоторых случаях судьба была к ним более милостива, чем к их родителям, братьям и сестрам, причем за счет последних. Человек, страдающий от чувства вины выжившего, часто упускает благоприятные возможности, предоставляемые ему жизнью, а если пользуется ими, то находит какой-нибудь способ наказать себя за это.

Вина выжившего может проявляться в различных симптомах. Страдающий от нее человек может сторгать от зависти к тем, кто имеет больше, чем он. Испытывая зависть, он отождествляет себя с родителями, братьями и сестрами, которые (как он считает) завидуют ему. Его может мучить чувство стыда за то, что он неприятный, нелепый или извращенный человек. Он может портить свои отношения с женой, чтобы они не были лучше, чем отношения его родителей друг с другом. Если его родители были неспособны получать удовольствие от своих детей, он может не позволять этого и себе. Если один из его родителей рано умер, он может бояться смерти в таком же возрасте. Если у брата или сестры не сложилась карьера, он может испытывать депрессию или тревогу, когда сам добивается успехов в своей работе.

Чувство вины выжившего может быть одновременно и крайне сильным, и почти неуловимым. Ребенок, выросший в несчастливой семье, может считать несчастье в жизни само собой разумеющимся. Он может и не догадываться, что, даже став самостоятельным и покинув родительский дом, поддерживает уровень несчастья, соответствующий тому, к которому он привык в детстве. Один пациент, осознавший в ходе психотерапии свое чувство вины выжившего лишь после упорного труда, сказал: “Мне было так трудно увидеть это потому, что это было как воздух, которым я дышу”.

Пациент может долго не замечать, что испытывает чувство вины выжившего, но затем вывести это из своего опыта. Он может заметить, что его симптомы усиливаются после своих успехов или после неудач близких друзей или родственников. Позднее он может осознать, что чувствует вину перед членами своей семьи и считает свои победы нечестными. Например, у пациента, чьи

родители всегда очень беспокоились, когда его не было дома, появилась устойчивая реакция на свои успехи в виде нервного тика лицевых мышц. Он стал понимать это, когда заметил, что произвольное сокращение лицевых мышц появляется у него в ответ на удовольствия, которых не могут испытать его родители. И лишь спустя много месяцев он стал осознавать, что в этих случаях чувствуется жалость к своим родителям.

Вина, связанная с отделением (separation guilt), также весьма распространенное, если не всеобщее, чувство (Modell, 1965, 1971; Loewald, 1979). Испытывающий его пациент полагает, что огорчит своих родителей, братьев и сестер, если станет независимым от них. В крайних случаях пациент может чувствовать, что не имеет права на какую бы то ни было личную жизнь. При этом он может, вследствие бессознательного убеждения, что он не достоин быть самостоятельным, независимым человеком, обвинять себя в том, что ему нравится быть зависимым.

Аффективная реакция психотерапевта на пациента

Делая заключения о проблемах пациента из его поведения, психотерапевт использует свои аффективные реакции как сигналы. По ним он понимает, как пациент воздействует на него, каких опасностей боится и каким образом тестирует его.

Кеннет И.

Во время нескольких первых психотерапевтических сессий с Кеннетом И. психотерапевт чувствовал себя особенно умелым, проницательным и приятным собеседнику. Из этого он заключил, что пациент бессознательно заботится о нем. Психотерапевт предположил, что Кеннет чувствует “ответственность всемогущества” за других. Эта гипотеза получила подтверждение в рассказе пациента о своих отношениях с матерью, которая находилась в состоянии хронической депрессии. Он поддерживал хрупкую самооценку матери заботливым, предупредительным, почтительным отношением к ней. Спустя несколько недель гипотезу психотерапевта подкрепил еще один случай. Психотерапевт опоздал на встречу с пациентом, и Кеннет, очевидно боясь, что психотерапевт будет испытывать чувство вины, во время

этой встречи вел себя особенно предупредительно, даже заискивающе. В частности, он утверждал, что сам пришел лишь незадолго до прихода психотерапевта. В ответ психотерапевт заметил, что Кеннет, кажется, беспокоится о нем. После этого Кеннет стал несколько более откровенным.

Следующий пример показывает, как психотерапевт может использовать свою реакцию на пациента для формулировки предварительного диагноза планов пациента в течение первого часа психотерапии.

Томас С.

Еще до первичного интервью с Томасом С. психотерапевт узнал от его семейного врача, который и направил Томаса к нему, что его проблемой является то, что ему трудно заставить себя работать. Томас происходил из бедной семьи, зарабатывавшей свой хлеб тяжелым трудом, и родители, и жена Томаса были обеспокоены его трудностями с работой. Однако во время первой встречи Томас, программист по профессии, ничего не говорил о своих проблемах с работой и вообще очень мало сообщил о себе. Он неформально болтал с психотерапевтом на разные темы — сплетничал об общих знакомых и восхищался удивительными возможностями компьютеров. Он называл психотерапевта по имени. Сидел в развязной позе, закинув ногу на ручку кресла.

Психотерапевту манера поведения пациента казалась приятной, хотя несколько смущающей и провокационной. Он удивлялся: “Почему пациент столь развязен? И почему он не говорит о своих проблемах?” Психотерапевт испытывал сильное искушение спросить пациента об этом. Однако он подозревал, что жена и родители постоянно “пилят” Томаса, пытаясь заставить его работать больше, что он, вероятно, сыт этим по горло и проверяет, будет ли психотерапевт изводить его так же, как они. Возможно, думал психотерапевт, пациент борется со своим патогенным убеждением, что он все время должен вести себя серьезно и интенсивно работать.

Исходя из этого, психотерапевт решил принять предлагаемый Томасом неформальный, дружеский тон. В течение всего лечения он избегал оказывать какое-либо давление на пациента. Реакция пациента на такое поведение подтвердила предположения

психотерапевта. Через несколько сессий после начала терапии пациент сообщил, что энергично взялся за проект, в котором раньше не хотел участвовать. Месяцем позже он вспомнил многое о своем детстве. Он утверждал, что его родители, с одной стороны, старались держать под строгим контролем любые его действия, с другой стороны, отвергали его. Как подтвердилось в дальнейшем, в детстве Томас чувствовал себя одновременно отверженным родителями и лишенным всякой самостоятельности. Его трудности с работой были связаны с тем, что он воспринимал ее как ограничение своей свободы. Он боялся, что психотерапевт подтвердит его патогенное убеждение в том, что он заслуживает отвержения и не достоин свободы. Однако реакция психотерапевта была противоположной и помогла Томасу отказаться от этого убеждения. Когда он увидел, что психотерапевт не пытается заставить его работать, он стал более способным как к отдыху, так и к работе; его возросшая способность расслабляться и получать удовольствие сделала для него работу менее обременительной.

В общем, если, выслушивая пациента, психотерапевт испытывает неприятные чувства — смущение, отверженность, чувство вины или унижения, — он имеет основания предполагать, что пациент действует методом смены пассивной позиции на активную. Это можно проиллюстрировать другим примером, когда пациент в ходе первого телефонного разговора с психотерапевтом, в котором шла речь о начале и условиях лечения, задал ему множество вопросов, касающихся его квалификации. Психотерапевт при этом испытывал неприятное чувство, что пациент без всяких причин критикует его. Из этого психотерапевт заключил, что пациент, вероятно, в детстве подвергался враждебной критике со стороны родителей и в этом телефонном разговоре сменил пассивную позицию на активную. Это предположение позже подтвердилось: пациент сообщил, что отец все время критиковал его до такой степени, что он чувствовал себя в его присутствии почти парализованным. Он боялся, что и психотерапевт будет критиковать его. Разговаривая с психотерапевтом по телефону, пациент не только защищался от возможной критики с его стороны, но и испытывал его способность достойно выдерживать критику. Пациент на бессознательном уровне не хотел доверять свое лечение психотерапевту, который был бы слабее его самого.

Еще один пациент в своем первом телефонном звонке провоцировал в терапевте легкое смущение и чувство отвержения.

Пациент начал в дружелюбном тоне, сказав терапевту, что тот хорошо рекомендован и что он готов договориться о первой встрече. Однако сразу же после этого он начал выражать глубокие сомнения относительно целесообразности затрачивать время, силы и деньги. Как и пациент, случай с которым был описан выше, этот пациент сменил пассивную позицию на активную для того, чтобы одновременно защитить себя от опасности отказа и уверить себя в том, что терапевт может перенести, когда его отвергают.

Слушая рассказ пришедшей на психотерапию Зорой Т., психотерапевт испытывал неприятное ощущение, что проблемы пациентки непреодолимы.

Зора Т.

В течение первого часа Зора Т., эмигрантка из Израиля, описывала свою ситуацию в унылых выражениях. Она была одной из многих детей, отец которых бросил семью, когда Зоре было пять лет, а мать умерла от преждевременной старости в возрасте тридцать восемь лет. В момент начала терапии Зора была вдовой и жила одна в маленькой квартире. Она чувствовала слабость, страдала гипертонией и астмой, с трудом вставала по утрам и не вела никакой общественной жизни. Она мало общалась с тремя своими дочерьми, одна из которых была наркоманкой, а другие две — умственно отсталыми. У Зоры было несколько внуков, живших в бедности. Ее умственно отсталые дочери сами не знали, как воспитывать своих детей, однако не принимали помощи Зоры.

Первой реакцией психотерапевта на рассказ Зоры было чувство обремененности. У пациентки было столько реальных (а не психологических) проблем, что у психотерапевта появилось сомнение в том, что он сможет чем-нибудь помочь ей. Он думал про себя: “Этой пациентке нужна не психотерапия — ей нужны деньги и хороший врач”.

Из своего чувства обремененности психотерапевт сделал вывод, что Зора, вероятно, в детстве испытала сильную психическую травму, беспокоясь о своей замученной, загнанной, преждевременно стареющей матери, которой была не в состоянии помочь. Кроме того, психотерапевт предположил, что Зора испытывает его, надеясь, что он не будет чувствовать себя обремененным ею. В соответствии с этим психотерапевт не поддавался искушению испытывать это чувство и согласился лечить Зору.

Поведение пациентки в течение следующего часа подтвердило гипотезу психотерапевта. Зора стала совершенно другим человеком. Она стала веселее. Рассказала о своих проблемах на работе. Зора руководила большим отделом в организации, занимающейся составлением отчетов о ценах для федерального правительства. Она была наиболее опытным и знающим работником в этой организации и возмущалась тем, что шеф не прислушивался к ее советам. По тому, как она говорила, было ясно, что она считает свою работу важной и нужной и любит ее.

Дальнейшая психотерапия подтвердила, что психологические проблемы Зоры происходили в первую очередь из ее отношений с больной, замученной работой матерью. (Зора страдала также от того, что ее отверг отец. Она дала понять это, обсуждая с психотерапевтом свои отношения с боссом в ходе второй встречи.) В детстве Зора считала, что должна избавить свою мать от непосильного бремени забот, что она неудачница, поскольку не может этого сделать. Она также испытывала вину выжившего, полагая, что не имеет права на счастье, раз ее мать была его лишена. В ходе своей первой встречи с психотерапевтом она тестировала его, искушая принять на себя груз ее забот и начать беспокоиться о ней, как она беспокоилась о своей матери, и почувствовала облегчение, когда он не поддался этому искушению.

Иногда в течение нескольких первых психотерапевтических сессий пациент может казаться совершенно “непрозрачным”, так что психотерапевт не в состоянии сделать разумные предположения о его проблемах. В таких случаях часто бывает, что пациент скрывает какую-нибудь постыдную тайну. Пациент боится, что, узнав ее, психотерапевт будет стыдить его, и в связи с этим занимает оборонительную позицию. Он старается не дать психотерапевту никаких ключей к своим проблемам из опасения, что тот разгадает его тайну и будет плохо к нему относиться.

Реакция пациента на психотерапевта

Психотерапевт может проверять правильность своих представлений о целях и планах пациента по тому, как пациент реагирует на него. Если психотерапевт проходит тесты пациента или предлагает “проплановые” интерпретации, пациент рано или поздно обязательно станет смелее, почувствует большее доверие к пси-

хотерапевту и станет более способным к инсайтам. Если пациент устойчиво реагирует таким образом, психотерапевт вправе предположить, что он на верном пути и основывает свое поведение с пациентом на правильных убеждениях. Если же вместо этого пациент становится все более подавленным и беспокойным, психотерапевт, вероятно, в чем-то ошибается.

В некоторых случаях пациент может убедиться в правильности своего подхода по одному пройденному тесту пациента или по реакции пациента на одну “проплановую” интерпретацию. Так было, например, в описанном выше случае Кеннета И. Из своего ощущения уверенности в своих силах во время нескольких первых встреч с пациентом психотерапевт заключил, что Кеннет бессознательно беспокоился о нем и пытался поддержать его самооценку. Когда несколькими неделями позже Кеннет видимым образом испытал облегчение после того, как психотерапевт указал ему на его беспокойство о нем (психотерапевте), психотерапевт убедился в правильности своего вывода.

Другой случай такого рода имел место в начале психотерапии Зоры Т., пациентки, которая в течение нескольких первых часов описывала свою ситуацию как безнадежную. Психотерапевт, исходя из предположения, что пациентка тестирует его, поддерживал в отношениях с ней оптимистический тон. Следующая психотерапевтическая сессия подтвердила правильность подхода психотерапевта: Зора стала веселее и рассказала, что имеет хорошую работу, от которой получает удовольствие.

Еще один пример — описанный ранее случай терапии Томаса С., пациента, который в течение первой сессии болтал с терапевтом о пустяках, практически не давая никакой информации о своих проблемах. Терапевт понял, что Томас тестировал его, надеясь, что, в отличие от его строгих родителей, терапевт не будет обеспокоен таким легкомысленным подходом. Терапевт вел себя так же легко, как и Томас. Несколькоми сессиями позже Томас подтвердил правильность подхода терапевта, сообщив, что начал лучше работать, а месяц спустя рассказал, что в детстве он чувствовал себя скованным строгостью своих родителей.

Другие клинические примеры

В следующих примерах я покажу, как в течение первых нескольких сессий терапевт генерирует гипотезы о плане пациента, включая его цели и патогенные убеждения.

Джэнис Д.

С самого начала терапии Дженис Д. частично (но не полностью) осознавала свой план. Дженис, молодая женщина, японка по происхождению, начала свою первую сессию с женщиной-терапевтом с заявления, что ищет в терапии поддержку своему решению не возвращаться к мужу. Дальше она рассказала, что ее муж — алкоголик, любящий ее, когда трезв, и жестокий в пьяном состоянии. Он находился в Канаде, прячась от полиции после того, как убил человека в пьяной драке. Однако он планировал тайно вернуться домой на несколько недель, и Дженис боялась, что он будет принуждать ее вернуться к нему.

В своих первых высказываниях Дженис открыла немедленную цель терапии, но не осознавала патогенных убеждений, которые, как она боялась, могут помешать ей реализовать свою цель. Однако в течение первых нескольких сессий она предоставила терапевту достаточно информации, чтобы обозначить такие убеждения, как то, что она хочет жестокого обращения с собой. Она рассказала, что в детстве оба родителя ее жестоко били, но только тогда, когда “я была плохой”, а также, что у нее было бесконечное количество связей с обижавшими ее мужчинами-алкоголиками. За несколько месяцев до настоящей терапии она наблюдалась старым психиатром-мужчиной, который сказал, что ее замужество возрождает детские переживания. Она почувствовала, что этот терапевт мучает ее, ей приснилось, что она хочет убить его. Ей также приснилось, что она хочет убить своего мужа.

Из всего этого терапевт сделала следующий вывод: Дженис получила убеждение в том, что она заслуживает, чтобы с ней плохо обращались те, с кем плохо обращаются, от своих родителей, первых и абсолютных авторитетов. Вывод подтверждается фразой Дженис, что ее наказывали только тогда, когда она была “плохой”. Говоря это, она подразумевала, что заслуживала их наказания. Общение с предыдущим терапевтом Дженис ощущала как мучение, поскольку восприняла его интерпретации как обвинение в неудачном замужестве. Интерпретации, таким образом, подтвердили ее патогенное убеждение в том, что она была “плохой” и поэтому провоцировала мужа на жестокость.

Во сне, в котором она хотела убить предыдущего терапевта, Дженис говорила себе то, что не могла осознать в бодрствующем состоянии (см. главу 7). Она была настолько послушной с

тем терапевтом, что не смогла полностью осознать, что ненавидит его за то, что он обвинил ее в ответственности за жестокое обращение мужа. По аналогичной причине ей снилось, что она хочет убить мужа. В бодрствующем состоянии Дженис верила, что заслуживает его насилия, и поэтому не имеет права ненавидеть мужа.

Терапевт смогла получить подтверждение правильности описанных выше выводов из реакции Дженис на определенные интерпретации. Спустя несколько недель после начала терапии терапевт сказала, что муж Дженис плохо обращается с ней, и пациентка несколько не заслужила этого. Дженис в ответ немедленно стала более дружелюбной и оптимистичной. Этой ночью ей приснилось, что старый врач очень плохо лечил ее рану головы, но любящая медсестра-практикантка помогла залечить ее.

На следующей сессии Дженис показала, что хорошо использовала комментарии терапевта, вспомнив, что в детстве родители били ее и без всякой видимой причины. Через неделю Дженис протестировала терапевта, внезапно изменив свое решение держаться подальше от мужа. Она вежливо сказала, что хочет остаться в хороших отношениях с мужем и как-нибудь встретиться с ним. Ей немедленно стало легче, когда терапевт усомнилась в разумности этого решения.

Фрэнсин А.

Фрэнсин А., как и Дженис Д., пришла в терапию, чтобы суметь покинуть своего мужа. Но она чувствовала такую вину за это (всеобъемлющую ответственность за счастье своего мужа), что начала терапию с обратного утверждения: высказала желание улучшить семейную ситуацию. Несмотря на это, Фрэнсин предоставила терапевту заметные указания на ее реальную цель. Хотя она была склонна обвинять себя в несчастливой семейной жизни, но ее описание мужа было таково, что трудно было представить, как можно оставаться вместе с ним. Она обвиняла его (хотя и не явно) в том, что он невнимателен к ней, ленив, пассивен, эгоистичен и несправедлив.

Фрэнсин показала также, что из детских взаимоотношений с матерью она научилась брать на себя огромную долю ответственности за других. Она вспоминала свою мать как депрессивную и требо-

вательную женщину. Мать полагала, что Фрэнсис должна проводить много времени с ней, ободрять ее, ублажать. Когда Фрэнсин не делала этого, мать обвиняла ее в эгоистичности, и та принимала эти обвинения.

Из предоставленных свидетельств терапевт не мог быть абсолютно уверен, что Фрэнсин хочет развода. Однако он полагал, что минимальные цели пациентки таковы: перестать обвинять себя в семейном несчастье, более трезво взглянуть на своего мужа и иметь право на достижение собственных интересов без обвинения себя в эгоизме. Терапевт получил некоторые подтверждения своего предположения из того, как Фрэнсин реагировала на первые несколько его интерпретаций. Когда терапевт обратил внимание пациентки на ее преувеличенное чувство ответственности за своего мужа, Фрэнсин почувствовала облегчение. Спустя несколько недель она сказала терапевту, что хотела бы уделять больше времени рисованию маслом.

Кирстен С.

Кирстен С. начала свою первую сессию с предположительной формулировки ее немедленных целей, в дополнение к этому она предоставила терапевту достаточно информации, чтобы догадаться о некоторых ее патогенных убеждениях. Кирстен сначала сообщила, что год назад получила диплом бизнес-администратора. Большинство ее однокурсников нашли для себя хорошую работу, а она сопротивляется поиску работы. Она не понимает, действительно ли хочет работать. Иногда она думает, что хочет, иногда — нет. Кирстен не знает, что в ней сопротивляется поиску работы. Может быть, она боится, что будет ошибаться. Если начальник укажет ей на ошибку, она зарыдает и бросится вон из комнаты.

Услышав это, терапевт спросил, вела ли себя пациентка подобным образом когда-либо раньше. Кирстен поразмышляла с минутой, а потом вспомнила, что чувствовала себя уязвимой в общении с матерью. Она не могла возразить ей, верила всему, что говорила ее мать, даже утверждениям о том, как она (пациентка) чувствует себя. Например, Кирстен ненавидела летние лагеря, но должна была время от времени верить, что любит их, потому что так сказала ее мать.

Позже, на этой же сессии, Кирстен сказала, что ее родители вовсе не интересуются ее успехами. Когда она поступила в Стен-

фордский университет, то восторженно сообщила по телефону об этом родителям. Первой реакцией матери стала просьба не орать в телефонную трубку. Позже, на факультете бизнеса, она отказывалась обсуждать с родителями свою учебу. Она задумалась над своей фразой “Я не хотела, чтобы они совали свои носы в это”. Кирстен сказала, что не знает, что имела в виду. Терапевт подтолкнул ее к размышлениям об этом, и она сообщила, что никто из ее родителей не получал удовольствия от своей работы. Кирстен, напротив, хотела бы восторгаться своей работой. Ее родители, возможно, не одобряли ее восторженных чувств, поскольку восторги показывали, насколько их дочь не похожа на них.

Кирстен добавила, что если она будет получать удовольствие от работы, то будет отличаться также и от младшей сестры, у которой серьезные проблемы в школе. Она плохо учится и употребляет наркотики. Различного рода зависимости просто расцветают в семье. Отец, например, — тучный чревоугодник.

Из полученной на первом сеансе информации терапевт сделал вывод, что Кирстен пришла к нему, потому что хочет найти работу. Она не понимает, насколько сильно она хочет этого, боясь, что ранит родителей и сестру. Кирстен считала своих родителей слабыми; чтобы защитить свою мать, она стала крайне уязвимой по отношению к материнским нагоньям; боялась, что то же самое будет происходить и на работе с начальством. Она также боялась, что, найдя работу, она обидит родителей и сестру и вызовет у них зависть.

Кирстен чувствовала себя всемогущественно-ответственной за родителей, страдала от вины за отделение/индивидуацию (separation/individuation guilt) по отношению к матери и чувствовала вину выжившего по отношению ко всей семье. Она отказывалась от работы, чтобы защитить родителей. Эти выводы придали терапии нужное направление. Как показал остаток терапии, они были в основном верны, хотя и неполны (недоставало деталей).

Работа с планами пациента при короткой терапии

Пациенты, которых изучала наша группа в ходе ограниченной во времени психотерапии (16 сессий), сами избрали именно короткую терапию. Они откликнулись на объявление, предлагавшее короткую психотерапию людям, которые согласились бы предоставить свои истории болезни для исследовательских целей. Пси-

хотерапия проводилась опытными психотерапевтами за скромную плату.

Было отобрано десять пациентов. У каждого из них были планы, ограниченность которых соответствовала временным ограничениям психотерапии. Эти планы были гораздо более ограничены, чем у пациентов, пришедших, например, на психоанализ. К примеру, один пациент планировал при помощи психотерапевта преодолеть свое чувство вины, возникшее из-за ухода от оскорблявшей его супруги. Другая пациентка надеялась преодолеть чувство вины за отделение от матери, из-за которого не могла получить удовлетворительную работу.

В ходе короткой терапии пациенты старались выполнить свои планы так же, как это делают пациенты при длительной терапии — тестируя психотерапевта и используя его интерпретации для получения инсайта касательно своих патогенных убеждений и истинных целей.

Как будет более подробно описано в главе 8, мы использовали формальные количественные методы для детального изучения психотерапии четырех из десяти указанных пациентов (Edelstein, 1992; O'Connor, Edelstein, Berry & Weiss, 1993, готовится к печати*; Weiss, 1993, находится в печати). В каждом из этих случаев пациент открывал свои планы психотерапевту в ходе первой психотерапевтической сессии. На нескольких следующих сессиях пациент, казалось, забывал о своих целях и делал ложные (“анти-плановые”) утверждения о себе. К середине терапии все четыре пациента, казалось, потеряли всякое представление о своих целях. Однако к концу терапии пациенты вновь стали относительно ясно понимать свои цели.

Например, одна пациентка в ходе первой встречи с психотерапевтом отчетливо заявила, что желала бы меньше беспокоиться о своем больном муже и найти работу. Затем она начала выдвигать различные возражения против своего намерения найти работу, утверждая, что никогда не училась никакой профессии и поэтому неспособна работать. К концу психотерапии пациентка снова обрела желание найти работу и уверенность в том, что это возможно. На последних двух сессиях она с видимой гордостью рассказывала о нескольких интересных предложениях о работе, одно из которых собиралась принять.

*Американское издание настоящей книги вышло в 1993. — *Прим. переводчика.*

Наши исследования этих четырех случаев сильно поддерживают представление о бессознательном планировании. Это может быть объяснено исходя из предположения, что пациент старается достичь как можно большего за отведенное ему время. Соответственно, в течение первой сессии он дает психотерапевту представление о своих целях, чтобы тот помог ему добиться их. После этого пациент испытывает психотерапевта кажущейся утратой представления о своих целях или выдвижением возражений против них, надеясь, что психотерапевт будет продолжать поддерживать его в достижении целей. По мере того, как пациент приобретает доверие к психотерапевту, он тестирует психотерапевта все более энергично. В соответствии с этим, к середине психотерапевтического курса кажется, что пациент совершенно забыл о своих исходных целях. К концу психотерапии пациент, понимая, что скоро у него не будет психотерапевта, который прошел его тесты и на которого он, следовательно, может полагаться, прекращает свое тестирование и вновь испытывает инсайт о своих целях. На самом деле в некоторых случаях он тестирует психотерапевта, показывая свои успехи, надеясь, что психотерапевт их оценит.

В исследовании трех кратких психотерапевтических курсов (Fretter, 1984*, Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986) мы показали, что успех психотерапии (определяемый через шесть месяцев после окончания курса) связан с пропорцией, в которой пациенту в ходе психотерапии давались “проплановые” и “антиплановые” интерпретации. Пациенты, получавшие больше “проплановых” интерпретаций, были в этом смысле лучшими, а получавшие больше “антиплановых” интерпретаций — худшими.

В изучаемых нами кратких психотерапевтических курсах, так же как и в обычных длительных, повестку дня определял пациент. В обоих случаях психотерапевт узнает о бессознательных желаниях пациента, касающихся лечения, и, соответственно, наилучший способ лечения из утверждений пациента о своих целях в начале терапии и из того, как он тестирует психотерапевта в ходе терапии.

*Работу Фреттер курировали Куртис (Curtis) и Зильбершатц (Silberschatz). — *Прим. автора.*

5. ТЕСТИРОВАНИЕ

Тестирование — одна из основных форм деятельности человека, занимающая значительное место как в обычной жизни, так и в психотерапии. Это проявление усилий человека адаптироваться к окружающему миру. Путем тестирования человек исследует окружающий мир на предмет выявления его опасностей и предоставляемых им благоприятных возможностей, чтобы защититься от первых и воспользоваться вторыми.

В ходе психотерапии пациент тестирует психотерапевта от начала до конца лечения. Он жизненно заинтересован в том, чтобы узнать, как психотерапевт будет реагировать на его планы. Будет ли психотерапевт препятствовать ему в достижении своих целей или поможет в этом? Способность психотерапевта распознать тесты пациента и пройти их чрезвычайно важна для успеха психотерапии. Можно сказать, что успех или неудача лечения полностью зависят от этого.

В этой главе, посвященной тестированию, обсуждается, как психотерапевт может сделать разумные заключения о характере тестов пациента, о том, что именно пациент пытается выяснить посредством своих тестов и как психотерапевт узнает, прошел ли он серию тестов, что следует делать в случае неудачи с тестами пациента и т.д.

Выводы о способах тестирования пациента

Делая выводы о способах тестирования пациента, психотерапевт, как описывается в главе 4, использует все известные ему сведения о пациенте. На основании этой информации он разрабатывает специфическую для каждого пациента теорию, включающую представления о патогенных убеждениях и целях пациента, от которых пациент отказывается из-за этих убеждений. Построив хорошую теорию, психотерапевт может испытать ее, объяснив обычное поведение пациента. Психотерапевт может видеть, про-

ходит ли он тесты пациента, наблюдая его реакцию на свое поведение. Если психотерапевт успешно выдерживает тесты, пациент должен демонстрировать большее доверие к психотерапевту и скорее двигаться к своим целям. Кроме того, пациент может вспоминать новые важные сведения о самом себе.

В некоторых случаях пациент приобретает доверие к психотерапевту постепенно, предлагая ему все более жесткие тесты. Рассмотрим, например, случай пациента, который считает, что проявления его гордости вызывают у окружающих желание унижить его, и тестирует психотерапевта, ведя себя самоуничижительно. При этом пациент надеется, что психотерапевт не согласится с его самоунижением. Если психотерапевт постоянно отказывается от возможности унижить пациента, последний будет чувствовать себя свободнее и приобретет большее доверие к психотерапевту; однако он может, кроме того, начать тестировать психотерапевта еще энергичнее, надеясь собрать более сильные доказательства ложности своих патогенных убеждений.

Еще одним свидетельством правильности гипотезы психотерапевта о планах и тестах пациента служит согласованность в понимании поведения пациента. Психотерапевт, понимающий патогенные убеждения, тесты и цели пациента, видит в его поведении связность и последовательность, которая не заметна другим. Психотерапевт, придерживающийся теории Фрейда 1911—1915 годов, перед лицом разнообразия аффектов и поведения пациента едва ли может представить себе, что в течение всего психотерапевтического курса бессознательная душевная жизнь пациента регулируется бессознательными планами.

Характеристики тестов

Какое именно поведение пациента следует считать тестированием, определяется в известной степени произвольно, поскольку тестирование может отличаться от других форм поведения лишь интенсивностью. Поскольку пациент живо интересуется реакцией психотерапевта на все, что он делает, в некотором смысле он всегда тестирует психотерапевта. Кроме того, пациент редко *просто* тестирует психотерапевта; поведение пациента при тестировании всегда выполняет множество других адаптивных функций. Тестируя психотерапевта, пациент использует события своей повседневно-

ной жизни. Предположим, что пациент, который боится быть отвергнутым, тестирует психотерапевта, угрожая прекратить лечение, и надеется при этом, что психотерапевт убедит его продолжать лечение. Такой пациент может не воспользоваться своей угрозой до тех пор, пока у него не появится серьезной причины сделать это — как, например, предложенная ему работа в другом городе. Или пациент, который хочет убедиться в том, что он не причиняет терапевту беспокойство, может не начать тестирование, пока обыденная жизнь не предоставит ему материал, необходимый для тестирования. Тогда он может начать тестировать терапевта, пользуясь своим крайне подавленным состоянием, в надежде, что терапевт не слишком будет беспокоиться.

Как говорилось выше, поведение пациента при тестировании психотерапевта может быть неотличимо от его обычного поведения. Именно так было в психоанализе Роберты П., которая после четырех лет психотерапии заявила, что хотела бы окончить лечение в течение трех месяцев (см. главу 3). Она подобрала, насколько могла, убедительные аргументы в пользу окончания лечения: заявила, что достигла своих целей, приобрела друзей, начала встречаться с мужчиной и стала успешнее справляться с работой. Более того, она разумно назначила трехмесячный срок для окончания лечения, в течение которого собиралась сфокусировать свое внимание на чувствах по поводу окончания терапии.

Тем не менее, психотерапевт понял, что пациентка тестирует его, причем надеется, что он убедит ее продолжить лечение. В этом предположении психотерапевт основывался не на поведении Роберты, которое было неотличимо от ее обычного поведения, а на понимании ее бессознательного плана. Психотерапевт знал, что она чувствовала себя отвергнутой обоими своими родителями и боялась, что ее так же отвергнут коллеги и психотерапевт. Кроме того, пациентка всегда хорошо реагировала на одобрение и дружелюбие психотерапевта. Ее аргументы в пользу окончания психотерапии были слабыми. Она получила пользу от лечения, но была еще далека от понимания своих целей. У нее, собственно, не было никакой сколько-нибудь существенной причины прекращать психотерапевтический курс; она имела более чем достаточно денег и времени для продолжения психоанализа.

В отличие от тестов на отвержение Роберты П., некоторые тесты легко опознать по тому, как они проводятся. Психотерапевт имеет основания предполагать тестирование в следующих случаях.

1. Пациент ведет себя таким образом, чтобы вызвать у психотерапевта сильные чувства — провокационно надоедливо, пренебрежительно или соблазнительно.

2. Пациент толкает психотерапевта на вмешательство. Для этого пациент может долгое время сохранять молчание, делать лживые или абсурдные заявления, забывать заплатить за отдельные сессии, чувствовать себя глубоко оскорбленным очевидно невинными словами психотерапевта, внезапно приходиться в гнев и угрожать прервать лечение, настойчиво требовать от психотерапевта выхода за пределы своей роли, и т.д.

3. Пациент использует провокационные преувеличения.

4. Пациент демонстрирует поведение, не согласующееся с обычным для него, например, явно более глупое или саморазрушительное.

В следующем примере пациент, Уильям У., заставляя психотерапевта вмешаться, тестировал его.

Уильям У.

Симптоматика Уильяма коренилась в чувстве вины выжившего. Он считал, что какого бы успеха он не достиг, он получает это за счет родителей и сестры. Пациент быстро прогрессировал на втором году психотерапии. Вопреки обыкновению, его чрезвычайно рассердило то, что во время одной из психотерапевтических сессий психотерапевт прервал его, отвечая на телефонный звонок. Уильям объявил, что немедленно прекращает лечение. Очевидно, он стал чувствовать себя с психотерапевтом достаточно безопасно, чтобы рискнуть протестировать последнего, ведя себя неразумно. Его неразумное поведение преследовало двоякую цель: унижить себя, чтобы успокоить свою совесть, и удостовериться, что психотерапевт не возражает против его успехов. Когда психотерапевт не согласился с его желанием прервать лечение, Уильям почувствовал облегчение. Он увидел, что психотерапевт одобряет его прогресс, и пожелал следовать тем же путем дальше.

В следующем примере терапевт понял, благодаря вызывающе диким преувеличениям пациента, что происходит тестирование.

Артур Д.

Артуру Д. родители в детстве запрещали хвастаться; они видели в его нормальном самолюбии высокомерие. Артур, боровшийся за преодоление запрета на гордость, тестировал терапевта, утверждая, что у него потрясающе высокий балл по IQ. Он верил, что он самый умный из тех, кого знает. Артур даже полагал, что он один из самых умных людей в стране. Дикие преувеличения Артура были абсурдны. Он использовал их, чтобы унижить себя и, в дополнение к этому, чтобы протестировать терапевта, предоставляя ему возможность унижить его, то есть поступить так, как вели себя его родители.

Артур полагал, что, не прибегая к преувеличению, он не узнает ничего нового о терапевте. Он полагал, что прямое заявление о своих способностях (он действительно был умен) не вызовет у терапевта искушение проверять это, и поэтому не прояснится то, что терапевт думает о его хвастовстве. Если бы Артур просто сказал о том, что умен, терапевт вряд ли бы не согласился.

Терапевт прошел тестирование, сказав, что пациенту неловко чувствовать гордость по поводу его высокого интеллекта, добавив, что высоко оценивать свой интеллект не высокомерно, но реалистично и поэтому адаптивно.

В следующем примере поведение пациента воспринималось как тестирование, потому что оно было грубым, неумным, не похожим на обычное.

Терри В.

Терри В. воспитывался одинокой пассивной матерью и отстраненным отцом. Мать, чувствуя себя отвергаемой мужем, все свои привязанности сосредоточила на сыне. Она была столь ревнива к нему, что когда Терри уходил поиграть с друзьями, она обвиняла его в жестокости. Пациент сознательно не соглашался с этими обвинениями, но бессознательно принимал их.

Во взрослой жизни Терри страдал от убеждения в ответственности за нормальное существование других. Главный конфликт разыгрался у него с его депрессивной любовницей. Он хотел бросить ее, но не был на это способен из-за страха причинить ей боль.

Он испытывал такие сложные чувства относительно разрыва отношений с любовницей, что даже не сразу сказал об этом терапевту. Парадоксально, но когда он все же сделал это, то представил все так, будто им движет жестокость. Он утверждал, что намерен сказать ей о разрыве отношений сразу после секса, пока женщина расслаблена и не защищена. С помощью этого странного плана, исполнить который, как понимал терапевт, у пациента не было ни малейших намерений, Терри подчинился взгляду собственной матери на сына как на жестокого человека. Он дал терапевту все основания воспринимать его как грубого человека, но, конечно, надеялся, что терапевт не сделает этого.

Терапевт прошел тестирование, сообщив пациенту, что тот прав, покидая эту женщину, и что его желание оставить ее не вызвано жестокостью, несмотря на его собственные утверждения. Скорее, такие взаимоотношения ничего ему не приносили. Пациент почувствовал облегчение и позволил себе тактично освободиться от несчастливых отношений.

Пациент может тестировать одно патогенное убеждение разными способами

Психотерапевт сможет лучше понимать тесты пациента, если будет иметь в виду, что пациент будет использовать разные формы поведения для тестирования одних и тех же патогенных убеждений. В одном случае пациент, молодой человек, пытался опровергнуть одно из своих патогенных убеждений двумя на вид противоположными путями. Он хотел выяснить, конкурирует ли с ним психотерапевт, тестируя его при помощи самоуничижительного поведения. Пациент рассказал о своем недавнем свидании по объявлению, во время которого он вел себя неуклюже и оттолкнул этим от себя женщину. Рассказывая, пациент бессознательно надеялся, что психотерапевт не даст ему никаких свидетельств того, что получает удовольствие от его неудачи. Когда так и произошло, пациент почувствовал большую смелость и стал тестировать психотерапевта, рассказывая ему о своих успехах. Он описал свою встречу с женщиной, которая была им очарована и жаждала продолжения встреч. В этом тесте пациент надеялся, что психотерапевт не даст ему никаких свидетельств своей ревности, и почувствовал облегчение, когда психотерапевт так и поступил.

В следующем примере пациентка также использует разные типы поведения в попытке развенчать патогенное убеждение в том, что она интересуется терапевта только как средство достижения его эгоистических целей.

Валери Т.

Пациентка Валери Т., тридцатилетняя женщина, преподавала химию в местном университете. С самого начала терапии она боялась, что терапевт отвергнет ее. Вскоре после начала терапии она попыталась переубедить себя в этом, устроив ему тест на отвержение. Она сообщила, что ищет преподавательское место в удаленном университете. Валери почувствовала облегчение, когда терапевт засомневался в разумности этого решения, заметив, что у нее есть и здесь хорошая работа, к тому же ее терапия только началась. На некоторое время женщина была переубеждена. Однако страх быть отвергнутой вскоре возвратился в новой форме. У нее возникли опасения, что терапевт принимает ее главным образом не для того, чтобы ей помочь, а потому что находит ее сексуально привлекательной. Она начала тестировать его, пытаясь соблазнить. Однажды она предложила по случаю хорошей погоды провести сеанс в парке, который находился в нескольких кварталах от офиса. Так как терапевт не ответил на ее попытки соблазнить его, то вскоре пациентка достигла с ним взаимопонимания и начала исследовать проблему, с которой обратилась к терапевту, — в действительности ей было трудно оставаться наедине с ее коллегами.

Иногда психотерапевт может понять значение теста только после того, как пройдет его и получит от пациента новый бессознательный материал

В психотерапии большинства пациентов рано или поздно наступает момент, когда психотерапевту уже известно, что его тестируют, но он не знает, какие именно патогенные убеждения пациент пытается опровергнуть. В таких случаях психотерапевт не может узнать, прошел ли он тест пациента, до тех пор, пока не

увидит реакцию пациента на свое поведение. Если пациент реагирует на вмешательство психотерапевта отступлением, психотерапевт может предположить, что провалил тест. Если же пациент движется вперед, психотерапевт имеет основания надеяться, что успешно выдержал испытание. В последнем случае психотерапевт по характеру реакции пациента может сделать вывод о том, с какими именно патогенными убеждениями борется пациент.

В следующем примере пациентка предложила психотерапевту мощный тест. Психотерапевт не вполне понимал значение этого теста, пока не прошел его и не получил от пациентки новый бессознательный материал.

Нэнси С.

Пациентка, Нэнси С., врач, тридцати пяти лет, обратилась к психотерапевту по поводу своих отношений с мужем. Она часто злилась на мужа и била его, иногда почти без всякой причины. Во время первых нескольких встреч с психотерапевтом рассказ о своих проблемах давался пациентке с трудом — мешало сильное чувство стыда за себя и своих родителей. Особенно тяжело ей было описывать свои отношения с матерью, которая имела ужасный характер, легко впадала в гнев и часто была ее в детстве. Нэнси мало сообщала о своем отце, сказала лишь, что любила его.

В течение первых 18 месяцев психотерапии пациентка устойчиво прогрессировала. Она стала тестировать психотерапевта, чтобы убедиться, что ее слова не выводят его из себя, что он не стыдится и не отвергает ее и что она может относительно безопасно испытывать к нему привязанность. Кроме того, стали налаживаться ее отношения с мужем. Затем психотерапия была прервана: психотерапевт должен был уехать из города на четыре месяца. Перед отъездом он по просьбе пациентки договорился с одним из своих коллег о том, что тот будет продолжать лечение до его возвращения.

Когда основной психотерапевт через четыре месяца вернулся и возобновил терапию, пациентка сразу же уведомила его, что собирается встречаться с ним лишь раз в неделю вместо двух, как было раньше, и продолжать лечение у второго психотерапевта. Первый психотерапевт, неправильно решив, что Нэнси предлагает ему тест на отвержение, убедил ее встречаться дважды в неделю, как и раньше, и прекратить психотерапию с его коллегой. Однако, убедившись вскоре в ложности своих предположений о

характере тестирования пациентки, психотерапевт принял ее новое расписание. Через несколько недель пациентка удивила психотерапевта новым откровением: оказалось, что в детстве она испытывала не только физическое насилие со стороны матери, но и сексуальное насилие со стороны отца. Она была очень подавлена, описывая это. Она чувствовала стыд и вину. Наиболее острое страдание причиняло ей чувство предательства по отношению к отцу. Нэнси любила своего отца и чувствовала, что он надежнее, чем мать; кроме того, она поклялась сохранять тайну их отношений.

Здесь стало ясно, почему пациентка после четырехмесячного перерыва настаивала на новом расписании. Это был сильный тест переноса для психотерапевта. Нэнси бросала вызов авторитету психотерапевта и совершала, в своем представлении, предательство. Таким образом, пациентка рисковала отношениями с психотерапевтом, которые были очень важны для нее, поскольку она любила психотерапевта и получала от него помощь. Когда психотерапевт выдержал это испытание, не изменив своего обычного отношения с пациенткой, Нэнси пришла к выводу, что поведение, которое она считала предательским, на самом деле не представляет особенной опасности ни для психотерапевта, ни для нее самой. Тогда она почувствовала в себе достаточно сил, чтобы сделать нечто, что она рассматривала как предательство по отношению к отцу: она рассказала психотерапевту о своих сексуальных отношениях с отцом. После этого Нэнси не нуждалась больше во втором психотерапевте и возобновила встречи с основным психотерапевтом дважды в неделю.

В следующем примере терапевт даже не догадывался, что его тестируют, пока пациент не сделал это очевидным, раскрыв новый материал.

Дарлин С.

Дарлин очень много работала и не имела времени для восстановления сил. Однако, казалось, что она не рассматривает это обстоятельство как проблему. На одной из сессий на втором году терапии стало ясно, что она сделала успехи, став менее аскетичной. Дарлин объявила о своем решении уходить с работы раньше и, возможно, брать больший отпуск. Далее Дарлин заметила, что терапевт, кажется, не слишком напрягался во время работы с ней.

Только сейчас терапевт догадался, что пациентка тестирует его. Дарлин еще немного надавила на терапевта, обвинив его в слабом прогрессе, и тот прошел тестирование благодаря тому, что остался невозмутимым.

Надавливая на терапевта, пациентка предложила ему тест с изменением пассивной позиции на активную. В ее детстве оба родителя работали все время, и им, казалось, было неловко, что Дарлин не работает. Они указывали ей на различные задачи, которые она еще не решила. Дарлин поступила таким же образом и с терапевтом и почувствовала облегчение, когда терапевт не прореагировал на ее давление. Теперь она может использовать пример терапевта в ее борьбе против давления интернализованных родителей.

В следующем примере терапевт довольно резко изменил стратегию терапии, и пациентка очень положительно прореагировала на это, пролив целый световой поток на то, как, по ее мнению, терапевт должен ее лечить.

Маргарет М.

Маргарет М., семидесятилетняя больная шизофренией, страдала от слуховых галлюцинаций и параноидальных идей. Она была одной из девяти детей бедных фермеров-иммигрантов. В детстве Маргарет была предоставлена сама себе. Лишенная родительского участия, она пыталась заботиться о своей перегруженной матери и нескольких младших братьях и сестрах, полностью находившихся под ее наблюдением. Во время ее терапии, занимавшей двадцать минут в неделю (после двадцати минут она начинала чувствовать неудобство), речь Маргарет была неясной и несвязной. Пациентка была переполнена своими параноидальными идеями и страхом, что, поскольку эту терапию и другие медицинские услуги оплачивало за нее государство, она получает больше, чем ей причитается. Она говорила, что из-за этого страха ей сложно продолжать терапию. Терапевт чувствовал, что обязан облегчить ее страдания.

В действительности, терапевт длительное время уже не получал ни цента от государства за эту терапию, поскольку это было невыгодным: слишком много времени уходило на оформление бумаг, необходимых для оплаты этих коротких сессий. Он предпочел не говорить об этом пациентке, боясь, что та будет считать, что это

нечестно по отношению к нему. Однако, неожиданно для себя, терапевт, отвечая на давление пациентки, изменил свое решение. Он сказал ей, что с этого момента будет принимать ее бесплатно, и государству не нужно будет платить за ее визиты.

Казалось, пациентка была переубеждена. На следующей сессии, впервые за долгую терапию, Маргарет рассказала свой сон. Более того, в противоположность ее обычному материалу, сон был упорядоченным, живым и драматичным. Пациентке снилось, что она находилась в маленьком деревянном сарае посреди равнины. Бушевал ветер, и земля вокруг нее была покрыта снегом. Она услышала снаружи глухой звук и подумала, что это упала ее мать. Пациентка ринулась к двери, открыла ее и с облегчением увидела, что там никого нет.

Терапевт предположил, что Маргарет во сне говорила себе, что она не должна ухаживать за матерью. На пациентку неожиданно сильно подействовало предложение бесплатной терапии. Это позволило ей почувствовать, что и она имеет право что-то получать от других, а не только обязана заботиться о них. Сновидение позволило терапевту понять, что, сделав пациентке одолжение, он помог ей разрушить убеждение в отсутствии у себя желаний. Он начал делать ей маленькие недорогие подарки. Маргарет радовалась, получая их, и это помогло ей немного лучше оценивать себя и немного меньше беспокоиться о других.

Тестирование отношениям

В некоторых случаях пациенты предлагают психотерапевту точно определенные, мощные тесты. Так было в случае Роберты П., которая после четырех лет малопродуктивного психоанализа заявила о своем намерении закончить терапию в течение трех месяцев. Так же было и в случае Нэнси С., которая после четырехмесячного отсутствия психотерапевта настаивала на продолжении лечения у психотерапевта, замещавшего его во время отсутствия.

Бывают и другие случаи, в которых пациент, вместо того чтобы пытаться опровергнуть свои патогенные убеждения при помощи отдельных тестов, пытается опровергнуть их, показывая устойчивое отношение к психотерапевту и к другим людям, служащее тем же целям тестирования. Например, пациент стремится опровергнуть свое патогенное убеждение, что если он будет вести себя дружелюбно, его отвергнут. Он может проверять это убеждение,

проявляя или отдельные вспышки привязанности к окружающим, или устойчивое дружественное отношение. При лечении такого пациента психотерапевт должен вести себя так, чтобы помочь ему расстаться с его патогенным убеждением. В частности, в психотерапии пациента, проявляющего к нему устойчивое дружественное отношение (для проверки убеждения, что его отвергнут) психотерапевт должен относиться к нему столь же дружественно.

Хороший пример пациента, проверявшего свои убеждения, показывая определенное отношение к психотерапевту, демонстрирует случай компьютерного программиста Томаса С., обсуждаемый в главе 4. Из налагаемых на него в детстве ограничений и запретов Томас сделал вывод, что его судьба не имеет свободы и удовольствий; наоборот, он должен был работать большую часть времени, подобно своей матери, отцу, братьям и сестрам. В ходе психотерапии Томас проверял это убеждение, устойчиво проявляя небрежное отношение к лечению. Он процессе психотерапии не делал попыток активно работать и надеялся, что психотерапевт не будет пытаться заставить его работать. Психотерапевт не стал настаивать, что принесло облегчение пациенту. Приняв небрежный, рассеянный подход пациента, психотерапевт помог ему понять, какое тяжелое бремя работы взвалено на его (пациента) плечи. После этого пациент стал позволять себе больше свободы и развлечений в повседневной жизни. Кроме того, он стал гораздо лучше справляться со своей работой, зная, что не обязан трудиться все время. В некоторые периоды времени он стал прилагать усилия и интенсивно работать. Вдобавок ко всему, Томас многое вспомнил о запретах, от которых страдал в детстве.

Другой пример тестирования отношением — терапия Леонарда И.

Леонард И.

Леонард И. чувствовал себя отвергнутым своими родителями и думал, что заслуживает этого. Во время терапии он работал над развенчанием своего патогенного убеждения, будучи исключительно дружелюбным. Терапевт отвечал ему тем же. В течение нескольких сеансов пациент и терапевт запросто болтали в небрежной, расслабленной манере о различных эпизодах и проблемах в жизни пациента. Однако каждый раз Леонард вспоминал те мо-

менты из своего детства, в которых он чувствовал себя отвергнутым. Например, он несколько раз вспоминал случаи, когда его мать предпочла ему его младшего брата, а отец в ответ на попытки Томаса поговорить о своих проблемах читал ему лекции.

В нескольких интерпретациях терапевт тщательно поработал над комментариями пациента. Он помог пациенту понять, что тот чувствовал себя отвергнутым родителями, и поэтому поверил, что заслужил их отвержение, и что это убеждение ложно. В течение четырех лет Томас получал огромную пользу от терапии. Ему стало приятнее проводить время с друзьями, он осмелился назначать свидания и даже установил длительные успешные взаимоотношения с женщиной.

Леонард работал в терапии, развив некие определенные устойчивые трансферентные отношения. Он научился в детстве тому, что если быть дружелюбным с родителями, то можно стать отвергнутым, и протестировал это убеждение, будучи дружелюбным с терапевтом. В следующем примере Стефан К. тестировал патогенные убеждения не с помощью трансферентных отношений, но с помощью отношения со сменой пассивной позиции на активную: он относился к терапевту так, как его родители относились к нему.

Стефан К.

Стефан К. видел, что его родители всегда им не довольны, и подчинился их недовольству, рассматривая себя как дефектного. Пациент, работая в терапии, тестировал терапевта, выражая отношение со сменой пассивной позиции на активную, в котором проявлял свое недовольство терапевтом так же, как его родители были неудовлетворены им. Он надеялся, что терапевт не будет подавлен им, и тогда он сможет принять поведение терапевта за модель поведения в его борьбе против зависимости от родительского недовольствия.

В терапии Стефан часто оказывался неудовлетворенным терапией и терапевтом. Он отвечал на комментарии терапевта вздохами и гримасами. Но терапевт стойко сопротивлялся, не был этим подавлен и аргументированно возражал против неудовольствий пациента. Он спрашивал его, чем тот недоволен, и не принимал обвинений на свой счет.

Стефан оставался раздражительным в течение долгого периода времени, и не высказывал никакого или практически никакого инсайта, пока не выдал новый материал, осветивший его поведение. Например, припомнил примеры того, как пытался угодить своим родителям, но те игнорировали или отталкивали его. Терапевт в нескольких интерпретациях помог пациенту осознать следующее: из своих отношений с родителями он сделал вывод о том, что не способен никому понравиться. Стефан достиг прогресса: научился выдерживать критику, стал менее застенчивым на работе и приобрел способность противостоять обвинениям своей жены.

Как различить трансферентные тесты и тесты со сменой пассивной позиции на активную

Психотерапевт может иногда отличить преимущественно трансферентный тест от теста преимущественно со сменой пассивной позиции на активную по своему эмоциональному отклику на тестирующее поведение пациента. Когда пациент использует для тестирования перенос, он наделяет психотерапевта авторитетом родителя, и психотерапевт чувствует себя относительно безопасно. При смене пассивной позиции на активную пациент, наоборот, принимает на себя роль причиняющего страдания родителя, в связи с чем психотерапевт может чувствовать заметное неудобство. Таким образом, если поведение пациента воспринимается психотерапевтом как смущающее, беспокоящее, оскорбительное, угрожающее или непереносимое или если психотерапевт испытывает чувство вины перед пациентом, можно с заметной долей уверенности предположить, что пациент применяет тест со сменой пассивной позиции на активную. (Он может параллельно использовать и перенос.)

Легко понять тот факт, что наиболее беспокоящие психотерапевта тесты — это почти всегда тесты со сменой пассивной позиции на активную, если принять во внимание различие между отношением ребенка к родителям и отношением родителей к ребенку. Как я уже не раз отмечал, ребенок очень сильно мотивирован поддерживать связи со своими родителями; для него это вопрос жизни и смерти.

Однако некоторые родители не так уж и стремятся поддерживать связи и ладить со своим ребенком. Иногда родитель бросает

ребенка, бьет его, мучает или совращает. И если психотерапевт чувствует себя смущенным или униженным пациентом, виноватым перед ним или неспособным лечить его, можно почти наверное сказать, что пациент ведет себя как родитель: он сменил пассивную позицию на активную.

В следующем примере из психотерапевтической практики психотерапевт смог отличить тесты со сменой пассивной позиции на активную от тестов переноса по эмоциям, которые он испытывал при тестировании его пациенткой. Когда требования пациентки казались ему особенно неприемлемыми, он справедливо полагал, что имеет дело с тестом со сменой пассивной позиции на активную; когда же требования пациентки представлялись ему вполне разумными, он считал, что это составляющая трансферентного теста.

Лайза О.

Пациентка по имени Лайза О. страдала от двух мощных патогенных убеждений. Во-первых, она считала, что полностью отвечает за других и должна во всем уступать им, чтобы не обидеть. Во-вторых, она полагала, что недостойна помощи и удовлетворения своих желаний. В ходе психотерапии пациентка использовала одну и ту же форму поведения для проверки обоих этих убеждений, надеясь их опровергнуть: она убедительно просила психотерапевта назначить ей дополнительные часы. Сначала Лайза потребовала это в крайне неприятной форме, из чего психотерапевт заключил, что она тестирует его сменой пассивной позиции на активную. Бессознательно Лайза хотела, чтобы психотерапевт отверг ее просьбу — она хотела научиться у него говорить “нет”. Психотерапевт так и поступил. После этого Лайза постепенно, в течение нескольких лет, становилась все более свободной в общении, психологически более сильной, менее склонной соглашаться с другими вопреки собственным интересам. Она стала осознавать свое патогенное убеждение в том, что обидит других, если не согласится с ними.

Через несколько лет психотерапии Лайза вновь попросила назначить ей дополнительные встречи с психотерапевтом, но другим способом: она вела себя так, как если бы действительно нуждалась в дополнительных часах. Соответственно, на

психотерапевта ее просьба производила теперь впечатление не провокационной, а искренней. Он предположил, что пациентка теперь тестирует его, надеясь опровергнуть патогенное убеждение, что она недостойна ничьей помощи. После того, как психотерапевт назначил ей первую дополнительную встречу, пациентка стала вести себя более непринужденно и вспомнила новый бессознательный материал. Это была сцена из ее детства. Пациентка, которой было тогда восемь лет, вскоре после смерти своей матери лежала в постели, всеми силами пытаясь вернуть к жизни умершую мать, и чувствовала себя совершенно беспомощной. Помощи ждать было неоткуда.

Очевидно, Лайза проверяла теперь убеждение в том, что она неспособна получить помощь. Когда психотерапевт предоставил ей дополнительный час, она почувствовала, что в действительности дело обстоит не так ужасно. Это позволило ей вспомнить случай, когда она была непреодолимо беспомощной. Пациентка позвала на помощь, и психотерапевт пришел; это позволило ей вспомнить случай, когда она тоже звала на помощь, но ее умершая мать не пришла.

Порядок тестирования двух патогенных убеждений Лайзы определялся соображениями безопасности. В начале терапии она была бессознательно очень напугана ожиданием (основанном на страхе причинить терапевту боль) того, что должна будет подчиниться терапевту, принимать ложные интерпретации и следовать плохим советам. Следовательно, в самом начале терапии Лайза приступила к работе над изменением своего убеждения, состоящего в том, что если она не подчинится терапевту, то причинит ему боль. Она непримиримым образом предъявляла терапевту требования, надеясь, что тот откажет, и она сможет идентифицироваться с его способностью сделать это. Терапевт действительно отказал, и пациентка в течение некоторого периода смогла возродить в себе способность говорить “нет”. Когда она преодолела свой страх подчинения терапевту, то испытала в нем сильную необходимость. Сейчас ее слова о дополнительных встречах звучали по-настоящему правдиво.

Пациент, которому не удалось научиться у своих родителей, как справляться с теми или иными психическими травмами, может использовать смену пассивной позиции на активную, чтобы научить-

ся этому у психотерапевта. Рассмотрим, например, пациента, который не выносил критики. Он настолько соглашался с ней, что иногда был совершенно не в состоянии ее слушать. Эта проблема появилась у него в детстве из-за родителей, которые много критиковали его, хотя сами совершенно не переносили критики в свой адрес. Пациент считал, что должен принимать их критику, чтобы не обидеть их. В ходе психотерапии он критиковал психотерапевта, часто с жаром, надеясь, что психотерапевт не обидится и ответит на его критику, и он сможет научиться переносить критику и разумно отвечать на нее.

Пациенты, которые предпочитают менять пассивную позицию на активную, в детстве страдали от плохого обращения родителей, но ни в детстве, ни потом не понимали, что подобное отношение к ним являлось неоправданным. А если пациент был социально изолирован и не мог наблюдать нормальные взаимоотношения между родителями и детьми, то он может даже и не понимать, насколько плохо относились к нему родители. Такой пациент может бояться переноса; он может бояться, что терапевт начнет к нему относиться так же, как его родители. Зато он может не чувствовать никаких угрызений совести, меняя пассивную позицию на активную. Поскольку пациент полагает, что травмирующее его родительское поведение оправдано, у него, скорее всего, найдутся оправдания и для себя, повторяющего это поведение по отношению к терапевту.

Однако существуют исключения из того правила, что пациенты, чьи требования к терапевту обременительны или трудновыполнимы, тестируют его с переменной пассивной позиции на активную. Пациент, которого сурово наказывали или критиковали родители, может в процессе достижения разумных целей требовать от терапевта чего-либо трудновыполнимого, устраивая тестирование переносом. Он может бесцеремонно требовать сверхурочных сеансов или добиваться права не платить за несколько пропущенных им сессий, надеясь, что это терапевта не затруднит и он не будет критиковать так, как это делали его родители. Терапевт может помочь пациенту, тестирующему его таким образом, удовлетворив его требования или, если это невозможно, сказав, что он (терапевт) хотел бы удовлетворить их, но не имеет для этого средств.

Тестирование со сменой пассивной позиции на активную

Подавляющее большинство пациентов, хотя и не все, в ходе психотерапии рано или поздно применяют тестирование со сменой пассивной позиции на активную. Некоторые пациенты делают это изредка, в ответ на определенные травмирующие события, тогда как для других это является обычной формой поведения.

Пациент, борющийся с мощными аффектами, которые он не в силах преодолеть, может попытаться совладать с ними, переменяя пассивную позицию на активную. Например, одна пациентка, чья мать и сестра погибли трагической смертью, была снедаема такой печалью, что едва могла переносить ее. В ходе психотерапии она описывала гибель матери и сестры в таких горестных выражениях, что психотерапевт едва не заплакал. Пациентке стало легче, когда она отождествила себя с психотерапевтом, который оказался способен противостоять печали.

В ходе психотерапии пациент, испытывающий сильное чувство вины из-за своего желания противостоять родителям, может предложить психотерапевту тест со сменой пассивной позиции на активную. Психотерапевт может пройти этот тест, если докажет свою способность противостоять пациенту. Рассмотрим, например, следующий случай. Отец одной пациентки имел с ней в детстве сексуальные отношения, но отрицал это. Бессознательно пациентка хотела разоблачить отца, но ощущение, что такое разоблачение стало бы непослушанием и предательством, мешало ей сделать это. В процессе психотерапии пациентка рассказала психотерапевту о сексуальных отношениях с отцом. Впоследствии она тестировала психотерапевта, сказав ему, что на самом деле никаких сексуальных отношений не было. Психотерапевт успешно прошел этот тест, сообщив пациентке, что считает, что сексуальные отношения были, хотя ей, вероятно, неприятно вспоминать о них. Способность психотерапевта противостоять отрицаниям пациентки помогла ей противостоять тому, что отец отрицал свое сексуальное насилие.

Тест со сменой пассивной позиции на активную может предложить также пациент, который собирается что-нибудь предпринять, но не знает, как взяться за дело. При подобном тестировании пациент пытается поставить психотерапевта перед проблемой, с кото-

рой сталкивается сам; его цель — научиться справляться с такого рода затруднениями. Ниже приводится пример тестирования со сменой пассивной позиции на активную.

Джина Х.

Джина Х. страдала мягкой формой депрессии, причина которой заключалась в патогенном убеждении в том, что она негодяйка и неудачница, потому что не может сделать свою мать (также пребывающую в депрессии) счастливой. В ходе одной из встреч с психотерапевтом через несколько месяцев после начала терапии разговор случайно зашел о преимуществах и недостатках антидепрессантов, которые психотерапевт мог бы прописать ей. Когда выяснилось, что психотерапевт не собирается этого делать, пациентка стала требовать этого самым несносным образом. Она назвала психотерапевта упрямым дураком, однако он остался при своем мнении. Тогда Джина проконсультировалась с психофармакологом и убедила его позвонить психотерапевту и посоветовать ему назначить ей антидепрессанты. Психотерапевт, тем не менее, не изменил своего решения.

Наконец, через несколько недель Джина оставила свои попытки получить антидепрессанты. Вскоре после этого она сообщила психотерапевту о своей тревоге в связи с предстоящей поездкой к матери. Джина беспокоилась, что рядом со своей матерью она станет чувствовать себя беспомощной и будет вынуждена делать все, о чем бы ее мать ни попросила ее.

В действительности требование антидепрессантов было тестом, который пациентка предлагала психотерапевту, чтобы лучше подготовиться к поездке домой. Она поставила его перед проблемой того же рода, что и та, с которой она ожидала столкнуться дома. Джина требовала выписать ей антидепрессанты в надежде, что психотерапевт отклонит это требование и она сможет на этом примере научиться отказывать своей матери. Пример психотерапевта придал Джине достаточно сил, чтобы она смогла прямо подойти к проблеме. Это был шаг вперед. Описанные события помогли пациентке осознать свое чувство “всеобъемлющей ответственности” за свою мать.

Фелис М.

Еще один пример того, как пациент готовится бросить вызов с помощью тестирования со сменой пассивной позиции на активную, возник во время анализа молодой женщины Фелис М. Она хотела бросить своего излишне требовательного партнера, но чувствовала себя слишком виноватой, чтобы так поступить — она знала, что тот почувствует себя отверженным. Фелис работала над тем, чтобы набраться смелости бросить его, тестируя аналитика. Она знала, что аналитик будет возражать против ее требования снизить частоту сессий с четырех до трех посещений в неделю. Представив крайне слабые аргументы этого требования, Фелис самым неприятным образом настаивала на своем в течение нескольких месяцев.

Аналитик пытался анализировать мотивы, движущие пациенткой, но она отказывалась обсуждать это. Однажды, не понимая природы тестирования пациентки, аналитик немного ослабил свою непреклонную позицию, проявив некоторое желание рассмотреть просьбу пациентки. Фелис насторожилась, и повела себя так, как будто не услышала того, что сказал аналитик. Тогда он понял, что пациентка хочет, чтобы он твердо стоял на своем, и остался непреклонным. Аналитик предположил, что пациентка чувствует себя крайне неудобно перед лицом его возможного отступления, поскольку, если бы он сдался, то женщина не смогла бы увидеть в нем модель для ее непреклонной позиции с парнем. Фелис предпочла не заметить колебания аналитика, подсознательно надеясь, что тот поймет это правильно и будет стоять на своем.

Фелис обобщила свои требования, самоуверенно обвиняя аналитика в том, что он заставил ее принять его одностороннее решение; решения, по ее мнению, должны в дальнейшем обсуждаться вместе с ней. Неожиданно она поняла, что сама себя подготавливала к принятию одностороннего решения, а именно: бросить своего парня. И в этом ей помог пример терапевта.

Глория С.

Еще один пример использования тестирования со сменой пассивной позиции на активную для того, чтобы разрешить текущую проблему, возник в терапии молодой женщины Глории С., кото-

рая страдала от преувеличенного стремления угодить другим. Она выработала убеждение в том, что не угодить другим значит причинить им боль. Это убеждение развилось из взаимоотношений с родителями, которые были требовательны и очень расстраивались, когда пациентка отказывалась выполнять требуемое.

Большую часть времени психоанализа Глория тестировала свое патогенное убеждение. Она требовала у своего аналитика-женщины удлинения сессий, уменьшения платы, сверхурочных часов и т.д. Пациентка утверждала, будто чувствует себя глубоко оскорбленной отказами терапевта, но обычно казалось, что это придает ей силы. В течение первых нескольких лет терапии, работая в этом направлении, она развила в себе большую стойкость в отношениях с родителями и с друзьями.

На третьем году анализа мать пациентки погибла в автомобильной катастрофе. Это произошло в тот самый день, когда диссертация Глории на степень доктора философии была принята комиссией. Она надеялась, что мать прочтет ее диссертацию. Переполненная горем, Глория стала истерично требовать от терапевта, чтобы та прочла ее труд. Во время этой же сессии пациентка поделилась своим опасением за отца, который жил в другом конце страны. Она понимала, что отец тяжело перенес смерть матери. Пациентка боялась, что отец ожидает от нее, что дочь переедет к нему и займет место матери.

На следующей сессии, проанализировав мотивы, связанные с требованием пациентки прочесть диссертацию, терапевт вернула ее, даже не открыв. Аналитик, вернув диссертацию, успешно прошла тестирование со сменой пассивной позиции на активную. Глория боялась, что отцовское сильное горе поработит ее, и ей придется остаться у него в доме, заняв место его жены. Когда пациентка обнаружила, что аналитик не подчинилась ее горю (не прочла диссертацию и не заняла таким образом место ее матери), она почувствовала поддержку в оказании сопротивления отцовским требованиям. Когда Глория вернулась домой на похороны матери, она с любовью отнеслась к отцу, но все же отказалась от длительного пребывания там.

Три описанных выше примера показывают, что для того, чтобы пройти тестирование, иногда следует не выполнять довольно разумные просьбы. Я обращаю на это внимание, поскольку некоторые терапевты, возможно неправильно понявшие мысли Коху-

та об эмпатии, полагают, будто нужно удовлетворять любые разумные требования пациента. То, как терапевт должен реагировать на просьбы пациента, различается от случая к случаю, в зависимости от понимания бессознательного плана пациента. Иногда, если терапевт постоянно исполняет желания пациента, он проваливает тестирование, что приводит к ухудшению состояния пациента. Пациент, имеющий острую бессознательную необходимость научиться у терапевта отвечать “нет”, может требовать от него все большего и большего, надеясь заставить его в конце концов ответить отказом.

Однако, как было описано выше, существуют многочисленные исключения из этого правила, когда терапевт, чтобы пройти тестирование, должен следовать за пациентом. В этих случаях, если терапевт отказывает пациенту или следует правилу абстиненции* может причинить вред. Пример этому — терапия Лайзы О., описанная ранее. Лайза выиграла от того, что терапевт согласился на проведение дополнительной сессии. Она вспомнила, как безуспешно пыталась вернуть свою мать к жизни. Пациентке удалось вспомнить то, как страстно она хотела вновь увидеть свою мать живой, потому что терапевт удовлетворил ее просьбу о дополнительной сессии, тем самым позволив ей почувствовать себя достаточно безопасно для того, чтобы допустить болезненные воспоминания.

Тестирование, доставляющее неудобство психотерапевту

Этот раздел посвящен пациентам, чье тестирование беспокоит психотерапевта, причиняет ему неудобство. Среди них есть пациенты, склонные к оскорблениям; склонные обижаться и превратно истолковывать самые невинные слова; пациенты, которым стало лучше, но заявляющие, что психотерапевт разрушил их жизнь; ничего о себе не рассказывающие, однако горько жалующиеся на неэффективность психотерапии; угрожающие самоубийством; отказывающиеся платить за часы, от которых они, по их мнению, не получили пользы; без всякой причины угрожающие психотерапевту судебным преследованием за якобы имевшие место злоупот-

*В теории 1911—1915 годов Фрейд писал, что терапевт не должен слишком потакать пациенту. Он называл это правилом абстиненции.

ребления пациенты, которые, заставляют терапевта испытывать чувство, что он совершил серьезные ошибки и т.д.

В общем, психотерапевту не следует пытаться вести более одного-двух подобных пациентов одновременно, поскольку это требует много времени и больших усилий. Если же психотерапевт чувствует себя особенно неудобно с такими пациентами, то ему лучше вообще отказаться от работы с ними. Однако, отказывая тому или иному пациенту в лечении, психотерапевт не должен давать ему поводов думать, что его случай безнадежен: этому пациенту может помочь другой психотерапевт, который умеет работать с такими случаями.

Пациент, причиняющий беспокойство психотерапевту, почти всегда меняет пассивную позицию на активную, т.е. тестирует психотерапевта, ведя себя с ним так, как один из его родителей или какой-нибудь старший член семьи вел себя по отношению к нему самому. При этом пациент надеется, что психотерапевт не будет поставлен в тупик и сломлен подобным поведением. В большинстве случаев такой пациент также осуществляет перенос*. Например, при угрозах психотерапевту, так же как и при хлопанье дверью, имеет место как смена пассивной позиции на активную, так и перенос. Совершая указанные действия, пациент, с одной стороны, бессознательно просит психотерапевта ввести его в некоторые рамки, с другой стороны — надеется, что, несмотря на его неприятное поведение, психотерапевт не отвергнет его, отказав ему в лечении.

Психотерапевт, который осознает, что беспокойство и неприятности, доставляемые ему неудобным пациентом, связаны с работой тестирования, находится в лучшем положении, чем психотерапевт, считающий, что пациент совершает разрушительные, несносные, недопустимые действия просто для собственного удовольствия. В первом случае психотерапевту легче уважать пациента, легче и сочувствовать ему.

При лечении такого неудобного пациента психотерапевту надо попытаться понять метод тестирования пациента. При этом следует использовать всю доступную информацию о пациенте, в том числе сведения пациента о том, как он вел себя по отношению к родителям и как родители вели себя по отношению к нему. Очень

*Здесь автор понимает перенос очень узко — как прямое повторение пациентом в терапевтической ситуации чувств и поведения, которые имели место в его взаимодействии с родителями. — *Прим. научного редактора.*

большое значение имеет аффективная реакция психотерапевта на поведение пациента. Часто психотерапевт может понять, как пациент чувствовал себя с родителями, по тому, как он сам чувствует себя с пациентом. Если психотерапевт при контактах с пациентом испытывает чувства беспомощности, поражения, крайней тревоги, ответственности за все происходящее или вины, он может предполагать, что пациент испытывал то же самое при контактах со своими родителями. Например, психотерапевт, чувствовавший в ходе первой встречи с пациенткой Зорой Т., что ее проблемы непреодолимы (см. главу 4), сделал вывод, что Зора в детстве, вероятно, чувствовала бремя ответственности за свою несчастную мать и вину за то, что не может сделать ее счастливее.

Если психотерапевт чувствует, что может допустить серьезную ошибку, если не будет крайне осторожно и бережно обходиться с пациентом, то он, возможно, имеет дело с тестом со сменой пассивной позиции на активную, в котором пациент проверяет его склонность к напрасному беспокойству. Проводя такой тест, пациент надеется, что психотерапевт не будет волноваться понапрасну. Можно предполагать, что проводящий этот тест пациент чувствует “ответственность всемогущества” за родителя, заставлявшего его сильно беспокоиться о себе.

В качестве другого примера рассмотрим случай с пациентом, который завидует терапевту и заставляет его испытывать чувство вины за то, что он лучше, чем пациент. Пациент, возможно, в этом случае устраивает терапевту тестирование со сменой пассивной позиции на активную в контексте вины выжившего и надеется, что терапевт не будет подавлен испытываемой к нему завистью. Затем пациент может идентифицироваться с терапевтом, став менее чувствительным к зависти родителей к нему. Еще один пример: терапевт, очень расстроенный тем, что пациент берет отпуск (и на время прерывает анализ), может реагировать на тест со сменной пассивной позиции на активную, в процессе которого пациент надеется разувериться в том, что должен испытывать вину, покидая родителей.

Чтобы пройти тесты со сменой пассивной позиции на активную, психотерапевту следует продемонстрировать лучший способ реагирования на поведение пациента, чем способ, которым сам пациент реагировал на поведение своих родителей. При этом подход и отношение психотерапевта не менее, если не более, важны, чем его интерпретации. Вообще, психотерапевт должен интерпрети-

ровать беспокоящее поведение пациента сразу же, “не отходя от кассы”. Однако до интерпретации психотерапевт должен попытаться продемонстрировать, что он способен справиться с поведением пациента. Предположим, некий пациент идентифицировался в детстве со своей несчастливой матерью, склонной обвинять других в своем несчастье, и в ходе терапии жалуется, каким подавленным чувствует себя и как мало психотерапевт ему помогает. В общем случае, психотерапевт не должен пытаться объяснить эти обвинения с точки зрения отождествления пациента с матерью до тех пор, пока не продемонстрирует, что может без труда переносить презрение и обвинения со стороны пациента. Если психотерапевт даст интерпретацию обвинений пациента до того, как покажет, что в состоянии справиться с ними, пациент может подумать, что психотерапевт обвиняет его, чтобы защититься от обвинений. Тогда психотерапевту не удастся показать пациенту хороший пример того, как пациент может справляться с поведением своей матери.

Психотерапевт иногда может быть сбит с толку обвинениями пациента. Если психотерапевт вовремя понимает и отражает опасность, связанные с ней временные огорчения не причинят большого вреда. На самом деле огорчение психотерапевта может оказаться даже полезным: заметив его, пациент иногда успокаивается. Пациент видит, что психотерапевт — такой же человек из плоти и крови, и что он сам, — хотя и огорчен несправедливыми обвинениями, может справиться с ними и достойно себя вести. Пациент, подражая психотерапевту, научится справляться с огорчениями, которые доставляет ему окружающий мир.

Приступив, наконец, к интерпретации поведения пациента, психотерапевт должен заботиться не только о содержании своих интерпретаций, но и об отношении к пациенту, которое они выражают. Например, если пациент предлагает психотерапевту тест на беспокойство со сменой пассивной позиции на активную, психотерапевт может совершенно испортить даже самую удачную интерпретацию, если преподнесет ее пациенту с напряжением и беспокойством.

Это утверждение может быть проиллюстрировано случаем из терапии пациентки, которая в детстве очень беспокоилась о своем хронически больном отце. Она верила, что ее старания спасут ему жизнь. Она напоминала ему, чтобы он принимал лекарства, осматривала его, тщательно оценивая его состояние. В терапии

пациентка проверяла со сменой пассивной позиции на активную свое убеждение, что она ответственна за других. Она вела себя так, как будто терапевт ответственен за получение ею пособия по безработице. Терапевт начал интерпретировать страх пациентки, что он начнет беспокоиться о ней так, как она беспокоилась о своих родителях. Много недель эти интерпретации не помогали. Впоследствии терапевт понял, почему это было так. Дело в том, что он подсознательно принял приглашение пациентки стать всемогущим. Он слишком старался быть ей полезным и формулировал свои интерпретации эмоционально и беспокойно. Когда терапевт понял свою ошибку, он изменился и стал интерпретировать более расслабленно. Пациентка почувствовала облегчение, и в терапии наметился прогресс.

Пациент нередко находит интерпретации своего поведения весьма полезными. Он может не понимать, почему производит неприятное впечатление на окружающих, и чувствовать в этой связи вину, иногда довольно сильную. Он может получить значительное облегчение, если психотерапевт показывает понимание его поведения, говоря ему, например, что тот имитирует поведение родителей из уважения к их авторитету, или что проигрывает свой травматический опыт с родителями и принимает при этом на себя роль родителей, или старается показать психотерапевту, что он чувствовал, когда был ребенком. Возможно, пациента успокоят слова о том, что не врожденные дурные импульсы являются причиной его поведения, не просто для своего удовольствия он ведет себя фривольно, безответственно или саморазрушительно — в действительности его поведение имеет своим источником отождествление себя в детстве с родителем, и в ходе психотерапии он работает над тем, чтобы понять свой детский травматический опыт и отказаться от выведенных из этого опыта патогенных убеждений. В качестве иллюстрации данного положения рассмотрим случай Уолтера А.

Уолтер А.

Уолтер А., молодой человек, периодически критиковал своего молодого психотерапевта. Уолтер снова и снова повторял психотерапевту, что тот ничем не помогает ему; что сам не знает, что

делает; что он не имеет достаточно опыта, чтобы быть полезным пациентам; он банален, говорит путано, постоянно повторяется и т.д. Психотерапевт не обращал внимания на эти обвинения или успокаивал пациента. Наконец, продемонстрировав устойчивость к язвительным упрекам пациента, психотерапевт заметил: “Может быть, вы попытаетесь показать мне, как вы чувствовали себя в семье в детстве? Возможно, ваш отец критиковал и унижал вас?” Пациент тотчас возразил: “Нет, это делала старшая сестра. Когда я смотрел телевизор, она часто давала мне оплеухи. Я старался сидеть как можно тише, потому что думал, что если я шевельнусь, она рассвирепеет еще сильнее. Сестра называла меня болваном и тупицей”. Сказав это, Уолтер ударился в слезы и прорыдал до конца встречи. Он почувствовал облегчение. Стал испытывать к себе сочувствие, вместо того чтобы считать себя злобным и неблагодарным. Он понял, что критиковал психотерапевта не по злобе — это была часть психотерапевтической работы, которую необходимо было проделать. Кроме того, Уолтер понял, что поведение сестры глубоко ранило его.

Аналогичный пример — случай с пациенткой, которая отклоняла все, что бы терапевт ни говорил. Она называла его слова бесполезными, глупыми, повторяющимися и т.д. Более того, она угрожала, что прекратит терапию. Некоторое время терапевт не обращал на это внимания, а потом сказал: “Возможно, вы ведете себя по отношению ко мне так же, как ваша мать вела себя по отношению к вам, и вы боитесь, что я расстроюсь из-за этого так же, как это делали вы”. Пациентка согласилась и опечалилась. Она начала подражать резкому раздраженному голосу, какой бывал у ее матери, когда она критиковала ее. Пациентка, несмотря на прогресс, вскоре возобновила свое тестирование со сменой пассивной позиции на активную и продолжала работать в таком ключе несколько лет. Однако она внезапно приостанавливалась, припоминая травматические события, какие она только что разыгрывала со сменой ролей. На последнем году терапии пациентка стала более рациональной. Начала жалеть свою мать, чье злобное поведение сделало для нее невыносимым общение в семье и с друзьями. Это пролило свет на другую функцию нетерпимого поведения пациентки — на защиту от вины выжившего.

При лечении пациента, склонного к оскорблениям и обвинениям, от психотерапевта может потребоваться продемонстрировать очень разные реакции. Например, иногда психотерапевт должен давать отпор очевидно нечестным, нелепым или просто глупым обвинениям, чтобы продемонстрировать, что разумный человек может и должен уметь постоять за себя. Однако если психотерапевт делает это слишком охотно в отношении мелких, несущественных обвинений, он будет производить впечатление человека слабого, напуганного и опасющегося критики со стороны пациента. Кроме того, если психотерапевт реагирует на тесты пациента стереотипно, пациент может сделать вывод, что психотерапевт вкладывает в работу мало усердия и действует в соответствии с заранее избранными правилами.

Когда психотерапевт не проходит тесты пациента

Каким бы опытным и внимательным ни был психотерапевт, он неизбежно провалит некоторые из тестов пациента. Если провален небольшой тест, ошибку можно легко исправить, и психотерапевт может на ней поучиться. Когда же ошибка велика, исправить ее трудно, а иногда и невозможно. Этот раздел посвящен обсуждению того, как психотерапевт может узнать о своем провале по тестам пациента, скорректировать мелкие провалы и избежать крупных.

О провале теста пациента психотерапевт часто может узнать по его реакции. Пациент обычно реагирует на провал теста иначе, чем на его успешное прохождение. Если терапевт не проходит тест, давая неправильную интерпретацию, пациент реагирует с меньшим энтузиазмом, чем обычно, или становится несколько подавленным и молчаливым. Он может также не давать новый материал для анализа, игнорировать интерпретацию или сменить тему. Если пациент реагирует одним из описанных выше способов, терапевт может спросить его: “Как вам нравится то, что я только что сказал?” или “Я только что неправильно вас понял?”

Как только терапевт понимает, как именно он провалил тот или иной тест, он может объяснить свою ошибку пациенту. Например, можно сказать пациенту: “Когда вы жаловались, то хотели, чтобы я помог вам осознать, что у вас есть право жаловаться. Поэтому

вы были разочарованы, когда я попытался вселить в вас бодрость. Вы поняли это так, что я не хочу выслушивать ваши жалобы”.

После провала небольшого теста

Иногда после провала незначительного теста терапевт может просто подождать, пока не представится еще один случай, когда пациент еще раз не устроит ему похожее тестирование. Например, пациент отягощен убеждением, что он может заставить авторитетного человека дать ему все, что тот захочет. Он вызывающе требует лишнего часа терапии и становится понурым, когда терапевт идет на это. Терапевт понимает, что допустил ошибку, но вместо того, чтобы сообщить об этом, ждет, когда пациент снова начнет его тестировать. Несколькими сессиями позже пациент просит о нескольких бесплатных приемах, и ему становится легче, когда терапевт отказывает в просьбе.

Иногда после провала терапевта пациент сам подсказывает, как пройти тест. В большинстве случаев терапевт должен обратить внимание на эту подсказку. Приведем в пример случай с пациентом, который страдал от убеждения, что его критичность по отношению к терапевту расстроит того. Пациент тестировал это убеждение, критикуя терапевта: “Я высоко ценю вашу готовность помочь мне. Но мне больно, что вы думаете, будто я не могу решить свои проблемы самостоятельно. Вы, кажется, вовсе не цените мои суждения и оценки”. Терапевт старается переубедить пациента, говоря, что высоко ценит его способности и его оценки. Однако пациент чувствует себя не успокоенным, но расстроенным. Он думает, что терапевт защищается и, значит, уязвлен. Поэтому, перед тем как дать новое тестирование, пациент рассказывает, как много пользы извлекла одна его знакомая из того, каким образом терапевт обращался с ее упреками. Терапевт этой знакомой пациента просто заметил, как неловко она чувствовала себя, когда упрекала терапевта. В следующий раз, когда пациент начал критиковать терапевта, тот заметил его неловкость, связанную с этой критикой. Пациент оценил перемену подхода и переборол свою боязнь причинить терапевту боль.

Иногда пациент указывает терапевту на провал тестирования или серии тестов, игнорируя неправильные ответы терапевта. Это

было проиллюстрировано выше на примере анализа Фелис М., проигнорировавшей согласие терапевта на уменьшение интенсивности терапии с четырех до трех сессий в неделю. Это также иллюстрирует анализ Лайла К., приведенный ниже.

Лайл К.

Лайл К., преуспевающий юрист, в детстве чувствовал себя отвергнутым обоими родителями. Во время терапии он предъявлял терапевту тесты на отвержение в течение нескольких месяцев после начала лечения и затем продолжал делать это каждые 2 или 3 месяца. Пациент обычно сообщал аналитику, что достиг своих целей, сетовал на дороговизну лечения и заявлял, что хочет его прекратить. Аналитик в ответ сопротивлялся желанию пациента прекратить лечение, указывал на прогресс, которого достиг пациент, и говорил ему, что предстоит достигнуть еще многого. Пациент реагировал тем, что продолжал настаивать на своем в течение короткого времени; затем с облегчением соглашался продолжать лечение. Лайл стабильно прогрессировал, и после пяти с половиной лет лечения аналитик начал думать о том, что пациент в действительности готов к тому, чтобы прекратить лечение. Поэтому, когда Лайл в очередной раз начал грозить тем, что прекратит лечение, аналитик, который не осознавал, что ему предлагают все тот же тест, что и раньше, начал серьезно рассматривать возможность закончить курс. Лайл несколько помрачнел и переменял тему. Он оставил свои угрозы прекратить лечение, так как испугался, что аналитик в действительности позволит ему сделать это. Он не упоминал о возможности окончания курса в течение последующих 8 месяцев, а затем выдвинул настолько слабые аргументы в пользу прекращения лечения, что терапевт понял: в действительности у Лайла не было такого желания.

Иногда терапевт может заключить, что он не прошел важный тест пациента, когда процесс терапии внезапно начинает топтаться на месте, например, если пациент, до этого бывший относительно разговорчивым, становится молчаливым в течение нескольких недель. Если такое происходит, терапевт должен попытаться вспомнить, когда начался этот застой. Он должен также обсудить эту проблему с пациентом, спросить его, каким образом, по его

мнению, это началось. Пример возникновения и успешного преодоления подобного застоя представлен ниже.

Дональд Дж.

В детстве Дональд Дж. воспринимал своих родителей как людей слабых и ранимых. Он страдал от мысли, что может заставить родителей подчиниться ему, и, чтобы защитить их, занял позицию нерешительности. По прошествии четырех с половиной лет анализа, в течение которых он добился значительного прогресса, Дональд начал тестировать свое убеждение в собственном всемогуществе, критикуя аналитика. Высказав аналитику свое мнение, Дональд сердито поинтересовался, когда тот сочтет анализ завершенным. Терапевт не считал, что пациент готов закончить курс. Однако вместо того, чтобы просто высказать эту мысль, запуганный бурной критикой терапевт сказал Дональду, что, возможно, он будет готов закончить анализ через год. Пациент, казалось, был удовлетворен этой возможностью.

Несколько дней спустя терапевт уехал на летние каникулы. Когда Дональд осенью возобновил терапию, он казался необычайно молчаливым и, несмотря на попытки аналитика понять происходящее, продолжал молчать. Ситуация оставалась без изменения на протяжении месяца, до тех пор пока аналитик не предположил, что пациент встревожен планом окончания терапии. Терапевт спросил, не чувствует ли себя Дональд рассерженным или отвергнутым. Дональд признал, что так оно и есть. Потом добавил, что боялся, что принудил аналитика согласиться на окончание терапии до того, как аналитик решил, что Дональд готов к этому. После этого пациент начал свободно разговаривать и предоставлять новый материал для анализа.

Иногда провал терапевтом теста происходит на раннем этапе терапии, когда терапевт еще не научился понимать пациента и не осознает, что провалился, до тех пор пока много позже сам пациент не скажет ему об этом. Так случилось во время терапии одной молодой женщины, которая на поздней стадии анализа рассказала следующий эпизод: “Я проходила анализ только три недели и однажды пришла в ваш офис на три минуты раньше вас. На столе я увидела маленькую медную пепельницу. У меня возникло иску-

шение украсть ее, сунув в сумочку. Я и в самом деле положила пепельницу туда, но затем вынула и вернула на прежнее место. Я в тот день начала свой сеанс с того, что рассказала вам о своем искушении, но вы почти ничего не ответили мне на это. Я впала в депрессию. Я хотела, чтобы вы поняли, что у меня есть проблема”. Пациентка так объясняет причины своего разочарования в терапевте: оба ее родителя были слишком мягкими, не способными критиковать или противостоять ей. Когда терапевт проигнорировал тревогу пациентки относительно того, что она могла украсть пепельницу, пациентка испугалась, что терапевт такой же, как ее родители, и не сможет помочь ей.

После провала важного теста

Провал теста или серии тестов опасен, если из-за этого пациент отказывается от достижения важных бессознательных целей. В особенности он опасен в том случае, когда пациент ничем не дает знать терапевту, что отказался от цели. Разрушительной является ситуация, когда пациент, в соответствии со своими патогенными убеждениями, чувствует себя обязанным принять вредное для себя решение, которое трудно поддается исправлению.

Ниже я представлю два случая, когда провал терапевта привел к тому, что пациент принял разрушительное для себя решение. Затем я предложу возможные способы предотвращения подобных ситуаций.

Дэвис Ф.

Пациент Дэвис Ф. начал терапию с целью порвать с женщиной, с которой был связан уже два года. Он искал поддержки в борьбе против патогенного убеждения в том, что, раз она так привязана к нему, у него нет права покинуть ее. Пациент тестировал желание терапевта помочь ему расстаться с женщиной следующим образом: он сказал терапевту, что осознал следующее: он не может покинуть ее, так как за то время, что она встречалась с ним, она могла бы найти другого мужчину. Терапевт не отреагировал на это заявление, и пациент воспринял молчание как согласие. Вследствие того, что терапевт не прошел этот и еще несколько

похожих тестов, пациент почувствовал, что обязан жениться. Терапевт так и не осознал, что не справился с тестом. Пациент сообщил об этом эпизоде во время следующей терапии, которую он предпринял с целью преодолеть проблемы в браке.

В следующем примере неспособность терапевта справиться с тестом оказалась разрушительной для пациента.

Аллан С.

Аллан С., социальный работник, страдал от убеждения, что он отвратительная личность, приносящая вред другим и заслуживающая того, чтобы быть отвергнутой. После трех лет анализа Аллан тестировал это убеждение на аналитике: он заявил, что не добился никакого прогресса за время терапии и желает бросить ее. Аналитик охотно согласился с этим и назначил дату окончания терапии через три недели после этой сессии.

Аллан чувствовал себя ужасно. Из готовности аналитика отпустить его он сделал вывод: либо аналитик чувствует себя обиженным и отвергнутым, либо смотрит на него как на никчемного и неизлечимого пациента. Аллан был так расстроен, что бросил работу и переехал в другой город, где поселился в коммуне. Прошло около года, прежде чем он вновь обрел самоконтроль и начал лечение у другого аналитика. История о том, как его отверг первый аналитик, всплыла на поверхность только после нескольких лет анализа. За это время Аллан регулярно подвергал тестированию аналитика, критикуя его профессиональное поведение. То, что второй аналитик воспринял критику пациента серьезно, не был уязвлен и не поддался искушению реагировать на нее отвержением пациента, дало возможность последнему вспомнить о том, как он “обидел” предшествующего аналитика.

Как избежать провала при прохождении важных тестов

Чтобы уменьшить вероятность серьезной ошибки, терапевт должен все время держать в памяти лучшие гипотезы из тех, которые он принял о планах, целях и патогенных убеждениях пациента.

Терапевт, который не смог пройти тестирование, когда Дэвис Ф. говорил о том, как его женщина привязана к нему, не понимал, что пациент страдает от мощного патогенного убеждения в своей всеобъемлющей ответственности за эту женщину. Терапевт, удовлетворивший желание Аллана С. завершить курс, не понимал, что пациента мучает страх причинить ему вред и боязнь оказаться отвергнутым.

Если терапевт, который проходит тестирование нерешительностью пациента, не уверен, что понимает его истинное желание, он может это просто с ним обсудить. Например: “Мне кажется, что вы должны отложить решение до тех пор, пока не будете уверены в его правильности”. Или можно спросить у пациента, собирающегося сделать важный шаг: “Как вы почувствуете себя, если я поддержу вас и если не поддержу?” Если терапевт видит, что пациент в принятии решения движим желанием задобрить его, можно сказать: “Любое ваше решение будет одинаково приятно мне. Но вы должны дать себе время, чтобы быть уверенным, что это именно то решение, которое вы действительно хотели бы принять”.

Если терапевт не знает мотивов, лежащих в основе решения пациента прекратить терапию, он должен убедить пациента обдумывать это решение. Принуждение отложить решение обычно не приносит много вреда. Однако терапевт, не убедивший пациента отсрочить завершение терапии, может провалить тест на отвержение. А это уже причинит серьезный вред, и последствия будет не так легко преодолеть.

Терапевт должен всегда помнить, что пациент в принятии решения может быть движим бессознательным желанием подчиниться ему. Бессознательное подчинение авторитету универсально. В течение нескольких первых лет жизни каждый ребенок видит в своих родителях абсолютные авторитеты. Некоторые пациенты, особенно в начале терапии, могут быть так зависимы, что препятствуют нормальной работе с ними. С подобными пациентами терапевт бывает лишен обратной связи, и поэтому ему бывает сложно понять планы пациента; он может не знать, прошел он или провалил его тест. С такими пациентами следует быть особенно осторожными: как бы не переложить на них собственные идеи; согласие этих пациентов с мнением терапевта не должно восприниматься как подтверждение правильности выбранного терапевтом пути.

В большинстве случаев сильно зависимые пациенты ставят перед собой цель преодолеть зависимость. Но они не могут ясно выразить эту цель из-за боязни причинить боль терапевту. Однако и сильно подчиняющийся пациент может ответить на попытки терапевта помочь преодолеть зависимость. В некоторых случаях терапевт должен обсудить эту проблему с пациентом, делая это осторожно, чтобы у пациента не создалось впечатления, будто его критикуют, и чтобы не настроить его на быстрое разрешение проблемы. Терапевту следует попытаться понять природу патогенного убеждения, лежащего за стремлением подчиняться. Много сильно зависимых пациентов отягощены мощным чувством собственной всеобъемлющей ответственности за других. Такие пациенты могут бояться высказывать свое мнение из-за боязни обидеть терапевта и риска наказания и отвержения. Возможно, такие пациенты, воспринимая своих родителей как очень ранимых людей, держались с ними крайне зависимо, чтобы защитить их чувство собственной авторитетности. А возможно, родители были крайне нетерпимы ко всякому несогласию.

Трудно переоценить важность бессознательного подчинения в психической жизни большинства пациентов. Терапевт не должен думать, что пациент легко расстанется с такой зависимостью. Пациенты могут оказаться неспособными сделать это. Однако терапевт должен стараться помешать попыткам пациента воспрепятствовать принятию важных решений из желания угодить ему.

Заключение

На протяжении всей терапии пациент тестирует свои патогенные убеждения во взаимоотношениях с терапевтом в надежде развенчать их. С точки зрения пациента, тестирование происходит все время, поскольку он все время пытается понять, поможет ли ему терапевт в развенчании патогенных убеждений и достижении целей. Однако большинство пациентов тестируют свои патогенные убеждения особенно энергично в определенные периоды терапии. В это время они ведут себя особенно рационально, чтобы наиболее ясно понять отношение терапевта к ним, к их целям и патогенным убеждениям. Например, пациент, опасющийся быть отвергнутым, может предложить терапевту мощный тест на отвер-

жение, угрожая прекратить лечение в надежде, что терапевт уговорит его продолжить.

Иногда тестирующее поведение не отличается от обычного, однако иногда оно имеет особые характеристики. Терапевт может понять, что пациент тестирует его, если у пациента пробуждаются сильные аффекты по отношению к нему, если пациент принуждает его вмешиваться или ведет себя более глупо и саморазрушительно, чем обычно.

Пациент может тестировать переносом или меняя пассивную позицию на активную. Когда пациент тестирует с помощью переноса, он повторяет с терапевтом тот тип поведения, который в детстве провоцировал его родителей на травматические для него реакции. Он надеется на то, что терапевт не будет реагировать так же, как его родители. Когда пациент тестирует, меняя пассивную позицию на активную, он повторяет родительское поведение, наносившее ему психотравмы. Он надеется, что терапевт не будет так же травмирован, как он. И что таким образом терапевт снабдит его моделью поведения для того, чтобы избежать травматических переживаний данного типа.

Пациент может тестировать путем смены пассивной позиции на активную перед принятием на себя инициативы, которую он рассматривает как опасную. С помощью такого тестирования он сталкивается с предвидимой им опасностью, надеясь, что терапевт покажет ему модель успешного преодоления этой опасности.

Практически всегда то, что терапевт чувствует, общаясь с пациентом — крайнюю подавленность, беспокойство, униженность, дискомфорт — означает, что пациент меняет пассивную позицию на активную. Он повторяет крайне стрессовое для него родительское поведение. Причина того, что для терапевта гораздо легче выдержать тестирование переносом, чем тестирование сменой пассивной позиции на активную, ясна из понимания неравноправной природы отношений детей и родителей. Ребенок крайне заинтересован в том, чтобы быть рядом с родителями, и редко делает что-либо, что может сильно их расстроить. Однако родители могут быть не сильно заинтересованы в том, чтобы находиться рядом с ребенком; родители могут расстраивать, отвергать, бить или покидать ребенка.

Пациент тестирует терапевта, предлагая действия, которых, как он полагает, терапевт желает от него, но которые, с терапевти-

ческой точки зрения, саморазрушительны. Терапевт должен быть в таких случаях особенно осторожен и дать пациенту возможность изменить его решение, ибо оно может быть направлено против интересов пациента. Терапевту следует дать пациенту ясно понять, что тот может потратить на принятие решения столько времени, сколько необходимо, и что он поддержит любое разумное решение, принятое пациентом.

6. ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Терапевт может использовать интерпретации для различных целей. Для того чтобы пройти тестирование пациента, чтобы помочь пациенту почувствовать себя более защищенным в терапии и смотреть на себя с большей симпатией. Терапевт может использовать интерпретации, чтобы помочь пациенту осознать свои патогенные убеждения и цели и, таким образом, работать более эффективно над разоблачением этих убеждений и достижением целей.

Интерпретации могут наделять пациента объяснениями (Bibring, 1954), которые помогают ему понимать свое развитие и свою психопатологию. Например, он может понять, что неадаптивные убеждения развились в его стремлении поддерживать связь с родителями и что эти убеждения заставляют его, например, поддерживать психопатологию и вне взаимоотношений с родителями. Такие объяснения могут демистифицировать и нормализовать ситуацию. Могут помочь пациенту осознать, что он не является безнадежно плохим, извращенным, полу- или вовсе безумным и что симптомы, заставляющие его стыдиться и чувствовать вину, уже поняты в терминах его детских переживаний и попыток совладать с ними.

Ценность терапевтических интерпретаций зависит не только от выраженного в них знания, но и от авторитетности терапевта, выражающего эти знания. Пациент может во многом хорошо понимать свою психопатологию, но при этом быть неспособным применить данное знание конструктивно. Однако то же самое знание, выраженное терапевтом, может оказаться вполне полезным. Например, пациент знает, что он не защищает себя от определенных опасностей, но тем не менее неспособен обеспечить себе защиту, в которой нуждается. Однако ему могут помочь слова терапевта о желании быть защищенным, особенно если он уверится в том, что терапевт хочет избежать неоправданного риска. В этом случае, как и во всех примерах успешного применения интерпретаций, пациент полагается на авторитет терапевта, помогающий ему сделать то, что он бессознательно хочет сделать. Это один из способов для пациента узнать о том, что он хочет двигаться в определенном на-

правления. Другая вещь, которую он может понять, — то, что безусловно авторитетный для него человек хочет, чтобы он двигался в определенном направлении, и что этот человек поможет ему в этом.

Первая задача терапевта — помочь пациенту чувствовать себя в безопасности

Заинтересованность терапевта в том, чтобы пациент чувствовал себя в безопасности, приоритетнее попыток вызвать у пациента инсайт с помощью интерпретаций. В тех случаях, когда пациент встревожен каким-либо интерпретациями, терапевт должен отказаться от них, до тех пор пока пациент не почувствует себя в безопасности и не будет готов спокойно их перенести. Это относится к работе с пациентами, которые уподобляют терапевтические интерпретации родительским поучениям, упрекам и непрошеным советам.

Если терапевт без интерпретаций успешно вызывает у пациента чувство защищенности, последний может сам начать развивать собственные инсайты. Он может многое вспомнить о травмах своего детства и лучше осознать свои цели и патогенные убеждения. На данной стадии терапевт может присоединиться к усилиям пациента по самоосознанию, предлагая объяснения, которые пациент будет использовать для организации своего знания, для того, чтобы сложить из них исчерпывающую картину личности и ее развития. Рассмотрим случай Томаса С. (см. главу 4).

Томас С. (продолжение)

Как было замечено в главе 4, родители Томаса постоянно критиковали его, не позволяли никаких вольностей, заставляли все время работать. В начале терапии почти все интерпретации приводили пациента к тому, что он чувствовал себя неудобно. Он мог переживать интерпретации как покушения на свою свободу. Томас бессознательно хотел чувствовать себя свободным с терапевтом и быть принятым им, и терапевт старался помочь ему в этом, работая без интерпретаций. Терапевт неформально болтал с ним практически на любую тему, которую Томас затрагивал.

По прошествии нескольких недель терапии пациент начал чувствовать себя достаточно защищенным, чтобы появились новые воспоминания и инсайты. Через много месяцев пациент уже легко разговаривал о том, как высоко он ценит чувство свободы, и о том, насколько он чувствует себя стесненным даже от достаточно свободного расписания. Он также связал важное значение для него свободы с родительским принуждением. Тогда терапевт показал, что симпатизирует стремлению пациента к свободе, и предоставил концептуальную рамку понимания того, как тот пришел к ощущению несвободы. Терапевт высказал мнение, что пациент подчинился родительским запретам. Поверил в то, что его родители имеют право принуждать его, и, следовательно, ему нельзя и надеяться на то, чтобы чувствовать себя свободным.

Вследствие этих и других комментариев пациент стал менее болезненно реагировать на интерпретации. Хотя терапевт и не изменил основного настроения терапии, он сделал множество комментариев, чтобы помочь пациенту уложить его идеи и воспоминания в широкое русло объяснений, помогая таким образом пациенту лучше понять себя и смотреть на самого себя с большей симпатией.

Характеристики хороших интерпретаций

Хорошие интерпретации не нейтральны

У пациента всегда имеется психический конфликт. Он желает работать над разоблачением своих патогенных убеждений и достижением терапевтических целей, но, делая это, он должен отбросить свои патогенные убеждения и, следовательно, испытать тревогу. В этом конфликте терапевт никогда не должен оставаться нейтральным. Он должен всегда находиться на стороне попыток пациента решить проблемы. Более того, если терапевт старается остаться нейтральным, пациент не воспринимает его как нейтрального. Пациент взаимодействует со всем, что говорит терапевт, если это касается его попыток разоблачить патогенные убеждения. Значит, он воспринимает комментарии терапевта либо как симпатизирующие его целям, либо как противоположные им, либо как безразличные.

Иногда интерпретации могут быть верными, но антиплановыми и передавать пациенту ложные сообщения. В таких случаях добавление

нового элемента может сделать интерпретацию совместимой с планом. Это может быть проиллюстрировано сравнением следующих высказываний: “Вы критичны по отношению ко мне” и “Вы чувствуете себя неловко, критикуя меня”. Если вторая интерпретация верна, то и первая тоже. Но эти две интерпретации несут в себе сильно различающиеся сообщения. Первая интерпретация утверждает, что пациент должен начать осознавать свою критичность по отношению к терапевту и перестать вести себя подобным образом. Вторая же — что он должен осознавать, насколько ему неловко быть критичным, и разрешить себе быть критичным.

Является ли одна из таких интерпретаций помогающей, либо препятствующей, либо производит на пациента нейтральное впечатление, зависит от природы его плана. Если пациент пытается преодолеть свою боязнь критиковать других и думает, что причиняет своей критикой боль, то он может воспринять интерпретацию “Вы критичны” как жалобу и подумать, что причиняет терапевту боль. Если это так, то он увидит в данной интерпретации подтверждение своего патогенного убеждения. С другой стороны, пациент может понять интерпретацию “Вы чувствуете себя неловко, критикуя меня” как помощь в разоблачении патогенного убеждения, поскольку поймет, что не причиняет боль терапевту, критикуя его.

Однако, если пациент сражается лицом к лицу с агрессивностью в себе, он может воспринять интерпретацию “Вы критичны” как проплановую. Это и произошло в случае с пациентом, чьи мягкосердечные родители не смогли справиться с его агрессией. Они никогда не говорили об этом и предпочитали этого не замечать. Пациент заключил, что его агрессивное поведение недопустимо и что нельзя говорить об этом. Поэтому пациенту принесло облегчение грубоватое замечание терапевта о критике.

Моя мысль, что хотя обе интерпретации верны, но могут нести в себе различные сообщения, может быть проиллюстрирована сравнением следующих интерпретаций: “Вы чувствуете вину за то, что хотите быть независимыми от своих родителей” и “Вы чувствуете дискомфорт, находясь в зависимости от своих родителей”. Вторая интерпретация верна настолько же, насколько и первая. Но пациент может прореагировать на них совершенно по-разному. Пациенту, который бессознательно работает над преодолением вины за отделение, можно помочь, сказав, что он чувствует вину за то, что желает быть более свободным от родителей. Однако пациент

будет отброшен назад в этом своем стремлении, если сказать, что он чувствует дискомфорт, будучи зависимым от родителей, поскольку можно воспринять эту интерпретацию как сообщение о том, что не следует пытаться стать более независимым.

Напротив, пациенту, который страдает от боязни быть другим в тягость, может оказаться полезной интерпретация о его боязни зависимости. Это произошло с одним пациентом, который хотел бы положиться на терапевта, но боялся, что тому будет в тягость подобная зависимость. Пациент испытал облегчение, когда терапевт произнес: “Вы боитесь положиться на меня”. Пациент понял комментарий терапевта как указание на то, что ему не будет в тягость зависимость от него пациента.

Хорошие интерпретации дают пациенту нечто, что он желает получить

Интерпретации редко бывают полезными (проплановыми), если они не дают пациенту нечто, что он бессознательно хочет получить. Хорошие интерпретации обычно снижают уровень тревоги, вины или стыда пациента. Они отвечают на тот вопрос, который пациент бессознательно задает себе. Они могут открыть большие перспективы в понимании жизни и природы трудностей пациента, могут помочь пациенту понять и простить себя за те поступки, за которые он чувствует вину или стыд. Они могут помочь пациенту разувериться в его патогенных убеждениях. Если пациент бессознательно не желает принять интерпретацию, то она бесполезна. Если интерпретация не соответствует плану, то пациент либо проигнорирует ее (в этом случае она неэффективна), либо согласится с ней (в этом случае она вредна).

Терапевт не всегда оценивает полезность интерпретации, обращая внимание на сознательные реакции пациента. Пациент может сознательно сопротивляться интерпретации, которую подсознательно готов принять. Поступая так, пациент надеется продемонстрировать себе, что терапевт уверен в своих утверждениях и поэтому не отступится от них.

Проиллюстрируем это случаем пациента, который сопротивлялся попыткам терапевта показать, что ведет себя вызывающе. Пациент бессознательно идентифицировался со своими родителями, которые отрицали свое плохое обращение с ним. Пациент готов

был скорее недооценивать терапевта, обидеть его, проиграть ему, чем согласиться. Пациент устраивал терапевту тестирование со сменой пассивной позиции на активную. Он хотел, чтобы терапевт бросил вызов его отрицаниям и стоял на своем, и при этом желал научиться у терапевта бросать вызов родительским отрицаниям и стоять на своем.

В другом случае пациент также сознательно сопротивлялся усилиям терапевта опровергнуть его отрицания. Но бессознательно он приветствовал эти опровержения. Его родители были неспособны посмотреть прямо в лицо своим проблемам. Они отрицали свою бедность; брали в долг большие суммы денег и тратили их, как будто они богачи. Отец пациента отрицал опасность своего хронического бронхита: несмотря на эту опасность, он отказывался идти к врачу. Пациент бессознательно хотел обратиться лицом к лицу к своим проблемам, но был убежден, что таким образом поступает нехорошо по отношению к родителям. Пациент сознательно сопротивлялся усилиям терапевта показать, что он легкомысленно обращается с деньгами и плохо следит за собой. Однако, когда терапевт настоял на своем, пациент бессознательно почувствовал облегчение и через некоторое время достиг успехов в терапии.

Терапевт должен помочь пациенту развить более широкий взгляд на себя

Пациент испытывает сильное желание нарисовать широкую, ясную картину своей психопатологии и ее развития, поскольку эта картина поможет ему смотреть на себя с большей симпатией и усилить контроль над своими проблемами и характером. Терапевт должен помочь пациенту востребовать такую картину. Терапевт должен помочь пациенту понять, откуда он пришел, куда хочет идти и каким образом планирует это сделать. Если терапевт уже помог пациенту нарисовать объемную картину его личности, он должен постараться связать новую информацию о пациенте с этой картиной, изменяя ее, достраивая, заполняя недостающие детали.

Чем больших успехов достигает терапевт, укладывая новый материал пациента в более широкий контекст его развития, тем более вероятно, что он поможет пациенту. Иногда пациенту можно помочь посредством простых комментариев: “Вы любите наблю-

дать”, “Вы враждебны”, “Вы сердиты или зависимы” и “Вы рассеянны”. Чаще всего это невозможно. Пациент может видеть в таких комментариях критику, поскольку враждебность, зависимость или рассеянность обычно ценятся невысоко. Такие комментарии к тому же не помогают пациенту понять, почему у него развились подобные мотивы или защитные реакции; следовательно, они могут помешать пациенту смотреть на себя с симпатией. Пациент может желать ответа на вопрос: “Каким образом я полюбил наблюдать?” или “Почему я столь зависим?”, “Отличаюсь ли я от других людей, и если да, то как я стал таким?”, “Должна ли мне нравиться моя наблюдательность?”, “Должен ли я перестать быть таким зависимым, и если да, что я должен сделать для этого?”

Любое более широкое видение, которое терапевт добавляет к простым утверждениям об импульсах и защитных механизмах пациента, может быть полезно. Таким образом, будет полезным, если терапевт демонстрирует пациенту, что его поведение сформировалось таким образом, чтобы разрешить разумные задачи (например, выразить лояльность к родителям, исправить себя, стать лучше своих родственников, адаптироваться к внешнему миру, который предстает враждебным или безотрадным). Такие объяснения имеют интуитивный смысл. Они помогают пациенту смотреть на себя с симпатией и чувствовать себя нормальным и хорошим, а не сумасшедшим и плохим. Они помогут пациенту простить себя за поступки, которые представляются ему постыдными и достойными порицания.

Терапия казавшегося трудным пациента (описана в главе 5), который тестировал терапевта, превращая пассивность в активность, иллюстрирует ценность для него знания о том, что его поведение имеет адаптивные функции и решает бессознательные моральные задачи. Такие интерпретации могут помочь, казалось, неизлечимому пациенту понять свое поведение, ощущать меньшую вину и связать свои цели и патогенные убеждения с переживаниями детства. Таким образом терапевт помог казавшемуся неизлечимым пациенту, просто сказав, что тому было очень трудно быть терпимым к родителям, которых он воспринимал как непереносимых людей (и, значит, разрешать моральные задачи), что он боится показать терапевту, как ему было трудно с такими родителями (и, значит, продвигаться к успеху терапии) или что ему трудно тестировать терапевта (и, значит, работать по изменению своих патогенных убеждений).

Пациенту могут быть полезны интерпретации, которые помогают ему выработать надежную самозащиту

Пациент может оказаться неспособным развить близкие отношения с другими, потому что лишен умения защитить себя от опасности, которая, как он полагает, присуща близким отношениям. Если это так, то терапевтический план потребует от него работы, иногда в течение длительного периода времени, над способностью защитить себя от воспринимаемой опасности. Терапевт может использовать интерпретации, чтобы помочь пациенту развить эту способность. Позже, когда пациент достигнет этого, он сможет позволить себе близкие отношения, которых раньше так боялся.

Рассмотрим для примера случай пациента, который был не способен сказать своей девушке “нет”. Он боялся влюбиться в нее из-за боязни, что тогда он должен будет исполнять каждое ее желание. Он работал над развитием способности сказать ей “нет”. Терапевт помог ему в этом, указав на его страх отвергнуть девушку, чтобы не сделать ей больно. После того, как пациент приобрел способность говорить своей девушке “нет”, он позволил себе сблизиться с ней.

Другой пример. Пациент, который, если его стыдил другой человек, был вынужден соглашаться с ним и начинал испытывать стыд. Этот пациент так боялся почувствовать себя виноватым, что был не способен свободно общаться с другими. Ему помогла интерпретация терапевта, состоящая в том, что пациент убежден, будто ранит человека, если не подчинится желанию пристыдить его. Когда он приобрел способность сопротивляться чувству вины, ему стало легче общаться с людьми.

Если пациент усложняет свою жизнь собственным упрямством, терапевт может ошибиться, пытаясь заставить человека осознать свое упрямство, предполагая, что имплицитная задача пациента — перестать быть упрямым. Иногда, в зависимости от плана пациента, терапевт должен поступать наоборот. Пациент может тестировать его, упрямясь, в рамках своей работы над востребованием права на упрямство. Если это так, то упрямство пациента является контрфобическим. Хотя, казалось бы, пациенту нравится быть упрямым, бессознательно он чувствует тревогу или вину за это свое качество. Терапевт может

принести больше пользы, интерпретируя бессознательную вину пациента за свое упрямство, помогая таким образом ему восстребовать в себе способность противостоять его самодеструктивной уступчивости. Как только у него разовьется способность не подчиняться другим людям, пациент может почувствовать себя ближе к ним. Парадоксальным образом, помогая пациенту восстребовать в себе способность сопротивляться требованиям других людей, терапевт может помочь ему лучше общаться с ними.

Часто говорить хвастливому пациенту, что он ощущает гордость, чтобы преодолеть чувство униженности, тщетно. Пациент может воспринять эти слова терапевта как желание подавить его, и в таком случае это было бы повторением родительской ошибки. С другой стороны, если терапевт говорит о бессознательном страхе или вине за чувство гордости, пациент может развить самооценку, необходимую для признания своих недостатков. В дополнение к этому, может уменьшиться его навязчивое хвастовство.

То же верно для пациентов, которые имеют тенденцию обвинять других, тенденцию, возникшую из трудностей с близким общением. Здесь также, в зависимости от бессознательного плана пациента, терапевт может сделать ошибку, если будет побуждать пациента перестать обвинять других, интерпретируя его тенденцию всех обвинять. Пациент, обвиняющий других, может быть бессознательно очень ранимым и верить в то, что любая критика в его адрес им заслужена. Он может обвинять других, чтобы избежать чувства вины. В этом случае, если терапевт скажет, что пациент обвиняет других, чтобы избежать обвинений, последний просто почувствует вину. Пациент может заключить, что терапевт хочет, чтобы он чувствовал вину. Поэтому он воспринимает терапевта как опасность и, обвиняя, сражается с ним.

Работая с пациентом, имеющим такого рода проблему, терапевт может помочь ему, показав, что он тоже готов принять обвинения от других и что бессознательно ему трудно понять, когда его обвиняют справедливо, а когда нет. Если пациенту помогать справляться с несправедливыми обвинениями, помогать узнать, когда его обвиняют несправедливо, он станет менее ранимым, и ему будет в меньшей степени необходимо защищаться от чувства вины, обвиняя других.

Эта точка зрения проиллюстрирована случаем пациента (глава 2), который постоянно обвинял свою мать за то, что она плохо

с ним обращалась. Пациент продолжал обвинять ее, пока терапевт не согласился с ним, что его мать плохо с ним обращалась и что он несправедливо обвиняет себя за ее оскорбительное поведение. Пациент после этого почувствовал облегчение. В дополнение он согласился, что в некоторых случаях он сам провоцировал ее.

Конечно, всегда существуют исключения из правил, предложенных выше. Хотя часто пациент бывает отброшен назад, если ему сказать, что он упрям, хвастлив или несправедлив, в некоторых случаях это может помочь. Например, пациент поддерживает нежелательное поведение, для того чтобы наказать себя, возможно, за неподчинение родителям, по отношению к которым он испытывает чувство вины. Пациент может быть бессознательно сильно мотивирован, чтобы отбросить нежелательное поведение, но верит, будто не должен делать этого. В таких случаях помогают прямые попытки терапевта добиться у пациента осознания своего нежелательного поведения с утверждением, что оно должно быть отброшено. Это снова напоминает нам, что только одно методическое правило достаточно широко, чтобы включить в себя все примеры: терапевт должен помочь пациенту реализовать свой бессознательный план.

Интерпретации могут быть полезны, если они содержат обещание не причинить вреда пациенту

Иногда терапевт помогает пациенту, говоря о иррациональных, связанных с переносом, ожиданиях пациента. Терапевт может сделать это, сказав: “Вы боитесь, что если продолжите атаковать меня, я откажу вам”, или “Вы боитесь, что если вы почувствуете гордость, я постараюсь обидеть вас”, или “Вы боитесь, что если вы соблазнительны, я постараюсь овладеть вами” и т.д. Такие интерпретации могут вызывать у пациента чувство защищенности, поскольку содержат обещание терапевта не вести себя в соответствии со страхами пациента. Практически невыносимо, что терапевт, уверив, что он не будет реагировать в соответствии со страхами пациента, “убаюкав” пациента до чувства безопасности, нарушает свое имплицитное обещание.

Это может быть проиллюстрировано на примере из терапии молодого адвоката, который из опыта взаимоотношений со своим

отцом сделал вывод, что если быть самонадеянным с авторитетом, то будешь осмеянным. В течение нескольких первых месяцев терапии пациент боялся выражать гордость своими достижениями и испытал облегчение, когда терапевт сказал ему: “Вам страшно, потому что вы гордитесь. Вы испытываете страх, потому что думаете, что я буду смеяться над вашей гордостью, как это делал ваш отец”. Пациенту помогла эта интерпретация, поскольку бессознательно он понял, что терапевт не будет над ним смеяться. Понял, что терапевт, поддерживая его гордость, не обманет его, наказывая. Прогресс терапии в данном случае доказывается тем, что у пациента пробудилось следующее воспоминание: будучи маленьким ребенком, он раздражал отца, на все отвечая “Я знаю”.

Другой пациент, молодой человек, с раннего детства до тринадцати лет тайно потворствовал своей матери в сексуальной игре. Они с матерью спали иногда в одной кровати и, притворяясь спящими, терлись друг о друга. Ни пациент, ни его мать никогда об этом не говорили; пациент даже не был уверен, что мать осознавала происходящее. В какой-то момент терапии пациент, несмотря на корректное, сдержанное поведение женщины-терапевта, стал бессознательно бояться, что он может соблазнить ее. Однако он испытал облегчение, когда терапевт сказала: “Вы боитесь, что соблазните меня так же, как вы думаете, что соблазнили свою мать”. Данная интерпретация помогла терапевту осознать свою боязнь соблазнить терапевта и лучше вспомнить о сексуальной игре с матерью.

Эта интерпретация помогла пациенту, потому что он воспринял ее как обещание. Он воспринял обсуждение аналитиком его боязни как обещание не вступать в сексуальную игру. Он был переубежден уже одним фактом разговора на эту тему. В детстве они с его матерью продолжали их сексуальную игру, поскольку они не обсуждали и старались не замечать этого.

Антиплановые интерпретации

Если терапевт постоянно делает не соответствующие плану интерпретации, пациент может не достичь улучшения или, в некоторых случаях, прекратить лечение. Эта мысль может быть проиллюстрирована случаем Эстер А.

Эстер А.

В детстве Эстер А. чувствовала себя обманутой собственной матерью. Мать она описала как самодовольную женщину, “королеву”. По словам Эстер, ее мать иногда не выполняла своих обещаний. Она легко выходила из себя, кричала на дочь по малейшему поводу, отказывалась слушать Эстер, никогда не давая ей объясниться.

Конфликт Эстер с женщиной-терапевтом был вызван следующим эпизодом. Терапевт опоздала к началу сеанса на одну или две минуты, но не хотела продлить сессию, чтобы наверстать упущенное время. Эстер стала вызывающе утверждать, что терапевт обманывает ее, что она безответственна, не принимает ее всерьез и т.д. Терапевт стала говорить Эстер, что та страдает от своего материнского переноса и поэтому чувствует себя обманутой даже тогда, когда у терапевта нет намерений обманывать ее. Терапевт стала говорить, что случайная потеря минуты не смертельна и не имеет большого значения и что Эстер теряет гораздо больше минуты, затеявая такой шум, и если бы Эстер не чувствовала себя обманутой в детстве, то она вряд ли заметила бы потерю одной минуты.

Эстер была скорее подстегнута, чем успокоена подобными объяснениями. Она утверждала, что терапевт таким образом разъясняет свое собственное безответственное поведение. Она признала, что была обманута своей матерью, но подчеркнула, что по этой причине обманывать ее еще менее допустимо. Спор между пациенткой и терапевтом продолжался в течение всей первой терапии Эстер, то есть около года. Иногда терапевт говорила: “Смотри, я не твоя мать” или “Ты сильно раздражалась, когда общалась со своей матерью и сейчас, когда общаешься со мной, происходит то же самое”. Вследствие того, что терапевт не меняла своей позиции, Эстер решила прекратить лечение, несмотря на то, что терапия оказалась полезной.

Через несколько месяцев после прекращения лечения у этого терапевта, Эстер возобновила анализ с другим терапевтом, тоже женщиной. Вскоре она начала вести себя так же, как и с предыдущим терапевтом: опять стала вызывающе утверждать, что терапевт пришла на минуту позже. Однако на этот раз аналитик согласилась с пациенткой. Терапевт извинилась за опоздание и согласилась восполнить это время. Затем она сосредоточилась на чувстве неловкости, возникающем у Эстер при обвинении терапевта в неправильном поведении. Аналитик, та-

ким образом, помогла пациентке понять, что бессознательно она чувствует вину за свои обвинения.

Аналитик подчеркнула, что Эстер имеет право обвинять. Хотя опоздание и составило всего одну минуту, оно имеет большое символическое значение для пациентки, поскольку подтверждает ее убеждение, что она не имеет право на честное лечение. Эстер нашла такой подход полезным. Она пришла к пониманию своей заинтересованности в том, чтобы ее обманывали. Она стремилась к этому, поскольку находилась под властью материнской неправды и полагала, что хочет быть обманутой. В анализе она сражалась за то, чтобы убедить себя, что это не так.

В следующем примере терапевт некоторое время отстаивал определенную формулировку плана пациента. Потом он нашел и исправил свою ошибку, что привело к успеху терапии.

Кэтрин А.

Кэтрин А., образованная женщина тридцати лет, испытывала трудности с ежемесячной платой за психоанализ. Она обвиняла своего аналитика сначала мягко, но постепенно все сильнее, ругаясь, что он отказался снизить плату. Она кричала на него и, всхлипывая, ругала за жесткость. Кэтрин сравнивала его со своим отчимом, единственным человеком, который когда-либо вывел ее из себя.

В раннем детстве Кэтрин очень любила своего отца. Она была ближе к нему, чем к матери, в которой одновременно видела и хрупкую, и непривлекательную женщину. Ее родители, будучи несчастными в браке, развелись, когда пациентке исполнилось восемь лет. Она была расстроена этим не так сильно, как вторым замужеством своей матери, она сразу же невзлюбила своего отчима, видя в нем деспота и постоянно сражаясь с ним.

Аналитик исходил из того обстоятельства, что пациентка боролась с ним из-за платы, ввиду переноса на него взаимоотношений с отчимом. Он попытался справиться с переносом с помощью интерпретаций, одновременно проявляя неавторитарное поведение. Вследствие этого он согласился отложить текущую плату на один месяц.

Сначала Кэтрин, казалось, была переполнена радостью из-за мягкости аналитика. Однако вскоре она стала даже более подав-

ленной и сердитой. Аналитик, который понял, что находится на ложном пути, посоветовался с коллегой, который представил следующее предполагаемое объяснение поведения пациента.

Кэтрин в детстве обвиняла себя в разводе своих родителей. Она предполагала, что отец находил, что дочь более привлекательна, чем мать, и поэтому прекратил заботиться о матери. После того, как ее мать вновь вышла замуж, пациентка решила не повторять того, что считала своим эдиповым преступлением. Она жестоко сражалась со своим отчимом, чтобы быть уверенной, что тот не будет считать ее привлекательной. В терапевтической ситуации Кэтрин боялась, что может соблазнить терапевта так же, как, по ее мнению, она соблазнила отца. Она сражалась с ним так же, как со своим отчимом, чтобы сделать себя непривлекательной в его глазах. Когда аналитик согласился смягчить условия оплаты, она пришла к выводу, что несмотря ни на что соблазнение произошло, и с новыми силами начала сражаться.

Через несколько месяцев после встречи с консультантом аналитик получил хорошую возможность проверить это объяснение. Пациентка сообщила, что ее беспокоят взаимоотношения со своим приятелем. Она не была уверена, что любит его; стала подозревать, что общается с ним по каким-то невротическим причинам. Аналитик предположил, что Кэтрин описала свои сомнения, связанные с отношениями с этим мужчиной, для того чтобы определить, завидует ли ему терапевт, согласится ли он с ее сомнениями. Аналитик сказал: “Из того, что я узнал от вас об этом, мне показалось, что вы влюблены в этого мужчину и что вы рассказали о своих сомнениях, боясь, что я почувствую себя покинутым”. Кэтрин отреагировала на это сообщение благожелательно. Она почувствовала одобрение, и ее ассоциации подтвердили точку зрения терапевта. Она стала более дружелюбно относиться к терапевту и перестала обращать внимание на его жесткость.

Трансферентные интерпретации против нетрансферентных интерпретаций

Важность трансферентных интерпретаций, преувеличивается некоторыми современными авторами*. Исследование** Полли Фрет-

*Аналогичное мнение высказали Рангел (1981а) и Ломас (1982). — *Прим. автора.*

**Исследование было произведено под руководством Куртиса и Зильбершатца. — *Прим. автора.*

тер (Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986) показало, что интерпретации переноса не более и не менее действенны, чем не связанные с переносом. Важное различие существует не между трансферентными и нетрансферентными интерпретациями, а между про- и антиплановыми.

Также терапевт может пройти тестирование переносом без явного обсуждения отношения к нему пациента. Рассмотрим, например, случай пациента, который боялся сообщать о своих достижениях из-за боязни преуменьшения их терапевтом. Пациенту может принести пользу интерпретация переноса, такая, как “Вы боитесь рассказать мне о ваших успехах из-за боязни, что я приуменьшу их значение”. Однако такую же пользу может принести фраза терапевта “Это хорошие новости” в ответ на сообщение пациента о его успехах. В обоих случаях пациент поймет, что терапевт не заинтересован приуменьшать его достижения. То, какой аспект лучше для конкретного пациента, зависит от многих факторов. Пациент, который хотел бы, чтобы терапевт был заботливым, осторожным, аналитичным, предпочтет первый подход. Пациент, которого угнетают интерпретации, предпочтет второй.

7. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТОМ СНОВ

Сновидения и их адаптивная функция

Что пациент и психотерапевт могут узнать из снов пациента? И как может психотерапевт использовать на пользу пациенту то, что он таким образом узнал? В этой главе я предлагаю теорию сновидений, которая, как я надеюсь, прольет свет на эти вопросы. Теория согласуется с предположениями о психической жизни и мотивации, описанными в главе 1. Она постулирует, что человек в своих снах, так же как и при сознательном бодрствовании, думает о реальности и пытается адаптироваться к ней*.

Сновидения — продукты нормального (хотя и бессознательно-го) мышления, и они выражают попытки человека адаптироваться. Они нужны человеку, чтобы справиться с текущими проблемами, которые не решило бодрствующее мышление — не решило из-за всепоглощающей огромности этих проблем, из-за препятствующих этому патогенных убеждений или из-за недостатка времени. Человек иногда яснее видит касающиеся его вещи во сне, чем в бодрствующем состоянии.

Во сне человек получает доступ к недоступным или малодоступным в бодрствующем состоянии ситуациям и может разрабатывать планы, как вести себя в них. Он может заметить проблему, которую проглядел во время бодрствования, принять решение, испытать новый инсайт, утешиться в потере или сделать сам себе выговор за ошибку. Он может подготовиться к предстоящей задаче, осознать вытесненный материал, касающийся травматического опыта, сознаться самому себе, что он думает о ком-то из близких, и т.д. В некотором смысле человек, видящий сон, читает послание от себя самого.

Сны, хотя и представляют собой продукты мышления, сходного с мышлением в бодрствующем состоянии, могут, тем не ме-

*Эмпирические подтверждения адаптивности снов можно найти у Уинстона (Winston, 1990) и у Гринберга, Катца, Шварца и Перлмэна (Greenberg, Katz, Schwartz, & Pearlman, 1992). — *Прим. автора.*

нее, казаться тому, кто их видит, непонятными и даже таинственными. Этому есть несколько причин. Сновидения отделены от стоящих за ними событий и мыслей. Кроме того, человек, видящий сон, может не осознавать своего отношения к сновидению. Например, он может не знать, что в ходе сновидения выражает свои мысли посредством иронии и метафоры. Вдобавок, сновидение, представляя собой ряд зрительных образов, не выражает логических отношений. Например, человек, опасаящийся, что если он будет продолжать вести себя вызывающе, то будет наказан, может в сновидении предостерегать себя от этой опасности, просто видя свое наказание. Наконец, поскольку сновидение предназначено только для того, кто его видит, оно может иметь весьма своеобразные, присущие только данной личности черты, в частности, содержать характерные сравнения и метафоры.

Сны военнопленных: примеры адаптивного значения сновидений

Адаптивную функцию сновидений иллюстрирует исследование снов пяти американских солдат, побывавших в плену у неприятеля во время войны во Вьетнаме в 1975 году, произведенное Бэлсоном (Balson, 1975)*. Согласно Бэлсону, эти солдаты видели характерные сны в следующих трех ситуациях:

- 1) при опасности быть взятыми в плен;
- 2) в заключении, где с ними жестоко обращались;
- 3) после освобождения из плена.

При возникновении опасности пленения солдаты во сне часто видели себя попавшими в плен, испытывая при этом страх. Сновидения этого типа служили предостережением. В них сновидцы как бы говорили себе: “Будь осторожен, или *это* случится”. Сновидения не могут выражать такие логические связки, как “или” в форме зрительных образов (Freud, 1900, p. 429). Лучшее, что может сделать сон в таких случаях, — это представить возможность пленения, разыгрывая плен.

*Более детальное обсуждение этих снов можно найти в книге Вайсса и др. (Weiss et al., 1986). — *Прим. автора.*

Предостерегающие сновидения солдат были адаптивны. Сновидения всю ночь не давали им забыть об опасности и таким образом готовили их к ней. Сны выполняли эту функцию независимо от того, как их интерпретировали и понимали или не понимали*. Они не давали солдатам забыть о возможности плена и не позволяли спать слишком крепко.

В течение длительного периода заключения, когда с ними обращались очень дурно, солдаты видели счастливые сны, в которых все было безмятежно, они были сильны и их желания удовлетворялись. Эти сновидения помогали солдатам адаптироваться к ситуации. В этих сновидениях не было места их мучителям. Сновидения давали толику надежды. Кроме того, они помогали крепко спать и таким образом восстанавливать силы. Эти сны имели для солдат большое значение: солдаты живо помнили их в течение долгого времени и утешались ими в тяжелые часы бодрствования.

В повседневной жизни счастливые сны редки. Обычно человек не позволяет себе их видеть, чтобы не быть убаюканным ложным чувством безопасности и суметь подготовиться к встрече с предстоящими проблемами. Однако пленник не может повлиять на свою судьбу, так что он ничего не потеряет, забывая во сне о страшной реальности, в которой вынужден жить.

После освобождения из плена солдаты видели тяжелые сны того типа, который Фрейд обсуждает в работе “По ту сторону принципа удовольствия” (Freud, 1920). Фрейд отстаивает ту точку зрения, что цель таких снов — не удовлетворение желаний, а совладание с травмирующим опытом. После освобождения солдаты чувствовали себя в безопасности и приступили к работе осознания вытесненного материала, содержащего ужасающий опыт пребывания в плену. Их сновидения имели своей целью овладеть этим травмирующим опытом, победить связанный с ним страх и изменить выведенные из него патогенные убеждения. В своих снах солдаты не просто планировали вспомнить свой травмирующий опыт, чтобы овладеть им — они начали выполнять этот план.

*Эмпирические данные в пользу того, что сновидения определенного типа имеют адаптивное значение независимо от того, интерпретируют их сновидцы или нет, можно найти в статье Гринберга, Катца, Шварца и Перлмэна (Greenberg et al., 1992). — *Прим. автора.*

Сновидения могут нести простое, но важное сообщение

Как показывает выполненное Бэлсоном исследование сновидений военнопленных, сны могут содержать относительно простое, но важное сообщение тому, кто их видит. Солдаты, видевшие во сне, что попали в плен, говорили себе: “Будь осторожен, иначе тебя возьмут в плен”. Солдаты, видевшие счастливые сны в лагере для военнопленных, утешали себя: “Еще есть надежда! Ты сможешь опять испытать эти удовольствия”. Солдаты, которые после освобождения вспоминали в своих снах ужасный опыт пребывания в плену, выдвигали, таким образом, бессознательный план и начинали выполнять его: “Вспомни, что ты испытал, и овладей этим опытом”.

Важное значение, которое я придаю простым, но глубоким сообщениям, передающимся в сновидении сознанию спящего, согласуется с заключением Фрейда в “Толковании сновидений” (Freud, 1900), сделанным им на основании анализа большого числа сновидений. Толкования, данные Фрейдом этим сновидениям, отличаются простотой. Они содержат простую идею или несколько простых идей, легко выражающихся в одном-двух предложениях. Впечатление сложности, остающееся от некоторых фрейдовских интерпретаций его собственных сновидений, связано не с собственно их значением, а с хитроумными, тщательно разработанными ассоциациями, которые Фрейд придумывал для объяснения их значения. Например, описание ассоциаций к сну об инъекции Ирме занимает более десяти страниц (Freud, 1900, pp. 106—120). Однако в итоге Фрейд приходит к выводу, что сон содержит простое, но важное сообщение: он, Зигмунд Фрейд, не несет ответственности за лечение Ирмы.

Кроме того, Фрейд пишет, что сновидения об экзаменах и других испытаниях несут простое, но важное сообщение, цель которого — ободрить спящего (Freud, 1900, pp. 273—276). Такие сны говорят видящему их, что ему нет нужды беспокоиться о предстоящем испытании, потому что он, хотя и беспокоится о подобном испытании, тем не менее, успешно преодолеет его.

Часто посылаемое во сне сообщение невозможно понять только из образов сновидения. В таких случаях толкователь может не понимать сновидение до тех пор, пока видевший сон не обнаружит своего отношения к образам своего сна. Например, сновиде-

ние, в котором пациент идет по дороге вниз, может в зависимости от условий выражать желание, страх или ожидание. Этим сном пациент как бы говорит себе: “Надеюсь, это произойдет”, или: “Я опасаясь, что это может произойти”, или: “Когда я окончу работу, то смогу наконец испытать это,” или: “Если я буду продолжать раздражать своих коллег, со мной непременно случится эта неприятность”.

Иногда значение сновидения можно легко понять, если знать ситуацию, в которой находится человек, видевший сон. Примером могут служить сны солдат, боявшихся плена и видевших во сне, что они попали в плен, а также счастливые сны военнопленных.

Представление о том, что комментарии, в которых пациент выражает свое отношение к сновидению и отдельным его образам, облегчают интерпретацию сновидения, можно проиллюстрировать следующим примером. Пациент, страдавший хронической депрессией и чувствовавший вину в связи с жалобами на свое несчастливое детство, видел во сне, как он счастливо встречает Рождество в кругу семьи. Сновидение стало понятным, когда пациент, комментируя его, сказал: “На самом деле в жизни никогда так не было”.

Как человек определяет смысл своих снов

Человек может создавать сновидение, являющееся сообщением самому себе, различными способами. На самом деле, как будет показано, человек, создавая сновидение, использует многие из методов, известных нам по бодрствующему состоянию и из литературы. Применяя обратные преобразования, можно понять значение сновидений по их форме и содержанию*.

*С моей точки зрения, и форма, и содержание сновидения необходимы для его понимания, что противоречит мнению Фрейда, представленному в его ранних трудах (1900, 1901, vol. 4, pp. 118—121). С точки зрения Фрейда, сновидение может являться продуктом вторичной переработки, в процессе которой работа сновидения доводит до конечного воплощения содержание сновидения, чтобы сделать сон понимаемым. Человек может увидеть крайне непонятный сон, если работа сновидения по прояснению содержания не была проделана. Таким образом, по Фрейду, ни сюжет сна, ни форма не являются самыми важными для его толкования, но только успех или неудача работы сновидения для того, чтобы сделать его содержание понятным.

Мой подход гораздо ближе к идеям о сновидениях, высказанным Фрейдом в его поздних работах. Краткая история теорий Фрейда и теорий других аналитиков о сновидениях изложена в книге Вайсса и др. (1986, глава 7). — *Прим. автора.*

В сновидении человек может реалистически рассказывать простую историю, как это было в исследованных Бэлсоном предостерегающих снах солдат и счастливых снах военнопленных. В сновидении нередко содержится ирония, как в случае пациента, видевшего во сне счастливое Рождество. Посредством запутанного и смущающего сновидения человек может предупреждать себя, что ему встретилась задача, имея дело с которой, он должен напрячь все свои силы, чтобы избежать конфуза. Сообщение сновидения может передаваться при помощи метафоры. Сновидение иногда имеет черты комической сценки, фарса или комедии с преобладанием “черного юмора”. Оно может быть легким и остроумным или многозначительным и торжественным, как слова ветхозаветных пророков.

Многие исследованные мной сновидения были построены в форме спора и использовали логическую технику *reductio ad absurdum* (доведение до абсурда). Сновидец пытается таким образом опровергнуть ту или иную предпосылку, показывая, что она ведет к абсурдным следствиям. Доведение до абсурда используется как метод доказательства обычно не только в сновидениях, но и при бодрствующем мышлении. При разработке планов обычно стараются представить себе, что будет, если план будет приведен в исполнение. Если последствия кажутся нелепыми, план отвергают.

Сон с элементами *reductio ad absurdum* видела некая молодая женщина, которая после начала любовных отношений стала испытывать вину перед своей сестрой-близнецом. Она считала, что должна уметь достичь всего, чего захочет в отношениях с сестрой. В своем сне она женилась на своей сестре, и у них появился ребенок. В этом сновидении пациентка доводила до абсурда свое представление и таким образом доказывала свое право на любовные отношения. Вывод из этого сна, если его сформулировать в словах, гласит: “Это абсурд”.

Сновидения об экзаменах, описанные Фрейдом (Freud, 1900), в некотором отношении похожи на сновидения, использующие доведение до абсурда. В снах об экзаменах спящий видит, как проваливает то или иное испытание (часто школьный или университетский экзамен), которое в реальной жизни успешно прошел. Такое сновидение предназначено для того, чтобы придать спящему уверенность в своих силах, показав, что беспокойство о предстоящем испытании абсурдно. Сны об экзаменах, как и другие сны, использующие доведение до абсурда, не выражают уверен-

ность человека в себе прямо. По моему опыту, пациенты, видящие сны об экзаменах, чувствуют себя неудобно, если испытывают чувство уверенности в себе. В нескольких таких случаях пациенты были бессознательно уверены в себе, однако вследствие вины за выживание перед своими родителями они чувствовали себя обязанными беспокоиться о проблемах, с которыми им вскоре предстоит столкнуться.

Приведенные ниже примеры предназначены не для доказательства моей теории сновидений, а для иллюстрации этой теории и ее психотерапевтических приложений. По моему мнению, только применение формальных научных методов может дать убедительное свидетельство в пользу той или иной теории сновидений. Кроме того, приводимые ниже примеры содержат сновидения, которые и психотерапевт, и пациент легко понимали или думали, что понимают — в некоторых случаях после некоторого размышления или нескольких ассоциаций, предложенных пациентом. (Фрейд сообщает, что легко интерпретируются сны, которые широко распространены и обычны: “их смысл написан у них на лице” [Freud, 1900, p. 126]).

Значение большинства сновидений не так легко понять, как значение описываемых здесь сновидений. Иногда это связано с личностной специфичностью используемых в них метафор и других иносказаний. Смысл некоторых снов остается неясным даже после значительных усилий пациента привести свободные ассоциации к сновидению и понять заложенное в нем сообщение.

Первый пример касается сновидения с ясно выраженным *reductio ad absurdum*. Этот сон приснился одному молодому пациенту во время курса психоанализа.

В этом сновидении действие происходило в некоем мире из научной фантастики. Большое число живых существ женского пола прибыло на Землю. Они были похожи на голубой лед, который кладут в ведро для охлаждения бутылок. Две из них пытались соблазнить лежавшего на спине землянина, причем одна из них держала его за правую лодыжку, а другая — за левую. Спящий, наблюдая за всем этим со стороны, думал: “Это не очень-то соблазнительно”. Эта мысль служила как бы титром под описанной сценой.

Значение сновидения стало ясно сразу же после слов пациента о том, насколько неудовлетворительны были женщины из голубого льда в качестве сексуальных партнерш. До этого у пациента были неосознанные проблемы в половой жизни с его подругой из-за его иррационального страха запачкаться. Послание сновидения состояло в том, что хотя человеческое тело не идеально чисто, абсолютно чистый сексуальный объект был бы скучным и малопривлекательным. Сновидением пациент как бы говорил себе, что ему нужна теплая, человеческая женщина, даже если он предполагает, что она не будет абсолютно чистой. Это послание было выражено неявно, в форме метафорического сновидения, потому что пациент из-за чувства вины не мог прямо приказать себе оставить брезгливость и наслаждаться сексом с подругой. Он бессознательно считал, что, сделав это, он предал бы свою мать, которая была брезгливой, щепетильной и робкой.

В следующем примере пациент использовал метафору, чтобы сказать то, в чем не был готов себе признаться во время бодрствования.

Ему снилось, что он в компании друзей приятно проводит послеобеденные часы на берегу озера в Квебеке, где жил летом с семьей. Был прекрасный день, и они пошли погулять. По пути им попала художественная выставка, устроенная местными жителями. Представленные на выставке полотна были обычными пейзажами и натюрмортами, старомодными и непритязательными, но приятными, а некоторые просто прекрасными. Подпись под этим сновидением могла бы гласить: “Это скромно и ordinarily, но мне это нравится”.

Пациент быстро понял смысл сновидения. Он всегда думал, что возьмет в жены женщину, похожую на его мать — бывшую балерину, личность яркую и одаренную. Однако к тому времени, к которому относится сон, он влюбился в приятную, но скромную непритязательную женщину. Точно так же, как в сновидении, он наслаждался приятными непритязательными картинами повседневной жизни и получал удовольствие от общества своей приятной непритязательной подруги. Чтобы передать себе это сообщение, пациент воспользовался метафорой, поскольку из-за привязанности к своей матери ему было трудно прямо признаться себе в этом.

Следующее сновидение, имевшее место у проходившего курс психотерапии двадцатилетнего пациента, обладало торжественной властью, характерной для некоторых пассажей Ветхого Завета.

Пациенту снилось, что его поймали “Бдительные”* и в качестве наказания отрезали ему язык. Подпись под событиями сновидением могла бы гласить: “Это то, чего ты заслуживаешь”.

Подбирая ассоциации к сновидению, пациент вспомнил, что во время предыдущей встречи с психотерапевтом утаил одну свою фантазию, которая показалась ему постыдной. Эта фантазия состояла в том, что во время мастурбации он иногда представлял, как его, непослушного ребенка, шлепает учитель начальной школы. Пациент чувствовал себя виноватым из-за того, что скрыл эту фантазию от психотерапевта. Он приравнивал это сокрытие ко лжи и думал: “Если мои ассоциации не будут совершенно свободными, я не получу никакой помощи”. В своем сне, содержащем аллюзию к кастрации, пациента наказали за ложь — ему отрезали язык. Суровость наказания показывает, что пациент внутренне в значительной степени соглашался со своим отцом, неумолимым фундаменталистским священником. В рассматриваемом сне нашла выражение вина пациента за то, что он скрыл свою ассоциацию и, следовательно, не ассоциировал свободно.

В следующем примере сновидец положился на свое светлое и открытое настроение, чтобы понять сообщение, передаваемое сновидением. В этом сне не прямо, но метафорически затрагивались его отношения с женой. Пациент страдал от бессознательного чувства всемогущественной ответственности за женщину. Это чувство имело корни во взаимоотношениях с его ранимой матерью. Он боялся спорить со своей женой даже тогда, когда она вела себя вызывающе. Однако вечером, перед тем как пациенту приснился следующий сон, они с его женой поссорились, и пациент почувствовал облегчение, когда понял, что они остались невредимы даже после скандала. Во сне он обратил внимание на урок, полученный вечером накануне.

*“Бдительные” (vigilantes, vigilance commettee) — организация линчевателей, преимущественно расистского толка, действующая в южных штатах США. — *Прим. переводчика.*

Во сне пациент и его компаньон, вооруженные ружьями, запугивали ими охранников, чтобы войти в запретное здание. Он испугался и нечаянно выстрелил в отштукатуренный потолок. Пациент понял, что ружья ненастоящие. Однако его выстрел отбил кусок штукатурки, которая упала друзьям на голову. Оба захохотали, и пациент сказал: “Слабая согласованность”. У этого сновидения может быть такой заголовок: “Ситуация казалась зловещей, но на поверку таковой не оказалась”.

В этом сне пациент сказал себе, что ругаться с женой так же не опасно, как стрелять из ненастоящего пистолета.

Другой пациент после ряда полезных для него психотерапевтических сессий увидел сон, в котором выразился его восторг по поводу того, что он стал видеть свои проблемы намного яснее и был готов к решению новых задач.

В этом сне пациент подплывал к Сан-Франциско на корабле. С каждой стороны корабля находилось по армаде судов. Эти армады напомнили пациенту высадку в Нормандии. Город был прекрасен. На сером небе вспыхивали красные и оранжевые отсветы. Звезды и планеты образовывали кольцо огней над городом, или гало*. Пациент объяснял своему сыну, почему звезды и планеты сформировали это гало.

Величие и красота этого сна выражала чувство вдохновения и уверенности в себе пациента.

Адаптивное значение вспоминания снов

Чем определяется, будет ли помнить человек свои сны или забудет их? Фрейд отвечал на этот вопрос исходя из своих представлений о вытеснении. Он полагал, что человек забывает свои сны, чтобы снова вытеснить прорвавшийся в них бессознательный материал (Freud, 1901, vol. 5, p. 672), а помнит сны в том случае, если такое вытеснение не удалось осуществить. Моя точка зрения, которую я отстаиваю в этой книге, состоит в том, что человек

*Довольно редкое оптическое явление в виде круга, окаймляющего солнце обычно на расстоянии в 22 градуса. — *Прим переводчика.*

может помнить свои сны не только когда не может вытеснить их, но и в тех случаях, когда воспоминание сна имеет адаптивное значение.

На первый взгляд кажется, что сны могут выполнять свою адаптивную функцию независимо от того, вспомнит ли их пациент (см. Greenberg et al., 1992). Однако в некоторых случаях воспоминание сна существенно для достижения пациентом своих целей. Так было, например, в описываемом ниже случае. Инженер видел серию снов, в которых решал важную инженерную задачу. Я узнал об этих снах из письма, которое он написал мне после прочтения моей статьи в популярном журнале (Weiss, 1990). В этой статье я утверждал, что человек может решать свои проблемы бессознательно. Ниже приводится цитата из этого письма, с незначительными изменениями в интересах краткости и сохранения инкогни-то моего корреспондента.

“Я прирожденный левша и пользовался почти исключительно левой рукой, пока не пошел в школу. В школе учителя заставляли меня пользоваться правой рукой, шлепая линейкой по левой, когда я ею писал, рисовал и т.д. Учителя убедили и моих родителей вести совместную борьбу с моей леворукостью.

Мне 43 года, я инженер, автор нескольких известных изобретений, которые в настоящее время широко используются.

В работе над изобретениями большую помощь мне оказывают мои сны. Когда я работаю над той или иной проблемой, которая должна быть решена в разрабатываемом мной технологическом процессе, я думаю над ней перед сном, но никогда не нахожу решения. После этого я засыпаю и вижу сон о своей разработке. Во сне я вижу, как устройство хорошо проходит часть своего рабочего цикла, но внезапно останавливается в некоторой точке. Я просыпаюсь и понимаю, что дизайн, который я придал устройству во сне, неправильный. Я думаю о задаче около получаса и засыпаю опять. На следующий день я снова думаю о ней перед сном. Это повторяется в течение нескольких недель или месяцев, пока я опять не увижу во сне мою машину.

Если она и на сей раз не работает как надо, я просыпаюсь и продолжаю думать над задачей.

Я продолжаю этот процесс до тех пор, пока устройство в моем сне не станет работать превосходно в течение всего рабочего цикла. После такого сна я просыпаюсь и делаю чертеж увиденной во сне машины или строю ее модель.

Все основные идеи своих изобретений я впервые увидел во сне. Хочу еще отметить, что я редко, если вообще когда-нибудь, просыпаюсь ночью, кроме тех случаев, когда вижу сон о разрабатываемом мной устройстве”.

Поскольку мой корреспондент не являлся моим пациентом, я не мог детально исследовать описываемые им процессы. Тот факт, что он начинает свое письмо рассказом о том, что в детстве его заставляли пользоваться правой рукой вместо левой, дает ключ к значению использования снов для решения инженерных задач. Поскольку моему корреспонденту в детстве не разрешали пользоваться левой рукой для письма и рисования, он запретил себе использовать бодрствующее сознание для решения инженерных задач. В любом случае, из сообщения моего корреспондента ясно, что человек может принять бессознательное решение работать и решать некоторые технические задачи во сне, а также просыпаться, чтобы запомнить полученное решение.

Бывают и другие обстоятельства, при которых для целей человека нужно вспомнить сновидения. Например, это важно, если цель — поднять на уровень сознания вытеснение травматические воспоминания. Исследованные Бэлсоном (Balson, 1975) бывшие военнопленные после выхода из лагеря военнопленных видели ряд очень ярких снов, в которых вспоминали травматический опыт своего пленения и ужасного обращения с ними в лагере.

Подобные сновидения бывают и у тех пациентов, которые в ходе психотерапии стараются вспомнить травматический опыт своего детства. Обычно такие пациенты на начальной стадии психотерапии с трудом вспоминают свои сновидения. После этого они видят серию снов, которые помнят очень живо; в этих снах они переживают травматический опыт, который пытались вспомнить накануне. После полного осознания травматического опыта они часто, как и в начале лечения, в состоянии вспомнить лишь отдельные эпизоды своих сновидений.

Именно так было в психотерапии одной моей молодой пациентки. В течение первых двух лет психотерапии она почти не могла вспомнить своих снов. Затем, на третий год, в течение примерно шести месяцев, она видела ряд ярких снов, которые хорошо помнила. В этих снах она видела своего отца, которого на сознательном уровне всегда идеализировала. С помощью этих сновидений пациентка постепенно вспомнила касающееся ее шокирующее событие: однажды, когда ей было восемь лет, она увидела, как отец занимался сексом с ее няней. После того, как это воспоминание всплыло в ее сознании, пациентка продолжала психотерапию еще несколько лет, однако в течение этого периода, как и в начале терапии, могла вспомнить только случайные отрывки своих снов.

Другой тип сновидений, которые запоминаются сновидцами для адаптивных целей, это успокаивающие и обнадеживающие сны, которые человек формирует в чрезвычайных неблагоприятных обстоятельствах. Способность этих сновидений помогать сновидцу проистекает из того, что они обладают качеством реально переживаемого опыта. Например, военнопленные, которые видели себя во сне могущественными и наслаждающимися жизнью, думали, что они действительно могущественны и наслаждаются жизнью. После таких сновидений они ощущали себя менее беспомощными и больше надеялись на освобождение. Перед тем, как увидеть эти исполненные счастья сны, солдаты пытались приободрить друг друга разговорами о том, что когда-нибудь их освободят, и они смогут вознаградить себя за время лишений. Однако они получали не много успокоения от этих представлений об исполнении желаний в бодрствовании, особенно по сравнению с переживанием счастья в следующих за этим снами.

В другом случае, описанном Вайссом и др. (Weiss et al., 1986, Chapter 7), сон принес огромное облегчение отчаявшемуся пациенту. Когда этот пациент разряжал свой пистолет, тот случайно выстрелил и убил его жену. После этого пациент, очень любивший свою жену, стал думать о самоубийстве. При последующем лечении психотерапевт делал упор на том, что выстрел был совершенно случайным событием. Пациент понимал, что это так, но, тем не менее, не мог простить себя. Затем, примерно через восемь месяцев после начала психотерапии, пациент увидел во сне, что когда он случайно выстрелил в свою жену, та пошатнулась, опустилась к нему на колени и сказала, что прощает его. Это сно-

видение, как и счастливые сны военнопленных, было ярким и давало пациенту большое утешение. Он помнил его еще в течение многих недель. Когда пациент становился подавленным, он утешался воспоминаниями о сне. Этим сном пациент помог себе переносить свое горе много больше, чем мог сделать это мыслями в бодрствующем состоянии. Он реагировал на сновидение так, как если бы это было реальное событие — т.е. как если бы его убитая жена на самом деле простила его.

Что психотерапевт может узнать из снов пациента

Что пациент хотел бы перевести на уровень сознания?

Сны человека всегда нетривиальны (Freud, 1990). Они всегда — выход под давлением того материала, с которым он не может справиться сознательно. Человек может иметь с ним дело как в сознательном, бодрствующем состоянии, так и во сне. Так было в случае солдат, которые боялись попасть в плен, и тех, кто страдал в застенках; а также с тем человеком, который случайно убил свою жену.

Человек может оказаться не способным решить свою проблему в бодрствующем состоянии, потому что не готов столкнуться с ней сознательно. Но он может поднять эту проблему во сне. Вот типичный случай пациента в психотерапии: сны пациента обычно касаются того, что он хотел бы затронуть в терапии, но к чему сознательно еще не вполне готов. В действительности, сны могут быть сконструированы таким образом, чтобы привлечь внимание терапевта к тому, чем пациент озабочен. Таким образом терапевт может узнать из снов пациента, какие вопросы он хотел бы затронуть в процессе лечения.

Рассмотрим, например, как сон одного из пациентов о инопланетянках из голубого льда довел до абсурда его боязнь запачкаться о женщин. Терапевт предположил, что пациент видел такой сон, поскольку еще не преодолел идентификацию с брезгливой щепетильностью своей матери, и желал от терапевта помощи по преодолению этого. Предположение терапевта было подтверждено тем фактом, что пациент использовал помощь терапевта для преодоления данной идентификации.

Другой пример. Пациенту снилось: ему нравится непритязательная живопись, для того чтобы сказать себе, что ему нравится его непритязательная девушка. Этот сон позволил терапевту заметить желание пациента работать во время терапии над его виной за отделение перед его блистательной матерью.

Пациент, которому снилось, что ему отрезали язык в наказание за ложь, дал понять терапевту, какое давление он испытывает во время сеансов. Пациент воспринимал терапевта так же, как воспринимал своего строгого, морализирующего отца. Терапевт в ответ на это, пытаясь уменьшить давление на пациента, стал более естественным с ним. Пациент хорошо прореагировал на это обстоятельство. Он стал меньше опасаться терапевта, более свободно разговаривать и перестал бояться его наказания.

Пациент, который видел светлый, спокойный сон после того, как в процессе терапии выяснилось, что его борьба с женой не опасна, тем самым сообщил терапевту о своем желании продолжить терапию, посвященную его боязни поссориться с женой.

Еще один пример иллюстрирует то, как пациент, социальный работник, использовал сон для того, чтобы сказать себе, что его страх быть отвергнутым необоснован, дав таким образом понять терапевту о своем желании проводить терапевтическую работу по преодолению этого страха.

Во сне пациент вел машину, когда неожиданно в нее попал камень, пущенный парнем из автомобиля, движущегося по смежной полосе. Пациент решил догнать этого парня и последовал за ним до самого его дома. Там парень выскочил из машины и вбежал в дом через парадный вход. Пациент пошел за ним и нажал дверной звонок. Ему открыла мать этого парня. Пациент представился социальным работником и рассказал об инциденте. Он полагал, что женщина будет сердиться и защищать своего сына, но, вопреки ожиданиям, она вежливо пригласила его в дом. Она сказала, что поведение сына ее беспокоит и что она хочет обсудить это. Этот сон можно озаглавить так: “Мои страхи оказались необоснованными”.

Пациент быстро понял значение этого сна. Он подумывал о том, чтобы позвонить своей новой девушке, но боялся ей досадить. Сон, который являлся метафорой, содержащей сообщение,

утверждал, что хотя пациент и ожидал отказа, он может его и не получить. Сновидение вновь сосредоточило внимание терапевта и пациента на знакомой теме, на страхе пациента, что ему откажет женщина, на страхе, происходящем из его взаимоотношений с матерью. В течение остатка часа он продолжал вспоминать о том, как раздражалась иногда его мать, когда он пытался привлечь ее внимание. Пациент также понял, что у него нет никаких причин бояться отказа своей девушки, и в скором времени ей позвонил.

В следующем примере пациент во сне выговаривал себе за недостойное поведение с девушкой. Этим сном пациент обозначил для терапевта свою цель — стать более разумным со своей девушкой. Вечером, незадолго до этого, она мягко сетовала на то, что ее друг становится таким занятым, что пренебрегает ей. Пациент обиделся, и девушка извинилась; но он продолжал дуться даже после извинения.

Во сне друг сообщил пациенту, что его мать умерла. Он ругал себя за то, что не был рядом со своей матерью и поэтому не знал о ее смерти.

Пациент сделал во сне то, что отказался сделать, бодрствуя: он принял обвинение своей девушки, что он эгоистичен и замкнут. Он выговаривал себе за это. Он сказал себе, что подобное поведение достойно порицания, поскольку может привести к такому серьезному пренебрежению другими, какое случилось во сне. Терапевт, понявший цель пациента, заключающуюся в том, чтобы стать более терпимым к своей девушке, помог ему работать для достижения этой цели. Этот сон имел структуру доведения до абсурда. В этом случае он развивал возможные последствия проявлений одного качества, а именно — эгоцентризма. Однако сон показал не то, что это качество абсурдно, а то, что оно может быть опасно или деструктивно.

В следующем примере пациент сделал акцент на идее, которую он нашел полезной и недавно использовал в работе. Эта идея заключалась в том, что он не несет ответственности за то, как люди ведут себя по отношению к нему. Следовательно, пациент дал понять терапевту, что хотел бы больше работать по преодолению патогенного убеждения в своей всеобъемлющей ответственности за других. Пациент, клинический психолог, работал с клиенткой, упрямой до невозможности, которая обвиняла его на разные лады

в том, что он сделал ее несчастной. Ничто из того, что терапевт говорил или делал, не удовлетворяло ее. Супервизор пациента помог ему преодолеть чувство ответственности за несчастье клиентки. Супервизор сказал, что клиентка запрограммирована обвинять и будет продолжать делать это, вне зависимости от усилий пациента. Во сне, приснившемся следующей ночью, который имел необыкновенно хороший сюжет, пациент обобщил идею о том, что люди запрограммированы, и приложил эту идею к членам собственной семьи.

Во сне пациент присутствовал на телевизионном ток-шоу. Хозяином шоу был крайне правый консерватор, который хотел посмеяться над либералами. Пациент, сидящий сразу за работником шоу, был нанят для того, чтобы глумиться над гостями. Первыми гостями были два гарвардских профессора, которые защищали реформу тюрем. Еще никто не успел открыть рта, как хозяин сказал: “Я хотел бы возразить вам, друзья”, — и закрутил тираду против реформы тюрем. Следующий, одетый в тюремную полосатую одежду человек, ударяя себя в грудь, сказал: “Я животное. Я убиваю. Я скотина”. Он участвовал в шоу, чтобы показать, что улучшение тюремных условий бесполезно, поскольку он без всякого результата пользовался такими условиями. После этого встал угрюмый социальный работник и, оправдываясь, сказал: “Признаюсь: я за реформу тюрем”.

Пациент, поассоциировав этот сон минут десять, объяснил, что он о членах его семьи. Сон прояснил пациенту, что каждый был запрограммирован, чтобы вести себя определенным образом. Хозяин ток-шоу представлял отца пациента, который много говорил, но не слушал других. Человек в тюремной робе представлял его брата, всегда грубого и вызывающего. Угрюмый социальный работник — его мать, всегда печальную и виноватую. С помощью этого сна пациент испытал инсайт о том, что если люди запрограммированы, то он не должен брать на себя столько ответственности за их поведение по отношению к нему. Пациент сражался, чтобы увериться в том, что он не ответственен за то, что отец не принимает его, за материнские жалобы, за провоцирующее поведение брата.

В следующем примере пациентка ночью видела сон перед аналитическим сеансом. Сновидение попыталось подготовить ее к сеансу, показав, что ее боязнь обидеть терапевта ничем не вызвана. Таким образом, сон проливал свет на взаимоотношения пациентки с терапевтом.

Пациентке снится, что ее маленький сын плачет. Она идет посмотреть, что его так расстроило, и видит, что тот испачкан своими испражнениями. Она вымыла его. Пациентка добавила, что не намеревалась мыть ребенка — она хотела, чтобы это сделал ее муж.

На этом аналитическом сеансе пациентка много времени рассказывала о своих сексуальных фантазиях. Она оправдывалась за свои фантазии, опасаясь, что терапевт найдет их отвратительными. Во сне пациентка пыталась уверить себя, что терапевт не будет оскорблен ими. Она говорила себе: “Я могу спокойно смывать фекалии моего сына, значит, терапевт может спокойно отнестись к моим сексуальным фантазиям”. Сновидение позволило терапевту понять желание пациентки больше сосредоточиться на ее боязни обидеть кого-либо, в том числе терапевта.

Еще один пример. Пациент использовал сон, чтобы поддержать свое решение слепо не подчиняться своей девушке. Он таким образом сообщил терапевту о своем желании работать над проблемой слепого подчинения.

Пациенту снится, что его друг убеждает его вместе с ним ограбить банк. Первое ограбление им удается. Но когда они пытаются проделать это во второй раз, их арестовывают. Пациент должен идти в тюрьму.

Этот сон, как и сны, использующие доведение до абсурда, выражает мысль, очерчивая последствия одного качества — слепого подчинения. Он показывает, что слепое подчинение не обязательно абсурд, но оно опасно. Сновидение могло бы быть озаглавлено следующим образом: “Не подчиняйся так же, как во сне”.

После того, как пациент разрешает ранее неразрешенную сознанием тему, он перестает видеть ее во сне. Например, пациент, который в бодрствующем состоянии вполне доверяет терапевту, подсознательно может бояться, что тот обманет его. Часто перед

психоаналитической сессией такой пациент видит во сне, как его обманывает и предает человек старше его. С помощью таких снов пациент предупреждает себя об опасности, которая еще не вполне осознана. Такие сны прекращаются, когда пациент осознает, что не чувствует себя в безопасности с аналитиком, и имеет право защищаться от опасности.

Последний пример. Пациентке, которая договорилась накануне со своим терапевтом о времени прекращения терапии, приснилось, что у нее потерялась кошка. Ее ассоциации по поводу этого сна открыли следующее: пациентка беспокоится, что терапевт почувствует грусть расставания с ней. Во сне она ставила себя на место терапевта. Таким образом, этот сон проливал свет на важную составляющую переноса — на беспокойство пациента за реакцию терапевта на прекращение анализа.

На правильном ли пути психотерапевт?

Терапевт может проверять правильность своего подхода к пациенту, наблюдая за реакциями пациента не только в бодрствующем состоянии, но и во сне. Пациент в своих снах может подтвердить правильность интерпретаций, согласившись с ними, или демонстрируя большее знание о себе, или выражая свои чувства и идеи более свободно.

Эта мысль может быть проиллюстрирована сновидением в терапии Дженис Д., пациентки, о которой рассказывалось в главе 4. В детстве родители ужасно обращались с ней. Она начала терапию с той целью, чтобы получить поддержку, необходимую для того, чтобы не возвращаться к угнетающему ее мужу. Пациентке не понравился ее предыдущий терапевт, который сказал, что в браке она воссоздала ситуацию своего детства. Дженис восприняла эту интерпретацию как обвинение в насилии, которое она терпела от мужа. Иными словами, эта интерпретация подтвердила ее патогенное убеждение в том, что она заслуживает, чтобы с ней плохо обращались. После того, как второй терапевт пациентки, женщина, социальный работник, сказала пациентке, что она не провоцировала своего мужа на насилие и не хотела его, пациентке приснился счастливый сон.

Ей снилось, что она приходит в больницу, чтобы за-
лечить рану на голове. Неуклюжий врач портит то, что

было сделано раньше при попытке вылечить ее. Однако приятная практикантка-медсестра помогает пациентке залечить рану.

С помощью этого сна пациентка метафорически высказала, что ей не нравился первый терапевт, но она полюбила нового терапевта, который помог ей своими интерпретациями. Пациентка таким образом подтвердила, что терапевт на правильном пути. Этот сон показал терапевту, что пациентка все еще продолжает убеждать себя в том, что первый терапевт лечил ее неправильно. Если бы пациентка уже была уверена в этом, ей бы не приснился сон, в котором она говорила себе, что второй терапевт лучше.

В другом примере пациентка своим сновидением дала терапевту понять, что тот прошел ее тестирование. Сновидение возникло при анализе пациентки, которая в процессе терапии осознала, что подверглась сексуальному насилию со стороны своего отца, а ее отец отрицал этот факт. В течение нескольких сессий, предшествующих этому сну, пациентка тестировала терапевта, описывая свое несчастье, намекая на то, что может совершить самоубийство. Терапевт ответила, что очень переживает по поводу пациентки, но она не будет парализована или подвигнута на некомпетентные действия из-за этих переживаний.

Во сне пациентка видела себя совсем юной. Она с группой других подростков исследовала густой лес. Они обнаружили полностью заброшенную усадьбу. Все дома были сделаны из белого гипса. Светило солнце. Было очень жарко, но нигде не было тени. Они вошли в большой дом и обнаружили шкатулку со сверкающими драгоценностями. Все были заинтригованы. Подростки решили, что это настоящие драгоценности. Однако пациентка знала, что это дешевка.

Сюрреалистическая атмосфера сновидения намекает на какие-то мрачные секреты. Ассоциации пациентки прояснили ее первичное сообщение, выраженное метафорически и символически, о том, что она пережила сексуальное насилие от отца, не позволило ей наслаждаться своей юностью. Она не могла разделить со сверстниками их удовольствие и восторженность от первых сексуальных открытий, и это сделало ее чужой среди них.

Раньше, даже во сне, пациентка практически не позволяла себе обвинять отца в том, что он причинил ей вред. Она страдала от патогенного убеждения, будто она всемогуща ответственна за него. Пациентка боялась, что если она пожалуется, то убьет этим отца. В терапии пациентка работала над изменением убеждения в ответственности за отца, тестируя сменой пассивной позиции на активную. Она вела себя так, будто терапевт была ответственна за ее счастье и даже за саму ее жизнь. Она возлагала вину за свою депрессию и свои суицидальные мысли на терапевта. Терапевт прошла тестирование, ведя себя заинтересованно по отношению к пациентке, но не беря на себя ответственность, которую пациентка возлагала на нее. Пациентка, идентифицируясь с терапевтом, сделала шаг в сторону изменения убеждения в собственном всемогуществе. Она уверилась, что ее жалобы на отца не убьют его, и поэтому разрешила себе косвенно обвинить его во сне.

Ценность интерпретации снов

Важность интерпретаций снов различается от случая к случаю. Некоторые пациенты никогда не рассказывают снов или рассказывают их очень редко. Для таких пациентов случайный сон может быть, а может и не быть особенно информативным.

В главе 5 обсуждался случай пациентки, которая только однажды за длинный курс психотерапии рассказала свой сон. Этот единственный сон в терапии Маргарет М. помог терапевту понять, как помочь пациентке. Как было описано ранее, пациентка, семидесятилетняя женщина, в детстве многое дала своей депрессивной матери, почти ничего не получая в ответ, и потом всю жизнь продолжала отдавать, ничего не получая. Много лет Маргарет страдала от параноидальных бредовых представлений. Поскольку она полагала, что терапевт получает деньги за ее лечение от государства, Маргарет верила, что надувает государство и должна быть строго наказана и, возможно, казнена.

Терапевт, который видел пациентку только 20 минут в неделю, ничего не получал от государства за эту терапию. Это обошлось бы ему дороже: пришлось бы заполнять необходимые бумаги, чтобы получать по счетам. Терапевт не хотел говорить пациентке, что не получает денег за ее лечение. Он боялся, что та подумает, будто он надувает ее. Однако, когда пациентка однажды вновь выра-

зила беспокойство за свое мнимое надувательство, терапевт пересмотрел свою стратегию и сказал пациентке, что с этого момента не будет брать плату за ее лечение.

В следующее посещение Маргарет рассказала сон, в котором она находилась в маленьком деревянном сарае посреди равнины. Бушевал ветер, и земля вокруг нее покрылась снегом. Она услышала снаружи глухой звук и подумала, что это упала ее мать. Пациентка ринулась к двери, открыла ее и с облегчением увидела, что там никого нет. Она не должна брать на себя ответственность за свою мать.

Сновидение сделало ясным то обстоятельство, что терапевт не увеличил, а скорее уменьшил чувство вины Маргарет, сказав, что не будет брать плату за лечение. По-видимому, то, что пациентка приняла подарок терапевта, указывает на ее желание получить от него помощь. Она смогла войти в роль получателя вопреки обычной своей роли дарителя. Сновидение позволило терапевту понять, что, сделав пациентке одолжение, он помог ей разрушить убеждение в отсутствии у нее желаний. Он начал делать ей маленькие недорогие подарки. Она радовалась, получая их, и это помогло ей оценивать себя немного выше.

Если пациент видит такие прозрачные сны, которые столь легки для интерпретирования, терапевт может основывать свои гипотезы о пациенте главным образом на понимании снов. Действительно, сновидения могут столь ясно раскрыть планы и цели пациента, что это прокладывает королевскую дорогу к бессознательному пациента. Однако, как уже было замечено, большинство снов далеко не прозрачны. Интерпретации снов обычно сложны, и многие сны остаются неразгаданными.

К счастью, терапевту не обязательно основываться на толковании сновидений, чтобы очертить планы, цели и патогенные убеждения пациента. Действительно, пытаясь очертить их, пациент, как описано в главе 4, должен принимать во внимание все, что он знает о пациенте, включая то, как пациент на него реагирует. Терапевт, работающий с не видящим снов пациентом, может идти по правильному пути, помня, что пациент редко меняет свои основные планы. Он работает долгое время, возможно, годы, что-

бы разрушить одно или два патогенных убеждения и достичь одну или две цели.

Заключение

В этой главе я попытался показать, что сновидения пациента касаются его текущих интересов, что они несут простое сообщение сновидцу и что прояснить это сообщение можно, основываясь как на методах, присущих обычному бодрствующему сознанию, так и на методах, присущих искусству и поэзии. Терапевт и пациент могут узнать из снов пациента, над какими проблемами он работает в терапии, как он воспринимает терапевта и какую помощь хотел бы получить от него.

ЧАСТЬ II. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И СРАВНЕНИЕ ТЕОРИЙ

8. ЭМПИРИЧЕСКИЙ БАЗИС ТЕОРИИ

В этой главе я представлю результаты экспериментальных исследований, убедительно подтвердивших точку зрения, изложенную в книге. Исследования были проделаны группой изучения психотерапии Маунт Зион, которой я руковожу вместе с Гарольдом Сэмпсоном. Метод был разработан для проверки предсказательной силы фундаментальной гипотезы о бессознательной психической деятельности, психопатологии и психотерапии. Этот метод позволил нам проверить главную гипотезу, которая, как я покажу ниже, не могла быть проверена клинически.

Наши исследования* показывают, что теория терапии и метода, представленная здесь, убедительна. Это позволяет нам делать сравнительно точные предсказания последовательности событий в небольшом сегменте терапии и процесса и результата терапии в целом.

Методы исследования

В проделанном исследовании группа Маунт Зион использовала надежные данные — полные магнитофонные записи терапевтических сессий, сделанные специально для исследовательских нужд. Для изучения широкого спектра явлений, связанных с терапевтами и пациентами, были использованы рейтинговые шкалы. Такие шкалы позволяют исследователям проводить тонкие различия. Например, независимые наблюдатели, использующие дан-

*Исследования субсидировались Национальным институтом Психического здоровья (гранты № МН—13915, МН—34052 и МН—35230). Также мы получили административную помощь и финансовую поддержку от больницы и медицинского центра Маунт Зион. В дополнение к этому мы получили гранты от Фонда психоаналитических исследований, Общества Бройтмана и Общества Мириам Ф. Михан.

ные шкалы, могут прийти к единому мнению, оценивая слабые изменения уровня тревожности или защиты или степень подстройки терапевта к данному пациенту в данный промежуток времени.

Мы используем так называемые “слепые” методы оценки с целью предотвратить влияние на процесс оценки предварительных суждений, имеющихся у оценивающих. Информация, предоставляемая каждому из оценивающих, не содержит посторонних данных, которые могли бы повлиять на его мнение. Мы также используем статистику для определения степени достоверности наших измерений, количественной оценки отношений между переменными и установления значимости наших результатов.

Предположения и результаты исследований, подтверждающие их

В этой главе я представляю серию предположений, которые подтверждаются нашими исследованиями. Я также кратко поясню, как именно проводились исследования, подтверждающие каждое предположение, и как наши результаты соотносятся с теорией техники.

Предположение I.

Во время терапии пациент прилагает усилия к тому, чтобы установить контроль над механизмами вытеснения. Он может ослабить действие этих механизмов (и нередко делает это), чтобы без помощи интерпретаций перенести в сознание тот материал, который прежде тщательно охранялся. Он делает это тогда, когда бессознательно принимает решение, что может без ущерба для себя соприкоснуться с ним. Таким образом, появление бессознательного материала может быть недраматическим и бесконфликтным.

Первое предположение чрезвычайно важно как для теории, так и для практики. До сих пор наблюдения, подтверждающие его, редко сообщались клиницистами. Достойным упоминания исключением является работа Эрнста Криса (Ernst Kris, 1956b). Крис утверждает, что перед тем, как пациент осознает некое психическое содержание, оно может бессознательно подготовить себя к тому, чтобы пережить его, и содержимое “выходит на поверхность” недраматическим образом, так что это событие едва ли

может привлечь внимание терапевта. Таким образом, пациент может осознать нечто, избегая конфликта и признания того, что это нечто было прежде вытеснено.

Почему же клиницистам не удавалось наблюдать это явление? Одной из причин служит то, что регулярность данного события идет вразрез с теорией Фрейда, изложенной в *“Статьях о технике”* (*Papers on Technique*, 1911—1915). Как сказано в главе 9, эта теория предполагает, что пациент не только не контролирует свои механизмы вытеснения, но и не имеет мотивации прекратить их работу. Если говорить в общем, он осознает вытесненное содержание только в том случае, если это содержание проинтерпретировано. Таким образом, клиницист, являющийся приверженцем ранних теорий Фрейда, при наблюдении пациента, с легкостью рассуждающего о том или ином душевном содержании, предполагает, что это содержание не было ранее вытеснено.

Даже в том случае, если наблюдения, которые делает клиницист, не подчинены требованиям никакой теории, маловероятно, что он заметит бесконфликтное появление ранее вытесненного материала. Для того чтобы сделать это, он должен был бы в начале лечения тщательно сформулировать, какое содержание является вытесненным, и затем заметить, когда и каким образом это содержание становится осознанным. Для клинициста это было бы трудной и ненужной работой. Тем не менее, эту работу может выполнить исследователь, вооруженный точными методами, чьи дословные отчеты он изучил сам и остальные могут изучать на досуге, не беспокоясь о драматических событиях разворачивающегося лечения.

Стартовой точкой исследования, касающегося контролирования пациентом своих механизмов вытеснения, было наше наблюдение, основанное на анализе историй болезни и состоящее в том, что пациент часто предьявляет ранее вытесненное содержание, которое не было предварительно интерпретировано. Сюзанна Гасснер формально проверила это предположение, используя записи первых 100 сессий анализа миссис С. (Gassner, Sampson, Weiss, & Brumer, 1982). Сделав выводы из этих предварительных исследований, Гасснер поняла, что миссис С. добилась значительного прогресса за эти 100 сессий, несмотря на то, что ее аналитик давал относительно мало интерпретаций. Основываясь на этом, Гасснер предположила, что если вытесненное содержание в самом деле

“всплывало на поверхность” без интерпретаций, она должна обнаружить такое содержание в записях сессий.

Гасснер использовала оригинальный метод. Вместо того, чтобы найти вытесненное содержание в первых 10 сессиях и затем попытаться установить, что из этого содержания было осознано в течение последующих сессий, она поступила наоборот. Сначала она попросила наблюдателей проанализировать записи первых 100 сессий и выявить все то содержание, которое присутствовало на этих сессиях, но отсутствовало на сессиях с 1 по 40. Затем несколько независимых наблюдателей изучили выявленное содержание вместе с записями первых 10 сессий, чтобы установить, не было ли что-то из этого содержания вытесненным в начале лечения. Наблюдатели установили, что значительное количество содержания было вытеснено в начале лечения, и сошлись во мнении относительно того, каким именно содержанием это было.

Следующей задачей Гасснер стало исключение из рассмотрения того содержания, которое было проинтерпретировано до его возникновения в сознательной форме. Для этого она сравнила список прежде подавленного материала, выявленного ее наблюдателями, и список всех интерпретаций, которые давал терапевт. Оказалось, что, за исключением одного пункта, все вытесненные темы появились в сознании без предварительных интерпретаций. Это открытие важно само по себе. Оно показывает, что пациент может самостоятельно открывать в себе вытесненные воспоминания и темы, не пользуясь помощью интерпретаций.

Теперь Гасснер пыталась определить, как и почему неинтерпретированное вытесненное содержание возникает в сознании. Она рассмотрела три возможных объяснения, первые два из которых основывались на “гипотезе автоматического функционирования” (“ГАФ”), а третье (наше предположение) — на “гипотезе высшего психического функционирования” (“ГВПФ”) (см. главы 1 и 9):

1. Ранее вытесненное содержание интенсифицируется, и поэтому преодолевает барьер и выходит в сознание.

2. Содержание может выйти на поверхность, потому что на него “надета маска”, и силы вытеснения не распознают его как нечто важное и допускают в сознание.

3. Подавленное содержание может проявиться, потому что пациент бессознательно принимает решение, что сможет без опас-

ности для себя испытать чувства, связанные с ним, снимает вытеснение и переводит его в осознаваемую форму.

Эти три гипотезы предлагают различные проверяемые предсказания относительно того, (1) насколько будет высок тот уровень тревоги, которую испытает пациент при появлении вытесненного содержания, и (2) насколько сильно он будет переживать связанные с ним чувства. Пережить некое психическое содержание — значит сфокусироваться на нем, осмыслить его и, наконец, конструктивно использовать в противоположность предшествующей защитной невовлеченности.

Если психическое содержание выходит на поверхность, преодолевая сопротивление механизмов вытеснения пациента, пациент будет находиться в конфликте с ним и, таким образом, будет испытывать большую тревогу по мере его появления. Тем не менее, невозможно предсказать, в какой степени пациент будет переживать это психическое содержание. (Предсказание: высокий уровень тревоги, непредсказуемая степень переживания.)

Если содержание появляется благодаря тому, что оно замаскировано и поэтому не распознана его важность, пациент не будет реагировать на его появление, не будет испытывать по поводу него тревогу. Следовательно, раз содержание изолировано, он не будет его полностью переживать. (Предсказание: низкий уровень тревоги, малая степень переживания.)

Если содержание появляется благодаря тому, что пациент бессознательно решил, что может, не подвергая себя серьезной опасности, пережить его, и снимает защитный барьер, то в этом случае он должен будет преодолеть свою тревогу еще до того, как это содержание выйдет на поверхность. Следовательно, он не будет чувствовать тревоги и сможет в полной мере пережить ранее вытесненное психическое содержание. (Предсказание: низкий уровень тревоги, высокая степень переживания.)

В каком случае данные лучше всего совпадают с предсказанием? Следующим шагом Гасснер стало применение измерений с целью выяснить это обстоятельство. Она использовала две группы независимых наблюдателей, которые пользовались рейтинговыми шкалами для точной оценки того, насколько высока была степень тревоги пациентки по мере появления ранее вытесненного содержания. Одна группа наблюдателей использовала шкалу Маля (Mahl, 1956), другая — шкалу Готтшалка-Глезера (Gottschalk,

1974). Третья группа наблюдателей оценивала по Шкале Переживания (Klein, Mathieu, Gendlin, & Kiesler, 1970), насколько полно пациентка переживала то, что высказывала, когда вытесненное ранее содержание появлялось в сознании.

Результаты исследования Гасснер подтвердили наше предсказание (третья гипотеза из числа представленных выше). Когда появлялось вытесненное ранее содержание, пациентка не испытывала особенной тревоги, а, согласно шкале Маля, ее уровень тревоги была даже ниже, чем в случайно взятых фрагментах терапии — это является статистически значимым результатом. При этом переживания миссис С. по поводу появляющегося душевного содержания отличались полнотой. На самом деле она испытывала в это время более сильные переживания, чем во время случайных фрагментов терапии, и этот вывод также был подтвержден статистически.

Эти открытия (совпадающие с данными других экспериментов, описание которых будет предложено ниже) предполагают далеко идущие выводы, которые обсуждаются на протяжении всей этой книги. Как уже отмечалось, результаты наших экспериментов показали, что интерпретация не является *sine qua non** терапии. Человек может демонстрировать прогресс и достигать инсайтов без помощи интерпретации (как показало другое наше исследование). Наши исследования подтвердили тезис, что аналитик должен создать условия, обеспечивающие пациенту безопасность при работе по преодолению своих проблем. Пациент в этом случае может прогрессировать самостоятельно. Помимо всего прочего, он может осознавать и конструктивным образом переживать ранее вытесненное психическое содержание без его интерпретаций.

Предположение II.

На протяжении терапии пациент испытывает на терапевте свои патогенные убеждения в надежде получить от него их опровержение.

Начальной точкой нашего исследования этого предположения послужило впечатление, полученное нами во время изучения записей терапии миссис С., сделанных ее аналитиком. Впечатление состояло в том, что на протяжении терапии она тестировала свои патогенные убеждения с аналитиком. Миссис С. предъявляла требования к аналитику, чтобы тот прошел тестирование ее убеж-

*Непременным условием (*лат.*).

дением всемогущества, суть которого заключалась в том, что она (миссис С.) может заставить аналитика сделать все, что только захочет. Когда аналитик не подчинился ее требованиям (то есть сохранил аналитический нейтралитет), она признала, что он прошел тест, и ответила на это тем, что достигла прогресса, став более уверенной в себе и понимающей.

Это наблюдение заинтриговало нас, потому что анализ миссис С. показал правильность теории 1911—1915 годов, рекомендующей аналитический нейтралитет. Во многих случаях придерживаться его бесполезно, в некоторых даже вредно. Рассмотрим, например, случай, когда пациент тестирует терапевта, проявляя саморазрушительное поведение, в надежде удостовериться, что терапевт попытается защитить его от его собственной деструктивности. В этом случае аналитический нейтралитет будет в высшей мере неадекватным ответом, потому что пациент неизбежно сделает вывод о том, что он безразличен терапевту.

Согласно нашему клиническому наблюдению, аналитик, отвергнув требование миссис С. подчиниться ей, помог ей тем самым опровергнуть ее убеждение, выработанное во время взаимоотношений с податливыми и ранимыми родителями, в том, что, предъявив требования к авторитетному человеку, она расстроит его. Миссис С. тестировала это убеждение предъявлением требований и получила помощь в его опровержении тем, что ее требованиям не подчинились.

Наблюдение, состоящее в том, что миссис С., в отличие от многих других пациентов, получила пользу от аналитического нейтралитета ее терапевта, натолкнуло нас на мысль об исследовательском проекте: мы можем сравнить нашу гипотезу о том, почему миссис С. предъявила требования к аналитику, с гипотезой 1911—1915 годов, выведенную из соответствующей (1911—1915 гг.) теории. Согласно нашей гипотезе (ГВПФ), миссис С. предъявила требования к аналитику, чтобы протестировать свое патогенное убеждение. Она получила пользу от аналитического нейтралитета, потому что таким образом терапевт прошел ее тест и помог ей опровергнуть патогенное убеждение. Так как убеждение было успешно опровергнуто, миссис С. бессознательно решила, что может осознать ранее вытесненное душевное содержание.

Согласно гипотезе 1911—1915 годов (ГАФ), миссис С. предъявляла бессознательные требования к аналитику, чтобы удовлетворить свои бессознательные импульсы. Нейтралитет аналитика при-

нес пользу, так как фрустрировал эти импульсы, интенсифицируя их и вынося ближе к поверхности.

Обе гипотезы сходятся в том, что терапевту не следовало потакать требованиям миссис С., и в том, что от этого она получила пользу. Тем не менее, две гипотезы делают различные предсказания относительно немедленной реакции пациента на то, что аналитик не подчиняется его требованиям. Согласно нашей гипотезе, миссис С. должна почувствовать облегчение от того, что аналитик не подчинился ее требованиям. Она должна стать менее тревожной, более расслабленной, более уверенной в себе. Согласно гипотезе 1911—1915 гг., миссис С. должна реагировать противоположным образом: так как ее бессознательные импульсы фрустрированы, она должна стать более напряженной и тревожной.

Зильбершатц (Silberschatz, 1986) исследовал правильность этих гипотез, проверив, как в действительности реагировала миссис С., когда поняла, что аналитик не подчиняется ее бессознательным требованиям. Зильбершатц предпринял специальную проверку, чтобы убедиться, что план его эксперимента не создает преимущества одной гипотезе перед другой. Он разработал план своего эксперимента при помощи двух более опытных консультантов, один из которых признавал правильной теорию 1911—1915 гг. (ГАФ), а другой — нашу теорию (ГВПФ). Составленная им процедура удовлетворила обоих консультантов.

Первым шагом Зильбершатца было найти в записях первых 100 сессий миссис С. как можно больше ее взаимодействий с аналитиком, где она предъявляла бы мощные бессознательные требования к нему. Затем он сократил список так, чтобы остались только те требования, которые удовлетворяли бы критериям обеих гипотез, то есть такие, которые можно было истолковать и как попытки удовлетворить важный бессознательный импульс, и как попытки протестировать значимое патогенное убеждение. Для выполнения этой задачи Зильбершатц попросил наблюдателей — сторонников ГАФ выявить те моменты, когда миссис С. пыталась удовлетворить значимый бессознательный импульс, а наблюдателей — сторонников ГВПФ отметить моменты, когда миссис С. бессознательно предъявляла важный тест. Затем он отобрал для дальнейшего изучения те взаимодействия, которые удовлетворяли требованиям обеих групп наблюдателей, то есть пересечение.

Зильбершатц исследовал взаимодействие терапевта и пациентки в этом пересечении, поручив новой группе наблюдателей оце-

нить ответы терапевта, данные на предъявленные требования пациента. Он попросил наблюдателей — сторонников ГАФ — оценить каждый ответ терапевта с позиции, насколько хорошо этот ответ фрустрировал бессознательные импульсы пациентки. Другая группа наблюдателей — те, кто придерживался ГВПФ, — оценивала, насколько хорошо ответы позволяют выдерживать тест, предъявленный пациенткой. Эта процедура позволила Зильбершатцу отделить те ответы, которые фрустрировали импульсы миссис С. или успешно проходили ее тесты, от тех ответов, которые импульсы не фрустрировали или тестов не проходили. Процедура также позволила сопоставить результаты работы двух групп наблюдателей и показать, что именно те интервенции, которые, по мнению одной группы наблюдателей, фрустрировали бессознательные импульсы миссис С., по мнению другой группы наблюдателей, позволяли терапевту проходить ее бессознательные тесты.

Следующим шагом, предпринятым Зильбершатцом, был анализ реакций миссис С. на неподчинение терапевта. Для этого он определил, каким образом изменилось поведение миссис С. с момента, непосредственно предшествующего получению ответа терапевта, до момента, непосредственно следующего за ответом. Он дал наблюдателям проанализировать фрагменты речи миссис С. в моменты непосредственно перед и непосредственно после ответов терапевта. Эти фрагменты оценивались по шкалам, созданным специально для измерения степени уверенности в себе, уровня тревоги, расслабленности и дружелюбия. Наблюдателям не сообщалось, был ли взят тот или иной фрагмент из момента до или после ответа терапевта и из какой именно сессии. Затем Зильбершатц вычислил, какие сдвиги произошли в поведении пациентки от момента, предшествующего ответу, к моменту, следующему за ним. Вычисление производилось путем сравнения фрагментов “перед” и соответствующих им фрагментов “после” с использованием статистического метода, дающего оценку достоверности.

Эти исследования позволили обнаружить, что, когда терапевт не подчинялся бессознательным требованиям миссис С. и таким образом фрустрировал ее импульсы или проходил ее тесты, она становилась менее тревожной, более уверенной в себе, расслабленной и дружелюбной (мы предполагаем, что она становилась более дружелюбной, поскольку она с благодарностью воспринимала благотворные ответы терапевта). Эти результаты являются статистически достоверными и демонстрируют, что миссис С. не была

фрустрирована, а, наоборот, успокоена тем, что терапевт сохранил аналитический нейтралитет перед лицом ее требований.

Результаты данного исследования, рассмотренные в связи с Предположением I (работа Гасснер), демонстрируют, что в течение первых 100 сессий анализа миссис С. вынесла на рассмотрение некоторое прежде не возникавшее психическое содержание без его предварительной интерпретации аналитиком. По мере того, как происходило осознание этого содержания, она становилась менее тревожной и ощущала все более полно, чем обычно. Мы сделали из этого вывод, что она выносила на рассмотрение это содержание потому, что бессознательно преодолела свою тревогу по его поводу и решила, что может, не подвергая себя опасности, пережить его. Исследования Зильбершатца показали возможный путь того, как именно миссис С. бессознательно преодолела свою тревогу по поводу психического содержания, без его интерпретации. Возможно, она сделала это, подвергнув тестированию свои патогенные убеждения, и это тестирование помогло ей достигнуть успеха в развенчании этих убеждений.

Суммируя исследование Зильбершатца, скажем, что его результат подтверждает следующее предположение: если, как произошло в случае миссис С., нейтралитет аналитика помогает пациенту вынести на рассмотрение новый материал, то это происходит не потому, что такая тактика фрустрирует пациента или ослабляет его защитные барьеры. Скорее это происходит потому, что нейтральность терапевта вселяет в пациента чувство уверенности и дает ему ощущение безопасности, достаточное для того, чтобы он был в состоянии выдержать те переживания, которые до сих пор он боялся испытать.

Предположение III.

На протяжении всего курса терапии пациент работает совместно с терапевтом над опровержением своих бессознательных патогенных убеждений. Он работает в соответствии с собственным бессознательным планом их разоблачения, и делает это двумя путями: (1) тестируя убеждения в отношениях терапевтом в надежде, что они будут опровергнуты, и (2) используя интерпретации терапевта для осознания этих убеждений и чтобы помнить, что они ложны и неадаптивны. Таким образом, терапевт может помочь пациенту тем, что пройдет предъявляемые им тесты, и тем, что предло-

жит ему интерпретации, которые тот может использовать в своей борьбе за разоблачение патогенных убеждений.

Доказательство этого предположения потребовало большого количества взаимосвязанных экспериментов. Эти эксперименты, в отличие от описанных выше, не были призваны сравнить компетентность ГАФ и ГВПФ, но показать, что концепции, построенные на основе ГВПФ, приносят в понимание терапевтического процесса высокую степень упорядоченности, ясности и предсказательной силы. Так как эти эксперименты предполагали достоверную формулировку бессознательного плана пациента, первым нашим шагом явилась демонстрация того, что наблюдатели, знакомые с записями нескольких первых сессий терапии (не видя остальных), могут прийти к согласию относительно бессознательного плана пациента. Для того чтобы это осуществить, мы должны найти способ сравнения клинических формулировок.

Кастон (Caston, 1986) предполагает, что формулировки, написанные в нарративном стиле, было бы трудно, если не невозможно, сравнить. Он преодолел это препятствие тем, что предложил новый метод сравнения, а именно — разбил формулировку плана на четыре компонента: (1) цели пациента; (2) препятствия (патогенные убеждения), которые мешают пациенту преследовать свои цели; (3) тесты, которые пациент предпринимает в попытках опровергнуть патогенные убеждения; (4) инсайты, которые пациенту показались полезными для этого. Вместо того чтобы получить от каждого наблюдателя описание этих компонент в нарративной форме, Кастон роздал каждому из них вместе с записями первых 10 сессий обширный список, в котором содержались различные варианты целей миссис С., ее патогенных убеждений, тестов и инсайтов. Кастон попросил наблюдателей сначала прочитать записи, а затем дать оценку каждому пункту списка, насколько он соответствует бессознательному плану пациента. Затем он применил статистический метод, чтобы установить, насколько мнения независимых наблюдателей совпадали друг с другом. Он показал, что степень совпадения была очень высока. Мы использовали метод Кастона, описанный выше, внося в него некоторые модификации (Curtis & Silberschatz, 1986; Silberschatz & Curtis, 1986; Rosenberg, Silberschatz, Curtis, Sampson, & Weiss, 1986). Мы изучили 4 случая психоанализа и 10 случаев краткосрочной психоте-

рапии и обнаружили значимое совпадение мнений наблюдателей относительно планов пациента в каждом случае.

Так как мы продемонстрировали, что можем достоверно сформулировать план пациента в каждом случае, пользуясь записями нескольких первых сессий, у нас в руках появился мощный инструмент для анализа последующих сессий. Затем мы использовали сформулированный нами план для изучения тестирования пациентом терапевта и использования пациентом интерпретаций, даваемых терапевтом.

Я иллюстрирую наш метод серий исследований, проведенных Полли Фреттер (Polly Fretter, 1984), Джессикой Бройтман (Jessica Broitman, 1985) и Линн Давилья (Lynn Davilla, 1992) с целью выяснения эффектов интерпретации в трех случаях краткосрочной психотерапии. В этих экспериментах Фреттер, Бройтман и Давилья исследовали правильность гипотезы о том, что пациент выказывает немедленный благотворный эффект, полученный от интерпретаций, соответствующих плану, но не от антиплановых или просто не имеющих отношения к делу.

Чтобы проверить эту гипотезу, Фреттер сначала выделила из записей трех краткосрочных терапий все интерпретации, данные терапевтом. Затем она дала команде независимых наблюдателей список интерпретаций и план, сформулированный для каждого из пациентов, и попросила наблюдателей оценить, насколько та или иная интерпретация соответствует плану. Наблюдатели ставили оценки по пятибалльной шкале от “строго проплан” до “строго антиплан”.

Затем Фреттер попросила новую независимую группу наблюдателей оценить уровень переживания каждого пациента по фрагментам его речи, непосредственно предшествующим интерпретации и непосредственно следующим за ней. Наблюдатели ничего не знали о том, каковы были интерпретации, и предшествовали ли им данные фрагменты речи или же следовали за ними. Затем Фреттер соотнесла уровень переживания пациента перед и после интерпретации с тем, была ли эта интерпретация проплановой или антиплановой. Она показала, что чем более проплановой была интерпретация, тем сильнее был наблюдаемый сдвиг в уровне переживания пациента в прогрессивную сторону. Это открытие было статистически значимым. Корреляция между средней “проплановостью” всех интерпретаций в течение часа терапии и средним сдвигом уровня переживаний пациента в течение этого же часа для трех

случаев варьировала от 0.60 до 0.80 (Silberschatz, Fretter, & Curtis, 1986).

Бройтман (Broitman, 1985) и Давилья (Davilla, 1992) изучали тех же самых пациентов, те же самые интерпретации и те же фрагменты речи, что и Фреттер. Бройтман продемонстрировала существование статистически значимой корреляции между проплатностью интерпретаций терапевта и немедленными сдвигами в уровне инсайта пациента, измеренные по специальной шкале инсайта (Шкала Моргана для определения уровня инсайта пациента). Давилья продемонстрировала, что в двух из трех случаев пациент, получив соответствующую плану интерпретацию, продвигался по направлению к своей цели в соответствии с тем, как она была сформулирована в плане (третий пациент не делал этого). Это открытие было статистически значимым. Результаты исследований Фреттер, Бройтман и Давилья подтверждают нашу гипотезу.

В ряде исследований бессознательного тестирования, предпринимаемого пациентом, мы продемонстрировали статистически достоверную корреляцию между (1) степенью, в которой ответ терапевта соответствовал плану (то есть степени, в которой терапевт прошел тест пациента), и (2) сдвигом в сторону прогресса, происходящим во временной промежуток с момента, предшествующего ответу, до момента, следующего за ним. Мы изучили несколько пациентов и применили разнообразные шкалы для измерения этого сдвига. В случае одного из пациентов мы показали, что после успешного прохождения теста терапевтом степень проплатного (то есть находящегося в соответствии с планом) инсайта пациента возросла по сравнению со временем, непосредственно предшествующим тесту (Linsner, 1987). В другом исследовании, объектом которого стали два пациента, мы показали (Silberschatz & Curtis, in press), что степень переживания пациента сразу после пройденного терапевтом теста превышает степень переживания в момент, непосредственно предшествующий тесту. Один из пациентов продемонстрировал также возрастание степени уверенности в себе (но не второй). В исследовании, проведенном на трех пациентах, мы показали, что в двух случаях из трех пациенты отвечали на успешное прохождение теста немедленным снижением напряженности, которая измерялась по шкале стресса Войса (Vois Stress Measure — Kelly, 1989). В случае одного из пациентов мы показали, что после прохождения теста терапевтом пациент смог

в большей степени контролировать свои регрессивные чувства (Bugas, 1986).

Процитированные выше работы имеют большое значение и глубокий смысл как для теоретиков, так и для практиков. Они предоставляют твердую почву для наших предположений относительно бессознательного плана пациента, тестов, которые он предлагает терапевту, и использования им интерпретаций, которые дает терапевт. Эти предположения вносят ясность в терапевтический процесс. Они снабжают терапевта относительно простым, но, тем не менее, сильным практическим руководством. Они настоятельно рекомендуют, чтобы терапевт предполагал наличие у пациента плана по опровержению патогенных убеждений; чтобы терапевт использовал свое знание бессознательного плана пациента, для того чтобы распознавать его тесты и, если возможно, успешно их преодолевать. В дополнение к этому, терапевт должен давать интерпретации, которые бы помогли пациенту привести в исполнение его план.

Более того, наши открытия предоставляют клиницисту полезный критерий для оценки своей работы. Если пациент реагирует на поведение, отношение, интерпретации терапевта ослаблением тревожности, облегчением, растущей открытостью и движением по направлению к поставленной цели, то, по всей вероятности, терапевт находится на верном пути. Если, с другой стороны, реакция пациента заключается в увеличении тревоги, усилении защитного поведения и подавленности, терапевт, видимо, сбился с дороги.

Наш вывод о том, что пациент немедленно реагирует на прохождение теста или проплановую интерпретацию снижением уровня тревоги и повышением уровня инсайта и переживания, имеет большое теоретическое значение. Оно отражает тот факт, что пациент постоянно испытывает терапевта, чтобы определить, может ли он и до какой степени доверять тому, что терапевт не подвергнет его опасности, и регулирует свое поведение в соответствии с результатом, который был им получен в результате этих испытаний. Он становится более расслабленным и открытым, когда чувствует себя в безопасности, более напряженным и тревожным, когда ощущает приближение опасности. Это очень хорошо соответствует формулировке Фрейда (Freud, 1940a, стр.199): пациент бессознательно тестирует реальность и регулирует свое поведение

в соответствии со своим пониманием состояния окружающего мира в данный момент.

Предположение IV.

Чем больше проплановых интерпретаций дает терапевт в течение курса терапии, тем лучшего результата добьется пациент по окончании курса.

Это предположение было подтверждено изучением двух курсов ограниченной во времени (состоящей из 16 сессий) психотерапии. Первый курс исследовала Фреттер (Fretter, 1984) под наблюдением Кертиса и Зильбершатца (Silberschatz et al., 1986). Она использовала те же самые три случая психотерапии, на которых изучала немедленные эффекты интерпретации. На этом небольшом примере она установила, что чем выше процент проплановых интерпретаций в общем числе интерпретаций, предлагаемых терапевтом, тем лучшего результата добивался пациент. Результат пациента определялся 6 месяцев спустя после окончания терапии путем проведения клинических интервью и использования общих (неспецифических по отношению к материалу) методов измерения. Для пациента, результата которого оказался наилучшим, интерпретации распределились следующим образом: 89% проплановые, 2% антиплановые и оставшиеся — амбивалентные. На втором месте оказался пациент, получивший 80% проплановых интерпретаций и 20% антиплановых. Пациент, показавший худший из троих результат, получил 50% проплановых, 44% амбивалентных и 6% антиплановых интерпретаций. Используя те же самые методы, Фреттер показала, что интерпретации переноса обладают не большей эффективностью, чем прочие. Так, пациенты, получившие большой процент интерпретаций переноса, показали результат, не превышающий результат пациентов, которым давали обычное число интерпретаций переноса.

Второе исследование, подтверждающее наше предположение о взаимосвязи интерпретаций и результата терапии, было предпринято Норвилль (Norville, 1989), которая использовала для этого семь случаев краткосрочной терапии (состоящих из 16 сессий каждый; в их число входили и случаи, изученные Фреттер). Норвилль выделила все интерпретации, полученные каждым из пациентов в течение пяти сессий. Эти сессии мы выбирали следующим образом: мы разделили последние 15 сессий каждого случая на 5 групп

из трех сессий каждая; первая группа включала сессии 2, 3 и 4, вторая — сессии 5, 6, 7, и так далее. Затем мы случайным образом выбирали сессию из каждой триады.

В свой список интерпретаций Норвилль включала ровно такой объем речи пациента, предшествующий получению интерпретации, который требовался для ясного понимания контекста. Каждый случай затем анализировался несколькими независимыми наблюдателями, знакомыми с планом пациента, которые давали оценку каждой интерпретации по степени ее совпадения с планом, используя специальную шкалу. Как показала статистика, мнения наблюдателей в значительной мере совпали между собой. Затем Новилль рассчитала средний показатель проплановости интерпретаций для каждого часа из изученных пяти и, в дополнение, среднее для всех пяти часов. Она провела исследование корреляции полученного общего среднего с результатом терапии, определенным через 6 месяцев по ее окончании, и обнаружила, что в шести из семи случаев средняя проплановость интерпретаций имела высокую корреляцию с результатом психотерапии.

Представленные выше результаты исследований служат дополнительным аргументом в пользу концепции существования плана. Они привлекают внимание терапевта к важности принятия во внимание плана пациента и использования знания этого плана для формулировки полезных (совпадающих с планом) интерпретаций. Они предполагают, что самый важный критерий для оценки интерпретаций — степень их соответствия плану.

Предположение V.

Пациент, который знает, что ему будет предоставлено ограниченное число сессий, бессознательно планируют свою терапию в соответствии с этим знанием. Его цель — использовать ограниченное число сессий настолько эффективно, насколько это возможно.

Исходным пунктом нашего исследования этого предположения было впечатление, возникшее в результате клинических исследований, что пациент раскрывает терапевту свои патогенные убеждения, цели и планы, чтобы наделить его необходимым знанием для прохождения тестирования. Пациент при этом не имеет инсайтов и делает неверные заключения о себе, для того чтобы тестировать терапевта. Он надеется, что терапевт помнит его планы,

что он поддержит упущенные инсайты и опровергнет неверные утверждения.

Мы решили проверить это впечатление, очертив уровень инсайта пациента в процессе терапии тогда, когда пациент знает, что его терапия ограничена по времени. В исследовании использовались записи работ с четырьмя пациентами, согласившимися ограничить терапию 16 сессиями (Edelstein, 1992; O'Connor, Edelstein & Berry, принято к публикации, Weiss, в печати). В каждом случае мы изучали записи первых интервью (сделанные независимым наблюдателем), 16 сессий с терапевтом, посттерапевтические интервью (сделанные по завершении терапии независимым наблюдателем) и последующие интервью, сделанные через 6 месяцев по завершении терапии (снова независимым наблюдателем).

Был использован следующий метод. Исследователи выбрали семь независимых судей, каждый из которых был снабжен формулировками планов пациентов, экстрактами из записей всех четырех терапий со всеми утверждениями пациента, в которых он выражает полезные (проплановые) инсайты. Исследователи затем предоставляют в случайном порядке список таких утверждений четырем наблюдателям, также снабженным формулировками планов пациентов. Наблюдатели оценивали проплановость каждого утверждения по пятибальной шкале.

Обработывая результаты, мы просчитали уровень инсайта в каждой сессии, сложив оценки всех утверждений этой сессии. В каждом случае рисунок изменений уровня инсайта пациента оказался сходным с нашими клиническим впечатлениям. Каждый пациент демонстрировал средний уровень пропланового прозрения в первоначальном интервью, и три пациента, Рэйчел, Роберт и Ирен демонстрировали даже больше проплановых инсайтов во время первой терапевтической сессии. Четвертый пациент, Хильда, показала заметный проплановый инсайт на третьей сессии.

Затем прозрение покидало каждого из пациентов. У Рэйчел не было проплановых инсайтов в время сессии 11; у Роберта — во время сессии 5 и 12; у Ирен — во время сессий 6, 7, 8, 10 и 14; и у Хильды — во время сессий 8, 12, 13, 14, 15. Три пациента, оставшихся в терапии до конца, показали некоторый проплановый инсайт на последней сессии; Роберт неожиданно прекратил терапию до ее запланированного завершения. Каждый пациент демонстрировал заметный проплановый инсайт во время посттерапев-

тической сессии, проведенной независимым наблюдателем. Двое из четырех показали глубокий инсайт на последующей, проведенной с независимым наблюдателем через 6 месяцев по окончании терапии, сессии; один — средний, и еще один — слабый инсайт. В каждом случае график уровня инсайта пациента от первоначального интервью до интервью, взятого через 6 месяцев после окончания терапии, приблизительно является параболой: значения высоки в начале и в конце терапии, но низки в середине. Аппроксимация параболой статистически значима (см. рис. 8.1)*.

Здесь мы изложим наши объяснения полученных результатов. В течение первого интервью с независимым наблюдателем, каждый пациент имеет средний уровень инсайта, ведь пациент приходит к терапевту с определенной проблемой. Он уже думал об этой проблеме и развил некоторое самопонимание. Дальше, в начале работы с терапевтом, пациент демонстрирует даже больший уровень инсайта: в начале он сильно мотивирован, чтобы предоставить терапевту информацию, необходимую для оказания помощи. Затем пациент тестирует свои патогенные убеждения с помощью терапевта, теряя уровень инсайта и высказывая неверные суждения о себе, при этом он надеется, что терапевт поддержит упущенный инсайт и опровергнет ложные суждения. По мере того, как терапевт проходит тестирование пациента, последний становится более осторожным. Его понимание того, что терапевт не согласен с патогенными убеждениями и симпатизирует целям терапии, побуждает тестировать терапевта более энергично, и это приводит к еще большей потере уровня инсайта. Около середины курса из 16 сессий пациент теряет всяческий проплановый инсайт. Однако к концу терапии пациент уже боится тестировать терапевта слишком энергично. Он не хочет завершать терапию, все еще тестируя терапевта, так и не прозрев относительно своих целей или имея лишь небольшой инсайт; поэтому он прекращает энергичное тестирование и снова демонстрирует более высокий уровень пропланового инсайта.

* Еще в одном случае, который был исследован уже после написания этой книги, пациент также потерял уровень инсайта в процессе терапии. Однако параболическая кривая не аппроксимировала достоверно полученные значения ввиду большого разброса значений. Сглаженная кривая, тем не менее, выглядит параболической, хотя и не настолько очевидно. Кривая второго порядка близко подходит к сглаженным значениям (коэффициент при второй степени равен 0,052). — *Прим. автора.*

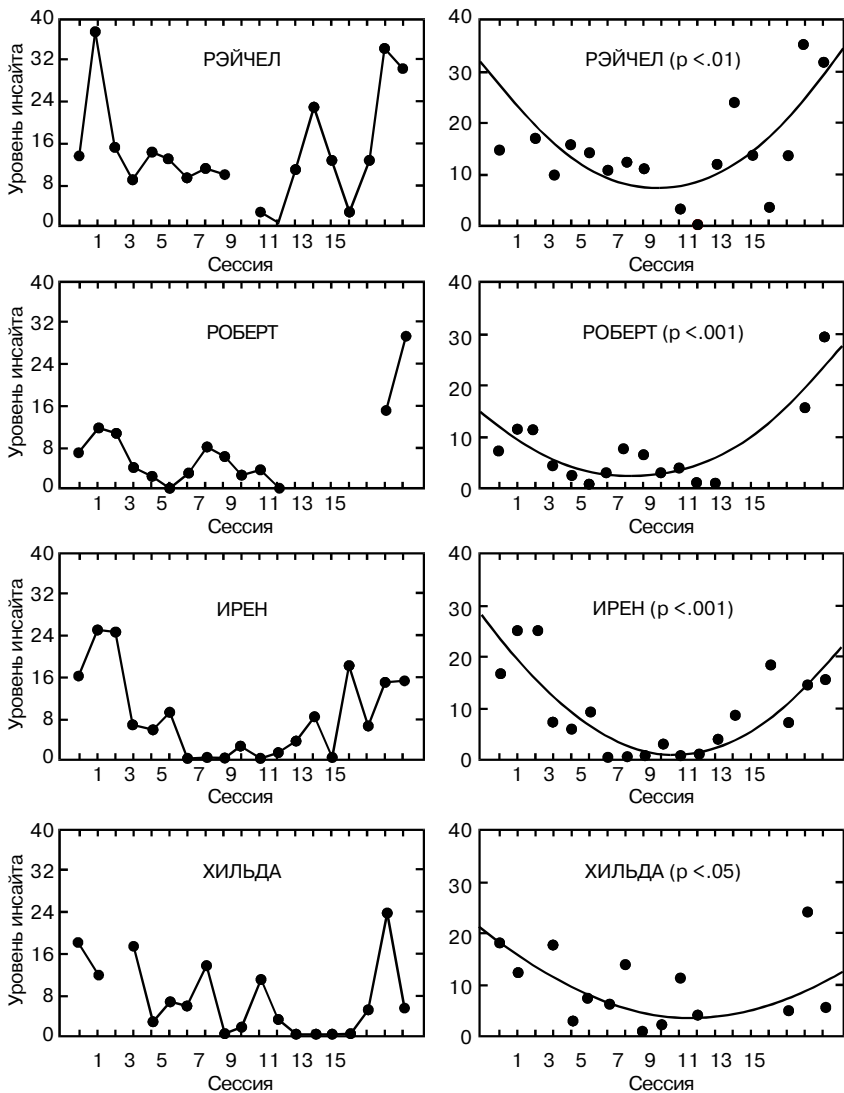


Рис. 8.1. График уровня инсайта пациентов в короткой, ограниченной во времени (16 сессий) психотерапии, от первого интервью до посттерапевтического (6 месяцев спустя).

Эта точка зрения может быть проиллюстрирована примером с Рэйчел. Она с уверенностью утверждала на дотерапевтическом интервью и первой терапевтической сессии, что хотела бы чувствовать себя более отделенной от своего находящегося в коме умирающего мужа и найти работу, но ее сдерживает чувство вины. Позже она попытается проверить, согласен ли терапевт с ее целью, тестируя его. Она потеряла свой проплановый инсайт, возражая против поиска работы, говоря, что найти ее невозможно, поскольку она ничего не умеет. Терапевт прошел это тестирование, поддерживая ее потерянные проплановые инсайты и не принимая ее возражений против поиска работы. Дальше, по мере приближения терапии к концу, пациентка прекратила тестировать терапевта, и снова начала проявлять больший инсайт.

Каждый пациент проявил больший инсайт во время посттерапевтической сессии и в последующем через шесть месяцев интервью, чем в минимальных точках терапии. Причина этого может быть в том, в течение этих интервью пациент имеет дело не с терапевтом, а с независимым наблюдателем; и поскольку цель таких интервью носит внетерапевтический характер, пациент не тестирует наблюдателя и поэтому демонстрирует более высокий уровень инсайта.

Исследование, о котором рассказано выше, иллюстрирует тесные связи между (1) совместимостью с планом интерпретаций, получаемых пациентом, (2) уровнем инсайта, который он демонстрирует в интервью по прошествии шести месяцев, и (3) результатом терапии, по оценке пациента, независимого наблюдателя и терапевта, а также определенным с помощью группы неспецифических шкал измерения результата терапии, заполненным пациентом. Два пациента, получившие наибольшее число проплановых интерпретаций, Роберт и Рэйчел, показали нам больший инсайт во время посттерапевтических интервью и достигли лучших результатов. Ирен, получившая средне-хорошие интерпретации, показала средний уровень инсайта во время посттерапевтических интервью и достигла средних результатов терапии. Хильда, получившая слабые интерпретации, показала низкий уровень инсайта и достигла небольших результатов. Низкий уровень инсайта во время средней и поздней частей терапии Хильды может не быть выражением тестирования, но связан с ложными (антиплановыми) интерпретациями.

Как ранее обсуждалось, пациент, получавший проплановые интерпретации в течение 16 сессий психотерапии, может не демонстрировать намного больший уровень инсайта в конце лечения по сравнению с началом. Тем не менее, такая терапия может оказаться очень полезной. Опыт терапевтического общения помогает ему тем, что терапевт проходит тестирование, генерирует проплановые интерпретации и, следовательно, не соглашается с патогенными убеждениями и выражает симпатию к его целям. В начале терапии пациент может догадываться о том, что патогенные убеждения неверны, а цели терапии разумны. Однако в конце терапии (после того как пациент прочувствует несогласие терапевта с патогенными убеждениями и поддержку его целям) он может, хотя и не демонстрируя намного больший, чем в начале, уровень инсайта, стать более убежденным в своем прозрении.

Читатель сейчас может недоумевать, как примирить наши результаты, состоящие в том, что пациент, получивший серию проплановых интерпретаций, демонстрирует немедленное совершенствование навыков и усиление инсайта, с нашими результатами, состоящими в том, что общий инсайт за единицу времени уменьшается на нисходящем промежутке графика. Наши объяснения таковы: пока пациент тестирует терапевта, он чувствует тревогу и проявляет осторожность. Сразу же после того как проплановые интерпретации пройдут тестирование, пациент начинает чувствовать себя немного более защищенным. Он также чувствует небольшое, но заметное облегчение и проявляет небольшое, но заметное увеличение уровня инсайта. Однако он может почувствовать облегчение только на короткое время. Более вероятно, что он будет проявлять большую осторожность по отношению к терапевту, тестируя его более энергично, чем раньше. Такое поведение может быть уподоблено поведению человека, который много работает, чтобы достичь важных результатов, и который вдруг получает большое наследство. Ему сразу же станет легче, однако вместо того чтобы успокоиться и почувствовать себя защищенным, он использует новый капитал, чтобы работать еще больше, чем нужно для достижения цели. Аналогичным образом пациент работает с тестированием. Когда хорошие интерпретации терапевта пройдут тестирование, пациент может проявить большую осторожность и начать тестировать более энергично.

Эти исследования подтверждают нашу концепцию о том, что пациент во время терапии тестирует терапевта и делает это в соот-

ветствии с планом. Идея о том, что пациент следует бессознательному плану, объясняет наши данные, в которых график уровня инсайта имеет параболическую форму на всем протяжении терапии и оценочных интервью. Пациент, как обсуждалось выше, бессознательно контролирует уровень тестирования, чтобы получить наибольшую помощь от терапевта.

Наши данные должны иметь теоретический интерес для всех терапевтов, но они наиболее полезны для практикующих короткую, ограниченную во времени терапию. Наши исследования показывают, что терапевт может стараться узнать о патогенных убеждениях и целях уже в начале терапии. Далее, когда пациент теряет уровень инсайта в течение первой половины терапии (или немного большего времени), терапевт не должен почувствовать себя обескураженным. Потеря уровня инсайта может служить знаком, что терапевт находится на неверном пути, но чаще всего это оказывается просто временем тестирования терапевта, когда он создает для пациента большую защищенность и, как следствие, побуждает его к более энергичному тестированию.

Предположение VI.

Психоаналитический пациент может достигать устойчивого прогресса со взлетами и падениями на протяжении курса лечения.

Шестое предположение проверено и подтверждено двумя исследованиями анализа миссис С. Эти исследования показали, что миссис С. постоянно, на протяжении всего курса лечения, работала над задачей развенчания своих патогенных убеждений. В начале терапии ее патогенные убеждения заключались в том, что она ответственна за счастье своих родителей и сиблингов; она должна быть беспомощной и робкой, чтобы не конкурировать со своими родителями; она не должна быть хвастливой; поскольку родители не выражали свою привязанность прямо, то и она не должна делать этого. В ходе анализа эти убеждения начали терять свое значение. Пациентка достигала все больших успехов в разоблачении этих убеждений. Постепенно становилась дерзкой, в большей мере стала способной выражать свои привязанности и стала лучше осознавать свою боязнь сделать кому-либо больно.

В первом исследовании (Shilkret, Isaacs, Dracker & Curtis, 1986) мы в течение первых 100 сессий анализа миссис С. следили за изменениями уровня осознания ею двух своих патогенных

убеждений: в том, что она ответственна за счастье других, и в том, что у нее есть “всемогущая” способность причинять боль другим. Метод Шилкрет был следующим. Независимым наблюдателям было поручено найти в записи 100 первых сессий анализа миссис С. все фрагменты беседы, содержащие упоминания об этих патогенных убеждениях. Затем эти фрагменты были в случайном порядке предоставлены другим независимым наблюдателям, которые оценивали их в соответствии со шкалой, определяющей пять уровней осознания пациенткой данных убеждений. На первом уровне — миссис С. не осознает этих убеждений; на высшем уровне — осознает и начинает понимать, что они иррациональны. Результаты показали, что миссис С. постоянно работала над разоблачением своих патогенных убеждений во всемогущей ответственности за других и способности причинять боль. Она постепенно стала лучше осознавать их и начала понимать всю их иррациональность. Стала лучше переживать проявления своей реальной силы (в противоположность магическому всемогуществу патогенных убеждений) во взаимоотношении с другими.

Отдельное исследование, проведенное Шилкрет, Исааксом, Дракером и Куртисом (1986) продемонстрировало, что миссис С. проделывала работу, описанную выше, не следуя за аналитическими интерпретациями. Аналитик миссис С. (как он нам рассказал, когда миссис С. прекратила лечение у него) не полагал, что бессознательные чувства вины и всемогущества миссис С. являются важными составляющими ее психопатологии. Он также не интерпретировал их в течение сессий, исследовавшихся Шилкрет, кроме одного случая, когда он отреагировал на утверждение миссис С., что она ощущает либо вину, либо бесконечное чувство ответственности. В этих интерпретациях, терапевт просто согласился с собственной оценкой миссис С.

Второе исследование (Ransohoff, Dracker & Sampson, 1987) было задумано после работы Шилкрет. Они использовали пять шкал для оценки прогресса миссис С. в разоблачении своих патогенных убеждений на протяжении 1114 сессий ее анализа. Эти шкалы были сконструированы для оценки прогресса миссис С. в обретении инсайтов и в уменьшении подавления. Применяя эти шкалы, исследователи использовали технику отбора и проб. Для исследования были использованы записи семи отрывков терапии, распределенных примерно равномерно по всему курсу терапии,

длиною в 12 сессий каждый; исследовалось, таким образом, 84 сессии.

Пять шкал оценивали способность миссис С. (1) симпатизировать другим, (2) быть смелой, (3) осознавать свой страх причинить боль другим, (4) хвастаться, (5) осознавать свое чувство ответственности за других. Это исследование было построено во многом так же, как и первое. Результаты продемонстрировали прогресс миссис С. по каждой из этих шкал. Однако, хотя все изменения и оказались в предсказанном направлении, только изменения в способности быть смелой и чувствовать привязанность оказались статистически достоверными.

Описанные выше результаты проливают свет на процесс, благодаря которому пациент изменяет свои патогенные убеждения. В большинстве случаев он работает медленно, на протяжении долгого периода времени, чтобы поверить в то, что его убеждения неверны. Он работает, используя и интерпретации терапевта, и новый опыт, получаемый от общения с терапевтом. Результаты исследований подтверждают полезность продолжительной терапии.

Идея, что в процессе анализа пациент постепенно разоблачает свои патогенные убеждения, достигая при этом доверительных отношений с терапевтом и увеличивая контроль над своей бессознательной психической жизнью, вполне объясняет концепцию Фрейда о стадиях анализа, сформулированную в терминах формирования и разрешения невроза переноса. Стадия, названная Фрейдом “формированием невроза переноса”, представляется нам следующим образом. В первой части анализа пациент начинает испытывать все большее доверие к терапевту и осознавать, что его патогенные убеждения ложны, и, таким образом, он в большей мере обретает контроль над своей бессознательной психической жизнью. Затем он может бессознательно решить, что для него безопасно как (1) относиться к терапевту лучше, чем раньше, так и (2) тестировать свои патогенные убеждения более энергично и драматично, чем раньше, предлагая терапевту мощное тестирование переносом в надежде получить еще большие доказательства того, что убеждения ложны и неадаптивны.

Стадия, названная Фрейдом “разрешение невроза переноса”, представляется нам следующим образом. Пациент, во второй части терапии достигающий достаточной уверенности, что его патогенные убеждения ложны и неадаптивны, в значительно большей мере контролирует бессознательную психическую жизнь и прояв-

ляет заметно большее доверие к терапевту. На этой стадии пациенту в меньшей степени необходимо тестировать свои убеждения так энергично, как раньше, и он может использовать свой возросший контроль над бессознательной психической жизнью, чтобы вести себя более адекватно с терапевтом и с другими людьми. Как только пациент прекращает энергично тестировать свои патогенные убеждения, он приходит к разрешению невроза переноса.

9. ОТНОШЕНИЯ НАСТОЯЩЕЙ ТЕОРИИ К ТЕОРИИ ФРЕЙДА 1911—1915 ГОДОВ И ЕГО ПОЗДНИМ ТЕОРИЯМ

В этой главе я сравниваю теорию психики и технику, предложенные в этой книге, с теорией Фрейда 1911—1915 годов и его поздними теориями*. Я покажу, что мои идеи резко контрастируют с теорией 1911—1915 годов, однако хорошо соотносятся с концепциями, развитыми Фрейдом в его поздних трудах как часть его эгопсихологии. Я хочу подчеркнуть различие между моими взглядами и теорией 1911—1915 годов, поскольку, несмотря на поздние теории Фрейда, его ранние теории остаются крайне влиятельными (Lipton, 1967; Coltrera & Ross, 1967; Kanzer & Blum, 1967). Большинство современных теорий содержат важные элементы теории 1911—1915 годов. Они используют поздние идеи Фрейда только в той степени, в которой они находятся в соответствии с ранними теориями, без радикального изменения последних.

Например, очень немногие терапевты соотносят свои воззрения с концепциями бессознательного разума и бессознательного контроля, развитыми Фрейдом в его поздних трудах. Более того, большинство современных теорий, подобно теории Фрейда 1911—1915 годов, осмысливают явления в терминах мощных бессознательных мотивов (алчность, похоть и зависть) как основные. С этой точки зрения, настоящая теория резко контрастирует с теорией 1911—1915 годов, поскольку я утверждаю, что сильные стремления, описанные выше, поддерживаются бессознательными (патогенными) убеждениями.

В ранних работах Фрейд основывал свои концепции личности на том, что он называл “гипотезой автоматического функционирования” (ГАФ). Он утверждал, что бессознательное содержит сильные психические силы, а именно импульсы и защиты, которые регулируются “автоматически” (Freud, 1900, p. 600; 1905, p. 266) принципом удовольствия. Такая регуляция находится вне контроля пациента и не оказывает влияние на его мысли, убежде-

*Для получения более подробной информации об этом см. Weiss et al. (1986), глава 2.

ния и восприятие текущей реальности. Импульсы близки к инстинктам, слабо соотносятся с реальностью и ищут немедленного удовлетворения. Защиты противоположны по направлению импульсам. Взаимодействие между импульсами и защитами динамично: две равные силы противоположного направления уничтожают друг друга, большая сила преодолевает меньшую, тангенсальные силы могут достичь компромиссного поведения, удовлетворяющего обе. Из динамического взаимодействия импульсов и защит происходят все феномены психической жизни (Freud, 1926b, p. 265).

Развитие гипотезы высшего психического функционирования

С годами, между 1920 и 1940-м, когда Фрейд развивал свою эгопсихологию, он изменил свои взгляды на психическое функционирование. Части его эгопсихологии основывались на допущении, что человек может делать бессознательно многое из того, что он делает сознательно. Это допущение, названное мной гипотезой высшего психического функционирования (ГВПФ), является базисом теории, которой посвящена эта книга.

ГАФ наиболее полно представлена Фрейдом в его “Толковании сновидений” (1990), где он твердо держится этой гипотезы. Однако даже в этой книге он использует основную идею ГВПФ, а именно — в описании бессознательной регуляции вытеснения критерием опасности и безопасности. Согласно этой идее, человек может бессознательно решить, безопасно ли проявить ранее вытесненный материал, и на основе этого регулирует его доступ в сознание. Если человек может бессознательно решить, насколько безопасен вытесненный опыт, то он может и усилить вытеснение материала, угрожающего безопасности. Фрейд (1990) использует эту идею для объяснения проявления в сновидениях импульсов, вытесненных в обычной жизни. Он предположил, что цензура (в его поздних работах — Эго) регулирует проявление импульсов, соотносясь с критерием опасности и безопасности. Цензура может позволить себе допустить появление вытесненного материала во сне, поскольку подвижность человека выключена, пока он спит. Поскольку сновидец не может действовать в соответствии со своими импульсами, он может безопасно осознать их.

Фрейд никогда не отрекался от идеи автоматического регулирования в соответствии с принципом удовольствия. Однако, развивая эгопсихологию (Freud, 1923, 1926a, 1940a), он все больше и больше ограничивал роль бессознательной автоматической регуляции. Он описал бессознательные мотивы, которые не ищут удовольствия, которые направлены на перспективные цели в большей мере, чем на немедленные, и которые не регулируются автоматически принципом удовольствия, но управляются высшими психическими функциями.

Фрейд основывал эти изменения в теории на клинических данных. Он изменил свою раннюю точку зрения на важность поиска удовольствия в бессознательной психической жизни, когда обнаружил, что пациенты бессознательно повторяют как в снах, так и во взаимодействии с аналитиком травматический опыт, который не является и никогда не был приятным (120, р. 24); он изменил свою точку зрения, когда понял, какую большую роль играют чувство вины и мазохизм в психической жизни (1937, р. 242).

На изменение ранних взглядов Фрейда о бессознательном автоматическом функционировании повлиял также рост убежденности в важности роли кастрационного комплекса в психологии мужчин. Кастрационная тревога приятной не является, и она возникает не автоматически, но из убеждения, которое рождается из опыта в результате нормальных мыслительных процессов как вывод (1940b, р. 277). Она не возникает из фантазии в том смысле, как Фрейд определил ее; фантазия согласно Фрейду является исполнением желаний и освобождена от соотнесения с реальностью (1911, р. 222). Но вера в возможность кастрации — не желаемая, и она не уводит от реальности, а скорее находится рядом с ней (1926a, р. 108). Фрейд многократно описывал кастрационную тревогу не как продукт фантазии, но как следствие убеждений (см. 1960b, р. 277).

Идея, что человек может быть движим бессознательно глубокого вытесненными убеждениями, заставила Фрейда постулировать особую компоненту личности, Эго, часть которого может быть глубоко вытеснена. Фрейд представил Эго в “Я и Оно” (1923). В этой же работе он описал и другую компоненту — Супер-Эго (часть Эго*), которая может быть глубоко вытеснена и которая опериру-

*Это весьма своеобразное прочтение Фрейда автором. Обычно считается, что структурная модель психики, предложенная Фрейдом, трехчастна и состоит из Ид, Эго и Супер-Эго, или Оно, Я и сверх-Я. Более того, в “Я и Оно” Фрейд явно пишет об отделении сверх-Я от индивидуального и родового развития Я как о важном моменте человека. — *Прим. научного редактора.*

ет высшими психическими функциями. Более того, Супер-Эго может порождать мотивы, не преследующие удовольствие, мотивы, которые могут быть очень болезненны.

В книге “Подавления, симптомы и тревога” (1926а) Фрейд ясно высказался о том, что Эго может бессознательно управлять поведением при помощи мыслей (а не в результате автоматических процессов). Он продолжал развивать эти идеи в “Новых лекциях по введению в психоанализ” (1933, pp. 89—90) и в “Основах психоанализа” (1940а, р. 199). В последней из этих работ сказано:

“Конструктивная функция Эго состоит в интерполяции; между требованиями инстинкта и действиями, удовлетворяющими его, имеет место мыслительная активность, которая на основе оценки настоящего и прошлого опыта и посредством пробных действий пытается предсказать последствия исполнения предложенных действий. Так Эго приходит к решению, стоит ли довести до конца попытку получить удовольствие или приостановить, или необходимо требования инстинкта подавить вовсе как опасные. (Здесь мы сталкиваемся с *принципом реальности*). Тогда как Ид направлено исключительно на получение удовольствия, Эго подвижно соображениями безопасности. Эго ставит перед собой целью самосохранение, которым пренебрегает Ид”.

В этом пассаже Фрейд утверждает, что человек бессознательно сильно мотивирован для того, чтобы оценивать реальность. Он пытается определить реальную степень опасности, для того чтобы решить, доводить ли до конца предложенные действия, прервать ли их исполнение или подавить их. Человек (или его Эго), принимая решения, бессознательно думает о предложенных действиях. Он рассматривает настоящую ситуацию и сравнивает ее с прошлым опытом, чтобы оценить последствия предпринимаемых действий. Он также бессознательно использует “пробные действия” — (“тестирует” окружение) как часть усилий, направленных на определение степени безопасности предпринимаемых действий.

В своей эгопсихологии Фрейд описал два дополнительных бессознательных процесса, противоречащих ГАФ, и имеющих прямое

отношение к предмету настоящей книги. Первый процесс, который Фрейд впервые представил в книге “По ту сторону принципа удовольствия” (1920), — бессознательное желание власти. Фрейд предположил, что пациент неосознанно возвращается к травматическому опыту не для удовлетворения, а для того, чтобы овладеть им, подобно тому как дети повторяют в играх травматические события, чтобы овладеть ими (р. 35). В “Анализе конечном и бесконечном” (1937) Фрейд продолжил развитие этой концепции, убежденно полагая, что пациент бессознательно работает вместе с аналитиком для разрешения своих проблем. Он написал, что “аналитическая ситуация включает в себя наше сотрудничество с Эго пациента с целью подчинить неконтролируемые части его Ид, или, говоря иначе, включить их в синтез его Эго” (р. 235). В “Основах” (1940а), Фрейд еще сильнее развил эту концепцию, предписывая Эго “задачу самосохранения” (р. 199) и полагая, что Эго выполняет эту задачу, беря на себя управления требованиями инстинктов (р. 146), регулируя поведение на основе критерия опасности и безопасности (р. 199).

Другой бессознательный процесс, который Фрейд ввел в свою эгопсихологию и который идет вразрез с ГАФ, — это процесс бессознательной идентификации (1923, pp. 29—30). Идентификация, как писал Фрейд, важна для развития как Эго, так и Супер-Эго. Концепция идентификации противоречит ГАФ, поскольку предполагает важность опыта в развитии мотивации. Более того, как замечено выше, концепция Супер-Эго уделяет внимание значению мотивов, которые не являются импульсами, ищущими немедленного удовлетворения, которые скорее устойчивы и могут быть болезненными.

В каждой из идей эгопсихологии, очерченных выше, Фрейд постулировал существование бессознательных психических процессов, которые похожи на знакомые сознательные процессы. Согласно этим идеям, личность может бессознательно думать, решать и планировать. Планируя что-либо, личность может соотноситься с бессознательными представлениями о реальности и морали. Человек может бессознательно оценивать текущую реальность. Он может обучаться, идентифицируясь с другими. Он может быть сильно заинтересован бессознательно в разрешении своих проблем, и в терапии он может для этого работать вместе с терапевтом.

Поздняя теория Фрейда привела к новым объяснениям клинических феноменов

Поздняя теория Фрейда с ее идеями о бессознательном мышлении, интересах Эго, тревоге, вине, восстановлении и идентификации привела к новым объяснениям клинических феноменов. Она позволила клиницистам по-разному относиться к различным типам поведения, в каждом из которых ранняя теория видела выражение первичных импульсов. Таким образом, поведение, являющееся выражением первичных импульсов для ранней теории, может возникать в Эго и Супер-Эго, согласно поздней теории.

Например, поведение, зарождающееся в Супер-Эго, может быть объяснено не как погоня за удовольствием, но как стремление к искуплению, жертвоприношению, наказанию. Так, сексуальное влечение пациента к объекту любви, в котором ранняя теория видела проявление первичных импульсов, ищущих удовлетворения, согласно поздней теории, может быть понято как желание загладить чувство вины по отношению к объекту любви. Например, пациент, который страдает от преувеличенного чувства ответственности за терапевта, полагающий, что причиняет боль терапевту, может попытаться с помощью любви к нему загладить свою вину. Такой пациент ищет не удовлетворения, но искупления вины. Более того, такое поведение регулируется не автоматически, но посредством убеждений, посредством его убежденности в ответственности за терапевта и посредством убеждения в том, что его любовь может искупить вину. В этом случае любовь пациента к терапевту, с точки зрения ранней теории, не является защитой. В отличие от защит ранней теории, она не регулируется автоматически принципом удовольствия и не является попыткой удовлетворить инфантильные стремления. Скорее, это попытка загладить вину и уменьшить беспокойство.

Другой пример поведения, имеющего корни в Супер-Эго, — это саморазрушительные действия пациента, пытающегося избежать эдиповой вины. Например, пациент может поддерживать свои инфантильные вспышки гнева, чтобы не позволить себе превзойти своего отца, которому его вспышки гнева не позволили быть счастливым в браке. В данном примере гнев не является непосредственным проявлением первичного аффекта или импульса и не регулируется автоматически. Напротив, он регулируется убеждением пациента в том, что если он превзойдет своего отца, позво-

лив себе быть счастливым в браке, то рискует нанести отцу вред или понести от него наказание.

Поведение, которое ранняя фрейдовская теория объясняла проявлением первичных садистских импульсов, может в поздней теории объясняться как возникающее в Эго, такое поведение может быть проявлением защиты Эго путем идентификации с агрессором (A. Freud, 1936). Например, пациент может испытывать садистские наклонности по отношению к терапевту так же, как это делал его отец по отношению к нему. Такая концепция более развита, чем ранняя теория, утверждающая, что защиты просто препятствуют импульсам, ищущим удовлетворения. Защита путем идентификации с агрессором направлена не против импульсов, ищущих удовлетворения, но против посттравматического страха или унижения.

Другой пример — пациент, который использует фетиш для сексуального возбуждения. В ранней теории такое поведение объяснялось как проявление первичного влечения пациента к фетишу. В поздней теории это может быть объяснено попыткой справиться с боязнью кастрации, происходящей из убеждения, что кастрация — это наказание. Здесь также поведение пациента формируется не автоматически принципом удовольствия, но в соответствии с убеждениями, сформированными детскими травмами.

Также, согласно поздней теории, человек может действовать вне интересов Эго, и не просто исходя из защит, импульсов или компромиссов между ними. Он может бессознательно выбрать цель, прислушиваясь к различным импульсам, к своей совести и оценивая свои возможности. И когда цель поставлена, он может пойти по пути ее достижения.

Некоторые технические приложения поздней теории Фрейда

Как было замечено многими аналитиками, эгопсихология не сильно повлияла на психоаналитическую теорию техники (Lipton, 1967; Coltera & Ross, 1967; Kanzer & Blum, 1967), потому что теория техники была разработана Фрейдом до создания эгопсихологии, то есть в большой мере внутри очертаний ГАФ. Представления Фрейда остаются базисом для большинства психоаналитических мнений о технике вплоть до настоящего времени.

Большинство современных версий психоаналитической теории техники сохраняют многие фундаментальные черты теории 1911—1915 годов. Технические идеи, основанные на ГВПФ, были добавлены в существующую теорию без каких-либо органических изменений в ней. Но и сами технические приложения ГВПФ не были систематически изложены. В противоположность большинству современных версий психоаналитической теории техники, теория, изложенная в этой книге, целиком построена на фундаменте ГВПФ.

Хотя психоаналитическая теория техники в целом выдержала натиск эгопсихологии, в чем-то все-таки она изменилась. Так, современные психоаналитические теории иначе, чем теория 1911—1915 годов, отвечают на вопросы: “Каковы задачи пациента?”, “Как пациент работает в терапии?” и “Как аналитик помогает пациенту?”.

Задачи пациента

Задачи пациента, как их впервые сформулировал Фрейд, состоят в том, чтобы освободиться от фиксации на определенных инфантильных целях и объектах и направить освободившуюся энергию на более зрелые цели и новые объекты. В изначальной фрейдовской концепции предполагалось, что выполнить эту задачу (теоретически, но не практически) можно сравнительно просто и прямо: аналитик своими интерпретациями помогает пациенту осознать инфантильные импульсы, овладеть ими и направить либидо, содержащееся в них, на более зрелые цели. Однако, по мере того, как психоаналитическая теория техники ассимилировала некоторые поздние фрейдовские идеи, задачи пациента стали рассматриваться как более сложные, чем постулировалось изначально. Оказалось, что пациенту необходимо решить множество вспомогательных задач, ни одной из которых не было в ранней теории.

Например, новая концепция бессознательной идентификации натолкнула аналитиков на методическую идею о том, что пациент для того, чтобы достичь своей цели, иногда должен пройти через некоторое количество патологических идентификаций. Другой пример: новая концепция о Супер-Эго, развитая Фрейдом в “Я и Оно” (1923), породила методическую идею о том, что пациенту может быть необходимо сформулировать более мягкое Супер-Эго.

Аналогичным образом, новая фрейдовская концепция о боязни кастрации и ее роли в психопатологии (1926а) породила технические идеи о том, что пациенту может быть необходимо изменить убеждения (веру в возможность кастрации) и преодолеть эффекты некоторых детских травм.

Как работает пациент

Ранние фрейдовские идеи о том, как работает пациент во время лечения, сравнительно просты. Эти идеи основывались на предположении, что в основном пациент работает сознательно. Без сильных чувств к аналитику, путем свободных ассоциаций, воспринимая и ассимилируя инсайты, предоставляемые аналитиком посредством интерпретаций. Однако, когда Фрейд развил новые концепции личности, у него усложнилась точка зрения на то, как пациент работает. Например, концепция бессознательной идентификации, развитая Фрейдом в “Я и Оно” (1923), породила идею, что пациент может работать бессознательно или, возможно, предсознательно, временно идентифицируясь с аналитиком (Gitelson, 1962; Loewenstein, 1954). Пациенту может быть полезно, идентифицируясь с аналитиком, принять его спокойствие, нейтральность, подход, основанный на фактах и, в дополнение к этому, более мягкое Супер-Эго аналитика (Strachey, 1934).

Новые идеи Фрейда о важности бессознательной вины и бессознательного мышления в психической жизни побудили некоторых аналитиков сфокусироваться на важности чувства вины для развития и поддержания психопатологии. Например, Моделл (1965, 1971) писал о той роли, которую играют вина выжившего и вина за расставание в жизни многих пациентов. Эти формы вины, которые Моделл рассматривал как, возможно, универсальные, могут быть помехой пациенту в достижении нормальных целей. Моделл исходил из того, что такая вина основана на убеждениях (1965, р. 130; 1971, р. 339) и полагал, что пациент должен изменить их, чтобы преодолеть чувство вины.

Новые фрейдовские идеи о той роли, которую играют патогенные убеждения (вера в кастрацию) в развитии и поддержании психопатологии, утвердили некоторых аналитиков в том мнении, что пациент может работать с аналитиком, чтобы приобрести новый необходимый опыт. Повод для такого утверждения следующий:

если, как показал Фрейд в книге “Подавления, симптомы и тревога” (1926а), пациент страдает от патогенных убеждений, возникших в результате непосредственного опыта, то ему может помочь в изменении этих убеждений новый непосредственный опыт. То, что Фрейд интересовался тем, как влияет на пациента опыт общения с аналитиком, подтверждается некоторыми пассажами, рассыпанными в его поздних трудах. Вот хороший пример, когда Фрейд предостерегает аналитиков от перенесения собственных ценностей на пациентов: он писал, что когда это происходит “аналитик просто повторяет ошибку родителей, которые своим влиянием разрушают независимость своих детей, он просто заменяет старую зависимость пациента новой” (1940а, р. 175). Эта цитата говорит о том, что аналитик может помочь пациенту или как минимум не нанесет ему вреда, позволив пережить нечто отличное от его детских взаимоотношений с родителями.

Анна Фрейд (1959) уделяла большое внимание опыту взаимоотношений пациента с аналитиком. Она писала, что пациент извлекает из общения с аналитиком переживания, которые нужны ему для прогресса его терапии. Александер и Фрэнч (1946, pp. 20—24) писали, что пациент может извлекать пользу из “корректирующего эмоционального опыта”. Рангел (1981b), многими годами позже, согласился с Александером и Фрэнчем, что пациенту может быть полезен корректирующий эмоциональный опыт, хотя и утверждал, что пациент получает больше пользы от того, что делает аналитик, чем от того, что он делает сам.

Рангел, во многих своих теориях основывавшийся на поздних идеях Фрейда (о том, что пациент бессознательно думает, принимает решения и бывает движим неадаптивными убеждениями), также полагал, что пациент может активно искать во взаимоотношениях с аналитиком опыт, необходимый для того, чтобы разоблачить неадаптивные убеждения и преодолеть страхи, происходящие из них. Пациенту, согласно Рангеллу (1969а, 1969b), следует искать такой опыт, бессознательно тестируя аналитика. Дьювальд (1976, 1978) сходным образом высказался о том, что пациент бессознательно тестирует аналитика. Кохут (1984) полагал, что пациент посредством нового опыта взаимоотношений с аналитиком может исправить и начать преодолевать некоторые нарушения развития.

Фрейд подхлестнул психоаналитическую мысль идеей, что пациент может работать бессознательно в разрешении своих проблем (1920, pp. 32, 35), а также сходной идеей о том, что пациент может развить терапевтический альянс с аналитиком, чтобы со-

владать с некоторыми неконтролируемыми частями Ид (*“Анализ конечный и бесконечный”*, 1937, р. 235). Фрейдовская концепция терапевтического альянса в дальнейшем была развита некоторыми аналитиками, включая Гринсона (1965, 1967), Зейцеля и Мейснера (1973). Крис (1950, 1951, 1956а, 1956b) утверждал, что пациент, работающий над разрешением своих проблем, может устанавливать контроль над своим собственным вытеснением. Он может ослабить свои защиты и вынести на поверхность сокрытые воспоминания как часть своей работы над управлением бессознательной психической жизнью. Лоевнштейн (1954) и Лоевальд (1960) утверждали, что пациент может развить очень сильные чувства в переносе с целью совладать с ними.

Гринсон (1967) утверждал, что в анализе пациент может повторять пугающие его переживания, для того чтобы овладеть ими. В некоторых обсуждениях случаев из своей практики он писал, что пациенты приносили новый материал, когда бессознательно решали, что могут сделать это без опасности для себя. Гринсон, таким образом, полагал, что пациент может мыслить бессознательно, чтобы оценить текущую реальность, и может действовать в соответствии с этой оценкой.

Как аналитик может помочь пациенту

Ранние идеи Фрейда о том, что делает аналитик, сравнительно просты (в концепции, не в практике). Аналитик побуждает пациента к свободным ассоциациям. Он поддерживает неличное, исследовательское отношение к пациенту и использует свободные ассоциации пациента для интерпретации бессознательных импульсов, аффектов и защит, лежащих за его симптомами и личностными проблемами.

Эти технические идеи были широко приняты. Однако фрейдовская эгопсихология стимулировала создание новой концепции задач терапевта. Идея, что пациент может управлять вытеснением, пользуясь критерием опасности и безопасности, вдохновила Бернфельда (1941) на его категоричное утверждение о том, что терапевт должен помочь пациенту чувствовать себя с ним в безопасности. Идея, что пациент должен развить терапевтический альянс и наблюдающее Эго привела Гринсона (1969) к тому, что аналитик должен помогать пациенту в этом. Идея, что пациент может ра-

ботать, тестируя аналитика (Freud, 1940a, p. 199; Rangell, 1969a, 1969b) указала на то, что аналитик должен понимать, что пациент его тестирует, и обязан пройти этот тест.

Ранние фрейдовские идеи о природе бессознательной мотивации тоже имеют важные применения к вопросу о том, как аналитик может помочь терапевту. В своей ранней теории Фрейд исходил из того, что все вытесненные мотивы имеют аналогичную природу — импульсы, ищущие немедленного удовлетворения, и защиты, направленные против них. Они являются психическими силами, подчиненными принципу удовольствия, они находятся вне контроля пациента и не структурированы как мысли, убеждения или планы. Более того, все эти психические силы первичны, все они находятся на одном уровне в психической иерархии. Идея о том, что они находятся на одном уровне, вытекает из предположения об их аддитивности.

Эта концепция породила идею, что аналитик должен быть беспристрастным по отношению к импульсам. Он не должен отличать какие-то импульсы от других, но беспристрастно лишать каждый из них удовлетворения. В ранней теории беспристрастность (в практическом смысле) — это аспект нейтральности. Если аналитик беспристрастен ко всем импульсам, он, по определению, нейтрален.

В поздних работах Фрейда бессознательная мотивация включает в себя не только первичные импульсы, ищущие удовлетворения, но и мотивы, происходящие из бессознательных частей Эго и Супер-Эго, выполняет различные функции и нужна для различных целей. Эти новые концепции изменили представление о том, какую позицию должен выбирать аналитик по отношению к бессознательным мотивам пациента. Например, рекомендации Анны Фрейд (1936) о том, что позиция аналитика должна быть равноудалена от Эго, Супер-Эго и Ид указывает на то, какие изменения произошли по сравнению с ранней точкой зрения, которая не требовала от аналитика рассмотрения каких-либо бессознательных мотивов, кроме первичных импульсов. Более поздние рекомендации Анны Фрейд (1959) о том, что аналитик должен фрустрировать влечения и поддерживать Эго в его стремлении к власти, коренным образом изменили практику по сравнению с ранними идеями о том, что аналитик должен быть беспристрастным ко всем бессознательным мотивациям. Таким образом, претерпела изменения и концепция нейтральности.

10. СРАВНЕНИЕ НАСТОЯЩЕЙ ТЕОРИИ С ДРУГИМИ СОВРЕМЕННЫМИ ТЕОРИЯМИ

Настоящая теория, подчеркивающая желание пациента решить свои проблемы, связана со взглядами Лоевальда (1960) и Сетладжа (частная беседа, 1989) в том утверждении, что пациент мотивирован в процессе терапии разрешить некоторые задачи собственного развития. Настоящая теория также является теорией объектных отношений: она полагает (как и многие современные теории), что проблемы пациента развиваются во взаимоотношении с первыми объектами в его жизни — с родителями и сиблингами — и могут быть разрешены во взаимодействии с другим объектом — терапевтом (Sullivan, 1940; Winnicott, 1965; Lichtenberg, 1983a, 1983b; Stolorow & Lachmann, 1983—1985; Kernberg, 1977, 1987; Thoma & Kachele, 1992).

Настоящая теория связана с Я-психологией (Kohut, 1959, 1971, 1984), которая также является теорией объектных отношений. Обе теории исходят из того, что проблемы пациента происходят из раннего опыта взаимоотношений с родителями и что пациент многое получает непосредственно из нового опыта взаимоотношений с терапевтом. Теория не предписывает терапевту нейтральность и безличные отношения. Теория не запрещает теплоту и эмпатию. Более того, в некоторых (но, конечно, не во всех) случаях Я-психология и настоящая теория предписывают следующие методические решения: поведение, согласно Я-психологии, допускает ту степень эмпатии, в которой пациент нуждается, а, согласно настоящей теории, — прохождение теста пациента.

Однако существует много различий между двумя этими теориями, некоторые из них я упомяну здесь. Я-психология уделяет большое внимание той роли, которую играют стыд и унижение, возникающие в раннем детстве во взаимоотношении с неэмпатичными родителями. Настоящая теория согласна с тем, что стыд и унижение важны в психопатологии, но добавляет к этому, что эти аффективные состояния частично поддерживаются моральными

причинами и, следовательно, бессознательной виной. Согласно этой формулировке, ребенок, у которого развивается чувство стыда в общении с неэмпатичными и ироничными родителями, начинает верить в то, что он должен чего-либо стыдиться. Он относится к своим родителям как к абсолютным авторитетам в мире морали и реальности и, следовательно, верит в то, что их отношение к нему строится на фундаменте реальности и морали. Позднее в жизни, если он вытесняет свой стыд, у него может развиться чувство вины по отношению к родителям. Он может принимать отсутствие стыда у себя как проявление нелояльности. Или он может испытывать грусть, поскольку, будучи нелояльным к родителям, он разрывает все связи, существующие между ними.

С точки зрения настоящей теории, Я-психология недооценивает важность различных форм вины в развитии психопатологии, включая вину выжившего, вину за отделение и вину, возникшую из преувеличенного чувства ответственности за других. По этой причине Я-психология не вполне различает случаи, когда пациент напрямую страдает от нарциссических ран и поэтому требует заботы, предписываемой Я-психологией. Когда пациент ведет себя как если бы ему была необходима забота, для того чтобы не отвергать психотерапевта, которому, как он считает, нравится заботиться о нем. Более того, пациент, который в результате симбиотических отношений с тревожной матерью, пришел к выводу, что он не имеет права чувствовать что-либо отличное от ее чувств, может желать от своего терапевта способности к эмпатии в узком смысле слова, а быть и чувствовать себя отдельным.

Настоящая теория также связана с когнитивной психологией (Beck, Rush, Show & Emery, 1979; Persons, 1989). Обе теории сходятся на том, что пациент страдает от дезадаптивных убеждений и что психотерапия — это процесс, в котором терапевт помогает пациенту изменить такие убеждения. Обе теории интересуются сходными типами патогенных убеждений. Однако в настоящей теории в большей мере, чем в когнитивной психологии присутствует уверенность в том, что на психопатологию оказывают влияние очень небольшое количество широких убеждений, сформированных в раннем детстве и отражающих заинтересованность младенца или маленького ребенка в его отношениях с родителями.

Две эти теории различны также в том, каким образом терапевт может помочь пациенту изменить его дезадаптивные убеждения.

Согласно когнитивной психологии, пациент может не отдавать себе отчета в том, что у него есть эти убеждения. Терапевт с помощью обсуждений и вопросов фокусирует внимание пациента на убеждениях, чтобы помочь ему понять, что эти убеждения ложны и дезадаптивны. Настоящая теория исходит из того, что такие убеждения могут быть бессознательными и вытесненными. Терапевт помогает пациенту осознать убеждения и изменить их не только с помощью интерпретаций, но и с помощью прохождения тестов пациента. В противоположность когнитивной терапии, настоящая теория утверждает, что терапевт иногда может помочь пациенту изменить его патогенные убеждения без использования интерпретаций, вопросов и дискуссий. Он может помочь пациенту, просто пройдя его тестирование.

Настоящая теория находится в согласии с мнением Александра и Фрэнча (1946) о полезности корректирующего эмоционального опыта. Обе теории предпочитают индивидуальный подход к каждому случаю и сходятся в том, что пациент может извлечь пользу из общения с терапевтом. Однако настоящая теория рассматривает ценность корректирующего эмоционального опыта в более подходящем теоретическом контексте. Корректирующий эмоциональный опыт не имеет смысла в контексте теории Фрейда 1911—1915 годов, потому что, согласно этой теории, бессознательное не содержит патогенных убеждений, которые можно было бы изменить новым эмоциональным опытом. Он имеет смысл в контексте настоящей теории, поскольку эта теория утверждает, что пациент страдает от патогенных убеждений, и поэтому ему может быть полезно переживание, направленное против этих убеждений.

В противоположность теории Александра и Фрэнча, настоящая теория содержит точное определение того типа эмоционального опыта, который может быть полезен пациенту. Это такие переживания, которых сам пациент ищет, тестируя свои патогенные убеждения во взаимоотношениях с терапевтом. В дополнение к вышесказанному, настоящая теория отличается от теории Александра и Фрэнча еще и тем, что позволяет терапевту убедиться, что он на правильном пути. Если через какое-то время терапевт пройдет тестирование пациента, то у пациента будет наблюдаться улучшение. Если же этого не произойдет, пациент либо вернется назад, либо зайдет в тупик.

Теория, предложенная в этой книге, находит подтверждение в психологии развития. Например, ее интерес к гипотезе высшего психического функционирования и взгляд на психологические феномены с точки зрения их адаптивности поддерживается исследованиями детского развития Стерна (1985) и других (Brazelton & Yogman, 1989, Emde, 1989). Как осуждалось в главе 2, Стерн показал, что ребенок сильно мотивирован для того, чтобы адаптироваться к межличностному миру. Работая над этим, ребенок использует высшие психические функции; например, он генерирует и тестирует гипотезы о том, как он может воздействовать на мать и как мать может реагировать на это.

Настоящая теория совпадает с представлениями здравого смысла о том, каким образом один человек может помочь другому. Она утверждает, что в зависимости от обстоятельств (зависящих от патогенных убеждений пациента) терапевт может помочь пациенту, подбадривая или поддерживая его, или конфронтируя с его самодеструктивным поведением, или используя свой авторитет, чтобы защитить пациента от опасности.

В противоположность большинству современных психоаналитических теорий, настоящая теория предполагает, что центральным организующим мотивом пациента является адаптация к окружающему миру. Интерес настоящей теории к адаптации находит поддержку в теории Джона Боулби (1969). Такой интерес находится в противоречии с теорией 1911—1915 годов, в которой едва ли есть место стремлению к адаптации. В дополнение к этому, в ранней теории психики, на основании которой Фрейд в 1911—1915 годах построил теорию техники, почти нет места роли опыта в развитии, исключая утверждение о том, что ребенок движим крайней жизненной необходимостью достичь исполнения галлюцинаторных желаний и найти удовлетворение во внешнем мире (Freud, 1900).

В поздних работах Фрейд писал, в основном в коротких теоретических пассажах, о важности стремления к адаптации. Например, в “Основах психоанализа” (1940а) он написал о том, что человек движим желанием защитить себя (р. 199), и, производя тестирование реальности (р. 199), он регулирует свое поведение, пользуясь критерием опасности и безопасности (р.199), и прилагает усилия к тому, чтобы достичь контроля над своими стремлениями и инстинктами (р. 144).

Другие теоретики, пришедшие в науку после Фрейда, например, Хартманн (1956а, 1956б), тоже писали о стремлении человека к адаптации. Однако ни Хартманн, ни другие теоретики не видели в стремлении пациента к адаптации центрального организующего мотива. Более того, мысль о важности желания адаптироваться, присутствующая в теориях, практически не повлияла на мышление клиницистов, которые продолжают относиться к пациентам так, как будто они мотивированы главным образом сексуальными и агрессивными импульсами и не хотят адаптироваться к окружающему их миру. Например, современные аналитики считают интерпретации в терминах сексуального желания, зависти, ревности, гнева, ненависти и т.д. главными. С их точки зрения, если терапевт продемонстрировал, что какое-либо поведение вызвано мотивами этого рода, он уже сделал все для того, чтобы его объяснить. Если, как я полагаю, сексуальное желание, зависть, ревность, гнев, ненависть и т.д. возникли из патогенных убеждений, то “демоническое” в человеческой жизни не поддерживается непосредственно инстинктами. Они могут поддерживаться совестью. Например, как описано в главе 2, женщина-пациент испытывала переполняющее ее дезадаптивное сексуальное влечение к мужчинам как следствие вины выжившего перед матерью. Она была горда, что осуществляла контроль над сексуальностью, но развила чувство, что переполнена своей сексуальностью как следствием ее чувства вины за то, что она лучше, чем ее мать, которая не обладала подобным контролем. Как только терапевт помог ей понять, что переполняющее ее сексуальное влечение происходит из чувства вины, она вновь смогла его контролировать.

Мой технический подход отличается от других тем, что рекомендует терапевту в любой момент терапии развивать настолько ясное представление о пациенте и его проблемах, насколько это возможно при текущем количестве информации о нем. С самого начала терапии терапевт старается сформулировать патогенные убеждения, цели и планы пациента и понять, как они возникли в его детстве. Он расширяет и уточняет свои выводы по мере того, как изучает пациента в процессе терапии. Ясные формулировки делают возможным для терапевта увидеть непрерывность в разнообразных и сменяющихся аффектах, импульсах и поведении пациента, чтобы разоблачить патогенные убеждения и достичь своих целей.

Формулировка хорошего плана — решающий фактор, поскольку единственное техническое правило достаточно широко для того, чтобы дать оптимальное руководство в работе с каждым пациентом: “Необходимо определить патогенные убеждения пациента и его цели и помочь ему разувериться в этих убеждениях и преследовать эти цели”. Нет таких правил, как бы тонки они ни были, включая правило “Поддерживать атмосферу абстиненции”, или “Выражать эмпатию к пациенту или высокую оценку его перспектив”, или “Исследовать сопротивление пациента, стоящее за сменной тем”, которые были бы достаточно широки, чтобы вместить в себя все патогенные убеждения пациента, от которых страдает пациент, и все способы, с помощью которых он вместе с терапевтом может тестировать их.

Терапевт, основывающий свою технику на подобных правилах, может предполагать, что он анализирует сопротивление исходить из анализа вытеснения или фрустрирует подавленные импульсы. Однако, с точки зрения пациента, терапевт демонстрирует либо симпатию к его целям, либо негативное отношение, либо индифферентность. Пациент всегда заинтересован в том, чтобы быть уверенным в несогласии терапевта с его патогенными убеждениями и в симпатии к его целям. Независимо от намерений терапевта, это является тем, что интересно пациенту, что он наблюдает и на что реагирует.

Терапевт показывает пациенту, что в процессе терапии он работает над опровержением небольшого числа патогенных убеждений и достижением небольшого числа целей. Еще терапевт помогает пациенту понять, как патогенные убеждения возникли в раннем детстве, в реальном взаимоотношении с родителями, в результате естественных усилий поддерживать глубокие связи с ними. Таким образом, терапевт может помочь пациенту избавиться от чувства, будто он с рождения “не такой”, ущербный или плохой. Пациент начинает понимать, что и другой ребенок, столкнувшийся с аналогичной реальностью, мог бы развить похожие патогенные убеждения, и что симптомы — не мистический процесс, но попытка адаптироваться к его реальности.

ЛИТЕРАТУРА

- Alexander, F. & French, T. M. (1946) *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. — NY: Ronald Press.
- Asch, S. (1976) *Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 383—407.
- Balson, P. (1975) *Dreams and fantasies as adaptive mechanisms in prisoners of war in Vietnam*. — Unpublished manuscript written in consultation with M. Horowitz and E. Erickson. (On file at the San Francisco psychoanalytic Institute).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. — NY: Guilford Press.
- Beres, D. (1958) *Certain aspects of superego functioning*. — *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 324—351.
- Bernfield, S. (1941) *The facts of observation in psychoanalysis*. — *International Review of Psychoanalysis*, 12(3), 342—351.
- Bibring, E. (1954) *Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2(1), 245—270.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and loss: vol. 1. Attachment*. — NY: Basic Books.
- Brazelton, T. B. & Yogman, M. W. (eds.) (1989) *Affective development in infancy*. — Norwood, NJ: Ablex.
- Broitman, J. (1985) *Insight, the mind's eye: An exploration of three patients' processes of becoming insightful*. (Doctoral dissertation, Wright Institute Graduate School of Psychology) — *Dissertation Abstracts International*, 1985, 46(8b) — University Microfilms no. 85—20, 425).
- Brown, S. (1985) *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery*. — NY: Wiley.
- Brown, S. (1988) *Treating adult children of alcoholics: A developmental perspective*. — NY: Wiley.
- Bruner, J. S. (1977) *Early social interaction and language acquisition*. — In: Schaffer, H. R. (ed.) *Studies in mother-infant interaction*. — London: Academic Press.
- Bugas, J. (1986) *Adaptive regression in the therapeutic change process* (Doctoral dissertation, Pacific Graduate School of Psychology). — *Dissertation Abstracts International*, 1986, 47(7b) — University Microfilms no. 86—22, 826).
- Bush, M. & Gassner, S. (1986) *The immediate effect of the analyst's termination interventions on the patient's resistance to termination*. In: Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.).

The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research (pp. 299—320). — NY: Guilford Press.

Caston, J. (1986) *The reability of the diagnosis of the patient's unconscious plan*. — In: Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research* (pp. 241—255). — NY: Guilford Press.

Coltrera, J. & Ross, N. (1967) *Freud's psychoanalytic technique — from beginnings to 1923*. In: Wolman, B. (ed.) *Psychoanalytic techniques: A handbook of the practicing psychoanalyst* (pp. 13—50). — NY: Basic Books.

Curtis, J. & Silberschatz, G. (1986) *Clinical implications of research on brief psychodynamic psychotherapy: I. Formulating the patient's problems and goals*. — *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 13—25.

Dahl, H. (1980, May) *New directions in affect theory*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychoanalytic Association, NY.

Dahl, H., Kachele, H. & Thoma, H. (eds.) (1988) *Psychoanalytic process research strategies*. — Berlin: Springer-Verlag.

Davilla, L. (1992) *The immediate effects of therapist's interpretations on patient's plan progressiveness*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology.

Dewald, P. A. (1976) *Transference regression and real experience in the psychoanalytic process*. — *Psychoanalytic Quarterly*, 45(2), 213—230.

Dewald, P. A. (1978) *The psychoanalytic process in adult patient — Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 323—332.

Edelstein, S. (1992) *Insight and psychotherapy outcome*. Unpublished doctoral dissertation, Wright Institute Graduate School of Psychology.

Emde, R. N. (1989) *The infant's relationship experience: Developmental and affective aspects*. — In: Sameroff, A. J. & emde, R. N. (eds.) *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 33—51). — NY: Basic Books.

Fretter, P. (1984) *The immediate effects of transference interpretations on patients' progress in brief, psychodynamic therapy* (Doctoral dissertation, University of San Francisco). — *Dissertation Abstracts International*, 1985, 46(6a) — University Microfilms no. 85—12, 112).

Freud, A. (1936) *The ego and the mechanisms of defense*. — NY: International Universities Press, 1946.

Freud, A. (1959) Paper presented at the San Francisco Psychoanalytic Institute.

Freud, S. (1900) *The interpretation of dreams*. Standard edition, 4, 1—338; 5, 339—627. — London: Hogarth Press, 1953.

Freud, S. (1901) *On dreams*. Standard edition, 5, 633—686. — London: Hogarth Press, 1953.

Freud, S. (1905) *On psychotherapy*. Standard edition, 7, 255—568. — London: Hogarth Press, 1953.

Freud, S. (1911) *Formulations on the two principles of mental functioning*. Standard edition, 12, 213—226. — London: Hogarth Press, 1958.

- Freud, S. (1911–1915) *Papers on technique*. Standard edition, 12, 83–171. — London: Hogarth Press, 1958.
- Freud, S. (1920) *Beyond the pleasure principle*. Standard edition, 18, 3–64. — London: Hogarth Press, 1955.
- Freud, S. (1923) *The ego and the id*. Standard edition, 19, 3–66. — London: Hogarth Press, 1961.
- Freud, S. (1926a) *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. Standard edition, 20, 77–175. — London: Hogarth Press, 1959.
- Freud, S. (1926b) *Psycho-analysis*. Standard edition, 20, 259–270. — London: Hogarth Press, 1959.
- Freud, S. (1933) *New inductive lectures on psycho-analysis*. Standard edition, 22, 3–182. — London: Hogarth Press, 1964.
- Freud, S. (1937) *Analysis terminable and interminable*. Standard edition, 23, 209–253. — London: Hogarth Press, 1964.
- Freud, S. (1940a) *An outline of psycho-analysis*. Standard edition, 23, 141–207. — London: Hogarth Press, 1964.
- Freud, S. (1940b) *Splitting of the ego in the process of defense*. Standard edition, 23, 272–278. — London: Hogarth Press, 1964.
- Gassner, S. (1989) *The management and treatment of anxiety in psychotherapy*. Paper presented at the 15-th Annual Midwinter Program in Continuing Education for Psychiatrists, University in California — Davis, 1989.
- Gassner, S., Sampson, H., Weiss, J. & Brumer, S. (1982) *The emergence of warded-off contents*. — *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 5 (1), 55–75.
- Gitelson, M. (1962) *The curative factors in psychoanalysis*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 194–205.
- Gottschalk, L. A. (1974) *The application of a method of content analysis to psychotherapy research*. — *American Journal of Psychotherapy*, 28 (4) 488–499.
- Greenberg, R., Katz, H., Schwartz, W. & Pearlman, C. (1992) *Research based reconsideration of the psychoanalytic theory of dreaming*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(2), 531–550.
- Greenson, R. R. (1965) *The working alliance and the transference neurosis*. — *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155–181.
- Greenson, R. R. (1967) *The technique and practice of psychoanalysis*, vol.1. — NY: International Universities Press.
- Hartmann, H. (1939) *Ego psychology and the problem of adaptation*. — NY: International Universities Press, 1958.
- Hartmann, H. (1956a) *Notes on the reality principle*. In: Hartmann, H. *Essays on ego psychology* (pp. 241–267). — NY: International Universities Press, 1964.
- Hartmann, H. (1956b) *The development of the ego concept in Freud's work*. In: Hartmann, H. *Essays on ego psychology* (pp. 268–296). — NY: International Universities Press, 1964.
- Horowitz, M. J. (1991) *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*. — Chicago: University of Chicago Press.

- Horowitz, M. J. & Stinson, C. (1991) University of California, San Francisco, Center for the Study of Neuroses. Program on Conscious and Unconscious Mental Processes. In: Beutler, L. & Crago, M. (eds.) *Psychotherapy research: An international review in programmatic studies* (Chap. 13, pp. 107–114). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kanzer, M. & Blum, H. (1967) *Classical psychoanalysis since 1939*. — In: Wolman, B. (ed.) *Psychoanalytic Techniques: A Handbook for Practicing Psychoanalysts* (pp. 138–139). — NY: Basic Books.
- Kelly, T. (1989) *Do therapist's interventions matter?* Unpublished doctoral dissertation, NY University.
- Kernberg, O. F. (1987) *The structural diagnosis of borderline personality organization*. — In: Hartocollis, P. (ed.) *Borderline personality disorders* (pp. 87–121). — NY: International University Press.
- Kernberg, O. F. (1987) *Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 795–819.
- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T. & Kiesler, D. J. (1970) *The Experiencing Scale: A research and training manual*, vol. 1 and 2. — Madison, WI: Psychiatric Institute, Bureau of audio visual instruction.
- Kohut, H. (1959) *Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459–483.
- Kohut, H. (1971) *The analysis of the self: a systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. — NY: International University Press.
- Kohut, H. (1984) *How does analysis cure?* — Chicago: University of Chicago Press.
- Kris, E. (1950) *On preconscious mental processes*. — In: Kris, E. *The selected papers of Ernst Kris* (pp. 217–236). — New Haven, CT: Yale University Press, 1975.
- Kris, E. (1951) *Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy*. — In: Kris, E. *The selected papers of Ernst Kris* (pp. 237–251). — New Haven, CT: Yale University Press, 1975.
- Kris, E. (1956a) *On some vicissitudes of insight in psychoanalysis*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 445–455.
- Kris, E. (1956b) *The recovery of childhood memories in psychoanalysis*. — In: Kris, E. *The selected papers of Ernst Kris* (pp. 301–340). — New Haven, CT: Yale University Press, 1975.
- Langs, R. (1979) *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. — NY: Jason Aronson.
- Langs, R. (1979) *The therapeutic environment*. — NY: Jason Aronson.
- Lichtenberg, J. (1983a) *Psychoanalysis and infant research*. — Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lichtenberg, J. (1983b) *The influence of values and value judgment on the psychoanalytic encounter*. — *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 647–664.

Lichtenberg, J. (1989) *Psychoanalysis and motivation*. — Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Linsner, J. P. (1987) *Therapeutically effective and ineffective insight: The immediate effects of therapist behavior on a patient insight during short-term dynamic therapy* (Doctoral dissertation, City University of NY). — *Dissertation Abstracts International*, 1988, 48(12b) — University Microfilms no. 88—01, 731.

Lipton, S. (1967) *Later developments in Freud's technique (1920—1939)*. — In: Wolman, B. (ed.) *Psychoanalytic Techniques: A Handbook for Practicing Psychoanalysts* (pp. 51—92). — NY: Basic Books.

Loewald, H. (1960) *On the therapeutic action of psychoanalysis*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 17—33.

Loewald, H. (1979) *The waning of the Oedipus complex*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 751—775.

Loewenstein, R. M. (1954) *Some remarks on defenses, autonomous ego and psychoanalytic technique*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 35, 188—193.

Lomas, P. (1982) *The limits of interpretation*. — Northvale, NJ: Jason Aronson.

Luborsky, L. (1988) *Who will benefit from psychotherapy?* — NY: Basic Books.

Mahl, G. F. (1956) *Disturbances and silences in the patient's speech in psychotherapy*. — *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 1—15.

Modell, A. (1965) *On having the right to a life: An aspect of the superego's development*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, 323—331.

Modell, A. (1971) *The origin of certain forms of pre-Oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 337—346.

Norville, R. (1989) *Plan compatibility of interpretations and brief psychotherapy outcome* (Doctoral dissertation, Pacific Graduate School of Psychology). — *Dissertation Abstracts International*, 50 (12), 5888B. — University Microfilms no. 90—12, 770.

O'Connor, L., Edelstein, S., Berry, J. & Weiss, J. (submitted for publication) *The pattern of insight in brief psychotherapy: A series of pilot studies*.

Persons, J. (1989) *Cognitive therapy in practice. A case formulation approach*. — NY: Norton.

Rangell, L. (1969a) *The intrapsychic process and its analysis: A recent line of thought and its current implications*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 65—77.

Rangell, L. (1969b) *Choice, conflict, and the decision-making function of the ego: A psychoanalytic contribution to the decision theory*. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 599—602.

Rangell, L. (1981a) *From insight to change*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 119—141.

Rangell, L. (1981b) *Psychoanalysis and dynamic psychotherapy: Similarities and differences twenty-five years later*. — *Psychoanalytic Quarterly*, 50, 665—693.

Ransohoff, P., Drucker, C. & Sampson, F. (1987, December) *Changes a patient makes during analysis: An empirical demonstration*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychoanalytic Association, NY.

Rosenberg, S., Silberschatz, G., Curtis, J., Sampson, H. & Weiss, J. (1986) *The plan diagnosis method: A new approach to establishing reliability for psychodynamic formulations*. — *American Journal of Psychiatry*, 143(11), 1454–1456.

Shilkret, C., Isaacs, M., Drucker, C. & Curtis, J. T. (1986) *The acquisition of insight*. — In: Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research* (pp. 206–217). — NY: Guilford Press.

Silberschatz, G., Sampson, H. & Weiss, J. (1986) *Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications*. — In: Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research* (pp. 267–276). — NY: Guilford Press.

Silberschatz, G. & Curtis, J. T. (1986) *Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy: II. How the therapist helps or hinders therapeutic progress*. — *Psychoanalytic Psychology*, 3(1), 27–37.

Silberschatz, G. & Curtis, J. T. (in press) *Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress*. — *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Silberschatz, G., Fretter, P. & Curtis, J. T. (1986) *How do interpretations influence the process of psychotherapy?* — *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 646–652.

Stern, D. (1985) *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. — NY: Basic Books, 1985.

Stolorow, R. D. & Lachmann, F. M. (1984–1985) *Transference: The future of an illusion*. — *Annual of Psychoanalysis*, 12–13, 19–37.

Stachey, J. (1934) The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127–159.

Sullivan, H. S. (1940) *Conceptions of modern psychiatry: The first William Alanson White Memorial Lectures*. — *Psychiatry*, 3(1), 1–117.

Thoma, H. & Kachele, H. (1992) *Psycho-analytic practice: Two clinical studies*. — Berlin: Springer-Verlag.

Wallerstein, R. S. (1986) *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. — NY: Guilford Press.

Weinshel, E. M. (1970) *The ego in health and normality*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 682–735.

Weiss, J. (1971) The emergence of new themes: A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. — *International Journal of Psycho-Analysis*, 52 (4), 459–467.

Weiss, J. (1952) *Crying at the happy ending*. — *Psychoanalytic Review*, 39 (4), 338.

Weiss, J. (1990) *Unconscious mental functioning*. — *Scientific American*, 262(3), 103—109.

Weiss, J. (1992, June) *Our studies of the changes in the patients's level of insight in brief psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.

Weiss, J. (in press) *Empirical studies of the therapeutic process*. — *Journal of the American Psychoanalytic Association*.

Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.) (1986) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research*. — NY: Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1965) *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. — NY: International Universities Press.

Winson, J. (1990) *The meaning of dreams*. — *Scientific American*, 262(3), 86—96.

Zahn-Waxler, C. & Radke-Yarrow, M. (1982) *The development of altruism: Alternative research strategies*. — In: Eisenberg, N. (ed.) *The development of pro-social behavior* (pp. 109—137). — San Diego: Academic Press.

Zetzel, E. R. & Meissner, W. W. (1973) *Basic concepts of psychoanalytic psychiatry*. — NY: Basic Books.

СОДЕРЖАНИЕ

То, что вы хотели знать о психотерапии, но всегда боялись спросить. <i>Предисловие М.Н. Тимофеевой</i>	5
Предисловие Гарольда Сэмпсона	7
Вступление и благодарности	12
Часть 1. ТЕХНИКА ПСИХОТЕРАПИИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА	14
1. Введение	14
Обзор основной теории	15
Бессознательная работа пациента	20
Техника	26
Отличительные особенности данной теории	30
2. Аффект, мотивация и адаптация	36
Концепция реальности у раннего и позднего Фрейда	36
Эмпирические исследования Даниэля Штерна	38
Первые попытки человека адаптироваться	39
Другие аспекты адаптации в настоящей теории	41
Отношения между стыдом и виной	54
Заключение	55
3. Задача терапевта	57
Сравнение теории 1911—1915 годов и представленной здесь теории: должен ли терапевт оставаться нейтральным или поддерживать планы пациента?	60
Рекомендации Кохута	75
Другие случай-неспецифичные подходы	78
Корректирующий эмоциональный опыт	79
Заключение	81
4. Выводы о планах пациента по нескольким первым психотерапевтическим сессиям	83
Оценка утверждений пациента о своих целях	84
Оценка отношений пациента с родителями в детстве	86
Аффективная реакция психотерапевта на пациента	93
Реакция пациента на психотерапевта	97
Другие клинические примеры	98
Работа с планами пациента при короткой терапии	102
5. Тестирование	105
Выводы о способах тестирования пациента	105
Характеристики тестов	106

Тестирование отношением	115
Как различить трансферентные тесты и тесты со сменой пассивной позиции на активную	118
Тестирование со сменой пассивной позиции на активную	122
Тестирование, доставляющее неудобство психотерапевту	126
Когда психотерапевт не проходит тесты пациента	132
Заключение	139
6. Интерпретации	142
Первая задача терапевта — помочь пациенту чувствовать себя в безопасности	143
Характеристики хороших интерпретаций	144
Антиплановые интерпретации	152
Трансферентные интерпретации против нетрансферентных интерпретаций	155
7. Использование психотерапевтом снов	157
Сновидения и их адаптивная функция	157
Сны военнопленных: примеры адаптивного значения сновидений	158
Сновидения могут нести простое, но важное сообщение	160
Как человек определяет смысл своих снов	161
Адаптивное значение вспоминания снов	166
Что психотерапевт может узнать из снов пациента	170
Ценность интерпретации снов	177
Заключение	179
Часть 2. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И СРАВНЕНИЕ ТЕОРИЙ	180
8. Эмпирический базис теории	180
Методы исследования	180
Предположения и результаты исследований, подтверждающие их	181
9. Отношения настоящей теории к теории Фрейда 1911—1915 годов и его поздним теориям	205
Развитие гипотезы высшего психического функционирования	206
Поздняя теория Фрейда привела к новым объяснениям клинических феноменов	210
Некоторые технические приложения поздней теории Фрейда	211
10. Сравнение настоящей теории с другими современными теориями	217
Литература	223

Джозеф Вайсс
КАК РАБОТАЕТ ПСИХОТЕРАПИЯ
Процесс и техника

Научный редактор
М.Н. Тимофеева

Редактор
А.Н. Печерская

Ответственный за выпуск
И.В. Тепикина

Компьютерная верстка
С.М. Пчелинцев

Главный редактор и издатель серии
Л.М. Кроль

Научный консультант серии
Е.Л. Михайлова

Изд. лиц. № 061747
Подписано в печать 20.07.1998 г.
Формат 60×88/16
Усл. печ. л. 15. Уч.-изд. л. 11,5

ISBN 0-89862-548-3 (USA)
ISBN 5-86375-069-3 (РФ)

М.: Независимая фирма “Класс”, 1998.

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.
www.igisp.ru E-mail: igisp@igisp.ru

www.kroll.igisp.ru
Купи книгу “У КРОЛЯ”