

Джозеф Вайсс

КАК РАБОТАЕТ ПСИХОТЕРАПИЯ

Процесс и техника

Перевод с английского А.Б. Образцова

Joseph Weiss

HOW PSYCHOTHERAPY WORKS

Process and Technique

Библиотека психологии и психотерапии

Выпуск 53

Москва

Независимая фирма "Класс"

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*

ISBN 0-89862-548-3 (USA)

ISBN 5-86375-069-3 (РФ)

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

© 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.psybooks.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 психоаналитически-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 неадаптивны. 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 неоспоримых 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 влечений, 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 Бройтмэн, 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 следующей 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 несознательную 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 попытаться 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 психоаналитика 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 убеждения с минимальным риском. В некоторых случаях пациенту удастся 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 подвергла 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, поддобирающей дочь. 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 Андреа 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 убедиться, 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 ущербным, 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 равные отношения с психотерапевтом, 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 мыслей, 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; 1926a, 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 детстве 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?”