

УЧЕБНИК
ДЛЯ ВУЗОВ

ПИТЕР®

Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян, М. Е. Жидко

Психотерапия

3-е издание

Анализ и современная ■
интерпретация различных
направлений психотерапии

Психотерапия как идеология ■
совместного переживания
жизненного кризиса

Механизмы и пространство ■
психотерапии

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

ББК 53.57я7
УДК 615.851(075)
Б91

Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е.

Б91 Психотерапия: Учебник для вузов. 3-е изд. — СПб.: Питер, 2015. — 496 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).

ISBN 978-5-496-01930-9

Третье, дополненное, издание учебника (предыдущие вышли в 2003, 2007 гг.) посвящено анализу и современной интерпретации различных направлений психотерапии. Широко представлена палитра современного психотерапевтического знания, но при этом обозначена и авторская концепция психотерапии, приглашающая читателя к диалогу, конечная цель которого — создание отечественной психотерапевтической культуры.

Как известно, основные проблемы возникают при анализе идеологического и личностного пластов психотерапевтической помощи. Здесь существует много разночтений, определяемых как двойственной, экзистенциально-сущностной природой человека, так и чувствительностью психотерапевта к тем или иным уровням человеческого бытия. Психотерапия трактуется не как технология воздействия, а как идеология совместного переживания (проживания) жизненного кризиса. Раскрыты психологические модели, в которых отражены разные варианты такого переживания. Клиент (пациент) представлен как активный участник психотерапевтического процесса.

Учебник предназначен для студентов и аспирантов, обучающихся по специальности «Психология», представляет интерес для врачей и практикующих психотерапевтов.

ББК 53.57я7
УДК 615.851(075)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Оглавление

Предисловие	6
Введение	9
Глава 1. Психодинамическая терапия	12
Введение	12
Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии	13
Психодинамическое учение о психической патологии	57
Техника психодинамической терапии	60
Литература	129
Глава 2. Групп-аналитическая психотерапия	132
Генезис невроза	148
Теория психотерапии	149
Техника групп-анализа	156
Балинт-группы	172
Литература	178
Глава 3. Индивидуальная психология Альфреда Адлера	180
Генезис невроза	182
Теория психотерапии в индивидуальной психологии	199
Литература	223
Глава 4. Биоэнергетический анализ	225
Введение	225
Теория терапии	225
Техника биоэнергетического анализа	239
Пример биоэнергетической терапии	248
Вопросы и задания	250
Литература	250
Глава 5. Первичная психотерапия	251
Введение	251
Теория психопатологии	253
Теория психотерапии	256
Механизмы терапии	258
Процесс и техники терапии	260
Результат терапии	264
Вопросы и задания	267
Литература	267

Глава 6. Психодрама	269
Введение	269
Генезис невроза	271
Основные терапевтические факторы	274
Средства психодрамы и уровни личностных изменений	275
Фазы психодраматического действия	279
Организация психотерапевтического процесса и групповая динамика	283
Техники психодрамы	284
Результат психотерапии и связь психодрамы с другими направлениями	287
Вопросы и задания	289
Литература	289
Глава 7. Экзистенциальная психотерапия	291
Философско-психологические модели генезиса невроза и теории психотерапии	293
Методы и техники экзистенциальной психотерапии	339
Литература	351
Глава 8. Гештальт-терапия	353
Фредерик Соломон Перлз (1893–1970)	353
Введение	353
Теория терапии	356
Генезис невроза	359
Механизмы психотерапии	363
Техника психотерапии	365
Результат терапии	368
Вопросы и задания	369
Литература	369
Глава 9. Клиент-центрированная психотерапия	370
Карл Рэнсом Роджерс (1902–1987)	370
Теория психотерапии	373
Генезис невроза	378
Механизмы терапии	379
Результат терапии	380
Техники психотерапии	383
Современное состояние и тенденции развития клиент-центрированной терапии	388
Вопросы и задания	392
Литература	393
Глава 10. Когнитивная психотерапия	395
Введение	395
Теория терапии	396
Патогенез психопатологических расстройств	400

Процесс психотерапии	401
Техники терапии	402
Показания к терапии	406
Эффективность когнитивной терапии	407
Вопросы и задания	408
Литература	409
Глава 11. Инструментальные модели в психотерапии	410
Поведенческая психотерапия	410
Нейролингвистическое программирование	417
Приложение	442
Литература	444
Глава 12. Принцип процессуальности в психотерапии	445
Литература	455
Глава 13. Механизмы психотерапии	456
Литература	463
Глава 14. Пространство психотерапии: психотерапевт—клиент	464
Проблема присутствия психотерапевта в контакте	464
Жалоба и запрос клиента	473
Этические принципы	476
Вопросы и задания	479
Литература	479
Заключение	480
Предметный указатель	483

Глава 1

ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Введение

Изложение теоретических и практических основ психодинамического направления в психотерапии невозможно представить без постоянных апелляций к более широкому контексту психоаналитического знания. Это неудивительно, так как именно благодаря психоанализу в начале XX в. в европейской культуре впервые возникло и оформилось (причем не только в области медицинской практики «заботы о душе») понимание о наличии индивидуальной и коллективной бессознательной психической реальности, действующих в ней сил и энергий, динамике их формирования и влияния на нормальное и патологическое развитие личности, возможности научного исследования и воздействия на них. Именно с психоанализа начался процесс становления психотерапии как самостоятельной области профессиональной деятельности, который не завершился и поныне. Психоанализ впервые занял небывалое для прежних моделей психопрактики (преимущественно поведенческого и суггестивного характера) место в европейской цивилизации и до сих пор остается одним из наиболее признанных и влиятельных направлений не только в области психологии, психотерапии и медицины, но и гуманитарного знания в целом. Поэтому неслучайно в отечественной и зарубежной научной литературе в качестве синонимов психодинамической терапии зачастую выступают такие термины, как «психоаналитическая психотерапия», «исследовательская психотерапия», «психотерапия, ориентированная на инсайт» и т. п., в той или иной степени подчеркивающие принадлежность данного вида психотерапии к психоаналитическим принципам понимания человеческой психики.

С другой стороны, творческое развитие теории и практики психоанализа привело к возникновению разнообразных форм психотерапевтической практики, оперирующих понятиями и концепциями энергий, сил и конфликтов между ними, но в ряде случаев достаточно серьезно отходящих от ортодоксальной традиции.

Такая ситуация привела к тому, что до сих пор как у психоаналитиков, так и у представителей других направлений существует тенденция отождествлять психоанализ и психодинамическую терапию. Действительно, и психоанализ, и психодинамическая терапия используют психоаналитическое понимание функционирования психики человека; оба вида лечения пытаются изменить поведение терапевтическим путем с помощью таких психологических методов, как конфронтация, прояснение и интерпретация; оба требуют интроспекции со стороны пациента и эмпатического понимания со стороны терапевта; оба обращают пристальное внимание на контрперенос. Но психоанализ в основном полагается

на интерпретации, сосредоточивает внимание на развитии аналитических отношений, трактуя последние как закрытые с момента возникновения «невроза переноса», а также исходит из стандартизированных представлений о внешней среде, что выражается в использовании таких терминов, как «достаточно хорошая мать» или «среда умеренных ожиданий». Психодинамические формы психотерапии, напротив, зачастую подчеркивают особенности реальной жизни пациента и минимизируют рассмотрение аспектов взаимоотношений «терапевт—пациент» (при условии, что они не препятствуют проведению терапии). Кроме того, психодинамические формы психотерапии, помимо традиционных, используют такие методы, как поддержка, совет, изменения в непосредственном окружении пациента и т. д. На первый взгляд эти теоретические расхождения незначительны, но они приводят к существенным различиям в практике.

В связи с этим психодинамическое направление в психотерапии сегодня можно представить в форме континуума, на одном из полюсов которого располагается психоанализ как герменевтический метод, концентрирующийся исключительно вокруг фантазий и их латентного (скрытого) содержания, а другой занимает однократная поддерживающая сессия. При этом необходимо отметить, что разница в местоположении на континууме не является качественным или количественным показателем отличия той или иной формы психодинамической терапии. Так, краткосрочная психотерапия (пока наиболее приемлемая и распространенная форма терапии в постсоветском пространстве) в силу своих временных ограничений требует от психотерапевта не меньших, а порой и больших знаний и умений в области работы с личностью.

Итак, под психодинамической терапией понимаются различные формы терапии, базирующиеся на основных положениях психоаналитического учения и соответственно акцентирующие внимание на влиянии прошлого опыта (психотравм, аффектов, фантазий, поступков и т. п.), формировании определенной манеры поведения (психологических защит, искажений восприятия партнеров по общению, межличностному взаимодействию), которая приобрела повторяемость и таким образом воздействует на актуальное физическое, социальное и психическое благополучие человека.

Эволюция понятий и концепций психодинамической терапии

Как уже отмечалось, генезис теоретических представлений и методических приемов психодинамической терапии неразрывно связан с историей развития психоанализа. Становление психоаналитического учения, в свою очередь, наиболее полно может быть понято только сквозь призму жизненной динамики биографии его основателя — Зигмунда Фрейда и тех клинических случаев, которые послужили основой для создания аналитических построений (Анна О., Дора, маленький Ганс, Человек-волк, Человек-крыса и др.). Кроме того, как отмечает современный психоаналитик Х. Томэ, «профессиональное мышление и действия психоаналитика рождаются и развиваются в контексте его личной жизненной истории и в дискуссиях с работами Фрейда, которые переплетены с духовной историей нашего столетия» (Томэ).

Необходимость исторического обзора продиктована также и тем, что психоанализ часто рассматривают как целостную и последовательную систему мышления, что во многом, как указывают Сандлер Дж., Дэр К. и Холдер А., не соответствует действительности. Так, не все понятия психоанализа определены достаточно четко. Сам Фрейд в процессе эволюции своего учения неоднократно менял формулировки используемых понятий, пересматривал их, расширяя применение технических процедур. По мере развития и аспектного видоизменения психоанализа значения его понятий также подвергались изменениям. Более того, имели место случаи, когда один и тот же термин использовался в разных значениях на одном и том же этапе развития психоанализа. Ярким примером является многозначное использование таких понятий, как «Эго», «идентификация», «интродекция» и др.

В дальнейшем из всего накопленного объема психоаналитического знания мы сосредоточим внимание лишь на тех аспектах, которые имеют непосредственное отношение к практике психодинамической терапии. При этом необходимо учитывать, что когда мы говорим о том или ином аспекте психоанализа, необходимо сопоставлять его с конкретной исторической датой.

Классическая психоаналитическая теория Фрейда

Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1865 г. в маленьком моравском городке Фрейберге в семье еврейского торговца. В гимназии он был одним из первых учеников, но для еврея высшее образование было возможно только в области медицины или юриспруденции. Под влиянием своих кумиров Ч. Дарвина и Й. Гёте он в 1883 г. выбрал медицинский факультет Венского университета.

Обычно выделяют несколько этапов истории психоанализа, не вполне четко очерченных хронологически, но достаточно ясно различающихся по своим исследовательским интересам, теориям, терапевтическим целям и техникам.

Период формирования психоанализа (1880–1896 гг.) связан с завершением Фрейдом обучения на медицинском факультете Венского университета, работой в физиологической лаборатории Э. Брюкке и Т. Мейнерта, стажировкой в клиниках Ж.-М. Шарко и И. Бернгейма, дружбой с Й. Брейером и В. Флиссом, а также ранними работами в области гистологии, анатомии и неврологии.

Впервые основы психодинамического понимания психической патологии и вытекающего из него психотерапевтического воздействия были заложены в клиническом случае пациентки, позже получившей широкую известность под именем Анны О. Как отмечает Р. Дадун, «эффект шока и первотолчка, который он произвел на него (Фрейда. — *Авт.*), позволяют считать данный случай начальной, нулевой отметкой в трех планах — историческом, терапевтическом и теоретическом» (Дадун, с. 81).

Анна О., привлекательная и одаренная девушка 21 года, заболела во время ухода за находившемся при смерти отцом, которого она горячо любила. С декабря 1880 по июнь 1882 г. она страдала рядом довольно тяжелых расстройств, которые, по мнению врачей того времени, имели истерический характер: спастическим параличом правых конечностей с потерей чувствительности, нарушением движений глаз и зрения, трудностью удерживания головы, сильным нервным кашлем, отвращением к пище, нарушением речи (утратой способности говорить на родном языке и понимать его). Кроме того, у нее наблюдался «типичный», по мнению Р. Л. Стюарта, случай раздвоения личности. Как пишет А. Лоренцер,

в одном состоянии сознания «она была вполне нормальна, в другом походила на озорного и непослушного ребенка... Переход от одного состояния к другому опосредовался фазой самогипноза» (Лоренцер, с. 137). С современной точки зрения можно предположить, что на самом деле это было состояние, подобное абсансу.

Несмотря на то что тогда к истерикам относились как к злостным симулянтам, ее лечащий врач, знаменитый своими исследованиями физиологии дыхания, Йозеф Брейер отнесся к пациентке с интересом и участием. В один из своих визитов, который, по счастливой случайности, совпал с приступом, он заметил, что в самопроизвольном полутрансовом состоянии больная бормотала слова, которые, казалось, относились к каким-то занимавшим ее мыслям. Брейер запомнил эти слова, а затем, повергнув девушку в состояние гипноза, повторил их и попросил сказать еще что-нибудь на эту тему. «Больная пошла на это и воспроизвела перед врачом то содержание психики, которое владело ею во время спутанности и к которому относились упомянутые слова. Это были... фантазии, сны наяву, которые обычно начинались с описания положения девушки у постели больного отца. Рассказав ряд таких фантазий, больная как бы освобождалась и возвращалась к нормальной душевной жизни» (Фрейд, 1989, с. 349), но ненадолго.

Поскольку это имеет принципиальное значение для понимания метода, необходимо подчеркнуть, что когда больная «с выражением аффекта вспоминала в гипнозе, по какому поводу и в связи с чем известные симптомы появились впервые, то удавалось совершенно устранить эти симптомы болезни» (там же). Напротив, если по какой-либо причине воспоминания психотравмирующей сцены не сопровождалась аффектом, то симптомы не исчезали. Первоначально Брейер назвал этот метод очистительным рассказом, а в книге 1895 г. «Исследования истерии» (*Studien uber Hysterie*) ввел термин «катартическая терапия». Далее Брейер дополнил вечерние сеансы подобной терапии ежеутренним гипнозом.

После примерно годичного курса Брейер отказался от лечения в связи с тем, что в его отношениях с пациенткой возникло то, что впоследствии получило название **трансфера (переноса)**: он ежедневно посещал ее и только о ней и говорил, что вызвало ревность у его жены. Он сообщил о прекращении лечения Анне (которой к тому времени стало намного лучше) и попрощался с ней, но в тот же вечер его снова к ней вызвали, и он нашел ее в состоянии сильнейшего возбуждения. Пациентка, которую он считал до той поры совершенно бесполом существом, на протяжении всего лечения не делавшая и намека на интерес к этой предосудительной теме, испытывала истерические родовые муки (*pseudocyesis*) — следствие фантомной беременности, незаметно развившейся во время и вследствие катартической терапии. Когда ее спросили, что происходит, она ответила: «Это рождается ребенок от доктора Брейера» (Дадун, с. 82). Несмотря на потрясение, Брейеру удалось успокоить ее посредством гипноза. На следующий день он вместе с женой уехал в Венецию во «второе свадебное путешествие». Впоследствии Фрейд в своем письме С. Цвейгу от 2 июня 1932 г. так выразил свое отношение к этому эпизоду: «В этот момент у Брейера в руках был ключ от “главных дверей”, но он выронил его. Несмотря на большую умственную одаренность, в нем не было ничего фаустовского. Придя в ужас от того, что случилось бы на его месте с любым врачом, не владеющим психоанализом, он обратился в бегство, поручив пациентку своему коллеге» (цит. по: Дадун, с. 82).

В дальнейшем дела несчастной пациентки шли не так хорошо, как можно было судить по публикациям Брейера. У нее произошло возвращение к прежнему состоянию и она была помещена в санаторий в Гросс-Энцерсдорфе (где, кстати, у нее опять возник роман с лечащим врачом). Через год после завершения лечения Брейер посетовал Фрейду, что «она совсем свихнулась» и что он желает ей смерти, «чтобы освободить несчастную от страданий» (Лоренцер, с. 140). Тем не менее, она вновь поправилась, подружилась с женой Фрейда (которая приходилась ей дальней родственницей) и даже смогла самореализоваться: стала первой в Германии и одной из первых в мире женщин, занявшихся социальной работой, и основала журнал и несколько учреждений, в которых готовились девушки — социальные работники.

В 1882 г. Брейер рассказал об этом случае Зигмунду Фрейду, в то время ординатору лаборатории профессора Эрнста Вильгельма фон Брюкке (известного своими работами по микроскопической анатомии и физиологии зрения, пищеварения и голоса)¹, который был на 14 лет младше его и только заканчивал медицинское образование.

Рассказ Брейера произвел впечатление на Фрейда, но в это время его основные интересы были связаны с биологией, и он вернулся к рассмотрению данного случая только через несколько лет.

1882 г. был значим для истории психоанализа еще одним: Фрейд надеялся получить освобождающуюся должность в лаборатории, но у Брюкке были два прекрасных ассистента, претендовавших на это место раньше Фрейда. Фрейд писал: «Поворот произошел в 1882 г., когда мой учитель, к которому я питал высочайшее возможное уважение, исправил великодушную щедрость моего отца, серьезно посоветовав мне, ввиду трудного денежного положения, оставить теоретическую карьеру» (цит. по: Фейдимен, Фрейгер, с. 13). Кроме того, Фрейд нуждался в средствах для содержания семьи.

Фрейд с неохотой обратился к частной практике, но его основными интересами все равно оставались научное исследование и наблюдение. Сначала он работал как хирург, потом — как терапевт, затем стал «семейным врачом» в главной больнице Вены. Он прослушал курс психиатрии, что пробудило его интерес к взаимосвязям между психическими симптомами и физическими болезнями.

Клиентура Фрейда включала нескольких больных истерией, и он лечил их всеми доступными в то время методами, включая массаж, электротерапию, водолечение, длительный отдых, специальное питание и т. п. Не удовлетворенный результатами, он вспомнил о рассказе Брейера и попытался использовать гипноз как психотерапевтический метод.

В 1885 г. Фрейд получил стипендию для обучения в парижской клинике Сальпетриер (наряду с Нанси — крупнейшим центре по изучению гипноза в то время) у знаменитого французского психиатра Ж.-М. Шарко. «Ни один человек

¹ Заметим, что фрейдовское «биологизаторство» может быть прослежено до представлений самого Э. Брюкке, который, являясь приверженцем идей Германа фон Гельмгольца, однажды следующим образом сформулировал свою позицию: «Никакие силы, кроме обычных химических и физических, не действуют в организме. В тех случаях, которые не могут быть в настоящее время объяснены этими силами, нужно либо искать особый путь или особую форму их действий средствами физико-математических методов, либо предположить иные силы, соответствующие по статусу физико-химическим свойствам материи, сводимым к силам притяжения и отталкивания» (цит. по: Фейдимен, Фрейгер, с. 12).

не имел на меня такого влияния... Мне случалось выходить с его лекций с таким ощущением, словно я выхожу из Нотр-Дама, полный новым представлением о совершенстве», — утверждал он позже (цит. по: Дадун, с. 65).

Это неудивительно, так как Шарко был такой величиной в медицинском мире, что для него специально при Салпетриере была создана клиника нервных болезней. Ее специализацией стало лечение больных истерией. Как мы уже отмечали, в то время истерию считали симуляцией, а ее симптомы, в случае если их все же описывали (притом лишь у женщин), полагали связанными с заболеваниями матки из-за буквального восприятия этимологии слова (*usteria* — по-гречески матка), а некоторые врачи — с удалением клитора. Шарко же установил действительную сущность болезни, выявил ее наличие у мужчин, уточнил картину ее проявлений на основе изучения травматической истерии и проводил впечатляющие гипнотические «сеансы-спектакли»¹.

После четырехмесячной стажировки у Шарко Фрейд понял, что при истерии пациент демонстрирует симптомы, которые анатомически невозможны. Так, например, при «анестезии» руки человек может ничего не чувствовать в нижней части руки (пальцах, ладони и пр.), но сохранять нормальные ощущения в запястье и верхней части руки. Поскольку нервы простираются от плеча по всей руке, этот симптом не может быть объяснен физической причиной. Кроме того, Шарко показал, что истерические симптомы можно вызвать или ослабить с помощью гипнотического внушения. М. Фуко выделяет еще одно следствие обучения Фрейда у Шарко: «Фрейд был первым, кто всерьез принял реальность пары врач—больной и решился не отводить от нее ни своего взгляда, ни поиска, кто не пытался замаскировать ее психиатрической теорией, более или менее сочетаемой с прочими медицинскими познаниями... Он первым вывел все следствия из реальности этой пары. Фрейд демистифицировал остальные структуры сумасшедшего дома: он отменил молчание и взгляд извне, он снимает признание безумным на основании игры отражений, он заставляет умолкнуть инстанции проклятия. Но он, в свою очередь, эксплуатирует структуру, включающую в себя роль медика; он раздувает добродетели чудотворства, придавая всемогуществу врача чуть ли не божественный статус» (цит. по: Лоренцер, с. 96–97).

Шарко считал Фрейда очень способным студентом и даже доверил ему перевод своих сочинений на немецкий. Фрейд, в свою очередь, вернулся в Вену с «безмерным восхищением» по поводу Шарко, которое нашло отражение в докладе Венскому медицинскому обществу и привело в раздражение венских светил от медицины.

В ряду «пионеров» психодинамического направления, наряду с Брейером и Шарко, была еще одна личность, оказавшая существенное влияние не только на психоаналитическое учение Фрейда, но и на аналитическую психологию К. Г. Юнга и индивидуальную психологию А. Адлера, а также на позже возникшие в лоне психоанализа школы неопрейдистов, эгопсихологии и объектных отношений, — французский исследователь Пьер Жане, которого Фрейд считал «наследником трудов Шарко по истерии» (цит. по: Лоренцер, с. 98) и который, согласно работе

¹ Один из них изображен на картине Андре Бруйе, которая висела в кабинете З. Фрейда. На ней мы видим женщину, изогнувшуюся в истерическом припадке, с заломленными руками, откинутой назад головой и непристойно выпяченным животом, Ж.-М. Шарко, аудиторию врачей-мужчин, а в глубине — схему, изображающую судороги.

Г. Эллиенберга «Открытие бессознательного», может соперничать с Фрейдом за приоритет открытия бессознательного и модели личности.

Жане, будучи преподавателем гимназии в Гавре, обратился к исследованию гипноза и истерии. Между 1882 и 1888 гг. он проводил в Гавре исследования, результаты которых публиковались в *Revue philosophique*. Его открытия касались взаимосвязи между истерической симптоматикой и жизненной историей пациента, на основании изучения которой он построил свою теорию истерии как следствия диссоциированной психики.

Ядром этой теории является конституциональная патология — неспособность индивида к психическому «синтезу» (то, что современная психоаналитическая эгопсихология назвала бы «слабостью Я»). Вот как излагает ее сущность сам Фрейд: «У Жане мы обнаруживаем теорию истерии, которая во Франции является господствующим учением о роли наследственности и вырождения. Согласно этому учению, истерия есть форма изменения нервной системы, которая дает о себе знать через врожденную слабость психического синтеза. Истерические больные с самого начала не способны объединять многообразие душевных процессов, а к этому добавляется склонность к душевной диссоциации. Если вы позволите мне банальное сравнение, то истерики у Жане напоминают глупую женщину, отправившуюся за покупками и возвращающуюся нагруженной кучей свертков и пакетов. Двумя руками и десятью пальцами она с этой грудой никак не справляется, а потому свертки падают один за другим. Она наклоняется, чтобы поднять один, но в это время роняет другой и т. д.» (цит. по: Лоренцер, с. 132).

Далее об открытиях Жане и его вкладе в психодинамическое понимание истерической патологии Фрейд писал так: «Шарко пытался устранить многообразие форм проявления путем описательных формул; Пьер Жане признавал бессознательные представления, скрывающиеся за такими припадками; психоанализ добавил к этому, что они являются мимическими представлениями пережитых и сохранившихся в памяти сцен, которые занимают фантазию больных, не доходя до их сознания» (цит. по: Лоренцер, с. 122).

Но давайте оставим в стороне споры о приоритете и рассмотрим бесспорный вклад Жане в психодинамическое понимание психопатологического функционирования человеческой психики.

Во-первых, он первый указал на временную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в его описаниях случаев Люси (1886), Марии (1889), Марселя (1891) и Ахилла (1893) можно прочесть о травмах «13 лет», «6 лет» и др.

Во-вторых, он первый указал на содержательную связь между неврозом и жизненной историей. Так, в описываемых им случаях почти все истерические феномены объясняются содержанием полученных психических травм («судьбоносных событий»).

В-третьих, все психотравмы обрисовываются им как социальные травмы. Так, например, в случае Марии Жане пишет, что источником ее психопатологических проблем является не сам по себе опыт первой менструации, а ее социальный контекст: «господствующие воззрения» сгустились у пациентки в субъективное впечатление о том, что менструация есть «нечто постыдное».

В-четвертых, Жане рассматривает социальную травму как травмирующие отношения. Так, он приводит клинический пример психотравмы, когда «в высшей степени чувствительного шестилетнего ребенка» родители, несмотря на его крики и протесты, укладывают в одну постель с больным сверстником.

И наконец, в-пятых, Жане прямо рассматривает психотравмирующее воздействие как повреждение структуры личности.

Открытие Жане жизненно-исторического значения симптомов базировалось на разработке некоторых методических правил, позже нашедших свое отражение и в практике психоанализа:

- 1) пациентов нужно обследовать только наедине, без свидетелей;
- 2) необходимо точно записывать все, что сказал или сделал пациент;
- 3) следует в точности проверять всю историю жизни и предшествующего лечения пациента.

Вернувшись в Вену в апреле 1886 г. и безуспешно пытаясь донести до медицинского сообщества французские идеи о сходстве между явлениями психической диссоциации, которые можно вызвать гипнозом и которые характерны для истерических больных, Фрейд начал широко и систематически использовать гипнотическое внушение в своей частной практике, так что Т. Мейнерт даже начал считать его «простым гипнотизером». С целью усовершенствования своей техники гипноза летом 1889 г. Фрейд отправляется на вторую стажировку во Францию, в Нанси, к Огюсту Амбруазу Льебо и Ипполиту Бернгейму. Необходимо сказать, что в отличие от школы Шарко, считавшей гипноз ненормальным явлением, нансийская школа развивала анимистическую теорию гипноза, согласно которой гипноза не существует, а есть только внушение. Через внушение объяснялось и возникновение психоневрологических нарушений. Этот комплекс идей определял и своеобразие психотерапевтического метода. Терапевты этой школы лечили все заболевания; каждый пациент лечился на глазах у всех остальных, не обращая внимания на окружающий шум; преобладающую часть пациентов составляли лица «низкого сословия», так как Бернгейм учил, что «гипноз легче проводить с людьми, привыкшими к пассивному послушанию, например среди бывших солдат или фабричных рабочих» (Лоренцер, с. 89).

Вот как описывает свои наблюдения сам Фрейд: «В 1889 г. я видел старого и трогательного Льебо, принимающего женщин и детей пролетарского населения Нанси... Больной сидит, он кладет ему руку на лоб и, даже не глядя на него, говорит: “Сейчас вы уснете”. Затем закрывает ему глаза, уверяя, что тот спит. Поднимает руку пациента: “Вы не можете опустить руку”. Если больной ее опускает, Льебо делает вид, что ничего не замечает. Затем заставляет его вращать предплечьями, уверяя, что тот не может остановиться. При этом он сам очень быстро вращает руками и говорит, говорит без остановки сильным и вибрирующим голосом» (цит. по: Ахмедов, Жидко, с. 31–32).

Вдохновленный увиденным и в то же время хорошо понимавший ограничения и недостатки гипноза как психотерапевтического метода, по возвращении домой в случае Эмми фон Н. (страдавшей спазмами лица и странным цоканьем языком) Фрейд впервые применил «лечение словом» по Брейеру. Затем он пошел дальше и в течение некоторого времени использовал модифицированную «технику концентрации». Испызуя наложение рук или одного пальца на лоб и осуществляя легкие нажимы, он просил пациента сконцентрироваться на том, что его беспокоит, и постараться вспомнить, когда этот симптом появился впервые.

При этом в общении с больными он вел себя достаточно настойчиво и провокативно, в стиле следователя: подвергал пациента психологическому давлению,

задавал мучительные вопросы, подталкивал к «правильным» ответам, стараясь вырвать вынужденные признания. Поскольку одна из больных (Эмма фон Н.) пожаловалась, что эти постоянные вопросы мешают ей следить за своими мыслями, Фрейд осознал чересчур авторитарный характер своего метода и стал меньше вмешиваться, позволяя пациенту все более свободно и спонтанно предаваться процессу ассоциирования, который становится ключевым моментом психотерапии.

Последовательное очищение метода Фрейда отчетливо просматривается в его разнообразных работах об истерии и неврозах, опубликованных за 10 лет, с 1886 по 1896 г. Вокруг центральной книги, «Исследования истерии» (1895, в соавторстве с Брейером), группируются статьи, которые проливают свет на природу, причины и эволюцию нервных расстройств, в которых авторы пытаются дать необходимую классификацию и т. п.

Исходя из результатов клинических наблюдений, авторы объясняли истерический невроз **теорией травмы**¹. Согласно этой теории, невроз рассматривается как следствие травматических переживаний — соблазнения, насилия, психологической депривации, которые не были утилизированы обычным способом, т. е. посредством «сознательных рефлексов» или постепенного «уничтожения». Вместо этого аффекты и/или связанные с ними воспоминания отделились (диссоциировались) от сознания, в то же время стремясь тем или иным путем (в том числе и в виде психопатологических симптомов) вернуться в него. Таким образом, заявляли авторы, «истерик страдает от воспоминаний» (Стюарт, с. 8).

Брейер и Фрейд также предположили, что дальнейшее поддержание диссоциации связано с тем, что либо воспоминания по тем или иным причинам непереносимы для Эго пациента (причем в этом случае термин «Эго» использовался в значении «Самости» («Я»), что не тождественно более позднему понятию Эго в структурной теории), либо психологическая травма имела место, когда сам пациент находился в диссоциированном состоянии сознания, получившем название гипноидного состояния.

Психотерапия, основанная на этой модели, заключалась в работе по возвращению «забытого» в сознание с одновременной разрядкой «заряда аффекта» в форме **катарсиса** (специализированного «очищающего» переживания патогенных аффектов) или **абреакции** (спонтанного эмоционального отреагирования).

Кроме того, необходимость подобной разрядки вытекала из **принципа постоянства**, согласно которому, по мнению авторов, в нервной системе имеется так называемая «сумма возбуждения», изменяющаяся в результате психических раздражений и обладающая тенденцией к уменьшению количества возбуждения для нормальной деятельности организма. Брейер и Фрейд были уверены, что одной из основных функций психического аппарата является поддержание постоянного уровня «суммы возбуждений». Они также рассматривали возбуждение как физическую реальность, физиологический раздражитель, воздействующий на нейрон и требующий разрядки по типу рефлексорной дуги. Этот процесс сравнивался с электрическим зарядом, который в англоязычной литературе получил название **катексиса**².

¹ «Травма» в дословном переводе с греческого означает «рана», «повреждение», «результат насилия».

² Таким образом в английских и русских переводах работ З. Фрейда передается немецкое слово *Besetzung* (занятие, оккупация, вложение).

Рассматривая проблему возвращения «забытого» в сознание пациента, Фрейд сформулировал фундаментальное положение о том, что пациенты активно сопротивляются воспоминаниям болезненных переживаний и событий, которые целенаправленно вытесняются из сознания, в отличие от простого забывания незначительных событий. Этот защитный процесс он назвал **вытеснением**, считая, что с его помощью сознание оберегает себя от возможной перегрузки неприятными или угрожающими чувствами и переживаниями. Принятие подобного положения привело к введению еще одного психодинамического понятия — **интрапсихического конфликта**, под которым понимается противоречивость требований внутри субъекта.

В дальнейшем Фрейд пришел к выводу, что описанный им процесс диссоциации присущ не только психоневрозам, но имеет место у любого человека в виде оговорок, описок, ошибочных действий и т. п., чему он посвятил свою работу «Психопатология обыденной жизни».

Мысль об активности процесса диссоциации в разной форме остается основополагающим положением в работах по психодинамической терапии, хотя в разное время и Фрейд и другие исследователи выдвигали на первый план различные аспекты содержания диссоциированных и бессознательных элементов психического.

Проиллюстрируем описанные теоретические построения примером из книги «Исследование истерии».

Катарина, девушка 18 лет, была родственницей хозяев гостиницы, где Фрейд остановился во время поездки в горы. Узнав, что он врач, она обратилась к нему за помощью в связи с «болями при дыхании», которые развивались примерно по следующей схеме: «резь и ощущение давления в глазах—тяжесть в голове—гул в ушах—головокружение—затрудненное дыхание—тревожность из-за ощущения, что кто-то стоит за спиной». После длительного опроса Фрейду удалось заставить Катарину вспомнить, как два года назад она «застукала» своего дядю с кухней Франциской, когда «он лежал на ней», и как после этого инцидента она три дня страдала рвотой. Опираясь на эти данные, Фрейд заявил, что аффект возбуждения, вызванный увиденным, и воспоминания о том, как дядя пытался ее соблазнить, привели к развитию у этой девственницы «гипноидного» состояния, которое, в свою очередь, трансформировалось в истерическую симптоматику «отвращения».

Сразу же после выхода книги, весной 1896 г., произошел разрыв Фрейда с Брейером. Он был связан как с разногласиями по поводу роли сексуальности в этиологии неврозов, так и с возрастающим влиянием другой дружбы Фрейда — с Вильгельмом Флиссом, немецким отоларингологом, посещавшим в Вене лекции Фрейда по неврологии. Именно он пробудил интерес Фрейда к проблемам пола, и в частности бисексуальности и детской сексуальности. Флисс занимался заболеванием носа, которым страдал Фрейд. Используя свою широкую биологическую эрудицию, он установил тесную связь (в некотором роде даже структурную) между носом и гениталиями и утверждал, что существуют «сексуальные периоды» — временные периоды, аналогичные менструальным периодам у женщин, но исчисляющиеся двадцатью тремя днями, которые определяют такие события личной жизни, как рождение, болезнь, зачатие, смерть и т. п. Фрейд в письмах или на «маленьких конгрессах» (которые они проводили в горах или в Берлине) сообщал Флиссу обо всех своих мыслях и экспериментах. При этом Флисс играл

для него важную роль поверенного или «резонатора» либо, говоря психоаналитическим языком, явился новым объектом идеализированной фигуры.

Влияние Флисса на Фрейда особенно ярко проявилось в драматической ситуации, разыгравшейся в связи с **теорией соблазнения**. Развивая идеи психической травматизации, Фрейд выдвинул предположение, что истерический невроз и невроз навязчивых состояний являются следствием сексуального соращения, действительно имевшего место в детстве (преимущественно раннем) и чаще всего совершенного отцом. Основанием для подобного утверждения послужило клиническое открытие того, что в ходе лечения пациенты порой вспоминали об опыте сексуального обольщения — живых сценах, в которых инициатива принадлежала другому человеку (в большинстве случаев взрослому), а содержание менялось от простых словесных намеков или жестов до более или менее явных случаев сексуального соращения, вызывающих испуг, но пассивно претерпеваемых субъектом.

В упрощенном виде эта теория предполагала, что травма возникает на двух этапах, отделенных друг от друга периодом полового созревания. Первый этап, или этап соблазнения в собственном смысле слова, характеризовался Фрейдом как «досексуальное событие» сексуальной жизни, обусловленное факторами, внешними по отношению к субъекту, который еще не способен испытывать сексуальные эмоции в связи с отсутствием соматических условий возбуждения и невозможностью освоить этот опыт. Соответственно момент соблазнения не подвергается вытеснению. Лишь на втором этапе другое событие (не обязательно имеющее собственно сексуальное значение) ассоциативно вызывает в памяти первое событие. Из-за прилива эндогенных возбуждений воспоминание подвергается вытеснению.

При активной поддержке Флисса Фрейд уже в более решительной форме объявил о своем открытии в печати и выступил с лекцией в местном Обществе психиатрии и неврологии. «Эти ослы встретили лекцию ледяным молчанием», — так он описывал реакцию на это сообщение. Мало того, признанный авторитет в области сексопатологии, Р. Крафт-Эббинг, заявил, что это прозвучало как научно изложенная волшебная сказка. Поэтому, когда в 1897 г. Фрейд установил, что многие из так называемых «воспоминаний» о травматических переживаниях, рассказанных пациентами-истериками, фактически не являются воспоминаниями о реальных событиях, а представляют собой отчеты о фантазиях, он отказался от первоначальной теории, заявив, что она провалилась из-за собственного неправдоподобия¹.

Тем не менее, провалившаяся теория соблазнения сыграла значительную роль в истории развития психодинамических идей. Вот как это описывал сам Фрейд: «Хотя и верно, что истерики возводят свои симптомы к мнимым травмам, момент новизны заключается в том, что подобные сцены создаются фантазией, а потому

¹ Справедливости ради отметим, что по недавно опубликованным данным доктора Эстер Кнорр Андерс, собранным в специализированном центре для анонимного обследования детей, подвергшихся сексуальному насилию, ежегодно в Германии около 1000 детей становятся объектом развратных действий, при этом 80% из них — девочки, а 98% преступников — мужчины и в 1/3 случаев — отцы своих жертв. Еще в 65% случаев это другие члены семьи, а также друзья и знакомые. И лишь в 5% случаев это совершенно чужие люди. Кроме того, эти данные, без сомнения, являются заниженными, так как далеко не все дети, оказавшиеся в подобной ситуации, обращаются за помощью в специализированные центры. Таким образом, можно признать, что первоначальная гипотеза З. Фрейда об инцестуозных наклонностях отцов сегодня может быть достаточно обоснована, что, впрочем, не исключает и более поздней идеи о сексуальных фантазиях детей (цит. по: Фрейд А., Фрейд З. 1997, с. 7). Более подробно по этой проблеме см. «Руководство по предупреждению сексуального насилия над детьми».

наряду с практической реальностью необходимо учитывать и реальность психическую. За этим вскоре последовало открытие того, что эти фантазии способствовали сокрытию аутоэротической активности ребенка в первые годы жизни, ее приукрашиванию и возвышению. А теперь за всеми этими фантазиями возникает картина сексуальной жизни ребенка во всей ее полноте» (цит. по: Лапланш, Понталис).

Кроме того, с течением времени ряд аналитиков в той или иной степени возвращались к идеям теории соблазнения. Так, например, Ш. Ференци в 1932 г., развивая положения этой теории, показал, что взрослая сексуальность с ее «языком страстей» является следствием надлома детского мира с его «языком нежности». В табл. 1.1 в краткой форме приведено сравнение обеих теорий.

Таблица 1.1

Основные психодинамические положения	Теория травмы	Теория инстинктов
Соотношение жертва/виновник	Пациент — жертва соблазнов, насилия и психологической жестокости	Пациент — виновник, так как, будучи ребенком, он желает овладеть матерью/отцом, устранив отца/мать
Соотношение реальность/фантазия	Реальность	Фантазия
Главные направления и представители	Ш. Ференци и так называемая «венгерская школа» (М. Балинт, Д. В. Винникотт, Х. Когут, сэлф-психология), а также А. Миллер и А. Янов	Главные направления психоанализа, эгопсихология, теория объектных отношений

Внезапное прекращение Фрейдом почти двадцатилетней дружбы с Брейером, который по-отцовски его опекал, оказывал стимулирующее интеллектуальное влияние, помогал материально, посылал пациентов и т. п., оставило у него в душе чувство глубокой горечи, нашедшей отражение в резких выпадах против старого друга.

В октябре 1896 г. умер отец Фрейда, и это стало одной из поворотных точек в развитии психоанализа. Именно в это время впервые употребляется термин «психоанализ», с этого момента начинается самоанализ Фрейда и второй этап развития психоанализа.

На втором этапе развития психоанализа (1896–1923 гг.) происходит постепенный переход от теории травмы к **теории инстинктов или влечений (драйвов)**¹, т. е. к изучению бессознательных желаний и побуждений, а также того, как последние проявляются внешне. Это был период, в ходе которого возникли основные подходы в понимании функционирования психики: динамический, топогра-

¹ В различных (не только русскоязычных) переводах фрейдовский термин *Trieb* интерпретируется либо как инстинкт, либо как влечение. Как отмечают Ж. Лапланш и Ж.-Б. Понталис, «фрейдовская концепция влечения как побуждающей силы, не предопределяющей жестко ни формы поведения, ни типа объекта, приносящего удовлетворение, отлична от теорий инстинкта, как традиционных, так и современных, опирающихся на новейшие исследования (ср. понятие паттерна, или схемы поведения, внутренних механизмов “запуска” поведения, особых стимулов-сигналов и пр.)». (Лапланш, Понталис, с. 167.)

фический, энергетический и структурный. Большинство клинических понятий, которые используются в психодинамической терапии, также были первоначально разработаны именно на втором этапе развития психоанализа.

Реакция на смерть отца и признание обострившегося в связи с этим собственного «опытного невроза» заставили Фрейда обратиться внутрь себя и начать исследовать методом свободных ассоциаций наиболее доступный материал — материал снов. Помимо этого интерес Фрейда к сновидениям был обусловлен тем, что они являются нормальными процессами, знакомыми каждому, и в то же время могут служить примером того, как работают механизмы формирования невротических симптомов. Самоанализ позволил Фрейду прийти к заключению, что чаще всего образы и сюжеты сновидений тесно связаны с детскими чувствами, такими как любовь к матери, соперничество с отцом, страх кастрации и т. п., вытесненными с наступлением взрослости, но продолжающими оказывать воздействие на образ жизни человека в виде бессознательных желаний¹. Результатом этого титанического труда стала появившаяся в 1900 г. фундаментальная работа «Толкование сновидений», собравшая воедино результаты всех предыдущих исследований.

Прежде чем перейти к ее рассмотрению, отметим, что в анализе сновидений в неявной форме нашли свое отражение **метапсихологические подходы** к функционированию психики, более четко сформулированные позже (в частности, в статье 1914 г. под названием «Бессознательное»):

- 1) **динамический подход**, рассматривающий психику как местонахождение взаимодействующих или противоборствующих сил;
- 2) **топографический (систематический) подход**, рассматривающий психику как нечто, состоящее из различных систем с разными функциями и характеристиками;
- 3) **экономический подход**, который пытается проследить чередование различных возбуждений и прийти к сравнительной оценке их значимости.

Все научные теории сновидений, существовавшие в то время, рассматривали их как психическое явление, связанное со снижением (или особого рода искажением) обычной психической активности. Практически никто из авторов, занимавшихся этой тематикой, не попытался выявить возможное отношение между содержанием сновидения и личной историей сновидца. Несмотря на свою приверженность академическим традициям, Фрейд последовал по пути исследования сновидений, представленных в античных, восточных и прочих «сонниках», прежде всего фокусирувавшихся на тайном смысле символики сновидений. Впрочем, следует отметить, что в отличие от «сонников» З. Фрейд переносит фокус внимания на применение сновидной символики лишь к одному отдельно взятому индивиду, и в этом смысле его метод противоположен приемам истолкования в сонниках.

Фрейд считал, что сновидения имеют психологический смысл, постичь который можно с помощью **интерпретации (толкования)** — специальной процедуры,

¹ Отметим, что вначале метод самоанализа представлялся З. Фрейду основополагающим. Впоследствии он стал более сдержанно относиться к нему, опасаясь подмены им психоанализа в собственном смысле слова. Сегодня многие психоаналитики считают, что самоанализ — особая форма сопротивления психоанализу, связанная с потаканием нарциссизму и устранением главного терапевтического фактора — трансфера. Однако у некоторых авторов (например, К. Хорни) самоанализ рекомендуется и выступает как дополнение к основному лечению, как его подготовка или продолжение.

придающей сновидениям (либо симптомам или цепочкам свободных ассоциаций) какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое им придает сам пациент. Интерпретация нацелена на преодоление психологической защиты, выявление актуального интрапсихического конфликта и обнаружение изначального желания. Согласно исходным формулировкам, сновидение включает в себя: а) **явное (манифестное) содержание**, т. е. сновидение в том виде, как его переживают, рассказывают или помнят и б) **скрытое (латентное) содержание**, которое раскрывается путем интерпретации. Фрейд также полагал, что существует **работа сновидения**, переводящая скрытое содержание в явное, и, следовательно, интерпретация сновидения представляет собой процесс, обратный работе сновидения.

Фрейд утверждал, что все сновидения являются результатом исполнения желаний. С этой точки зрения скрытое содержание — это желание, которое исполняется во сне в галлюцинаторной форме, причем необходимость его перевода в явное содержание диктуется двумя факторами: 1) физиологическими условиями сна, которые делают сновидение в основном визуальным, а не вербальным процессом, и 2) тем, что желание неприемлемо для бодрствующего Эго. Характеризуя второй фактор, Фрейд вводит понятие **цензора (цензуры)** — психической инстанции запрета, ответственной за недопущение в предсознание и сознание бессознательных желаний и возникших на их основе образований и соответственно за деформацию сновидений. Таким образом, функция сновидений заключается в сохранении сна путем представления бессознательных желаний как исполненных. **Кошмары и тревожные сны** составляют неудачи в работе сновидений, а **травматические сновидения** (в которых просто повторяется пережитая травма) являются исключением из теории.

Фрейд утверждал, что **материалом сновидений** выступают телесные раздражения (например, голод, жажда и т. п.), остатки дневных впечатлений (события предыдущего дня, прямо или ассоциативно связанные с бессознательными желаниями, исполняемыми во сне) и давние воспоминания. **Механизмами работы сновидений** (как и формирования симптомов) являются конденсация, смещение, драматизация, символизация, интерпретация.

Конденсация (сгущение) — процесс, посредством которого два (или более) образа объединяются (или могут быть объединены) так, чтобы образовать составной образ, наделенный смыслом и энергией, полученными от обоих. Он может осуществляться по-разному: иногда из множества **элементов сновидений** сохраняется лишь один элемент (тема, персонаж и т. п.), многократно встречающийся в различных скрытых содержаниях («ядро»); иногда различные элементы складываются во внутренне разнородную совокупность (например, персонаж, составленный из черт разных людей); иногда соединение различных образов может приводить к затушевыванию различий и усилению общих черт.

Смещение — процесс, посредством которого энергия перемещается с одного образа на другой. Так, например, в сновидениях один образ может символизировать другой.

Драматизация (учет образности) — процесс отбора и преобразования сновидных мыслей в образы, прежде всего зрительные. Так, например, абстрактное понятие «унижение» может быть образно представлено как уменьшение в размерах или падение на нижнюю ступень лестницы.

Символизация — процесс косвенного, образного представления бессознательного желания или конфликта за счет использования устойчивых отношений между символом и символизируемым бессознательным содержанием, наблюдаемых не только у отдельного человека, но и в самых различных областях (миф, религия, фольклор, язык и т. п.). Считается, что в сновидениях детей этот механизм используется реже, чем у взрослых, поскольку детские желания искажаются меньше или не искажаются совсем. Хотя психоанализ открыл множество символов, общая область символизируемого весьма ограничена: тело, родители и кровные родственники, рождение, смерть, нагота и особенно сексуальность (половые органы, сексуальный акт и т. п.).

Интерпретация (вторичная обработка) — процесс переделки сновидения с целью представить его в виде более или менее связного сценария. Этот процесс вступает в действие при обработке продуктов, полученных в результате действия других механизмов, и осуществляется главным образом в состоянии, близком к бодрствованию, особенно когда пациент рассказывает о своем сновидении. Зачастую вторичная обработка использует уже сложившиеся сновидения.

Все эти процессы Фрейд назвал первичными процессами, противопоставив их вторичным процессам. В **первичных процессах** энергия свободно перемещается, при этом игнорируются законы пространства и времени, они управляются **принципом удовольствия**, т. е. принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем галлюцинаторного исполнения желания. Идея принципа удовольствия (первоначально представленного как принцип неудовольствия) основывалась на уже знакомой нам гипотезе принципа постоянства возбуждения (гомеостаза), согласно которой «психический аппарат стремится поддерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком уровне и устойчивом уровне» (Лапланш, Понталис, с. 364). **Вторичные процессы** подчиняются правилам формальной логики, используют связанную энергию и управляются **принципом реальности** — принципом уменьшения неудовольствия от инстинктивного напряжения путем адаптивного поведения.

Фрейд расценивал первичные процессы как филогенетически и онтогенетически более ранние по сравнению с вторичными (с этим связана и терминология) и считал их неотъемлемым свойством слабую адаптивность. По его мнению, все развитие Эго вторично по отношению к вытеснению первичных процессов. Вторичные процессы развивались наравне и одновременно с Эго и с адаптацией к внешнему миру, а поэтому они теснейшим образом связаны с вербальным мышлением. С этих позиций грезы, образная и творческая деятельность, а также эмоциональное мышление являются смешанными проявлениями обоих процессов.

В «Толковании сновидений» были заложены основы научного понимания бессознательного. И до Фрейда в естественных науках, философии и литературе в том или ином значении употреблялись понятия «бессознательного», «неосознаваемого», «влечений» и т. п. и указывалось на их значимость в психической жизни человека (Б. Спиноза, Г. В. Лейбниц, К.-Г. Карус, Э. фон Гартман, И. Ф. Герbart, А. Шопенгауэр, Э. Т. А. Гофман и др.). Однако только Фрейд смог исследовать бессознательное и создать на этой основе его метапсихологическую картографию.

Говоря о содержании, функциях и механизмах сновидений, Фрейд различал сознание и бессознательное. Он писал: «Толкование сновидений — это королевская дорога к познанию бессознательной активности мозга». При этом понятие