

Современная
психотерапия

Лестер Люборски

Принципы психоаналитической психотерапии

Руководство
по поддерживающему
экспрессивному
лечению



COGITO
CENTRE
NT

Современная психотерапия (Когито-Центр)

Лестер Люборски

**Принципы психоаналитической
психотерапии: Руководство
по поддерживающему
экспрессивному лечению**

«Когито-Центр»

1984

УДК 159.9
ББК 88

Люборски Л.

Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Л. Люборски — «Когито-Центр», 1984 — (Современная психотерапия (Когито-Центр))

ISBN 978-5-89353-642-3

В руководстве, написанном известным американским психотерапевтом-исследователем, систематически излагаются принципы и стратегии проведения психоаналитически ориентированной краткосрочной психотерапии. Читатель шаг за шагом на материале многочисленных клинических примеров знакомится с техническими приемами и способами «психотерапевтического мышления». В конце книги предлагаются простые в применении методики исследования эффективности терапии, в том числе методы оценки «терапевтического альянса» и качества терапевтической деятельности. Книга будет полезна психотерапевтам и исследователям психотерапии. В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9

ББК 88

ISBN 978-5-89353-642-3

© Люборски Л., 1984
© Когито-Центр, 1984

Содержание

Предисловие	6
Предисловие автора	8
Часть I	11
Глава 1	11
Задачи книги	11
Основные положения психоаналитически ориентированной психотерапии	13
Содержание книги	16
Глава 2	17
Вопрос 1: Что изменяется?	19
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Лестер Люборски
**Принципы психоаналитической
психотерапии: Руководство
по поддерживающему
экспрессивному лечению**

*Трем поколениям психотерапевтов посвящается:
Первому – Зигмунду Фрейду, создателю базовых методов.
Второму – преподавателям Фонда Меннингера, которые обучают
методам терапии.
Третьему – исследователям направлений психотерапии,
изучающим эти методы.*

Современная
психотерапия

Lester Luborsky

Principles of
PSYCHOANALYTIC
PSYCHOTHERAPY

A MANUAL FOR SUPPORTIVE&EXPRESSIVE TREATMENT

New York
Basic Books, Inc., Publishers

Переводчики:
Е. С. Калмыкова, М. А. Падун

© «Когито-Центр», перевод на русский язык, оформление, 2002

Предисловие

Можно сказать, что в целом психотерапия зарекомендовала себя как эффективный метод лечения. Многие пациенты, обращающиеся к психотерапевтам в связи с различными симптомами (навязчивые движения и мысли, депрессия, тревожность, соматические проблемы, не связанные с органическими причинами), испытывают улучшения после терапии. По сравнению с первоначальными задачами (которые включали лечение определенных заболеваний, таких, как обсессивно-компульсивный невроз или истерия) область применения психотерапевтического лечения существенно расширилась и теперь включает также личностные и психологические проблемы и даже проблемы «оптимизации» социальной и межличностной эффективности. Независимо от состояния пациента, будь то серьезное заболевание или отдельные психологические проблемы, психотерапия оказалась эффективным методом психологической помощи, что подтверждается многими исследованиями (Luborsky, Singer, and Luborsky, 1975; Bergin and Lambert, 1978; Smith, Glass, and Maller, 1980).

Несмотря на явные достоинства психотерапии, огромное количество проблем остается нерешенным. Это обусловлено разнородностью состояний людей, которые обращаются за помощью, множеством психотерапевтических методов, претендующих на эффективность, а также огромным количеством терапевтов, имеющих самые разные убеждения. Все эти факторы требуют более четких ответов на вопрос: какой вид терапии, у какого психотерапевта, для какого пациента и в каком психологическом состоянии будет эффективен? Технология психотерапии, в отличие от медицины, считается «мягкой». Здесь воздействие осуществляется в основном с помощью слова. Искусство психотерапии требует творческого, тонкого, комплексного подхода к пациенту, подобно творчеству музыканта. Так, Гамлет, сравнивая себя с флейтой, говорил вмешивающимся в его дела Розенкранцу и Гилденстерну: «Вы уверены, что выжмете из меня голос моей тайны. Вы воображаете, что все мои ноты снизу доверху вам открыты. А эта маленькая вещица нарочно приспособлена для игры, у ней чудный тон, и тем не менее вы не можете заставить ее говорить. Что ж вы думаете, я хуже флейты?»¹ В связи с тем, что область применения психотерапии достаточно широка и число людей, ищущих психотерапевтической помощи, весьма значительно, количество исследований эффективности и безопасности методов психотерапии неуклонно растет. К затруднениям, с которыми сталкивается эта деятельность, относится 250 направлений психотерапии и 150 категорий расстройств, при которых психотерапия показана; получается матрица, состоящая из 37 500 ячеек! Прежде всего следует начинать с выяснения того, какая терапия, проводимая каким терапевтом, для какого расстройства показана.

Психотерапию называют ремеслом. Это понятие позволяет лишь описать метод, с помощью которого осуществляется терапия. Чтобы определить, насколько умелым является ремесленник, необходимо четко представлять, что есть данное ремесло. Психодинамическая психотерапия, корни которой лежат в психоанализе, представляет собой один из наиболее часто применяемых и, что любопытно, один из наименее изученных на предмет эффективности методов.

Данная книга описывает способы изучения эффективности психодинамически ориентированной психотерапии. Лестер Люборски, опытный психотерапевт, психоаналитик, а также выдающийся учитель и исследователь, излагает базовые принципы «поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии». Он описывает лечение расстройств, при которых люди действуют против самих себя недоступными сознанию способами. Вскрытие мотивов, целей, методов конфронтации между «Я» и другими, а также сущно-

¹ Перевод Б. Пастернака

сти отношений между пациентом и терапевтом («перенос») является основой терапии. Четкие критерии, установленные доктором Люборски относительно практики поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии, подкрепленные специальными примерами, дают возможность делать выводы относительно способности терапевта применять эти техники, а также адекватности их применения в тех или иных случаях. С помощью данного руководства исследователь может продолжить изучение эффективности тех или иных элементов психотерапии или их комбинаций, необходимых для достижения положительных терапевтических результатов при определенных расстройствах.

Руководство выполняет еще одну важную функцию. Оно может быть использовано как для обучения психотерапии, так и для совершенствования уже имеющихся навыков. Руководство дает важную ориентировочную схему процессов, характерных для данной формы терапии. Эта ориентировочная схема раскрывает сущность техник и, таким образом, дает возможность обучающемуся глубже проникнуть в тайну терапевтического воздействия.

В дополнение к четкому изложению терапевтического процесса и клинических примеров, которые иллюстрируют этапы терапии, Люборски понятно и отчетливо проясняет теорию терапии. Обоснованное им выделение в терапии специфических и неспецифических факторов весьма полезно, так как стимулирует дальнейшие исследования влияния различных факторов на процесс лечения. Фокус внимания при этом направлен на природу терапевтических отношений и реакций на них пациента и терапевта, расширение понимания сущности переноса и его использования посредством уточнения темы конфликтных отношений. Исследователи психотерапии найдут в этом руководстве много скромно представленных «жемчужин», таких, как принципы оценки продвижения в терапии, а также операциональные критерии бессознательных психологических процессов.

Это очень нужная книга. Она заполняет собой пробел в исследованиях результатов психотерапии, предлагая дидактические методы и теоретические гипотезы относительно психодинамики изменений, которые происходят в терапии в контексте взаимоотношений двух людей.

*Д-р Филип С. Хольцман
Профессор психологии
Гарвардский университет
Кембридж, Массачусетс*

Предисловие автора

В течение многих лет настоящее руководство по психоаналитически ориентированной психотерапии в основном применялось при проведении обучающих тренингов в Отделении психиатрии университета Пенсильвании. Однако переворот, произошедший в психотерапевтических исследованиях около десяти лет назад, потребовал написания стандартного руководства для более эффективной реализации методов и теоретических принципов различных направлений терапии, а также для их сравнения. Настоящее руководство было одним из первых подобных учебных пособий. Теоретические принципы, техники и стратегии, представленные здесь, основаны на обширных клинических исследованиях. Руководство для психотерапевтов, исследователей и супервизоров было создано в результате практической работы в области психоаналитически ориентированной психотерапии.

Моя цель состояла в том, чтобы собрать в книге наиболее репрезентативные и часто используемые техники из практики психоаналитически ориентированной психотерапии. В связи с тем, что по этому направлению написано много работ, важно было показать читателю, как появилась именно эта форма терапии, и отразить присущие ей специфические моменты.

Основные принципы данного руководства базируются на опыте обучения классическому психоанализу и психоаналитически ориентированной психотерапии (являющихся двумя наиболее часто практикуемыми формами терапии в Фонде Меннингера в течение 13 лет – 1947–1959). Термин «поддерживающая экспрессивная» пришел именно из психоаналитической психотерапии. Однако описанная в данном руководстве форма психотерапии не является новой версией психоаналитически ориентированной терапии, хотя и содержит важные ее компоненты. Термин «поддерживающая экспрессивная» имеет отношение к двум основным техникам лечения: поддержка достигается с помощью определенных взаимоотношений с терапевтом, экспрессивность – с помощью понимания выражаемых пациентом чувств.

Мой ранний опыт в данном направлении психотерапии был наиболее созидательным в течение пяти лет, когда пять моих коллег выступали в качестве супервизоров, при этом каждый из них был практикующим психотерапевтом и одновременно проходил анализ: д-р Лэвис Роббинс, д-р Михалина Фабиан, д-р Ирвин Картус, д-р Альберт Овер и д-р Карл Эпштейн. Я очень благодарен супервизорам из Фонда Меннингера, с которыми имел возможность в течение пяти лет познавать психоанализ с точки зрения пациента. Информация, полученная от трех супервизоров проводимого мной психоаналитического тренинга в Психоаналитическом институте Топека, также отражена в этом руководстве. Это д-р Отто Флейшман, д-р Петринелла Тибут и д-р Исаак Рамзи. Меня поразило, например, терпение д-ра Флейшмана и способность слушать пациента без каких-либо заключений и интерпретаций до тех пор, пока пациент не сформулирует нужный «материал».

В те годы моими коллегами, которые оказали воздействие на разработанную мной теорию и психотерапевтические техники, были: Рудольф Экштейн, Карл Меннингер, Вильям Пиус, Гельмут Кайзер, Ян Франк, Филип Нолзман, Мертон Гилл, Дэвид Раппапорт, Джордж Кляйн, Герберт Шлезингер, Роберт Р. Холт, Роберт Валлерштейн, Вальтер Касс, Маргарет Бренман, Бенджамин Рубинштейн, Пауль Бергман, Рой Шафтер, Мартин Мэйман, Отто Кернберг, Гарднер Мерфи, Луис Мерфи и Ховард Шервин. Я полагаю, мой терапевтический стиль отчасти сложился под влиянием их мнений и предложений.

Некоторые характеристики моего терапевтического стиля базируются на супервизии врачей-психиатров и психологов Отделения психиатрии Университета Пенсильвании, осуществленной в Филадельфии после 1959 года. Один из психиатров, которого я супервизировал, д-р Перри Берман, подтолкнул меня к созданию метода центральной темы конфликтных отношений (CCRT), описанного в главе 7 и приложении 4. Я помню времена, когда он настаивал

на том, что в процессе понимания главной темы отношений есть нечто большее, чем то, что я ему излагал. Он считал, что недостаточно просто сказать, что терапевт слушает для того, чтобы понимание пришло само собой, и настаивал на формулировании принципов, руководящих пониманием. Я попытался сформулировать эти принципы и пришел к созданию метода CCRT.

Некоторые принципы работы с техниками сложились из опыта супервизий. Кроме того, именно высокая оценка супервизорами ранней версии руководства, названного тогда «Задача психотерапевта» (1973), побудила меня в 1976 году к изданию этой книги. Я также получил заряд бодрости от признания моих заслуг и присуждения премии Департамента психиатрии за выдающееся мастерство в преподавании в 1977 году.

Окончательное решение опубликовать руководство было принято летом 1979 года после того, как два моих старых друга, а также коллеги по Фонду Меннингера прочитали проект руководства. Д-р Филип Хольцман рекомендовал мне включить в книгу историю вопроса и клинические примеры для лучшего усвоения теоретических принципов в соответствии с правилами написания учебного текста. Д-р Джеральд Аронсон оказал квалифицированное содействие в разработке теоретической основы поддерживающих экспрессивных (ПЭ) принципов и посоветовал изложить их более подробно.

Результаты исследований различных направлений психотерапии были взяты как из моих собственных работ, так и из работ других ученых. Мой опыт исследований психотерапии в течение нескольких десятилетий показывает, что воздействие результатов исследований психотерапии на практику оказалось меньшим, чем можно было бы ожидать. В 1969 году я даже написал скептическую статью: «Исследования до сих пор не могут оказать влияние на клиническую практику». Моя точка зрения согласовывалась со взглядом Карла Роджерса, который в 1960 году говорил, что его собственное исследование психотерапии (которое было до удивления обширно и охватывало множество аспектов) имело весьма небольшое влияние на его клиническую практику.

Однако в последнем десятилетии исследования психотерапии начали оказывать большее воздействие на клиническую практику. Я уже почти готов отказаться от своей точки зрения, изложенной в 1969 году, потому что несколько недавних исследований оставили значительный след в данном руководстве. Три основных направления этих исследований отражены в руководстве в следующих аспектах: (1) предсказательная ценность помогающего альянса (Luborsky, 1976a; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis, and Solomon, 1981; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis, and Cohen, 1983); (2) руководство по пониманию паттернов переноса, представленное с помощью центральной темы конфликтных отношений (CCRT) (Luborsky, 1977); и (3) вклад в разработку методов формирования пар «терапевт – пациент» (Luborsky and McLellan, 1981; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien and Druley, 1983; McLellan, Luborsky, O'Brien, Druley and Woody, 1983). За частичную поддержку этих исследований я хочу поблагодарить Общественный центр здоровья Соединенных Штатов (исследовательский грант № 40710).

Коллеги, друзья и родственники также оказали помощь при написании этого руководства и при подготовке его к публикации. Наибольший вклад внесли Филип Хольцман, Лесли Александер, Мэйджори Коген, Артур Ауэрбах, Джеральд Аронсон, Джордж Вуди, Фридрих Дж. Левин, Стенли Гринспан, Эллен Берман, Маршал Эдельсон, Джон Дочети, Пауль Джерин, Эллен Люборски, Рут Сэмсон Люборски, Лайз Люборски и Питер Люборски. Я хочу особенно поблагодарить Филипа Хольцмана за написание предисловия, а также за успешное сочетание деловых и дружеских отношений. Джо Энн Миллер и Тереза Крейг из издательства «Бэйсик букс» придали рукописи окончательный вид.

До публикации руководство прошло следующую апробацию: 1) работа по руководству студентов-психиатров четвертого года обучения и молодых психологов постдипломного обра-

зования Отделения психиатрии Университета Пенсильвании (1982–1983), руководитель отделения – д-р Эдвард Швейцер; 2) семинар в Отделении психотерапии Университета Ульм (декабрь 1982, декабрь 1983, организован д-ром Х. Кехеле и д-ром Х. Томэ).

В связи с тем, что супервизоры и терапевты взаимно обучали друг друга, я хочу особенно поблагодарить терапевтов, в числе которых были и студенты, и преподаватели, с которыми я провел более года, обсуждая проблемы их пациентов.

*Лестер Люборски, д-р философии
Филадельфия
январь 1984 г.*

Часть I

Базовые принципы и назначение руководства

Глава 1

Задачи книги и особенности терапевтического процесса

Задачи книги

Термином «психоаналитически ориентированная психотерапия» принято называть один из самых распространенных методов психотерапии. В Соединенных Штатах он широко применяется как в амбулаторных психиатрических клиниках, так и в частной практике (Feldman, Lorr, and Russel, 1958; Henry, Sims, and Spray, 1973). Несмотря на интенсивное развитие бихевиорального (Brady, 1970) и экзистенциального (Karasu, 1981) направлений терапии, психоаналитически ориентированная психотерапия продолжает развиваться и обогащаться все новыми методами (Parloff, 1979).

Хотя психоаналитически ориентированная психотерапия завоевала большую популярность, она нуждается в специальных исследованиях, как, впрочем, и другие виды терапии. Одна из главных проблем, которые предстоит решить, – это вопрос, почему эффективные техники в некоторых ситуациях оказываются недейственными. Для исследований результатов терапии требуются более чуткие инструменты, чем те методы, которые использовались прежде (Luborsky, Singer and Luborsky 1975, Smith, Glass and Miller 1980). Минимальные требования к подобным методам должны включать: (1) описание техник каждого вида психотерапии; (2) подробное руководство для терапевта по этим техникам; (3) способ определения степени готовности психотерапевта применять данную технику. Последним требованием, как правило, пренебрегают.

Автор данной книги делает попытку решить проблемы, связанные с исследованием эффективности психотерапии, в трех основных и пяти дополнительных разделах:

1. Основные понятия психоаналитически ориентированной психотерапии

В руководстве приводятся базовые принципы терапии, основа которых была заложена Фрейдом в его описании психоаналитических техник ([1911, 1912a, 1913a, 1914, 1915] 1958 V. 12). Кроме того, принципы терапии включают рекомендации более поздних авторов, основанные на многолетнем практическом опыте работы в Фонде Меннингера. Отличительные особенности психоаналитически ориентированной терапии описаны во второй части данной главы, а также в главе 2.

2. Обучение психотерапии с помощью данного руководства

Настоящая книга соответствует трем основным требованиям к руководству по психотерапии. (а) Рекомендации по терапии должны быть настолько полными, чтобы по ним можно было проводить лечение. Кроме того, в них должны быть описаны базовые техники, которые являются основой данного вида терапии. (б) В руководстве должны быть четко определены принципы психотерапии и описаны конкретные действия терапевта. Выполнение данного требования достигается максимально подробным описанием каждой техники с приведением примеров. (в) В качестве сопроводительного материала руководство должно иметь комплекс методик, определяющих степень владения терапевтом основными техниками (см. Приложение 5).

Несмотря на то, что существует достаточно много рекомендаций по психотерапии, настоящее руководство впервые отвечает всем описанным требованиям (Luborsky and DeRubies, 1984). За исключением руководств по классической бихевиоральной терапии данная книга является первым полным руководством по психотерапии.

3. Комплекс шкал, определяющих соответствие навыков психотерапевта требованиям руководства по психотерапии

Степень овладения техниками, предлагаемыми в руководстве, может быть оценена независимыми экспертами при помощи заполнения рейтинговых форм по отдельным терапевтическим сессиям обучающегося (см. Приложение 5). Источником составления данных форм послужили работы Люборски, Вуди, Мак-Леллана, О'Брайена и Розенцвейга (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien and Rosenzweig, 1982).

4. Инструмент для обучения терапевтов, супервизоров и преподавателей

Руководство представляет собой вспомогательное средство при обучении психотерапевтов, которое позволяет опытным терапевтам усовершенствовать свои навыки. Оно также может оказать помощь в проведении супервизии. Шкалы, измеряющие степень владения терапевтом той или иной техникой, могут быть использованы для оценки готовности терапевта проводить терапию в соответствии с требованиями данного руководства и успешности пройденного тренинга.

Кроме того, руководство ориентировано на решение возникающих у терапевта проблем. Данная задача реализуется с помощью описания принципов, которым должен следовать терапевт в своем понимании взаимодействия с пациентом. На протяжении истории ПЭ терапии процессу интерпретации терапевтом своего взаимодействия с пациентом не придавалось должного значения (Ramzy, 1974; Ramzy and Shevrin, 1976).

Описание принципов, которыми руководствуется терапевт при интерпретации мотивов пациента, – одна из наиболее важных задач настоящего руководства. Она наиболее созвучна сущности психоаналитической ориентации, где терапевт пытается достичь «понимания намерений и мотивов пациента с позиций самого пациента» (Klein, 1970). Руководство предлагает схему действий для достижения этого понимания с помощью клинического метода, получившего название «центральной темы конфликтных отношений» (core conflictual relationship theme) (CCRT) (см. главу 7). Данный метод предлагает принципы интерпретации раскрываемых пациентом тем, в которых отражены его желания, потребности и намерения по отношению к значимым людям, в том числе к психотерапевту. Понимание тем может служить ориентиром при интерпретации терапевтом поведения пациента.

5. Рекомендации по созданию и развитию поддерживающих отношений

В главе 6 предлагается руководство по поддерживающим отношениям. Оно частично основывается на качественных клинических исследованиях, в которых была показана эффективность помогающего альянса. Помогаящий альянс представляет собой такие взаимоотношения пациента и терапевта, которые способствуют продвижению пациента в направлении целей терапии.

6. Руководство по краткосрочной и долгосрочной психотерапии

Специальные указания относительно ограниченной по времени терапии обозначены как ПЭ-ОВ (поддерживающая экспрессивная ограниченная во времени терапия). Если в тексте нет специальных указаний, то описываемые принципы действительны и для краткосрочной, и для долгосрочной терапии. Включение в руководство инструкций по ПЭ-ОВ представляет интерес для исследовательских целей в связи с возрастающей привлекательностью краткосрочной

терапии как объекта изучения. Преимущество краткосрочной терапии состоит в том, что она может использоваться в условиях клиники.

7. Терапия, применяемая для широкого круга пациентов

В ПЭ терапии для каждого отдельного пациента используют различное соотношение поддерживающих и экспрессивных техник. В Фонде Меннингера, например, данный вид терапии применялся даже для стационарных больных, которые проходили лечение одновременно у психиатров госпиталя и психотерапевтов. В таких случаях терапия облегчается в связи с использованием медикаментозных препаратов (руководство по использованию ПЭ в сочетании с фармакотерапией приведено в главе 10).

8. Интеграция клинических и исследовательских задач

Настоящая книга приобретает особую значимость в связи с тем, что в ней обобщаются результаты исследования психотерапевтического процесса. В руководстве описываются исследования эффективности психотерапии, а также то, как принципы эффективной терапии реализуются на практике.

Основные положения психоаналитически ориентированной психотерапии

Отличительные особенности психоаналитически ориентированной психотерапии могут быть изучены путем сравнения с родственными психотерапевтическими школами. Наиболее отчетливо характерные черты психоаналитически ориентированной терапии проступают при сравнении ее с прародителем – психоанализом. На самом деле, подавляющее большинство описаний психоаналитически ориентированной психотерапии в последние десятилетия построены на сопоставлении ее с психоанализом. Важнейшие рекомендации по психоаналитическому лечению были сформулированы Фрейдом ([1911, 1912a, 1912b, 1913a, 1914, 1915] см. 1958) в знаменитых шести статьях, составляющих основу классического психоанализа. Этот вид психотерапии по-прежнему носит название «классический психоанализ», хотя он был отчасти пересмотрен и переработан, например, в работах Феничела (Fenichel, 1941), Стоуна (Stone, 1951), Меннингера и Хольцмана (Menninger and Holzman, 1973).

В постфрейдовский период две основных причины обусловили выделение психоаналитически ориентированной психотерапии в самостоятельное направление (несмотря на очевидное сходство со своим «прародителем»). Первая, более ранняя форма, предложенная Ференци (Ferenczi, 1920) и Ранком (Rank, 1936), была связана с выдвигаемой терапевтами и пациентами задачей сокращения сроков психоанализа. Александер и Фрэнч (Alexander and French, 1946) продолжили традицию сокращения сроков анализа с целью сделать терапию более доступной по сравнению с классическим психоанализом. Они часто сокращали психоаналитические процедуры до рамок краткосрочной психотерапии. Батчер и Косс (Butcher and Koss, 1978) отмечают, что «сегодня <...> двадцать пять сессий – это верхний предел краткосрочной терапии при рекомендуемых многими клиницистами <...> от одной до шести сессий, в то время как более длительным курсом считаются от 10 до 25 сессий». Другое направление психоаналитически ориентированной психотерапии было предложено в начале 40-х годов XX в., во время Второй мировой войны, Гринкером, Шпигелем (Grinker and Spiegel, 1944, 1945) и Линдеманом (Lindemann, 1944) как основа кризисной психотерапии. Впоследствии данные процедуры стали движущей силой для разработки краткосрочных методов, длительность которых была от одной до трех сессий. Краткосрочные методы применялись в случаях, когда требовалась неотложная интервенция в ограниченный период времени.

Вторая причина отделения ПЭ терапии от клинического психоанализа была связана с потребностью в более гибкой психотерапии, легко адаптирующейся к различным пациентам. Психоаналитически ориентированная психотерапия применима к широкому кругу пациентов, включая тех, чье психическое здоровье не позволяет выдержать классические психоаналитические процедуры.

Основные принципы терапии

В связи с тем, что по психоаналитически ориентированной терапии не существует ни одного достаточно полного руководства, при описании принципов терапии мы опирались на ряд уже имеющихся публикаций. Так как в руководство включены наиболее часто практикуемые техники психоаналитически ориентированной психотерапии, используемые публикации имеют скорее клинический, нежели теоретический характер. Руководство изложено простым, доступным языком.

Для описания принципов лечения были использованы следующие источники: Bergman and Hartmann (1977); Bibring (1954); Freud ([1911, 1912a, 1912b, 1913a, 1914, 1915] 1958); Gill (1951, 1954); Greenson (1967); Hollender (1965); Luborsky, Fabian, Hall, Ticho and Ticho (1958); Schlesinger (1969); Stone (1961); Wallerstein, Robbins, Sargent and Luborsky (1956); Wallerstein (1984).

Поддерживающая экспрессивная психоаналитическая психотерапия имеет длинную историю. В данном руководстве описана ПЭ психотерапия, которая была основным методом терапии в Фонде Меннингера (Wallerstein и др., 1956), начиная с 40-х годов XX в. Эта форма терапии получила название поддерживающей экспрессивной (или экспрессивно-поддерживающей) психоаналитически ориентированной психотерапии (в зависимости от того, какие техники преобладали в процессе лечения). Версия, представленная здесь, определяется как поддерживающая экспрессивная. В этой аббревиатуре предполагается, что терапия содержит конкретную комбинацию поддерживающих и экспрессивных техник. Ниже приведены основные отличительные принципы ПЭ психотерапии, наиболее важные из которых помечены *.

***1. Клинические принципы психоанализа**

Здесь имеются в виду хорошо известные принципы психоанализа; прежде всего это руководство по работе с проявлениями переноса (глава 2).

***2. Экспрессивные техники**

Экспрессивные техники представляют собой стандартные психоаналитические интерпретативные процедуры. Они являются своего рода основой, на которой пациент выражает свои мысли и чувства, а затем терапевт и пациент совместно интерпретируют их. Достигнутое понимание является движущей силой изменений. Выражаемые пациентом мысли и чувства постепенно выводят наружу факторы, лежащие в основе саморазрушительных действий и подлежащие преобразованию в процессе психотерапии. Основная идея терапии состоит в том, что пациент будет меняться по мере осознания мотивов своих действий (идея неосознаваемой детерминации поведения). Источником наиболее значимых сведений о поведении пациента является его повторное переживание проблем ранних взаимоотношений в отношениях с терапевтом, то есть в переносе.

В классическом психоанализе экспрессивные техники применяются очень широко, особенно в случаях анализа различных видов переноса, которые активизируются в процессе лечения. Использование экспрессивных техник для большинства пациентов в ПЭ ничем не отличается от их использования в классическом психоанализе. Однако в определенных случаях экспрессивные техники могут применяться в меньшей степени, а поддерживающие – в большей, так как для некоторых пациентов экспрессивные техники не всегда эффективны.

***3. Поддерживающие аспекты**

Термином «поддерживающие отношения» обозначают аспекты ПЭ терапии, которые отражают переживание пациентом процесса лечения и отношений с психотерапевтом как помогающих. Поддерживающие аспекты не являются когнитивными, так как они не направлены напрямую на осознание. Большинство поддерживающих техник содержится в самой структуре процесса лечения. К ним относятся, например, регулярные встречи, направленность на выявление целей лечения, а также совместная работа терапевта и пациента над осуществлением этих целей. Обычные позитивные трансферные ожидания также усиливают поддерживающие аспекты лечения. Поддерживающие отношения, которые представлены в ПЭ терапии, а также в других видах психотерапии и классическом психоанализе (который часто оценивается пациентами как весьма поддерживающий вид терапии), могут быть определены как неспецифические помогающие факторы.

В дополнение к собственно поддерживающим аспектам ПЭ терапия обеспечивает поддержку определенных пациентов в определенные периоды времени (глава 6). Такая гибкая помощь широко принимается всеми, кто разделяет философию ПЭ, но ее использование довольно рискованно. Основной риск связан с тем, что поддерживающие отношения могут занимать место соответствующих экспрессивных техник, а это, в свою очередь, может ограничить развитие пациента.

***4. Отказ от советов**

Воздержание от советов является признанным принципом психоаналитически ориентированной психотерапии (Bibring, 1954). На практике доказано, что в ПЭ советов дается меньше, чем в других видах психотерапии (см. главу 3).

5. Общение терапевта и пациента «лицом к лицу»

В психоаналитически ориентированной психотерапии принято общение пациента и терапевта «лицом к лицу». Кушетка с сидящим позади пациента психоаналитиком используется только в классическом психоанализе, чтобы облегчить течение свободных ассоциаций и предотвратить отвлекаемость пациента.

6. Продолжительность лечения и временная структура

ПЭ психотерапия может быть как терапией с открытыми сроками (ОС), так и ограниченной во времени (ОВ). Название «терапия с открытыми сроками» используется чаще, чем «неограниченная по времени психотерапия», так как оно в большей степени отражает временные аспекты ПЭ. Термин «терапия с открытыми сроками» означает, что окончание процесса терапии определяется участниками по ходу процесса лечения, в то время как термин «неограниченная» предполагает, что аспект времени вообще не рассматривается и ограниченный не существует. ОВ обычно продолжается от 6 до 25 сессий, ОС – от нескольких месяцев до нескольких лет.

7. Количество сессий в неделю

Обычная периодичность сессий – один или два раза в неделю. В классическом психоанализе сессии, как правило, проводятся четыре или пять раз в неделю.

Содержание книги

Книга состоит из двух частей и приложения. В первой части описаны цели руководства, сущность терапии, ее соотношение с теорией, процесс подготовки пациента, а также процедура отбора пациентов и терапевтов.

Во второй части предлагается описание поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии (ПЭ) путем изложения ее принципов и примеров в форме руководства.

Приложения содержат специальные методические материалы для облегчения психотерапевтической практики, в которые включены интервью для подготовки пациента, процедура выявления центральных конфликтных тем отношений (CCRT) и комплекс рейтинговых шкал для измерения степени готовности психотерапевта к проведению психоаналитически ориентированной психотерапии. Порядок описания ПЭ психотерапии соответствует временной организации процесса и содержит следующие этапы:

1. Подготовка пациента перед началом лечения (глава 4).
2. Начальный этап, на котором обсуждаются цели лечения, периодичность сессий, формируются отношения доверия и взаимопонимания, а также выявляются основные проблемы взаимоотношений (глава 5).
3. В необходимых случаях большое внимание уделяется установлению поддерживающих отношений (глава 6).
4. Применение экспрессивного компонента психотерапии, как средства осознания взаимосвязи между имеющимися у пациента симптомами и его проблемами во взаимоотношениях (главы 7,8).
5. В завершение лечения применяются методы, направленные на сохранение его результатов (глава 9).

Все этапы ПЭ терапии предвидеть достаточно сложно. Как правильно заметил Фрейд ([1913a], 1958), проводя аналогию между психотерапией и игрой в шахматы, нам известны только начальные и завершающие ходы, а для остальных можно лишь интуитивно определить последовательность действий. Поэтому «данный пробел в инструкции может быть заполнен только с помощью тщательного исследования успешных игр хороших мастеров» (р. 123). В данном руководстве детально описываются не только начальные и завершающие шаги, но и некоторые промежуточные. Описание пяти этапов, а также подэтапов внутри каждого дает возможность упорядочить процесс настолько, насколько это возможно. Однако нужно помнить, что соблюдение описываемой структуры психотерапевтического процесса не есть главная цель терапии. Данное утверждение имеет параллель в религиозной интерпретации: в Талмуде (Санхедрин, начало шестой части) говорится, что даже когда есть много указаний, они не дают требуемой схемы действий; ибо даже у дня Страшного суда нет четкой последовательности; важно, чтобы выбор был «выбором сердца». Таким образом, хотя ПЭ техники имеют четкую логическую последовательность, они остаются достаточно гибкими. Главное в терапии – это прежде всего идея помощи пациенту в достижении его целей, на которую должны опираться терапевт и пациент.

Глава 2

Психоаналитическая теория психотерапевтических изменений

Поддерживающая экспрессивная психотерапия берет свое начало из психоаналитической теории психотерапевтических изменений. Для более тщательного изучения проблемы читатели могут обратиться к следующим источникам: Bibring (1954); Fenichel (1941); Freud ([1911, 1912a, 1912b, 1913a, 1914, 1915] 1958); Luborsky and Schimek (1964); Menninger and Holzman (1973); Stone (1951).

Так же как теория изменений посредством психотерапии, психоаналитическая теория изменений должна ответить на два основных вопроса:

1. В чем сущность изменений?
2. Как происходят изменения?

Ответы на эти вопросы представляют собой сущность психоаналитической теории изменений. Основные положения теории приведены в таблице 2.1.

ТАБЛИЦА 2.1

Сущность и механизмы изменений в процессе поддерживающей экспрессивной психоаналитически ориентированной психотерапии

Что изменяется	<i>Механизмы изменений</i>	
	Пациент	Терапевт и терапевтические состояния
1. Расширение осознания пациентом собственных симптомов, а также их взаимосвязи с ранее неосознаваемыми проблемами центральной темы конфликтных отношений (CCRT). Осознание ведет к изменениям в симптомах и овладению разрушительными эмоциями, связанными с CCRT, а также к некоторым изменениям в структурных элементах CCRT.	Через способность пациента осознать проблемы центральной темы конфликтных отношений, настойчиво работать над ними в отношениях с терапевтом, и, таким образом, вывести на сознательный уровень роль значимых прошлых отношений.	Через способность терапевта поощрить пациента к выражению своих чувств, достичь осознания проблем CCRT и усиленно проработать их в отношениях с терапевтом. Понимание терапевтом тех прошлых взаимоотношений пациента, которые оказывают влияние на актуальные отношения.
2. Усиление у пациента чувства единения с терапевтом в борьбе за преодоление постоянно возникающих саморазрушительных проблем, связанных с CCRT.	Через способность пациента формировать помогающий альянс с терапевтом.	Через способность терапевта стимулировать переживание пациентом помогающего альянса путем установления поддерживающих отношений.
3. Усиление внутреннего контроля в соответствии с CCRT с тем, чтобы обеспечить устойчивость положительных результатов лечения.	Через способность пациента интернализировать положительные результаты лечения, которая достигается с помощью проработки проблемы окончания лечения.	Через способность терапевта помочь пациенту интернализировать положительные результаты терапии.

Теперь следует изложить некоторые основные положения теории:

1. Основные постулаты теории не касаются физиологических детерминант поведения, а имеют дело с психологическими феноменами, такими, как чувства, мысли, восприятие и память.

2. В теоретической части используется широкое понимание категории переживания, то есть содержание переживания не ограничивается рамками сознания, потому что, говоря словами Фрейда (Freud, [1915], 1958), сознательный опыт есть лишь ограниченная и неустойчивая часть психической жизни.

Вопрос 1: Что изменяется?

Ниже приведены три положения, которые дают объяснение изменений в процессе терапии:

3. Согласно психоаналитической теории поведение детерминировано комплексом взаимодействующих между собой психологических, физических, биологических и культурных факторов. Это взаимодействие факторов имеет репрезентацию внутри личности – то есть той структуры, которая подвергается изменениям и одновременно является посредником между стимулами внешней среды и поведенческими реакциями индивида. Общие и специфические улучшения на уровне симптоматики являются наиболее очевидными изменениями, причем вероятность улучшения именно по тем симптомам, которые связаны с целями лечения, наиболее велика.

4. На уровне личности более всего нуждаются в изменениях внутриличностные конфликты.

5. Возникающие во время терапевтических сессий проблемы взаимоотношений являются наиболее доступным и терапевтически полезным выражением вышеуказанных конфликтов; они вызывают страдания пациента и, следовательно, подлежат изменениям. Проблемы, выраженные в паттернах центральной темы конфликтных отношений, воспроизводятся в переносе; темы прошлых отношений проявляются в актуальном взаимодействии в различных вариациях. Фрейд (Freud, [1912a], 1958) называл перенос «стереотипом», суть которого состоит в том, что определенные компоненты отношений постоянно воспроизводятся примерно в одних и тех же вариантах, несмотря на их разрушительность для личности. Задачи терапии состоят в изменении некоторых компонентов этих отношений.

Пример. мисс С.К.

До начала лечения терапевтическая цель для мисс С.К. была выражена в ее основной жалобе: «Я не могу построить отношений с молодым человеком». На ранних сессиях основной паттерн отношений, сформулированный в центральной конфликтной теме отношений (CCRT), звучал следующим образом: «Мне хочется раскрыться в отношениях, но я боюсь, что буду отвергнута». В начале лечения основным компонентом, который она хотела бы изменить, было ожидание негативных последствий в случае осуществления ее намерения. В случае изменений она смогла бы «раскрыться» без переживания отвержения и, следовательно, была бы способна поддерживать «отношения с молодым человеком».

Следующая посылка представляет другой аспект ограничений осознания:

6. Состояние ограниченного осознания чего-либо не является просто пассивным состоянием, оно представляет собой активно воспроизводимое сопротивление сознанию. Следовательно, простое предоставление пациенту информации может быть неэффективным, потому что из-за болезненных переживаний, возникающих при осознании некоторых компонентов CCRT или связанных с ней тем, у пациента начинают работать защитные механизмы.

Хотя мисс С.К. в большинстве случаев осознавала основные компоненты CCRT, она не понимала, что это – центральная тема ее отношений с другими людьми. Только иногда, да и то частично, она признавала схожесть ее проблемы открытости во взаимоотношениях с подоб-

ными проблемами ее матери. Она не улавливала тему ожидания обиды на отца, возникающую в ответ на ее желание вступить в отношения с мужчинами. Она была не в состоянии воспринять информацию об этом до тех пор, пока не проработала данную тему в процессе терапии.

Психоаналитическая теория часто использует понятие интрапсихического конфликта. Что это такое? Как показано в примере с мисс С.К. (а также с другими пациентами, случаи которых описаны в следующих главах), структура конфликтных паттернов отношений делится на множество компонентов, что отражено в следующей посылке.

7. Темы CCRT содержат два класса компонентов, которые обычно находятся в конфликте между собой.

Класс А: Желания, потребности и намерения. Теоретики психоанализа называют их дериватами импульсов Ид. (В случае мисс С.К. это желание «Я хочу вступать во взаимоотношения».)

Класс Б: Функции контроля или исполнения, которые делают возможным удовлетворение желаний, потребностей и намерений, исходя из информации о внутреннем состоянии и состоянии внешней среды. Теоретики психоанализа называют функции класса Б характеристиками Эго и его последователя Суперэго. Деятельность класса Б предопределяет реакции личности на ее желания, потребности и намерения. Эти реакции классифицируются в данной схеме как реакции объекта (ТО) и реакции Я (РЯ). (Для мисс С.К. в качестве РО выступает «Меня отвергнут», а в качестве РЯ – «Я буду одинок»).

Таким образом, эти два понятия, включающие два класса конфликтующих между собой компонентов, подходят для описания происходящих в процессе психоаналитически ориентированной терапии изменений. Проведенные исследования дают основания сделать следующие выводы: (1) CCRT продолжает существовать во время и после окончания лечения даже у тех пациентов, которые демонстрируют основные и специфические улучшения (Luborsky, 1977; Pfeffer, 1959). (2) В процессе терапии имеют место некоторые изменения CCRT, однако эти изменения происходят в поведенческих реакциях пациента, в то время как компоненты желаний, потребностей и намерений изменяются сравнительно мало (Levine and Luborsky, 1981). Изменения, которые имеют место у демонстрирующих улучшения пациентов, включают: расширение понимания некоторых центральных паттернов конфликтных отношений; растущий контроль некоторых компонентов; выпадение или, наоборот, добавление некоторых компонентов. Данные изменения в понимании могут быть обозначены психоаналитическими теоретиками как «извлечение вытесненного» или еще одной метафорой, выражающей изменения одновременно и в осознании и в контроле: «Где был Ид, там будет Эго» (Freud, [1932], 1964).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.