

сеанса в неделю, влечет за собой немалое понижение заработка аналитика. С другой стороны, самостоятельная оплата дальнейшего курса терапии может оказать влияние на жизненный уровень пациента и его семьи. Можно ожидать дополнительных конфликтов с латентно присутствующими третьими сторонами, но, в конечном счете, в отношениях с ними необходимо добиться равновесия.

Таким образом, в работе по достижению плодотворной договоренности с третьими сторонами (семьей, компанией по страхованию здоровья и наблюдателем) и примирения с самим собой необходимо учитывать много факторов.

## **7 Правила**

### **7.1 Многофункциональность психоаналитических правил**

Фрейд сравнивал правила психоаналитического лечения с правилами игры в шахматы: и те и другие дают возможность для бесконечного разнообразия шагов, ограниченных только в начальной и в заключительной фазах:

Есть среди них такие, которые могут показаться мелкими деталями, и они в действительности таковы. Их оправдание в том, что это просто правила игры, и их важность зависит от их отношения к общему плану игры. Я думаю, однако, что будет благоразумнее называть эти правила «рекомендациями» и не требовать их безусловного принятия... Гибкость психических процессов и изобилие определяющих факторов противостоят всякой механизации техники; и это приводит к тому, что обычно оправданный ход действий иногда может оказаться неэффективным, в то время как обычно ошибочный может привести к желаемому результату. Однако эти обстоятельства не мешают нам установить для врача процедуру, которая в среднем эффективна (Freud, 1913c, p. 123).

Сравнение с шахматами позволяет наиболее наглядно проиллюстрировать разнообразие способов возможного проведения лечения. Сложные последовательности взаимодействия, лежащие в основе обороны или эндшпиля в шахматах, похожи на стратегии лечения. Рекомендации стратегического характера могут быть сформулированы в виде правил. Правила игры в шахматы, определяющие передвижение фигур и, таким образом, выполняющие функцию закона, нужно понимать по-другому, поскольку, если они не выполняются, игра вообще может не состояться.

В шахматах легко отличить ходы, которые нарушают правила, от тех, которые нецелесообразны, но в психоанализе такое разграничение провести труднее. Это, с одной стороны, обусловлено историческим развитием психоаналитической теории и техники, а с другой — тем, что психоаналитические правила имеют другие функции. Как известно, в анализах, проводимых Фрейдом, психоаналитическая ситуация в большой степени

представляла собой что-то вроде совместного эксперимента,

Многофункциональность психоаналитических правил 309

имеющего целью исследовать генезис невроза. Даже в своих поздних работах Фрейд сохранял элементы этой экспериментальной ситуации (Cremetius, 1981). Его самые строгие и наиболее недвусмысленные указания относятся к параметрам этой ситуации. Правила, казалось бы, создают «социальную нулевую ситуацию».

Для Фрейда, однако, психоаналитическая ситуация не была просто его собственной версией современных профессиональных тенденций. Она была существенной как для его рабочей техники, так и для теоретизирования. Это позволяло ему поставить пациента и научные круги (двойную аудиторию Фрейда) лицом к лицу с тем фактом, что продукция пациента не может быть отброшена ни как артефакт определенной ситуации, ни как индуцированная терапевтом, а должна быть объяснена на основе собственной психической деятельности пациента (de Swaan, 1980, p. 405).

Уже давно стало ясно, что этот идеал не подходит для социальных наук. Еще никогда не было возможности в конкретной форме воспроизвести социально нулевую ситуацию, хотя в роли ведущей утопической фантазии психоанализа она оказала свое вредоносное влияние на практику. Строгое следование параметрам может быть отнесено на счет того факта, что аналитики истолковывают их преимущественно как правила, а не как средства более благоприятной *стратегии лечения*. Виттгенштейн афористично рассматривал вопрос, насколько надежно даже такие явно простые правила ведут к желаемой цели.

Правило стоит там подобно указательному столбу. Разве указательный столб не оставляет никакого сомнения в том, каким путем я должен идти? Показывает ли он, какое направление нужно выбрать, когда я миновал его: вдоль дороги, или по тропинке, или напрямик через поле? Но где сказано, что я должен следовать указателю; идти ли, куда указывает стрелка, или, например, в противоположном направлении? А если бы там был не единственный указательный столб, а ряд следующих друг за другом столбов или разметка на земле? Существует ли только один способ их толкования? Итак, я могу сказать, что в конце концов указатель не оставляет места для сомнений. Или скорее: иногда он позволяет сомневаться, а иногда нет. И теперь это уже не философское суждение, а эмпирическое (Wittgenstein, 1953, pp. 39—40).

Ссылаясь на концепцию Виттгенштейна о правилах, Хабермас (Habermas, 1981) установил зависимость между введением правил и появляющейся в результате этого возможностью выработать тождество смысла и интерсубъективную валидность простых символов:

Оба аспекта, отмечающие использование простых символов, объединены в концепции правила: тождественность смысла и интерсубъективная обоснованность. Общее качество, составляющее смысл правила, может быть изображено с помощью ряда образцовых действий (Habermas, 1981, v. 2, p. 31).

### 310 Правила

Правила создают тождество смысла, так как они гарантируют, что отвечающие правилам события могут быть выделены как константы среди множества событий. Они создают «единство в многообразии своих типичных проявлений, в различных формах, которые они принимают в реальности или в реализации на практике» (Habermas, 1981, v. 2, p. 32). Эти соображения весьма важны для понимания психоаналитической ситуации и правил, ее формирующих; они подчеркивают, что смысл поведения аналитика и пациента привязан к существованию общих правил. Детализированность некоторых правил, о чем говорил Фрейд в приведенном выше высказывании, есть результат стремления к тождеству смысла даже за

рамками данной лечебной ситуации. Именно в области психоанализа, характеризующегося столь многими неопределенностями и противоречиями, правила несут функцию сохранения групповой целостности и стабильности в группе. В этом контексте тот факт, что все психоаналитики следуют одним и тем же правилам, является признаком профессионализма. Это объясняет, например, почему использование кушетки и частота сеансов стали важными критериями, позволяющими назвать лечение «анализом».

Смысл правил коренится в их межличностном, обоюдном принятии. В действительности одна из важных функций правил заключается в том, что они допускают возможность интерсубъективного обмена. Это особенно верно в психоанализе. Единообразные рамки дают возможность сравнить выводы, тем самым обеспечивая стандартизацию психоаналитического процесса (Bachrach, 1983). Стандартизация необходима для того, чтобы аналитик мог сравнить клинические данные и обобщить наблюдения; в противном случае он будет всего лишь наблюдать явления и описывать их со случайно выбранной точки зрения. Пациенты реагируют различным образом, например, на кушетку и необходимость лежать на ней, но у аналитика имеется некоторый опыт в отношении этих реакций, и на их основе он может сделать определенные диагностические и терапевтические заключения. Однако стандартизация внешних рамок часто дает лишь видимость единообразия, так как действие правил в значительной степени зависит от дополнительных факторов. Стандартизация не должна доходить до такой степени, чтобы она препятствовала терапевтическому процессу. Используя терминологию Виттгенштейна, мы имеем здесь дело с эмпирическими предложениями, касающимися сравнений между правилом, способом и целью. И действительно, мы видоизменяем правила, когда они непродуктивны, например если лежание на кушетке подавляет пациента.

Разнообразие параметров — еще одна причина того, что психоаналитические правила не образуют замкнутую структу-

#### Многофункциональность психоаналитических правил 311

рованную систему, а скорее представляют собой собрание директив в разных областях и с разным императивным содержанием. Наиболее важные рекомендации Фрейда относительно лечения разбросаны по меньшей мере в дюжине его работ. Исследовательская группа в Институте Зигмунда Фрейда насчитала 249 таких рекомендаций и попыталась систематизировать их. Классификация из одиннадцати категорий, охватывающих правила поведения и правила по определению показаний, подчеркивает различия и по содержанию и по степени абстракции (Köhler-Weisker, 1978; Argelander, 1979).

Трудно утверждать, сколько из этих многочисленных предписаний составляют ядро действительных правил психоаналитических шахмат. В отличие от шахмат это не правила, регулирующие лишь встречу двух человек для проведения игры. Психоаналитические правила — это всегда также правила стратегии, которые продолжают обсуждаться и подтверждаться в каждом отдельном случае. Это отличает психоанализ от шахмат, где правила игры и правила стратегии четко разграничены.

Правила лечения в своей основе ориентированы на достижение цели. Как заявлял Тафертшофер (Tafertschofer, 1980), их можно воспринимать как отдельные шаги в психоаналитическом методе и, таким образом, сравнить с другими научными методами. Однако именно ориентация на цель запрещает как раз такую канонизацию правил, которая самоочевидна в шахматах. Фрейд осознавал эту проблему и отдавал приоритет эффективности.

Складывается впечатление, что критический анализ эффективности правил в психоанализе все еще довольно слабо разработан. Слишком часто правила оправдывают не их полезностью, а тем фактом, что они закреплены в психоаналитической теории. Теоретическое закрепление правил очень спорно. Вестмейер в критическом обзоре правил бихевиоральной терапии выдвинул весьма веские, по нашему мнению, соображения

относительно правил, управляющих психоанализом. Он показал, что логическое выведение технических правил из открытий базовой науки является утопической иллюзией: «Технические правила, следовательно, не являются правильными или ложными, как законы и формулировки научных теорий, но скорее более или менее эффективными и действенными — в той степени, в какой после реализации рекомендованных мер достигается намеченное состояние» (Westmeyer, 1978, p. 123). Мы обсудим эту проблему более подробно в десятой главе.

Что касается психоанализа, можно увидеть, что, в то время как теория в основном занята детерминантами генезиса, технические правила направлены на достижение необходимых и до-

## 312 Правила

статочных для изменений условий: психоаналитическая техника не является простым применением теории.

Соотношение между функцией правила и стратегической функцией для каждого отдельного правила лечения находится в состоянии непрерывного изменения. Потребность аналитика в безопасности и в понимании проблемы искушает его абсолютизировать правила. Трудности, возникающие во время терапевтического процесса, часто заставляют тщательно проверять границы применимости метода и таким образом подвергать сомнению лечебные рекомендации.

Пациенты вносят свой вклад в эти колебания. Настороженный пациент не может не заметить, что аналитик действует в соответствии с некоторыми правилами, даже если он об этом не сообщает. Пациент сам часто ставит под вопрос законность подобного образа действий. Поэтому это всего лишь вопрос времени, когда именно параметры анализа будут подвергнуты критическому рассмотрению. Тогда они временно теряют статус рамок и подвергаются горячему обсуждению, пока бессознательные детерминанты, заставившие пациента поставить их под сомнение, не будут поняты и прояснены или, соответственно, пока не изменятся параметры. Правила лечения имеют естественную тенденцию превращаться в сцену конфликта между пациентом и аналитиком; подобного опыта нельзя избежать, а возможно, и не следует этого делать.

Используя пример пациентов с расстройствами Супер-Эго, Кремериус (Cremerius, 1977) убедительно продемонстрировал, что пациенты, наоборот, делают правила психоаналитика своими собственными и начинают рассматривать их как абсолютные. Вряд ли необходимо указывать, что эффективности лечения одинаково угрожают как абсолютизация правил, так и бесконечные сомнения по поводу каждого соглашения. С точки зрения терапии обязательно, чтобы аналитик варьировал правила в соответствии с ситуацией и особенностями расстройств пациента. Перефразируя пословицу, скажем, что в психоанализе исключения являются правилом. Объясняет ли аналитик правила, которые он применяет, и как именно он их объясняет, зависит от характера терапевтических отношений. Мы согласны, что терапевтическую цель правил нужно детально объяснить, так, чтобы не лишить аналитика преимуществ в его работе и не нанести ущерба текущему состоянию пациента. Аналитический процесс проходит через сомнения по поводу правил лечения и их утверждение с новой силой. Оптимально, когда в ходе этого взаимодействия аналитик и пациент достигают понимания правил, которые являются наилучшими для данного анализа.

Мы уже упоминали, что рекомендации по психоаналитическому лечению отражают целый спектр основных теоретиче-

## Многофункциональность психоаналитических правил 313

ских положений, идей, направленных на определенные цели, и клинический опыт. Мы не

пытаемся представить исчерпывающее описание всех важных лечебных правил. Скорее, мы хотим обсудить некоторые наиболее существенные рекомендации, среди которых рекомендации по абстиненции занимают особое место, так как они воплощают основной принцип лечебной техники. Мы упоминаем об этом во введении и в главах, посвященных первоначальному интервью, переносу, контрпереносу и аналитическому процессу (гл. 2, 3, 6, 9). Воздержание, конечно, является важным фактором и в базовом правиле психоанализа, и в равномерно распределенном внимании аналитика, что мы рассмотрим более подробно в разделе 7.2.3. Однако проблема воздержания будет рассмотрена и здесь, так как она особенно четко демонстрирует многообразие функций психоаналитических правил и трудности, вытекающие из них.

Существует два аспекта абстиненции в психоанализе: в качестве правила она нацелена на то, чтобы навязать пациенту определенные ограничения, а в качестве рекомендации аналитического нейтралитета — на то, чтобы наложить ограничения на терапевта. Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973) определяют принцип абстиненции как «правило, согласно которому аналитическое лечение должно быть организовано так, чтобы гарантировать, что пациент находит как можно меньше замещающих удовлетворений для своих симптомов» (р. 2). Нейтральность — это «одна из определяющих характеристик позиции аналитика во время лечения» (р. 271). По существу, эти два аспекта связаны друг с другом; они основаны, с одной стороны, на особенностях всех профессиональных отношений, с другой — на особенностях аналитической ситуации.

Кремериус (Cremérius, 1984) выразительно описал историю этой концепции и правила абстиненции. Он отметил, что впервые Фрейд был вынужден прибегнуть к этому правилу из-за особых проблем, с которыми он столкнулся во время лечения женщин, страдающих истерией. Их желание конкретных любовных взаимоотношений представляло угрозу профессиональным отношениям. Затем заповедь абстиненции приобрела функцию «правила игры» для обеспечения продолжения анализа: «Любовные отношения фактически разрушают восприимчивость пациента к влиянию аналитического лечения. Сочетание этих двух отношений сделает его невозможным» (Freud, 1915a, p. 166). В этом контексте Фрейд обращается к общепринятой морали, которую он хочет заменить методологическими соображениями. Строго говоря, дело заключается не в общепринятой морали, а в совершенно особой норме, которая устанавливает рамки взаимоотношений между аналитиком и пациентом в виде правила игры.

## 314 Правила

Однако правило воздержания приобретает большое значение, так как Фрейд пытается заменить нормативную аргументацию аргументацией, ориентированной на его метод. В то время как медицинская этика потребовала бы строго отклонить любовные чувства пациента, Фрейд рекомендует не нарушать их развитие, а скорее использовать с тем, чтобы добраться до подавленных импульсов желаний и лучше их проанализировать. Руководствуясь соображениями не только медицинской этики, но пониманием роли метода, он заявлял, что эротические желания не нужно удовлетворять.

Лечение должно происходить в условиях воздержания. Под этим я понимаю не только физическое воздержание и лишение пациентки всего, чего она желает, так как, вероятно, ни один больной человек не смог бы этого выдержать. Вместо этого я собираюсь выдвинуть в качестве основного принципа необходимость сохранять ее потребности и страстные желания, чтобы они выступали в качестве сил, заставляющих ее работать и добиваться изменений. Но мы должны остерегаться потакать им, используя заменители (Freud, 1915a, p. 165).

Цель этой рекомендации заключается в том, чтобы поддерживать благоприятный потенциал напряжения, который, как предполагается, помогает осуществляться терапевтическому процессу. Следует подчеркнуть, что аргумент Фрейда хорошо обоснован:

необходимость поддерживать напряжение можно исследовать и доказать в каждом отдельном случае. Предупреждение терапевту, чтобы он не подавал виду, что уступает желаниям пациента по доброте душевной или по терапевтическим мотивам, также основано на состоятельной аргументации, которую можно подтвердить клиническими наблюдениями.

Однако дело этим не ограничивается. Данные технические аргументы оказываются тесно связанными с допущениями теории инстинкта, которая поддерживает принцип абстиненции и соответствующую позицию строгого нейтралитета со стороны аналитика. Сам Фрейд немало потрудился над этими выкладками. Четыре года спустя после первого изложения правила воздержания он писал:

Аналитическое лечение следует проводить, насколько это возможно, в условиях лишения — в состоянии воздержания... Вы будете помнить, что больным пациент стал из-за *фрустрации* и что его симптомы служат ему в качестве заменителей удовлетворения. Во время лечения можно наблюдать, что любое улучшение состояния снижает темп выздоровления и уменьшает инстинктивную силу, толкающую его к выздоровлению. Но эта инстинктивная сила необходима, ее ослабление ставит под угрозу нашу цель — возвращение пациенту здоровья... Как бы жестоко это ни звучало, мы должны следить за тем, чтобы страдания пациента, которые в той или иной степени являются эффективными, не окончились раньше времени (Freud, 1919a, pp. 162—163).

Многофункциональность психоаналитических правил 315

В этой связи он рекомендует, чтобы аналитик «вновь возбудил их [страдания пациента] в форме некоего осязаемого лишения», обнаруживал «заменители удовлетворения» и «требовал от него [пациента] отказаться от них», с тем чтобы «энергия, необходимая для проведения лечения», не иссякала. Это особенно необходимо в случае скрытых трансферентных удовлетворений. Если в 1915 году Фрейд рекомендовал лишь «благоприятный потенциал напряжения», то теперь он выбирает максимально возможное напряжение, тем самым значительно усиливая правило абстиненции. В пользу этого правила свидетельствуют и теория генезиса симптомов, и экономические соображения.

Мы уже объясняли, что выведение правил из теории иллюзорно и часто вредно, поскольку вопрос о пригодности правил заменяется вопросом об их происхождении. Особенно ярко демонстрирует это правило абстиненции, поскольку оно оказало явно неблагоприятное воздействие на развитие психоаналитической техники. Кремериус (Cremetius, 1984) указывает на то, что специфические особенности лечения истерии без обоснования были введены в лечение других форм неврозов. Желания, характерные для сопротивления у женщин, страдающих истерией, могут иметь совершенно другой смысл для страдающих обсессивным, фобическим неврозом или неврозом тревоги. Беспокойство аналитика по поводу того, что пациент найдет тайное замещающее удовлетворение в переносе, приводит его к защитному подходу. Функция правила абстиненции при этом уже заключается не в том, чтобы создавать благоприятный потенциал напряжения и тем самым активизировать развитие, а скорее в том, чтобы предупредить развитие в сторону, вызывающую опасение. Концепция необходимости разочарования как мотивирующей изменение силы стала более чем сомнительной и, кроме того, отвлекла внимание от неблагоприятных последствий, оказываемых на терапевтический процесс преувеличенной нейтральностью со стороны аналитика.

Аргументы теории инстинкта не являются необходимыми, чтобы оправдать требование *нейтралитета* со стороны аналитика, оно может быть подтверждено также и методологически. Призыв к нейтральности относится к различным областям деятельности аналитика: при работе над материалом, предложенным пациентом, не следует искать для себя преимуществ; чтобы избежать удовлетворения терапевтических амбиций, нужно отказаться от суггестивных техник; при решении проблемы целей рекомендуется не следовать своим собственным ценностям; и, наконец, при контрпереносе аналитик должен

отказаться от любого скрытого удовлетворения собственных инстинктивных желаний.

## 316 Правила

Как фундаментальный принцип психоаналитического метода правило нейтральности имело с самого начала огромное значение для обеспечения объективности и установления психоаналитической идентичности. Научный идеал играл решающую роль. По этим причинам вряд ли какое-нибудь другое правило психоанализа подвергается такой же опасности абсолютизации. Одновременно возникло и широко распространилось движение противоположного характера. В 1981 году ни один из членов Американской психоаналитической ассоциации не высказался в пользу безусловного соблюдения строгой аналитической нейтральности (Leider, 1984). Опыт Фрейда показал, что иногда можно допустить большее, а иногда меньшее удовлетворение потребностей, и это заставило его занять более гибкую позицию по отношению к правилу абстиненции.

Мы тоже не имеем ничего против прагматических компромиссов, пока они совместимы с медицинской этикой и их целесообразность может быть методологически доказана. Мы хотим сделать следующий шаг и заявляем, что в настоящее время психоаналитики могут смотреть на правило абстиненции более широко. Как уже говорилось, беспокойство специалистов по поводу того, что, возможно, пациенту будет позволено слишком большое удовлетворение, значительно усиливается, если следовать теории инстинкта. Под ее воздействием был установлен идеал полного воздержания с целью увеличения эндопсихического давления, посредством отрицания эдипова удовлетворения и направления психической энергии (выход, который таким образом блокирован) на оживление воспоминаний.

Несмотря на продолжающееся использование этого жаргона, большинство аналитиков отказалось от теории катексиса (то есть принципа экономии) в своей клинической работе. Процесс начался десятилетия тому назад, когда Балинт (Balint, 1935), отталкиваясь от того, что Фрейд пренебрег альтернативной теорией ласки, приписал нежности особую важность. Пока одобрение и вознаграждение не принимаются ошибочно в качестве сексуальных стимулов, тревога аналитика о том, что малейшая уступка поведет дело по неправильному пути, необоснованна.

Освобождение от пут правила абстиненции можно отчетливо увидеть в технике нарциссического удовлетворения Кохута. Ввиду того, что мы сильно сомневаемся в независимом существовании нарциссизма, мы полагаем, что нарциссическое удовлетворение может иметь дополнительное эдипово значение и поэтому обязательно отразится на либидозном переносе. Тем не менее, Кохут прав, когда говорит, что правило абстиненции должно сегодня пониматься иначе. В связи с многофункциональностью правил, о чем мы уже упоминали, изменения в одной области достаточно, чтобы трансформировать целое.

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 317

## 7.2 Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии

### 7.2.1 Характерные черты и развитие

Свободные ассоциации занимают первое место не только в иерархии правил. В письме С. Цвейгу от 7 февраля 1931 года Фрейд (1960а, pp. 402—403) отметил, что техника свободных ассоциаций рассматривалась многими как самое важное достижение психоанализа. Джонс

(Jones, 1954, p. 265) считает разработку метода свободных ассоциаций «одним из двух величайших деяний научной жизни Фрейда; другим является самоанализ, благодаря которому он научился исследовать сексуальную жизнь ребенка, включая знаменитый эдипов комплекс». Джонс исходит из того, что в толковании сновидений свободные ассоциации помогают найти путь к латентным мыслям сновидения. Формирование сновидений может быть реконструировано, потому что «когда отбрасываются *сознательные* целевые идеи, то контроль за текущими идеями берут на себя скрытые целевые идеи» (Freud, 1900a, p. 531). Ассоциации рассматриваются в качестве индикаторов этих целенаправленных идей и фантазий, которые не могут быть постигнуты пациентом без интерпретирующей помощи аналитика, так как они находятся в психодинамическом бессознательном.

Лишь позднее свободным ассоциациям был придан статус фундаментального правила. Фрейд сделал в третьем лице отчет о своей собственной технике, в котором описывал ее развитие следующим образом:

Автор попытался настаивать на том, чтобы его *не находящиеся под гипнозом* пациенты сообщали ему о своих ассоциациях. С помощью полученного таким образом материала он мог найти путь, ведущий к тому, что было забыто или отвергнуто. Позже он заметил, что нет необходимости сильно настаивать, что в сознании пациента почти всегда возникает обильный поток идей. Но идеям мешают передаваться и даже осознаваться некоторые препятствия, создаваемые самим пациентом. Следовало ожидать, хотя это было все еще не доказано и лишь позже подтверждено множеством экспериментальных данных, что все, что приходит в голову пациенту с какого-то начального момента, также должно было иметь внутреннюю связь с этим начальным моментом. Отсюда проистекает техника обучения пациента тому, как отбросить свою критическую установку и использовать материал, извлеченный таким образом на свет для раскрытия искомых связей (Freud, 1923a, p. 238).

Строго говоря, два немецких слова, «Einfall» и «Assoziation», очень различные по смыслу, обычно переводятся на английский язык как «association» (ассоциация), а часто и в немецком употребляются как синонимы. Хорошая «Einfall» (внезапно возникшая мысль, идея) содержит в себе творческое начало, в то вре-

### 318 Правила

мя как слово «Assoziation» подчеркивает связь. По крайней мере, в субъективном опыте «Einfall» является выражением мыслительного процесса, который ведет к новой конфигурации. «Assoziationen» пациента, однако, собираются в единое осмысленное целое аналитиком. Как отметил Нидерланд (см.: Seidenberg, 1971), «Einfall» обладает интегрирующей функцией, которая близко подводит к инсайту.

Стрэчи в примечании к своему переводу глав «Лекций по введению в психоанализ», посвященных ошибочным действиям, затронул трудность передачи на английский язык слова «Einfall»:

Если человек думает о чем-то, и мы говорим, что у него возник Einfall, при этом подразумевается лишь то, что нечто новое возникло в его сознании. Но если мы говорим, что у него возникла «ассоциация», это, по-видимому, означает, что нечто возникшее в его сознании связано для него каким-то образом с тем, о чем он думал раньше. Значительная часть обсуждаемого на этих страницах касается того, является ли вторая мысль в действительности связанной (или обязательно связанной) с первоначальной — является ли «Einfall» «ассоциацией». Так что переводить «Einfall» как «ассоциация» означает торопиться с выводами. Тем не менее, не всегда легко избежать этого, особенно потому, что Фрейд сам иногда употреблял немецкое слово «Assoziation» в качестве синонима «Einfall», особенно в сочетании «freie Assoziation», которое нельзя перевести иначе, чем «свободная ассоциация». В настоящем обсуждении были предприняты все возможные попытки, чтобы избежать двусмысленности, даже ценой использования громоздких выражений. Позже необходимость избегать слова «ассоциация» станет менее настоятельной (Freud, 1923a, p. 48).

Контекст открытия и происхождения термина «свободные ассоциации» запутанным образом — и это не может быть иначе — переплетается с историей идей. Мы ограничимся несколькими замечаниями по поводу современного этому исторического контекста. Традиции школы Гельмгольца, к которой (через своего учителя Брюкке) принадлежал Фрейд, подвели психические феномены под постулат непрерывного психического детерминизма, к которому Фрейд тогда относил и свободные ассоциации. В прошлом веке на психологию столь же сильное влияние оказали Герbart и Фехнер; Фрейд был знаком с их идеями благодаря своему учителю Мейнерту и его ассоциативной теории. Герbart сформулировал также такие понятия, как «внутренняя апперцепция» и «свободно возникающие идеи», рассматривая их как динамические сущности, то есть с точки зрения их взаимного торможения. Однако теория появления понятия «свободные ассоциации» не ограничивается развитием только научной мысли. Так, Бакан (Bakan, 1958) предполагает, что это понятие может быть связано с техникой медитации еврейского мистицизма.

Здесь не место обсуждать новизну термина «свободные ассоциации» в сравнении с различными его предшественниками.

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 319

Определенно то, что техника Фрейда постепенно развивалась из гипноза и катартического метода Брейера. Свободная ассоциация очень помогла Фрейду во время самоанализа. С современной точки зрения не будет преувеличением сказать, что, экспериментируя на самом себе, Фрейд при помощи ассоциаций обнаружил важность фантазирования для распознавания бессознательных психических процессов (Freud, 1926c).

Ассоциативная психология играла роль «крестного отца» для метода свободной ассоциации. Выяснилось, что ассоциации пациента, которые на основе их сцепленности и скрещения могут быть объединены в серии, управляются «бессознательными комплексами». Вкратце можно сказать, что «комплекс», открытый Юнгом (Jung, 1906) при управлении реакциями в экспериментальных исследованиях ассоциаций, находит своего более раннего двойника в идее Фрейда о том, что все психические явления определяются бессознательными желаниями. В ранних комментариях на эту тему (1906c, p. 112) Фрейд говорил: «Цель психоанализа абсолютно однообразна в каждом случае: следует раскрыть комплексы, которые в силу неприятных чувств были подавлены и которые продуцируют знаки сопротивления, если предпринимается попытка перевести их в сознание». Фрейд пытался добраться до этих комплексов с помощью гипнокатарсиса, процедуры надавливания и, наконец, путем свободных ассоциаций. Он отмечал, что исследования ассоциаций Юнга сделали возможным «прийти к быстрому экспериментальному подтверждению психоаналитических наблюдений и прямо продемонстрировать студентам определенные связи, о которых аналитик мог им только рассказывать» (Freud, 1914d, p. 28).

Метод свободных ассоциаций — фундаментальное правило психоанализа, — по мнению Фрейда, находится в традиции экспериментальной психологии Вундта, которую продолжил Юнг в своих ассоциативных экспериментах. Критическая историческая оценка ассоциативной теории имела значительные последствия для нашего понимания фундаментального правила (Rapaport, 1974; Bellak, 1961; Colby, 1960; Wyss, 1958). Из исследования Зилборга (Zilboorg, 1952, p. 492) мы знаем не только то, что Фрейд был знаком с английской школой ассоциативной психологии (хорошо известно, что он перевел работу Джона Стюарта Милля), но также и то, что он мог знать об эксперименте, который впервые поставил на себе не кто иной, как Гальтон.

Поскольку терапия заключается в том, чтобы из частей составить целое, связывая элементы подобно кусочкам в мозаике, принципы гештальтпсихологии, выдвинутые Бернфельдом (Bernfeld, 1934), применялись с самого начала. Из-за важности этого сравнительно малоизвестного и, по нашим сведениям, не-

переводившегося отрывка этой работы хотелось бы привести из него подробную цитату:

Интерпретация сновидений, терапевтический процесс психоанализа, каждый отдельный сеанс и обширные области прикладной исследовательской работы психоаналитиков — все это основано на серии мыслей, образов и аффектов, которые, по существу, присутствуют в словах и предложениях, предъявляемых терапевту или исследователю. Его задача, или предварительная задача, состоит в том, чтобы узнать закон их следования. На основе этого закона он может объяснять, интерпретировать и влиять. В обедненной терминологии ранней психологии «идея» (*Vorstellung*) было словом, которое использовалось для описания исследовательского материала психоанализа, что даже тогда было весьма неточным, хотя и отвечавшим первоначальной цели, термином. Последовательности, закон которых аналитик должен был открыть, могут быть таким образом приблизительно обозначены как ассоциации идей. В ранний период психоанализа было тем более оправданно говорить об ассоциациях, поскольку последовательности обычно не связывались с объектами (*object-related*), но скорее объяснялись «внутренними» силами и целями. Однако это ни в коей мере не превращает психоанализ в «ассоциативную психологию» (Bernfeld, 1934, p. 43).

Переход от сосредоточенности на теме к свободным ассоциациям произошел благодаря опыту, который Фрейд приобрел, леча своих пациентов, опыту, приведшему его к признанию «сопротивления» и «переноса» как конституирующих черт бессознательных диспозиций пациента. Материал, который в гипнозе был совершенно скрытым (и, таким образом, недоступным для терапевтической разработки), с введением нового метода мог быть понят как существенный. Здесь мы обращаемся к тесной взаимопереплетенности и взаимозависимости между сущностью и методом психоанализа, а также к плодотворным последствиям, которые свободные ассоциации должны были иметь для дальнейших теоретических соображений Фрейда.

Фактор, достойный того, чтобы его отметить, — это помощь, которую Фрейд получил от своих пациентов в развитии метода свободных ассоциаций. Эмми фон Н., например, ответила на его настоятельные поиски истоков одного симптома, сказав, что ему не следует всегда спрашивать, откуда пришло то или это, но позволить ей сказать то, что она хочет сказать (Freud, 1895d, p. 63). Разговор, который затем состоялся в духе свободных ассоциаций, был не «таким бесцельным, как могло показаться. Напротив, он содержал довольно полное воспроизведение воспоминаний и новых впечатлений, которые повлияли на нее со времени нашей последней беседы, и он часто ведет, совсем неожиданным путем, к патогенным воспоминаниям, от которых она освобождается без всяких вопросов» (Freud, 1895d, p. 56). Это «освобождение», кажется, находится совсем рядом с «отреагированием» (*abreaction*). Как отмечал Фрейд (1895d, p. 56), начиная с этого момента, Эмми фон Н. спонтанно вставляла свои

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 321

мысли в разговор в качестве «дополнения к ее гипнозу». С открытием свободных ассоциаций родилось «лечение разговором» как отражение спонтанности личности и свободы мнений.

В дополнение к этому произошел поворот от прежней пассивности пациента — ответы на вопросы или «отреагирование» в гипнокатарсисе — к его активному участию в построении диалога. Расширение лечебной техники способствовало развитию метода свободных ассоциаций. Фрейд подчеркивал (1900a, pp. 102—103), что для некоторых пациентов было трудно делиться мыслями, которые приходили им в голову. В то же время он отмечал: «Тем не менее, ... принятие позиции не критического самонаблюдения ни в коей мере не является трудным. Большинство пациентов добиваются этого после получения первых инструкций» (p. 103). Свободная ассоциация в противоположность ранней гипнотической технике развивалась в направлении «разговора между двумя одинаково бодрствующими людьми»

(Freud, 1904a, p. 250).

### 7.2.2 Инструктирование пациента о фундаментальном правиле

Контекст, в котором пациент инструктируется о фундаментальном правиле, требует *специального* внимания. Часто формальные моменты, связанные с лечением, а именно ограничительные соглашения об оплате, времени сеансов и выходных днях (ни один из этих вопросов у большинства людей не возбуждает особенно приятных чувств), обсуждаются одновременно на одном и том же сеансе, что и фундаментальное правило. И фактически различные аспекты соглашения так тесно связываются, что фундаментальное правило очень часто ошибочно воспринимается почти как эквивалент контракту, подобно договоренностям о гонораре и процедуре, которой придерживаются в случае перерывов и пропуска сеансов. Тревоги, уже имеющиеся у пациента, усиливаются из-за непривычной необходимости раскрывать свои самые главные тайны незнакомому человеку. Во время информирования о фундаментальном правиле многие пациенты думают о том, что они решили держать при себе, о чем, если повезет, мы услышим позже. Во всяком случае, сначала истории рассказываются без особого удовольствия. Фрейд пытался с помощью анекдота пояснить, почему пациенту никогда нельзя позволять в виде исключения сохранять свои тайны: если бы возле церкви Св. Стефана было создано убежище для венских бродяг, то именно там они и оставались бы (Freud, 1916/17, p. 288).

Фундаментальное правило вступает в конфликт с привычными идеалами и нормами поведения пациента, которые являются

322 Правила

функциями Супер-Эго. Пациент относит требование свободной ассоциации к той же категории, что и целую серию старых предписаний (мощное противодействие которым уже забылось). Является ли на самом деле борьба за строгое соблюдение фундаментального правила неизбежной, как считала А. Фрейд (A. Freud, 1937)? Решающим является то, как пациент переживает фундаментальное правило. Это переживание, очевидно, не предварительно существующая величина, а величина ситуативная и процессуальная: чем более священным выступает фундаментальное правило, тем сильнее противодействие! Слова имеют свой собственный вес, создающий свою реальность. Использовать термины борьбы — значит вызывать к жизни борьбу. Следует ли сражаться вообще, когда лишь упоминание об этом будит противодействие, а пациент хотел бы хоть раз, наконец, выиграть?

Существует много способов самоутверждения. Аналитический опыт показывает, что очень многое бывает символически связано с *reservatio mentalis*: многие пациенты сохраняют некий секрет долгое время или навсегда. Согласно аналитической теории, производные от этого секрета и его бессознательные корни должны войти в процесс лечения *косвенно*. В этом случае можно ожидать, что симптомы укажут на психодинамически эффективный, то есть патогенный, фокус.

Фрейд не разрешал делать никаких исключений из фундаментального правила и заставлял своих пациентов соблюдать абсолютную честность. По его мнению, практика подтверждает, что делать исключения не имеет смысла. В одном случае, когда он дал разрешение сделать исключение, пациент, высокопоставленный чиновник, связанный клятвой соблюдать служебную тайну, был доволен результатом лечения. Однако сам Фрейд не был удовлетворен и приписывал свою неудовлетворенность тому, что он сделал это исключение (Freud, 1916/17, pp. 288—289).

Но какой смысл заставлять пациента быть честным, если известно, что абсолютной честности противостоит внутреннее сопротивление? Требование абсолютной честности

усиливает угрызения совести пациента и его бессознательное чувство вины, что ведет к реакциям, которые негативно влияют на терапию. Мы неоднократно убеждались, что скорее стоит не бороться за соблюдение фундаментального правила, а допускать исключения из него, надеясь и веря, что установление взаимоотношений доверия, в конце концов, создаст у пациента ощущение достаточной безопасности и он сможет поделиться своими самыми сокровенными тайнами. У Фрейда, кажется, был подобный опыт: «Постоянно обнаруживается, насколько невелик эффект подобных соглашений, заключенных с пациентами, при объяснении фундаментального правила» (Freud, 1913с, р. 135).

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 323

Наше критическое отношение к авторитарным формулировкам фундаментального правила не следует понимать как призыв к его отмене. Надеемся, однако, что наши аргументы внесут вклад в такое применение этого правила, которое будет способствовать ощущению свободы у пациента и его способности к сотрудничеству. Гилл (Gill, 1984, личное сообщение) привлек внимание к тому факту, что использование ассоциаций пациента в целях интерпретации, без ознакомления его с сутью фундаментального правила, является не признаком терпимости, но скорее признаком скрытого авторитаризма. Пациент должен знать, что он может содействовать процессу лечения и облегчить (или затруднить) задачу аналитика. *Сознательное* вынесение за скобки некоторых тем и подавление ассоциаций представляют собой осложнение, которое часто усиливается ятрогенным образом: пациент борется против нарисованной аналитиком карикатуры.

Призыв к свободной ассоциации, казалось бы, ведет к дилемме. В той мере, в какой пациент делает сознательные попытки свободно принимать решения, он может что-то сказать. Правило должно поощрять его отбросить сознательную селекцию в пользу спонтанной свободной игры мысли. Если же описываемые пациентом чувства и мысли рассматриваются с точки зрения их детерминации, они кажутся *несвободными* в том смысле, что они мотивированы. Пациент не может контролировать латентное содержание мотивации, так как разворачивание бессознательных и предсознательных мыслей и желаний нарушается так называемой цензурой. Интерпретативная помощь в преодолении цензуры позволяет пациенту осознать свою зависимость от бессознательных желаний и настоятельных нужд, так же как и обогащение своих мыслей, в результате того, что он вновь получил к ним доступ. Таким образом, свободная ассоциация не ведет к настоящему, кажущемуся даже неразрешимым логическому парадоксу, хотя она, конечно, отражает противоречия, присущие напряжению между зависимостью и автономией. Правило можно даже рассматривать как символ противоречия: мы становимся свободнее, когда примиряемся с нашей зависимостью от нашего тела, его потребностей и от близких, на которых мы все полагаемся.

В ознакомлении пациента с фундаментальным правилом одной из напрашивающихся техник является использование *метафор*, которые могут увести от строго обязательного «вы *должны* сказать все» к внутренне свободному «вы *можете* сказать все». Сумеют ли метафоры (о них сообщается в литературе, и некоторые из них мы хотели бы обсудить теперь) выполнить эту функцию, зависит от многих факторов, и не в последнюю очередь — от их семантического содержания.

324 Правила

Приведем знаменитую метафору Фрейда о путешествии:

Вопрос «С какого материала начинать лечение?» в целом не имеет значения — будет ли это история жизни пациента, или история его болезни, или воспоминания детства. Следует позволить

пациенту говорить и самому свободно выбрать, с какого места начать. Поэтому мы говорим ему: «Прежде чем я смогу что-то сказать вам, я должен многое о вас узнать. Пожалуйста, расскажите о себе».

Единственное исключение — пациент должен соблюдать фундаментальное правило психоаналитической техники. Это следует сообщить ему в первую очередь: «Еще одна вещь, прежде чем вы начнете. То, что вы расскажете мне, должно в одном отношении отличаться от обычной беседы. Как правило, вы стараетесь провести связующую нить через все ваши рассуждения и исключаете побочные мысли, второстепенные темы, которые могут у вас возникнуть, чтобы не отойти слишком далеко от сути. Однако сейчас вы должны действовать иначе. Вы заметите, что в ходе рассказа будут появляться различные мысли, которые вы хотели бы отложить в сторону из-за критического к ним отношения и потому, что они возбуждают возражения. Вы будете испытывать желание сказать себе, что то или иное не относится к делу, или совершенно неважно, или бессмысленно и потому нет необходимости об этом говорить. Вы никогда не должны поддаваться этой критической установке, наоборот, несмотря на нее, вы должны сказать это именно потому, что чувствуете отвращение к этому. Позднее вы увидите и научитесь понимать причину этого предписания, единственного, которому необходимо следовать. Так что говорите все, что бы ни приходило вам в голову. Действуйте так, как будто вы путешественник, сидящий у окна вагона и описывающий кому-то, находящемуся в глубине купе, сменяющиеся виды. И наконец, никогда не забывайте, что вы обещали быть абсолютно честным, и ничего не исключайте из-за того, что по той или иной причине об этом рассказывать неприятно» (Freud, 1913c, pp. 134—135).

Эта метафора показывает, что подразумевается под словом «свободная», а именно не исключать чего-либо сознательно или намеренно. В то время как Фрейд использовал метафору о путешествии на большое расстояние, Штерн (Stern, 1966, p. 642) предпочитает аналогию с опасным путешествием в ограниченном пространстве. Он говорит пациенту, что кабинет аналитика подобен рубке подводной лодки, и просит его смотреть в перископ и описывать все, что он видит. Ни один аналитик не будет испытывать затруднений в подборе ассоциаций, возможно варьирующихся от левиновского «чистого экрана сновидений» (открытое море) (Lewin, 1946) до проективной идентификации (вражеский корабль), не говоря уже о глубоководной регрессивной тенденции у Ференци (thalassal regressive trend). Но как себя будет чувствовать пациент в тесной рубке? Сначала метафора может понравиться ему, потому что он видел в «Нью-Йоркере» карикатуру, представляющую бессознательный близнецовый перенос Кохута в виде двух командиров подводных лодок, наблюдающих друг за другом через перископы, чтобы вести суда одинаковым курсом. Однако более вероятно, что ему не придет в голову подобная шутка для снятия стресса, не говоря уже

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 325

о том, что мы тоже не видели такой карикатуры, а придумали ее сами.

Давайте предположим, что пациент никогда не был в рубке подводной лодки и у него мало личного опыта в отношении аналитической ситуации, что он не слишком заторможен и у него есть некоторая доля сообразительности. Что ответит аналитик, если первой свободной ассоциацией пациента будет просьба к командиру подводной лодки показать ему, как работает перископ, так как у него нет опыта работы с ним, и он ничего не видит? Аналитик может тогда облегчить свою работу и ждать дальнейших ассоциаций, по возможности познакомив пациента с другим правилом: ответы на вопросы обычно не даются, их получают с помощью последующих ассоциаций самого пациента. Мы предоставляем читателю возможность решить, выросло или уменьшилось доверие пациента к командиру к концу этого воображаемого диалога. Очевидно, реакция на такую метафору фундаментального правила будет ироничной,

Большинство аналитиков не считают легким делом перевести «священное правило» (Freud, 1916/17, p. 288) в продуктивную светскую форму. Различные предпочтительные формулировки правила обсуждались в мельчайших деталях. Приведем некоторые примеры.

Альтманн (Altmann, 1976) говорит пациенту: «Вам дается право говорить здесь все что

угодно». Гловер (Glover, 1955) высказывает критику:

Чаще всего правило ассоциации сообщается пациенту в следующей форме: «Говорите о том, что у вас на уме». И пациент принимает это так, как будто подразумевается: «Говорите, о чем вы думаете». А если бы инструкции были другого характера, например такие: «Расскажите мне также все о ваших *чувствах* по мере того, как вы наблюдаете их возникновение в вашем сознании», то в огромном числе случаев с необходимостью возникло бы и соответствующее идеационное содержание (р. 300).

Шафер (Schafer, 1976) по поводу фундаментального правила говорит о следующем: «Я ожидаю, что вы будете рассказывать мне о себе во время каждого посещения. По ходу рассказа вы заметите, что воздерживаетесь от высказывания некоторых вещей» (р. 147). Шафер продолжает: «По сравнению с вопросом «Что приходит на ум?» концептуально и технически более точно модели действия соответствует вопрос: «Что вы думаете в связи с этим?», или «Что вы теперь с этим связываете?», или "Если вы думаете об этом сейчас, о чем вы думаете вслед за этим?"» (р. 148). Он отбрасывает формулировки, подобные, например, таким: «Говорите все, что приходит на ум», и их варианты: «Что это вам напоминает?», «Что вам приходит в голову?», говоря, что их содержание увеличивает пассивность и поощряет регрессию. Он считает такие формулировки остаточными элементами

## 326 Правила

гипноза, которые означают отказ пациента от ответственности за собственные производимые во внутреннем плане действия. Обращаясь к действующему, думающему пациенту, Шафер с самого начала расширяет его ответственность за включение бессознательных мотивов. Пациент, таким образом, является уже не пассивным наблюдателем своих ассоциаций, но их активным создателем. Язык действий Шафера расширяет сферу ответственности индивида за включение бессознательных желаний.

Спенс (Spence, 1982) критиковал формулировки Шафера потому, что они усиливают и без того достаточно сильный аспект фундаментального правила, связанный с Супер-Эго. То, что наш характер раскрывается нашими ассоциациями, не означает, что их можно считать мотивированными действиями, за которые мы несем ответственность как за наши поступки. Эта ответственность существует только в более широком смысле, как объясняет Мур (Moore, 1980).

Нельзя достигнуть определенного уровня ответственности за бессознательно мотивированные речевые акты, пока ассоциации не будут *присвоены* как часть собственного Эго. Терапевтическая проблема заключается в том, как аналитик может облегчить процесс присвоения, то есть в том, как он ведет борьбу за соблюдение фундаментального правила. Решающее значение имеет успех аналитика в постепенном, но быстром ознакомлении пациента с фундаментальным правилом таким образом, чтобы он начал следовать ему охотно, потому что с помощью аналитика ассоциации приводят его к обогащающим открытиям в отношении себя.

Моргенталер (Morgenthaler, 1978) привел некоторые поразительные примеры этому и противопоставил их тем искажениям, которые возникают при передаче фундаментального правила способом, усиливающим Супер-Эго пациента. Одна пациентка даже совершенно неправильно поняла широко распространенный вопрос: «О чем вы думаете?» Вместо того чтобы воспринять его как поощрение, она поняла его как упрек: «Ну, о чем вы *думаете*?» Это необычное недоразумение привлекает наше внимание к бессознательному подтексту, который этот вопрос может содержать для многих пациентов. Остается надеяться, что аргументы Моргенталера изменят отношение к фундаментальному правилу и положат конец спорам, которые продолжаются в течение десятилетий. Литтл (Little, 1951, р. 39) выдвигала подобный аргумент более тридцати лет назад: «Мы больше не «требуем» от наших пациентов говорить нам все, что у них на уме. Напротив, мы даем им разрешение делать

это». Е. Крис (E. Kris, 1956a, p. 451) предполагает, что для структуры аналитической ситуации изменение акцентов будет иметь далеко идущие последствия: ситуация делается более личной, когда аналитик не

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 327

требует свободной ассоциации, но разрешает ее, подобно родителю, который не запрещает плохого поведения.

Мы считаем недостаточным изложить фундаментальное правило только один раз. Однако мы не слишком полагаемся, например, на пробный анализ, в который вводятся свободные ассоциации, как это предложил Гринсон (Greenson, 1967). Цель Гринсона — оценить способность пациента к свободному ассоциированию, которая варьируется в огромной степени и, безусловно, зависит от болезни пациента. Были описаны типичные ограничения и сопротивление ассоциированию. В соответствии с нашим общим подходом особый интерес при обсуждении фундаментального правила вызывает вопрос, что должен делать аналитик, чтобы облегчить — или даже сделать вообще возможным — следование этому правилу.

Несмотря на провокационное название статьи Шлиффена (Schlieffen, 1983) — «Психоанализ без фундаментального правила», — он отнюдь не рекомендует покончить со свободным ассоциированием; без него анализ будет потерян. Ссылаясь на Моргенталера (Morgenthaler, 1978), он показывает, что строгое внедрение фундаментального правила может оказать искажающее влияние на способность пациента к ассоциации.

Хотелось бы пояснить эту позицию, выяснив, будет ли с точки зрения ассоциативной теории метафорическое введение Штерном (описанное выше) фундаментального правила способствовать или препятствовать свободному ассоциированию и развитию терапевтической регрессии. Поскольку кабинет аналитика обычно мало похож на рубку подводной лодки, трансферентно-невротические ассоциации в отношении профессионального окружения аналитика будут затруднены. Метафора переносит пациента в ситуацию совершенно ему чуждую, делая его еще более беспомощным, чем он есть на самом деле. Конечно, вопрос относительно терапевтической техники заключается не только в том, как аналитик вводит фундаментальное правило, но и что он предпринимает в дальнейшем, чтобы облегчить или затруднить свободное ассоциирование.

Требование Фрейда строго соблюдать фундаментальное правило удивительно, если учесть его скептицизм относительно выполнения соглашений (начиная с работ по технике и вплоть до описания заключения «пакта» (Freud, 1940a)). Сегодня оно должно быть проанализировано с точки зрения производимого им эффекта [«никогда не забывайте, что вы обещали быть абсолютно честным» (Freud, 1913c, p. 135)]. Для аналитика недостаточно, как предлагал Эпштейн (Epstein, 1976), говорить скорее об «основном условии», чем об «основном правиле». Эпштейн считает, что в противоположность слову «условие» слово «правило» ясно и точно отсылает к функциям Супер-Эго. Однако, безус-

## 328 Правила

ловно, дело не только в том, чтобы снизить аспект Супер-Эго, который несет фундаментальное правило, изменив терминологию. Можно, как Альтманн (Altmann, 1976), усомниться, будет ли пациент когда-либо чувствовать себя настолько непринужденно в терапевтической ситуации, что исчезнет первоначальное беспокойство. Вряд ли пациент будет думать о приятной стороне ассоциирования, когда его знакомят с фундаментальным правилом.

Каким образом пациент воспринимает то, что сказал аналитик, зависит от выбора, как времени, так и слов. Чем больше Супер-Эго, тем меньше свободного ассоциирования.

Именно исходя из этой формулы мы советуем аналитику знакомить пациента с правилами шаг за шагом, уделяя особое внимание выбору времени, слов и, прежде всего, реакциям пациента. Все высказывания аналитика по поводу правил важны для трансферентных отношений, и то, как он реагирует на вопросы пациента, особенно о фундаментальном правиле, влияет и на перенос, и на рабочий альянс.

Для оценки специфического контекста полезно, как мы уже говорили, привлекать ассоциативную теорию. Как можно предполагать, что пациент научится извлекать удовольствие, рассказывая истории, когда одновременно он слышит о строгих обязательствах относительно оплаты и посещаемости, которые он должен соблюдать в течение неопределенно долгого времени. Обсуждение выходных дней и продолжительности лечения (существует много способов, как это сделать) изменяет тот набор смыслов, который возникает в связи с различными формулировками фундаментального правила.

На общей дискуссии (Seidenberg, 1971, p. 107) Гринсон сказал, что он дает подробную информацию, подчеркивая преимущества позиций кушетка—стул и отсутствия контакта глазами. Гринсон также полно отвечает на вопросы пациента. Его стремление угождать заставило одного аналитика из аудитории задать, возможно с долей сарказма, вопрос, что Гринсон делает, если пациент просит его продемонстрировать свободное ассоциирование. Гринсон ответил, что он это сделает, но только после того, как попытается выяснить, что заставило пациента попросить его об этом<sup>1</sup>.

Один из наших пациентов понял рекомендацию более свободно следовать за своими фантазиями лежа на кушетке, а не

Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 329

сидя на стуле в том смысле, что ему не разрешают направлять свой критический взгляд на аналитика. Такое явное недоразумение, появлению которого способствовал и аналитик, разъяснилось в ходе анализа очень нескоро. Коррекция последствий этого недоразумения, сказавшихся на бессознательных защитных механизмах пациента, была трудоемкой и заняла много времени. По описанным причинам следует тщательно избегать неблагоприятного смешения понятий. Поэтому формулировка, которую мы рекомендуем, звучит следующим образом: «Пожалуйста, попытайтесь говорить все, что вы думаете и чувствуете. Вы обнаружите, что это нелегко, но стоит постараться». Мы придаем особенное значение рекомендации пациенту *попытаться* сказать все. Остальное, как нам кажется, имеет второстепенное значение. Преимущество некоторой стандартизации заключается в том, что аналитик может вернуться к определенному отправному пункту, если пациент начинает обсуждать видоизменяющиеся «недоразумения» или то, как он понял правило. С другой стороны, точное определение условия содержит опасность ритуализации, не учитывающей, каким образом нужно варьировать введение фундаментального правила для каждого отдельного пациента. Пациенты из так называемых низших классов особенно подвержены отпугивающему воздействию на них стереотипных формулировок (Menne, Schröter, 1980).

### 7.2.3 Свободная ассоциация в аналитическом процессе

Согласно одной из распространенных точек зрения, пациент развивает способность свободно ассоциировать лишь на поздних этапах курса лечения. Часто говорят, что, когда пациент по-настоящему способен ассоциировать свободно, цель лечения достигнута (Merloo,

---

<sup>1</sup> Мы рассматриваем ответы на вопросы в разделе 7.4, в котором и объясняем, почему считаем гипотетический ответ Гринсона неправильным. Знание мотивации не прояснит ситуацию так, как это делает разделение задач. Пациент должен знать, что свободная ассоциация является задачей его, а не аналитика.

1952, p.21).

Структура первых сеансов и то, как объясняется свободное ассоциирование, не могут нейтрализовать даже сознательное сопротивление пациента, не говоря уже о его бессознательном сопротивлении. Тем не менее, необходимо понимать, какие непредвиденные побочные эффекты могут вызывать строгие правила, если они вырождаются до принудительной исповеди и стремления получить наказание.

В борьбе за соблюдение фундаментального правила (А. Freud, 1937) сталкиваются свободная, спонтанная, неселективная коммуникация пациента и его сопротивление такой коммуникации. Теория сопротивления касается связи ассоциации с сознательным и бессознательным противодействием, которое она встречает. Современная типология форм сопротивления и различные объяснения их (которые мы обсуждали в разделе 4) восходят к наблюдению сопротивления ассоциированию.

330 Правила

Фрейд писал:

Таким образом, психическая сила, неприятие со стороны Эго, первоначально оттеснила патогенную идею из ассоциации и сопротивляется теперь ее возвращению в память. «Незнание» истерического пациента — это в действительности «нежелание знать» — нежелание, которое в большей или меньшей степени может быть сознательным. Задача терапевта поэтому лежит в преодолении с помощью психической работы этого сопротивления ассоциированию (Freud, 1895d, pp. 269—270).

Мы слишком далеко ушли бы от техники лечения, если бы стали здесь обсуждать теории, которые использовал Фрейд в попытке объяснить наблюдаемое им сопротивление ассоциациям. Вскоре он понял (Freud, 1904a), что внутреннее сопротивление, выступающее в роли цензора, оказывает деформирующее влияние на все душевные процессы.

Одной из важных мер свободы, завоеванной пациентом, является его способность отдаться своим ассоциациям в безопасном пространстве аналитической ситуации. Учитывая, что аналитику приходится наблюдать это ежедневно, остается лишь удивляться тому, что проведено так мало детальных исследований ассоциирования. Говоря это, мы опираемся на исчерпывающий обзор Мэхони (Mahony, 1979), которому обязаны также другими важными соображениями.

Мэхони сетует, что соответствующая психоаналитическая литература состоит в значительной степени из свободных ассоциаций по поводу свободной ассоциации. Примеры, приводимые А. Крисом (А. Kris, 1982), довольно характерны; большинство аналитиков рассматривают все, что передает пациент, устно или другим образом, как свободные ассоциации. Подобно Канцеру (Kанzer, 1961), Крис включает в процесс свободной ассоциации все: соглашение о встречах и гонораре, приход и уход из консультационного кабинета, положение, которое пациент принимает на кушетке, и т.д. Все можно считать проявлением свободной ассоциации.

Крис понимал метод и процесс свободной ассоциации обобщенно: это взаимный процесс, в котором пациент пытается выразить все свои мысли и чувства, а аналитик, руководимый своими собственными ассоциациями, помогает ему выполнить эту задачу (А. Kris, 1982, pp. 3, 22). Способность ассоциировать свободно (или более свободно) можно рассматривать как выражение внутренней свободы и, таким образом, как желаемую цель лечения.

Казалось бы, все правильно. Однако вовсе не сопровождающие ассоциации аналитика и не равномерно распределенное внимание как таковое способствуют прогрессу пациента. Огромное значение имеет то, как у аналитика возникают полезные интерпретации и какое воздействие они имеют на пациента. Не-

посредственно после каждого вмешательства, в соответствии с этимологическим источником слова, которое направляет поток речи пациента, и в течение некоторого времени продолжается тема данного вмешательства; если же пациент игнорирует предложенную интерпретацию, то именно в эти моменты он заставляет аналитика думать. Тогда равномерно распределенное внимание аналитика сосредоточивается на данной теме. Чем многообразнее ассоциации пациента и чем резче он меняет их предмет, тем труднее найти смысл в том, что он говорит. Не сводится ли используемый метод *ad absurdum*<sup>1</sup>? Нет, ведь только так становится понятно, что пациент не может игнорировать присутствие другого лица — аналитика. То есть он может просто нести ему чепуху.

Конечно, аналитик вполне правильно находит смысл даже в сумасшествии истинном или притворном. На самом деле беспорядочные ассоциации часто служат восстановлению баланса сил между аналитиком и пациентом, так как хороший гештальт нельзя сконструировать из мельчайших фрагментов информации. Аналитик оказывается в тупике, ему «поставлен шах». Этот факт сам по себе не меняется от того, что мы усматриваем в такой ситуации более глубокий смысл. Это необходимо признать, чтобы дать пациенту понять, какой властью он обладает, и насколько зависим от него аналитик. Как бы ни было велико несоответствие в разделении власти и зависимости, оно снижается до сносных пропорций, когда пациенты понимают в разных ситуациях, насколько зависит от них аналитик. Нередко подобный опыт означает поворотный пункт в ходе лечения. Поэтому, с одной стороны, полезно рассматривать, что говорит пациент с точки зрения непрерывности (какая тема из последнего сеанса будет продолжена сегодня), и с другой — рассматривать данный сеанс как нечто обособленное (какую проблему пытается разрешить сегодня пациент?).

Теперь мы рассмотрим исследование клинических отчетов, где не без оснований надеемся найти описание свободных ассоциаций. Это отчеты, на основе которых молодые немецкие аналитики демонстрируют свою профессиональную квалификацию. В репрезентативной выборке таких докладов Шлиффен (Schlieffen, 1983) не обнаружил ни одного описания того, каким образом вводилось фундаментальное правило, или того, как последовательно давались различные его формулировки. А что можно сказать относительно более важного вопроса: как развивается процесс ассоциации в ходе анализа и как он описывается? В десяти отчетах, взятых наугад, мы не находим никаких описаний последовательности ассоциаций, узловых моментов

## 332 Правила

сопротивления ассоциации или их интерпретации. Не имеется также никаких свидетельств, подтверждающих, что пациенты на поздних стадиях анализа становятся более спонтанными, а их ассоциации — более свободными. При почти полном отсутствии цепочек ассоциаций, приоткрывающих аналитику и пациенту латентный смысл, мы находим множество указаний на то, что у пациента есть отдельные спонтанно возникающие идеи. Можно сказать, что и Фрейд предпочитал говорить о спонтанных идеях. Его самоанализ и годы экспериментов Фарроу над собой (Farrow, 1942) можно считать примерами, которые все еще не нашли надлежащего места в истории медицины (Schott, 1983).

Лишь изредка в психоаналитической литературе делаются попытки систематического исследования связей между отдельными спонтанными идеями (Thomä, 1961; Nohage, Thomä, 1982). По нашему мнению, это связано с методическими проблемами, которые трудно поддаются решению: где должна быть проведена линия между свободной ассоциацией и не столь свободными утверждениями, которые делаются по ходу лечения? Если спонтанные идеи приводят к более глубокому смыслу, это указывает на то, что они, возможно, образуют

---

<sup>1</sup> К абсурду (*лат.*).

свободную ассоциацию. Чаще всего собираются аналитиком спонтанные идеи о сновидениях. Однако в настоящее время аналитики явно стали проявлять большую осторожность в отношении отдельных элементов сна, то есть осторожность в отношении сбора спонтанных идей способом концентрации на теме в духе классической техники Фрейда.

Сдержанность аналитика облегчает пациенту задачу говорить все, что приходит ему в голову. Но куда ведут его высказывания? И следует ли подвергать рассмотрению все, что может указывать на латентный смысл свободной ассоциации? Или нужно ждать, пока пациент сам не осознает свои бессознательные желания? Если бы это было так, самопознание достигалось бы произнесением достаточной длины монолога в условиях свободного ассоциирования. Аналитик не ожидает от пациента, что он будет давать все более бессмысленные ассоциации и, наконец, в самогипнозе так близко подойдет к первичному мыслительному процессу, что его Эго превратится в Ид, а его Ид станет Эго. Нет, он слушает, пока ему не придет в голову нечто такое, что после тщательного обдумывания, как он полагает, можно сообщить.

В «Очерке психоанализа» говорится:

Мы тщательно обдумываем то, когда нам следует поделиться с ним [пациентом] знанием об одном из наших построений, и мы ждем того, что кажется нам подходящим моментом — что не всегда легко решить. Как правило, мы откладываем сообщение о толковании или объяснении до тех

### Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии 333

пор, пока он сам близко не подойдет к нему, так что остается сделать только один шаг, хотя в действительности этот шаг и является решающим синтезом (Freud, 1940a, p. 178).

Независимо от того, называются ли сообщения пациента свободными ассоциациями или нет, в каждом случае интерпретация аналитика добавляет новый элемент, даже когда он пытается (подобно роджерсскому недирективному, центрированному на клиенте терапевту) ничего не добавлять и только подчеркнуть ту или иную часть фразы поощрительным тоном. Даже если просто повторять, подобно попугаю, это что-то добавляет. Чем больше пациент погружается в нечто кажущееся монологом и уходит от вербализации к гипноподобному состоянию, тем важнее то, каким способом аналитик поддерживает с ним отношения. Однако во всех таких регрессивных состояниях возникновение монолога обманчиво. Такое отступление в разного рода монологи в присутствии аналитика имеет несколько аспектов.

М.М. Гилл (M.M. Gill, 1982) указал на имеющийся в этом аспект сопротивления. Даже в регрессии пациент остается в рамках отношений переноса. Вероятно, он ищет переходный объект (transitional object), которому аналитик может подобрать название, даже если этот объект принадлежит долингвистической стадии развития.

В связи с метафорой Фрейда о путешествии также возникает вопрос о превращении образов в слова. Спенс привлекает особое внимание к этому аспекту свободной ассоциации и к потере информации при описании (Spence, 1982a, p. 82). Он подчеркивает, что пациент не является всего лишь пассивным наблюдателем образов, но активно создает их, кроме того, начатые предложения всегда следуют правилам грамматики, даже если психоаналитический диалог происходит в свободной манере. Согласно Спенсу, фундаментальное правило содержит два противоречащих друг другу указания. Как участник диалога пациент не может одновременно заниматься интроспекцией, а когда он отдается своим самым тайным мыслям, он не может участвовать в разговоре. Спенс полагает, что этот парадокс разрешается — при успешном лечении — тем, что каждый из участников делает свой вклад в развитие языка, отличающегося от повседневной речи (Spence, 1982a, p. 85). Наш опыт тоже показывает, что значимые метафоры получают развитие во многих анализах и что они уникальны для соответствующих диад.

Вряд ли стоит указывать, что свободная ассоциация, как и все другое, может использоваться в качестве сопротивления. Отнюдь не совпадение, что Фрейд описывал эту проблему у пациентов с компульсивным неврозом. Перевод мыслей в слова всегда включает

отбор, и только пациент, который «выливает» все быстро и не задумываясь, по-видимому, полностью следует

### 334 Правила

фундаментальному правилу. Думающий пациент, у которого возникла случайная ассоциация, будет, когда говорит, отбрасывать или задерживать случайное слово или неясную мысль. Задержанный материал не потерян для свободной ассоциации, однако поведение весьма амбивалентного компульсивного невротика показывает, что правила могут быть сведены *ad absurdum*. Действительно, две различные мысли не могут быть выражены одновременно.

Мы не хотели бы, однако, здесь останавливаться на том, как пациенты понимают фундаментальное правило на основе своей индивидуальной патологии. Скорее, мы хотели бы рассмотреть, что вносит в понимание ими этого правила аналитик. Многие пациенты понимают свободную ассоциацию как требование бессвязного, неупорядоченного или нелогического мышления или как их собственный монолог в присутствии молчащего аналитика. В любом случае знакомство с фундаментальным правилом часто приводит к недоразумениям, нуждающимся как в прояснении, так и в интерпретации. Если пациент реагирует на стимулирование аналитика монологом, то следует спросить, чем аналитик вызвал такую реакцию. Существуют анекдоты на эту тему. Лёвенштайн сообщает о пациенте, который сказал: «Я собирался свободно ассоциировать, но я лучше скажу вам, что я на самом деле думаю» (Seidenberg, 1971, p. 100).

Способность пациента к свободной ассоциации может возрастать по мере продолжения лечения. Эйсслер указывает все же, что «сомнительно, чтобы кто-нибудь добивался соответствия [этим требованиям] полностью» (Eissler, 1963b, p. 198). Безусловно, каждый пациент когда-либо в курсе терапии собирался что-то утаить. Особенно неблагонадежны предсознательные процессы отбора, ограничивающие поток ассоциаций, в связи с тем, что пациент обнаруживает, что его аналитик имеет чувствительные точки, которые, по-видимому, являются самыми настоящими источниками раздражения (см. разд. 2, 3).

Наконец, мы можем добавить еще один подход к изучению мотивационных контекстов принятия решения, то есть к изучению их детерминированной природы, рассматривая их с точки зрения автономии Эго. Предположим, что пациент принял решение умолчать о чем-либо и выполняет свое решение. Означает ли это, что аналитик проиграл битву за соблюдение фундаментального правила? Мы дали бы отрицательный ответ, так как полагаем, что такое поведение пациента есть демонстрация некоторой сдержанности, *reservatio mentalis*, как отражение внутренней свободы.

Канцер (Kanzer, 1961, 1972) длительное время подчеркивал, что для многих пациентов фундаментальное правило не подходит и по отношению к ним даже ошибочно настаивать на его

### Равномерно распределенное внимание 335

соблюдении. Потребность отделить себя от других, с его точки зрения, является частью здоровой индивидуации (*individuation*) и даже необходимым шагом в развитии пациентов с сепарационными нарушениями (*separation disturbances*). Жиоваккони (Giovacchini, 1972) разделяет эту точку зрения, признавая за пациентом право иметь от него секрет. Пациент понимает, что аналитик не завидует его автономности и признает его право на уход и демаркацию. Право умолчать о чем-то означает, что пациент не должен постоянно и неуклонно обороняться против всепожирающего имago, спроецированного на аналитика.

Вышеприведенное заявление Эйсслера может быть истолковано только в том смысле, что *reservatio mentalis* (частичный отказ рассказать все) является выражением самоопределения.

Можно предположить, что причина, по которой нельзя полностью выполнить требование свободно ассоциировать, состоит в том, что это было бы полным отказом от себя. Но почему пациент останавливается перед каким-то одним отдельным откровением? Почему он связывает свою автономность именно с этой частью жизненного опыта и воспоминаний? Анализ мотивации сопротивления следует вести все глубже. С другой стороны, понятно, что пациент стремится обрести точку опоры в области, где он может утвердить свою независимость от аналитика, полностью исключив ту или другую тему.

Дьюальд, однако, в своей книге «Психоаналитический процесс» (Dewald, 1972, p. 613) высказывает точку зрения, что свободная ассоциация подводит к первичному процессу: «По существу, форма и содержание... свободной ассоциации имеют тенденцию... двигаться в направлении способа мышления, характерного для первичного процесса, и тем самым еще больше способствуют процессу регрессии на пользу Эго». Исследования Холта, посвященные первичным процессам (Holt, 1967b), а также клинический опыт свидетельствуют против того, что свободные ассоциации становятся менее структурированными по мере развития аналитического процесса.

Мы даже не решаемся утверждать, что в конце лечения все пациенты будут давать более творческие и спонтанные ассоциации, чем в начале. Большая внутренняя свобода может проявляться по-разному в молчании, в речи и в действиях.

### 7.3 Равномерно распределенное внимание

Фрейд (1912e, p. 115) описывал тесные связи между равномерно распределенным вниманием аналитика и свободным ассоциированием пациента. Комплементарная природа этих двух процессов еще больше подчеркивается термином «свободно

#### 336 Правила

плавающее внимание», которому некоторые авторы отдают предпочтение, хотя он не точно передает немецкое выражение «gleichschwebende Aufmerksamkeit».

Аналитик, следующий этому правилу, открыт для всех ассоциаций пациента и предоставляет ему полную свободу развивать свои идеи и фантазии. Важнее всего то, что он не позволяет себе поддаваться влиянию собственных абстрактных теоретических знаний, но рассматривает каждого пациента как уникального и несравнимого индивида и жаждет услышать и ощутить что-то новое. Он намеренно избегает сравнений, чтобы не потерять доступ к неизвестному. Если аналитик следует рекомендации Фрейда (1912e, p. 114), то он перемещается «по мере необходимости от одной мысленной установки к другой» и откладывает «синтезирующий процесс мышления» до окончания лечения. Пока продолжается лечение, постоянно может появляться новый материал, который может скорректировать предыдущий образ, то есть предварительную реконструкцию. Техника равномерно распределенного внимания должна напоминать аналитику, что каждый случай может оказаться иным, чем можно было ожидать, исходя из общей (и всегда лишь предположительной) теории и из ограниченного личного опыта.

В ходе пассивного слушания аналитик пытается позволить всему в равной степени производить на себя впечатление, а своему равномерно распределенному вниманию — не заниматься селекцией. В этом процессе он обнаруживает свои собственные ограничения, которые проявляются на двух уровнях. Его равномерное внимание нарушается контрпереносом (в традиционном смысле), который является результатом его личных предположений относительно тех или иных человеческих проблем. Это нарушение вызывает саморефлексию и самоанализ. При более современном понимании контрпереноса подобные нарушения равномерно распределенного внимания могут стать терапевтически продук-

тивными (см. гл. 3), Кроме того, аналитик замечает, что его равномерно распределяемое внимание невольно избирает некоторые направления, не всегда оставаясь равномерно распределенным. Когда на ум приходит интерпретация, это значит, что он выбрал одну из многих возможных, так как и свободные ассоциации пациента и интерпретации аналитика являются мотивированными.

На основании этих соображений мы считаем, что правило равномерно распределенного внимания содержит нелегкие для выполнения требования самокритичного обследования своего собственного отношения к данному пациенту в этот момент и постоянного преодоления общих и специфических проблем психоаналитической терапии и техники лечения. Наша точка зрения совпадает также с мнением Фрейда (1915с, р. 117) о том, что мы всегда слушаем активно, так как наше понимание того, что

Равномерно распределенное внимание 337

мы наблюдаем, подвергается воздействию имевшихся ранее идей. Поэтому в принципе невозможно уделять всему одинаковое внимание, и мы практически так никогда не делаем. Однако и возможно, и необходимо давать самим себе и научному сообществу отчет о своих мыслях, о том, что лежит за ними, а также корректировать предположения в свете наблюдений. Общение с пациентом содержит многочисленные возможности для этого, особенно когда предположение, которое аналитик выразил в качестве интерпретации, оказалось ошибочным.

Вы можете сказать: «Безусловно, аналитикам известно более чем кому-либо другому, что они не должны подходить к пациенту непредвзято. Нет необходимости в каком-либо правиле. И аналитикам не надо напоминать, что существует много различных точек зрения на это явление и именно здесь начинаются противоречия между разными школами. Таким образом, психоаналитическая рутина отражает философское представление о том, что все наблюдения обременены теорией».

Мы могли бы удовлетвориться этими замечаниями по поводу равномерно распределенного внимания и прийти к всеобщему согласию, говоря, что аналитик обязан стремиться к открытости и что его внимание не должно зависеть от необъективных предположений или даже предвзятых мнений. Однако на этом дело не кончается: последствия другой традиции мышления, которую развивал Фрейд, метафорически объясняя равномерно распределенное внимание, сказываются до настоящего времени. Фрейд приписывал бессознательному аналитика особую способность действовать как орган, принимающий передачи от бессознательного у пациента:

Подобно тому как телефонная трубка преобразует электрические колебания телефонной сети обратно в звуковые волны, так же и бессознательное врача по передаваемым ему производным бессознательного способно реконструировать это бессознательное, которое определяет свободные ассоциации пациента (Freud, 1912e, р. 116).

Это утверждение легло в основу правила равномерно распределенного внимания, так же как и требования очищения аналитика от контрпереноса (см. гл. 3). Фрейд концептуализировал эту способность воспринимать бессознательное в соответствии с обычной для того времени моделью сенсорной перцепции. Предполагалось, что внешняя реальность воспринимается непосредственно и правильно. Поэтому позднее эта модель была названа также «теорией зеркала» или «доктриной безупречной перцепции» (см.: Westerlundh, Smith, 1983).

Таким образом, в духе времени было объяснять восприятие бессознательного с помощью метафоры зеркала или телефона. Только недавно направленность исследования ранних взаимоотно-

ношений матери и ребенка стала обуславливаться тем, что даже ребенок не усваивает свой мир пассивно, а конструирует его (Stern, 1977). Таким образом, метафора Фрейда поначалу, казалось, решала целую серию практических и теоретических проблем настолько хорошо, что даже создала традицию психоаналитической мысли и практики, и сегодня все еще влиятельную. Равномерно распределенное внимание было популяризировано благодаря «третьему уху» Райка, содержащему важные элементы понятия особой эмпатии, вокруг которого Кохут (Kohut, 1959) позднее создал свою школу. Изаковер технически определил равномерно распределенное внимание в качестве «анализирующего инструмента» (Balter et al., 1980). Предполагалось, что в психическом аппарате аналитика имеется специальный участок, отвечающий за его способность слышать бессознательное пациента. В то же время Спенс озаглавил свое критическое эссе «Опасности и ловушки свободно плавающего внимания» (Spence, 1984); название говорит само за себя. Вслед за психоаналитическим исследованием процесса понимания и эмпатии, включающего понятия из философской герменевтики Гадамера и Хабермаса, он приходит к выводу, что равномерно распределяемого внимания как *пассивного* слушания *без* предвзятого мнения не существует.

Заменив герменевтический термин «предвзятое мнение» термином «идея», мы легко можем провести параллель с вышеупомянутым описанием Фрейда. Если аналитик слушает *активно*, он может, во всяком случае, держать свои идеи, свои фантазии, свои чувства, свои предвзятые мнения равномерно распределяемыми и оставаться открытым для нового опыта. Спенс даже выдвигает убедительные психоаналитические аргументы, стараясь показать, что как раз самообман относительно непредвзятости открывает путь безупречному восприятию произвольной, бессознательной и поэтому мало доступной для разума проекции своих собственных идей.

Миф о равномерно распределенном внимании — именно так Спенс охарактеризовал якобы свободное от теории пассивное внимание — имеет много функций, подобно всем мифам, которые могут быть истолкованы как прототеории в истории науки. Равномерно распределенное внимание — это гибрид, который мы теперь разделили на два первоначальных компонента. Тем, что теория выжила, она обязана именно этой смеси хорошо обоснованных рациональных элементов — полная открытость вместо сдержанности — и мистических ожиданий слияния и единства, связывающих собственное бессознательное с бессознательным другого, как в метафоре Фрейда о телефоне. Если рассуждать здраво, правило равномерно распределенного внимания способствует появлению у пациента чувства, что его по-

Равномерно распределенное внимание 339

нимают, и потому помогает создать рациональную основу для лечения. Однако чтобы ближе подойти к процессу обмена между пациентом и аналитиком, мы должны в какой-то степени разрушить это очарование (мы покажем это при обсуждении концепции эмпатии Кохута в восьмой главе и в нижеследующем обсуждении слушания «третьим ухом» Райка).

Мы начнем с рассказа о «третьем ухе» и его функциях словами самого Райка:

В этом смысле психоанализ является не столько разговором сердец (heart-to-heart talk), сколько разговором влечений (drive-to-drive talk), неслышимым, но весьма выразительным диалогом. Психоаналитик должен узнать, как одна душа говорит с другой в тишине и помимо слов. Он должен научиться слушать «третьим ухом». Это неверно, что нужно кричать, чтобы заставить себя понять. Когда вы хотите, чтобы вас услышали, вы шепчете (Reik, 1949, p. 144);

и

Одна из особенностей «третьего уха» состоит в том, что оно работает двумя способами: может уловить то, что другие люди не говорят, но только чувствуют и думают, и может быть обращено внутрь. Оно может слышать голоса, идущие изнутри Я, которые иным образом не слышны, потому

что их заглушает шум нашего сознательного мыслительного процесса (Reik, 1949, pp. 146—147).

Согласно Райку, «третье ухо» тесно связано с равномерно распределенным вниманием:

Представляете ли вы аналитика наклонившимся вперед на своем кресле, наблюдающим всеми пятью чувствами за мельчайшими психологическими знаками, озабоченным, как бы что-нибудь не прошло незамеченным? Я говорил о мельчайших сигналах, слабых стимулах, которые порхают и колеблются, ускользают и дают такую важную пищу для предположений о бессознательных процессах. Перед лицом таких разнородных, трудноуловимых данных вы можете подумать, что требуется самое напряженное внимание. Представляете ли вы аналитика не только внимательным, но и напряженным?

Это — ложная картина, и внимание аналитика носит иной характер. Фрейд определял этот особый вид внимания как *«gleichschwebend»*. Это слово с трудом поддается переводу; оно означает одновременно равномерное распределение и вращение или кружение. С моей точки зрения, наиболее близким приближением к немецкому оригиналу будет выражение «свободно плавающий». Другой вариант, который подчеркивает скорее психологический баланс, нежели движение, — это «уравновешенное внимание». Рекомендовать такое свободно плавающее внимание Фрейда заставили два фактора.

Оно спасает от напряжения, которое невозможно поддерживать в течение многих часов, и помогает избежать опасностей, угрожающих в случае, если внимание намеренно направлено на определенную цель. Если мы напрягаем наше внимание до определенной степени, если мы начинаем выбирать среди предложенных нам данных и особенно хватаемся за какой-то отдельный фрагмент, тогда, предупреждает нас Фрейд, мы следуем за нашими собственными ожиданиями или склонностями. Естественно, возникает опасность, что мы никогда не найдем ничего, кроме того, что

#### 340 Правила

были уже готовы найти. Если мы будем следовать нашим склонностям, мы обязательно придем к фальсифицированному восприятию. Правило, что мы должны замечать все в равной мере, является естественным дополнением к требованию, которое мы предъявляем пациенту, говорить все, что приходит на ум, без критики и отбора (Reik, 1949, pp. 157 —158).

Райк продолжает:

Как можно согласовать свободно плавающее внимание и задачу что-то заметить? Если из всей массы проходящих данных мы хотим что-то заметить, мы должны направить острый взгляд на определенные моменты, обратить на них наше особое внимание, не правда ли? Как я могу заметить что-то, если я не направлю все мое внимание на это, если я совершенно одинаково буду относиться к незначительным деталям и к тому, что важно? Можно ответить, что понятие «уравновешенное внимание» как раз и нацелено на то, чтобы замечать все и помнить все. Но не является ли это понятие внутренне противоречивым? Внимание всегда направлено только на избранные объекты. Внимание, как нас всегда учили, предполагает отбор. Как можем мы избежать опасности отбора, если мы хотим быть внимательными? (Reik, 1948, pp. 158, 159)

Как хорошо известно, Райк предлагает решение этих противоречий, описывая разные виды внимания:

Качество внимания в психоанализе может быть вполне проиллюстрировано сравнением с прожектором. Произвольное внимание, которое ограничено узким сектором сферы нашего опыта, может быть сравнимо по своему эффекту с тем, как прожектор освещает определенный участок земли. Если мы заранее знаем, что враг приближается с этой стороны или что что-то должно случиться на этом поле, это означает, что мы тем самым предвидели событие. Яркое освещение

определенного участка дает преимущество. Давайте предположим другой случай, как будто что-то, например шум, привлекло наше внимание к определенной зоне. Только тогда мы поворачиваем прожектор к этой зоне. Наше внимание не бросается вперед, обгоняя восприятие, но следует за ним. Это — случай непроизвольного внимания. Если мы едем ночью по дороге около Нью-Йорка, мы можем заметить, что прожектор в середине дороги непрерывно обшаривает окружающий пейзаж. Он освещает дорогу, затем направляется на поля, поворачивается к городу и возвращается, сделав широкий изгиб, вновь к дороге и снова повторяет свой путь. Подобные действия, которые не ограничены одной точкой, но постоянно обшаривают широкий радиус, представляются наилучшим сравнением с функцией свободно плавающего внимания (Reik, 1949, p. 163).

В этой метафоре «третье ухо» соответствует «третьему глазу», который видит и воспринимает все вокруг без малейшей предвзятости. «Третье ухо» и «третий глаз» — это *tabula rasa*, идеально чистая и абсолютно лишенная предвидения.

Решения, предложенные Райком, сами ведут к противоречиям, потому что исследующий селективный характер равномерно распределяемого внимания должен иногда и кое-где останавливать луч прожектора. Равномерно распределенное внимание остается равномерным лишь до того момента, как оно останавливается. С точки зрения психологии восприятия, психологии

Равномерно распределенное внимание 341

мышления и теории познания предложение Райка является наивно позитивистским, и он упускает из виду тот факт, что за лучом прожектора находится целостный личный перцептивный и мыслительный аппарат наблюдателя, включающий также и теоретические ожидания: его перцепция «теоретически погружена».

Наше весьма неточное утверждение, что взвешенное состояние внимания продолжается лишь до того, как аналитик предлагает интерпретацию — которая принимается или не принимается, — оставляет в стороне предсознательные (интуитивные) или сознательные процессы отбора, которые этому предшествуют. Можно рассматривать воспринимающую функцию аналитика как часть четырехступного процесса пассивного и активного слушания, переживания, восприятия и интерпретирования (Thomson, 1980). Мы воспринимаем, наблюдаем и в результате интерпретируем в свете своих сознательных и бессознательных теорий. Этот принцип применим также к донаучному опыту, как бы наивны ни были его ожидания. Таким образом, мы обнаруживаем, что восприятия пациента соответствуют теории, которая представляет собой схему, фиксированную в их бессознательном, и что их ожидания, таким образом, оправдываются.

Мы следуем за объяснениями, которые пациент дает своим страхам и трудностям, и вступаем в его мир без оговорок. Как иначе мы можем понять его? Мы прислушиваемся к оттенкам, замечаем сбои. Однако в ситуации, когда пациент заходит в тупик, где он не может постичь неотвязные симптомы или фобии, мы также не продвинемся дальше, если вооружены лишь здравым смыслом. Но воспринимающий и «третье ухо» также не извлекут большого смысла из ассоциаций пациента, не пользуясь многочисленными программами, которые поставляют аналитику сравнительные объяснительные модели. «Третье ухо», во всяком случае, не было бы способно услышать что-либо из бессознательного, если бы оно не принадлежало аналитику, который старался усвоить как можно больше знаний и набрать как можно больше опыта. Гибкость слушания не гарантируется «третьим ухом», обладающим экстрасенсорными способностями. Напротив, любая мистификация, если она ведет к бессознательной фиксации предположений, становится препятствием для научной легитимизации психоанализа.

Представление, что «третье ухо» лучше всего слышит, когда аналитик в других отношениях ведет себя как будто он глухой, сохранило некоторое мистическое очарование. Так, для Биона («психоаналитического мистика», по Гротштейну (Grotstein, 1982)) пассивное восприимчивое самоопустошение аналитика приобретает мистические качества. Чтобы достичь состояния сознания, которое необходимо, как он полагает, для

ется любому искушению запоминать события определенного сеанса или порыться в своей памяти. Он приглушает любой импульс к запоминанию чего-либо случившегося ранее или интерпретаций, которые он сделал до этого (Blon, 1970, p. 56). В то же время он требует, чтобы пациенту показывали те данные, которые стоят за интерпретацией, даже если это связано с периодом многолетнего «отыгрывания вовне» (acting out) (p. 14). В основе этого представления лежит идея окончательной и полной победы над контрпереносом как в специфическом, так и в полном смысле слова, поскольку Блон отказывается разрешить каким-либо желаниям или стремлениям войти в свои мысли.

Поскольку баланса между двумя установками — чувствованием и думанием — трудно достичь, эта проблема продолжает обсуждаться каждым последующим поколением психотерапевтов и аналитиков. Критика Фенихелем (Fenichel, 1934) односторонности Райка остается обоснованной как тогда, так и теперь; в контексте современной дискуссии об эмпатии она вновь стала актуальной. Фенихель цитирует Ференци, который сказал:

Следовательно, аналитическая терапия предъявляет врачу требования, которые кажутся прямо противоречащими самим себе. С одной стороны, она требует от него свободной игры ассоциаций и фантазии, полного погружения в *его собственное бессознательное...* С другой стороны, врач должен подвергнуть представленный им самим и пациентом материал логическому рассмотрению и в своих действиях и связях может позволить себе руководствоваться только результатами этого умственного усилия (Ferenczi, 1950 [1919a], p. 189).

Таким образом, очевидно, что мы удаляемся все дальше и дальше от концепции равномерно распределенного внимания как лечебного правила в направлении присущего аналитику сложного процесса познания. Может быть проведена прямая линия от равномерно распределяемого внимания Фрейда, через «третье ухо» Райка, к интроспективному эмпатическому психоаналитическому наблюдению Кохута (Kohut, 1959; Cohler, 1980, p. 81). Другая линия ведет к тем аспектам чувствования и мышления, которые описываются сегодня как процессы получения выводов аналитиком (Ramzy, 1974; Meyer, 1981a; Kächele, 1985). Все эти темы будут рассмотрены в следующих главах.

## **7.4 Психоаналитический диалог и правило контрвопроса. Отвечать или не отвечать — вот в чем вопрос**

Не чересчур ли драматично использовать парафраз гамлетовского «быть или не быть — вот в чем вопрос» для заголовка раздела, посвященного проблемам, которые возникают в связи с вопросами пациентов и ответами аналитиков? Допустимо ли

### Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 343

приписывать значимость выражения «быть или не быть» вопросам, которые возникают в ходе анализа? Мы не стали бы использовать это выражение, если бы не верили, что психоаналитическому диалогу присущ элемент драмы. Пациент приходит к аналитику, стремясь получить ответы на вопросы, которые он не может разрешить сам. Ни в одном из обсуждений, которые он имел — с друзьями и коллегами, священниками, врачами и знахарями, — он не получил удовлетворительных ответов, то есть ответов, которые могли бы излечить его симптомы.

Психоанализ является последним прибежищем, и дело может буквально обстоять так: быть или не быть, жизнь или самоубийство. Мы уже говорили о глубоких мучительных вопросах, которые пациент не может сформулировать, но на которые его наталкивают бессознательные конфликты. Нет необходимости подчеркивать, что в конечном счете прояснение этих безответных вопросов определяет благотворный эффект анализа. Однако как относиться к вопросам, которые пациент может задать и задает? Как с ними обращаться? Приведем некоторые примеры. Сначала пациент будет спрашивать, вылечит или, по крайней мере, улучшит ли терапия его симптомы. Как она работает? Сколько это будет длиться? Лечили ли вы раньше подобные болезни? Та же ли у меня болезнь, что и у моего отца? Затем пациент начинает интересоваться личной жизнью аналитика и его семьей, хочет узнать, где он отдыхает или — для экстренных случаев — его домашний телефон,

Если читатель поставит себя на место аналитика, он почувствует некоторое напряжение, которое создают эти вопросы. Они заставляют аналитика действовать немедленно: пациент требует у него ответа, и все, что аналитик теперь сделает, он воспримет как ответ. Даже молчание является ответом.

Пациент спрашивает, и инициатива переходит к аналитику, нравится это ему или нет. Принуждение возникает из-за того, что аналитик и пациент вступили в диалог и потому подчинены правилам дискурса, с которыми, если они хотят иметь возможность вести осмысленный диалог, они должны быть, по крайней мере, частично (молчаливо) согласны. В самой природе вопроса заключено желание спрашивающего получить ответ, и всякую реакцию аналитика он воспринимает как таковой. Пациент, который еще незнаком с аналитической ситуацией, ожидает, что разговор с аналитиком будет следовать правилам повседневного общения. Если вопросы остаются без ответа, он может понять это как признак того, что аналитик не хочет или не может ответить, или то и другое вместе.

Вопрос, таким образом, в средствах, какими одно лицо может вовлечь другое лицо в вербальный обмен, в диалог. Поскольку психоанализ живет благодаря разговору, «обмену сло-

#### 344 Правила

вами» (Freud, 1916/17, p. 17), чрезвычайно важно, что и как отвечает аналитик — и не только на вопросы. Вопросы являются свидетельством прямых и открытых попыток со стороны пациента вовлечь аналитика *ad hoc*<sup>1</sup> в обмен; затем следуют просьбы и критика. Вопросы также могут содержать скрытые попытки подобного рода, как наши вышеприведенные примеры, возможно, уже показали. Нечто, что поначалу кажется просто вопросом для получения информации, позднее может оказаться, например, обвинением. С вопросами трудно иметь дело, потому что они приглашают к взаимодействию множеством способов. Какая мать иногда не приходила в раздражение из-за настойчивой любознательности своего ребенка! Аналитик находится в подобной ситуации, когда на него давят вопросы.

Одно правило лечения, которое превратилось в стереотип, кажется, проходит через все трудности, как меч Александра Македонского сквозь Гордиев узел. Стереотип состоит в том, чтобы отвечать на вопрос пациента контрвопросом: «Что заставляет вас задавать этот вопрос?» Например, если в отчете о лечении упомянуто, что некий вопрос возникал и был «проанализирован», можно быть уверенным, что этот вопрос был возвращен пациенту с просьбой рассказать о мыслях, лежащих за ним. Подобная информация часто бывает востребована аналитиком не прямо — через молчание. Этот ответ на вопрос вопросом для широкой публики является одной из характерных черт анализа. Текст на обложке немецкого издания книги Дж. Малкольма «Психоанализ: невозможная профессия» (J. Malcolm, 1980; Fragen an einen Psychoanalytiker, 1983) таков: «Автор задает вопросы, которые каждый

---

<sup>1</sup> Для этого (*лат.*).

пациент всегда хотел бы задать, но на которые, как он знает, аналитик ответит только: "Что приходит вам в голову, когда вы спрашиваете себя, почему вам захотелось задать мне этот вопрос?"» Мы тоже следовали этому стереотипу многие годы, пока неблагоприятные последствия не отучили нас от этой привычки. Мы обнаружили, как глубоко в профессиональном Супер-Эго может закрепиться это правило из-за угрызений совести, которые испытываешь, когда им пренебрегаешь. Вероятно, многие аналитики могли испытывать то же самое. Очевидно, стереотип переходит от одного поколения к другому через обучающие и контрольные анализы, исходя из предположения, что ответы вопросом на вопрос играют немалую роль в достижении особенно глубокого и тщательного анализа. Существует анекдот, который, по сути, не является выдумкой, показывающий, что кандидаты следуют этому правилу особенно строго. Незадолго до окончания предварительного интер-

#### Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 345

вью кандидат говорит своему первому анализируемому: «Если у вас есть еще вопросы, пожалуйста, задавайте их сейчас. Со следующего сеанса и в дальнейшем я буду связан принципом воздержания и не смогу больше отвечать на ваши вопросы».

Обзор литературы (разд. 7.4.1) покажет, что этот стереотип связан с принципом разрядки, использованным для модели психического функционирования. Предполагается, что воздержание от ответа заставит пациента быстрее выразить свои мысли, которые подскажут путь к латентному смыслу вопроса. Таким образом, это правило оправдывается надеждой получить терапевтический инсайт. Однако непредвиденным результатом часто является то, что пациент интерпретирует отсутствие ответа на свой вопрос как отвержение. Какое влияние это отвержение оказывает на отношения переноса и на желательный процесс реструктурирования репрезентаций себя и объекта (self and object-representation)? Можно предположить, что лишь у незначительного числа пациентов Эго находится в таком неповрежденном состоянии, что они воспринимают стереотипный отказ отвечать на вопросы без чувства обиды и без каких-либо последствий для бессознательных защитных механизмов.

По крайней мере, в начальной фазе пациент не сможет усмотреть какого-либо смысла в контрвопросе — так мы теперь его будем называть для краткости — и испытываемые им чувства отвергнутости и обиды могут задействовать бессознательные защитные механизмы, которые приведут к незаметным трансформациям высказываемых им мыслей. Таким образом, уход от ответа со стороны аналитика, имевший целью стимулировать поток ассоциаций у пациента, может достичь противоположного результата.

Изучая литературу и анализируя собственный опыт, мы пришли к выводу, что правило контрвопроса не обеспечивает глубины самопознания и на деле расстраивает, а иногда может даже разрушить саму основу самопознания, а именно диалог. Это заключение подтверждается другим результатом исследования — об исключениях из правила. С какими пациентами аналитик может пренебречь правилом контрвопроса? С теми, у кого нет сохранного Эго и высокого порога толерантности, то есть с большей частью пациентов, которая приходит на консультацию к аналитику! Что происходит тогда, когда аналитик больше не следует этому правилу? Просто ли отвечает он на вопросы пациента? Ни в коем случае. Мы лишь отказываемся от жесткой приверженности правилу, которое уже нельзя привести в соответствие ни с биперсональной теорией психоаналитического процесса, ни с практическим опытом. Подобно тому, как развитие Эго и Я (self) принципиально связано с диалогом, терапевтическое самопознание и дальнейшее развитие Эго связаны с

ответом нового объекта. В этом отношении берут верх исключения из правила. Однако наш скепсис по отношению к прошлой практике касается не только тех пациентов, которые обнаруживают ненадежные объектные отношения. Поскольку в анализе все объекты в принципе строятся на основе вербальных действий отвечающего субъекта, мы можем объяснить, почему мы призываем к изменению устоявшегося правила, чтобы добиться более продуктивного диалога. Дело не просто в ответах на вопросы. Правило контрвопроса должно быть заменено более разумным подходом, который описывает Кертис: «Конечно, это вопрос аналитического суждения, служит ли ответ, объяснение или допущение вопроса пациента об аналитике интересам аналитического процесса» (Curtis, 1979, p. 174). Поскольку правило контрответа представляет собой, очевидно, простой путь преодоления проблемы, то неудивительно, что оно сохранилось в течение десятилетий. Давайте рассмотрим обоснование этого стереотипа и его историю.

#### 7.4.1 Обоснование и история стереотипа

Одно из оправданий стереотипа не отвечать на вопросы пациента, кажется, исходит из правила воздержания. Говорят, что ответ на вопрос представляет собой неприемлемое удовлетворение инстинктов пациента, препятствующее прогрессу аналитического процесса. Предполагается, что, если аналитик один раз отвечает на вопрос, существует опасность, что пациент будет задавать еще и еще вопросы и в конечном итоге вопросы превратятся в сопротивление, которое спровоцировал сам аналитик.

Другую проблему создают вопросы личного характера, которые пациент задает, чтобы узнать что-нибудь об аналитике. Считается, что ответ на такие вопросы разрушает терапевтическое инкогнито аналитика или раскрывает его контрперенос, нарушая развитие переноса.

Из-за подобных опасений отказ отвечать на вопросы превратился в стереотип терапевтической техники. Это началось не с Фрейда, который в этом отношении проявлял гибкость. В его докладе о вступительной фазе анализа Человека-Крысы (Freud, 1909d) мы обнаруживаем, что он прямо отвечал на многие вопросы пациента относительно механизма психоаналитического лечения и его прогноза, не делая их объектом интерпретации.

Блантон (Blanton, 1971) рассказывает, что во время его собственного анализа он часто спрашивал Фрейда о его научных взглядах. Согласно Блантону, Фрейд отвечал на его вопросы прямо, без всяких интерпретаций. Ни в своих специальных аналитических работах, ни в каких-либо других трудах Фрейд не рассматривал подробно техническую проблему, как быть с воп-

Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 347

росами пациентов, очевидно, потому, что для него это проблемы не составляло.

К нашему удивлению, обзор литературы показал, что правило никогда не отвечать на вопросы пациента сформулировал в 1918 году Ференци:

Я сделал правилом, когда бы пациент ни задавал мне вопрос или ни обращался с просьбой о какой-либо информации, отвечать *контрвопросом* (counter interrogation): что его натолкнуло на этот вопрос? Если бы я просто ответил ему, то импульс, вызвавший вопрос, был бы погашен ответом. С помощью же указанного метода интерес пациента направляется на источник его любопытства, и когда его вопросы рассматриваются аналитически, он почти всегда забывает повторить свои первоначальные расспросы, показывая тем самым, что они были фактически неважны и их значимость заключалась в том, что они были средством выражения бессознательного (Ferenczi, 1950 [1919a], p. 183; курсив наш).

Ференци полагал, что контрвопросы позволяют ему быстро добраться до бессознательных детерминант, до латентного смысла, содержащегося в вопросе. Мы не считаем, что это утверждение всегда верно. Начнем с того, что жесткое применение этого правила, весьма вероятно, лишит пациента желания вообще задавать вопросы и приведет его к отказу не только от вопросов, но и от рассказа о связанных с ними мыслительных процессах, причем это не обязательно будет ясно аналитику. Кроме того, обычные ответы аналитика на вопросы пациента на уровне повседневного общения вовсе не ввергают их автоматически в игру в вопрос-ответ, бессознательные детерминанты которой недоступны дальнейшему анализу. Наш опыт говорит об обратном, а именно о том, что хорошо продуманные ответы, соответствующие правилам повседневной речи, помогают пациенту впервые заговорить о чувстве отвергнутости, которое он испытал в результате слишком негибкого применения правила контрвопроса. Наша последующая интерпретация его нежелания задавать вопросы позволила затем пациенту в первый раз задать дальнейшие, более глубокие, вопросы, которые можно было затем понять как исходящие от не осознававшихся до этого тенденций и проинтерпретировать.

Многие аналитики имели подобный опыт и соответственно варьировали свою технику. По этой причине правило Ференци не завоевало всеобщего признания. Это подтверждает опрос Гловера (Glover, 1955, pp. 261ff), который проводился в 1930-е годы, но результаты которого Гловер считал показательными и для 1950-х годов. Он спрашивал своих коллег, говорят ли они о своих настроениях, тревогах или болезнях пациентам. Большинство было готово в случае необходимости подтвердить наблюдения пациента такого рода. Некоторые принимали решение в зависимости от предполагаемого эффекта, производимого на

#### 348 Правила

пациента их признанием, то есть проявляли в этом отношении гибкость. Только незначительное меньшинство взяло за правило не отрицать и не подтверждать соображения или вопросы пациента. Что касается вопросов личного характера, подавляющее большинство участвовавших в этом опросе были готовы дать информацию на сексуальные и несексуальные темы, хотя только четверть опрошенных аналитиков не видели здесь проблемы. Выявилось широко распространенное согласие по поводу того, что вопросы следует анализировать, но считалось ошибкой делать вопрос точкой отсчета для анализа мотивации в ситуации, если ответ на него реалистически оправдан. Считалось, что стереотипный анализ вопросов увеличивает безразличие или сопротивление пациента, а также является признаком чересчур большой тревоги со стороны аналитика.

Результаты этого опроса показывают, что психоаналитики проявляют гибкость в ответах на вопросы пациента. Однако лишь изредка можно найти в литературе возражения против стереотипа игнорирования вопросов, которые были бы столь же четки, как у Кохута:

Молчать, когда вам задан вопрос, — значит быть не нейтральным, а грубым. Само собой разумеется, что — в особых клинических обстоятельствах и после соответствующих объяснений — во время анализа бывают моменты, когда аналитик не будет пытаться ответить на псевдореалистические запросы, но вместо этого будет настаивать на расследовании их трансферентного смысла (Kohut, 1971, p. 89).

Высокая оценка интерпретирования, которую мы полностью разделяем, привела многих аналитиков к тому, что они проглядели тот факт, что позитивный терапевтический климат создается тогда, когда вопросы пациента воспринимаются серьезно и глубоко. По нашему мнению, аналитики прибегают к технике контрвопроса потому, что они боятся, что иначе пациент останется на поверхностном уровне. Подтверждение этому мы находим в исследовании Дьюальда (Dewald, 1972), посвященном ходу одного анализа, который благодаря стенографическим записям обладает особым достоинством, допускающим точную

экспертизу. В конце первого сеанса пациентка спросила, что ей следует делать, если она забеременеет. Дьюальд ответил, что необходимо понять, что лежит за этим вопросом, с тем, чтобы понять другие смыслы, помимо того, который содержался в самом вопросе. Смысл вопроса на заявленном уровне оставался неясным, и аналитик не сделал попытки выяснить что-либо на этом уровне.

Как критически замечает Липтон (Lipton, 1982), используя эту технику, Дьюальд воздействует на пациентку таким образом, что ее высказывания принимают несвязный и нелогичный характер. К этому-то Дьюальд и стремится, потому что он надеется таким путем получить материал для своих чисто историче-

#### Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 349

ских генетических интерпретаций. Он достигает этого, показывая пациентке своим ответом на ее первый вопрос, что внешнее значение вопроса не представляет для него интереса, и вновь и вновь прерывая ее в ходе сеанса почти всегда лишь для того, чтобы спросить о ее мыслях или о каких-либо деталях. Мы согласны с Липтоном, что аналитик может понять скрытый, латентный смысл только тогда, когда он понял, что пациент говорит ему на очевидном уровне. Применяя контрвопросы и настаивая на дополнительных ассоциациях еще до того, как внешний смысл вопроса пациентки становился ясным, Дьюальд лишал себя возможности понимания и интерпретирования содержащихся в вопросе аспектов переноса. Чтобы добиться этого, было необходимо понять, что означал вопрос пациентки на внешнем уровне, и знать, какой ситуационный запускающий стимул заставил ее задать вопрос. В этом случае, однако, именно правило контрвопроса сделало материал, который имел весьма важное значение для текущего переноса пациентки, недоступным для анализа. Гораздо позже выяснилось, что пациентка уже была беременна в течение двух месяцев, когда задавала этот вопрос.

Наши опасения относительно правила контрвопроса не основываются, однако, лишь на том, что оно далеко не всегда ведет к более глубокому пониманию. Жесткое применение этой техники, кроме того, может привести к серьезным осложнениям в развитии переноса.

Гринсон (Greenson, 1967, p. 279) описывает пациента, предыдущий анализ которого оказался неудачным, вероятно, потому, что аналитик применял очень жесткую технику, которая исключала ответы на вопросы и какие-либо объяснения по этому поводу. Гринсон сумел построить анализ более продуктивно, сказав пациенту, почему он не может ответить на его вопросы. То, что Гринсон признал право пациента получить объяснение странных — по сравнению с каждодневной ситуацией — правил обсуждения в анализе, позволило пациенту рассказать о том, что он испытывал глубокое чувство унижения и игнорирования со стороны предыдущего аналитика. Таким образом, негативный перенос пациента, который завел в тупик предыдущий анализ, стал доступен для разбора и интерпретации.

Читатель, возможно, будет изумлен, узнав, что Ференци — тот самый аналитик, который первым поверил в то, что дефицитарные состояния и дефекты раннего происхождения исправимы, — выступил за жесткость в такой чувствительной сфере коммуникации. В то время, когда он формулировал правило контрвопроса (Ferenczi, 1950 [1919b]), он был, конечно, твердо ориентирован в терапии на модель разрядки и рекомендовал использовать принудительное фантазирование или повышенное напряжение как часть нарождающейся активной техники. Плодо-

#### 350 Правила

творно ли размышлять о связи между жесткостью, с одной стороны, и выхаживанием регрессивных пациентов, с другой? Нет, так как наши современные знания указывают, что, по всей вероятности, отказ отвечать на вопросы может ускорить у расположенных к этому

пациентов выраженные регрессии психотичного типа. Конечно, мы не утверждаем, что одно лишь правило контрвопроса ответственно за выраженные регрессии, которые испытывали пациенты Ференци в 1920-х годах. Допуская, что он следовал этому правилу очень строго, когда лечил серьезно больных людей (а так и было на самом деле), мы можем почти с уверенностью сказать, опираясь на наши теперешние знания, что ятрогенная регрессия была неизбежна.

Особенно поучительны в этом отношении данные, обсуждавшиеся группой специалистов по «тяжелым регрессивным состояниям во время анализа» (Weinshel, 1966). Многочисленные клинические отчеты ведущих аналитиков, приведенные в ходе дискуссии, заставили Фроша (см.: Weinshel, 1966, pp. 564, 567) оценить молчание аналитика как наиболее важный из факторов, способных ускорить тяжелую регрессию, и рекомендовать аналитикам «чаще разговаривать» и «более охотно отвечать на вопросы», работая с пациентами, чье состояние внушает опасения. Этот вывод стал очевидным после того, как было признано, что жесткое применение правила контрвопроса и использование молчания либо в качестве общего технического средства, либо как ответ на отдельные вопросы и просьбы частично ответственны за ятрогенный вред. Однако по различным причинам осуществлять приемлемую гибкость нелегко. Если вы просто действуете в соответствии с правилами, ваша ответственность перекладывается на них. Если вы принимаете правила без дальнейших хлопот, вы не замечаете тенденции к манипуляциям, которая в них заложена. Только когда вы отказываетесь от строгого следования правилам и сами решаете, как, когда и отвечать ли вообще на вопрос пациента, вы осознаете свою ответственность. Однако с точки зрения сторонников системы правил, именно гибкий аналитик манипулирует, даже если он оправдывает свои решения прагматически и научно. Даже то, что целесообразно и благотворно влияет на пациента, становится манипуляцией. Соответственно, Фрош рекомендовал аналитикам демонстрировать гибкость в технике лечения пациентов, внушающих опасения, говоря, что это должно включать «манипуляцию» (например, сохранение сидячего положения в течение лечебных сеансов, предоставление номера личного телефона, прописывание психотропных средств или изменение частоты сеансов). Однако система правил еще не сказала последнего слова:

Если климат, установка и мышление являются аналитическими с самого начала, я полагаю, что плавный незаметный переход к классической

#### Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 351

психоаналитической технике будет абсолютно естественным и начало лечения постепенно и органично перейдет в последующую терапию (Weinshel, 1966, p. 567).

Поскольку правило контрвопроса в контексте жесткой системы правил, которую проповедуют, например, Меннингер и Хольцман (Menninger, Holzman, 1958), может иметь неблагоприятные побочные эффекты на любой стадии терапии — и не только у пациентов, внушающих опасения, — создание климата, подобного описанному Фрошем, всегда имеет решающее значение. В каждом отдельном случае предписанная смесь терапевтических средств должна быть приспособлена с тем, чтобы обеспечить возможность реализации цели психоаналитического лечения, а именно достижения структурных изменений благодаря интерпретированию переноса и сопротивления. Будут проводиться психоанализы, в которых аналитик оставляет многие вопросы без ответа, и другие, гораздо более поддерживающие. Подразделение терапии на поддерживающую (supportive), экспрессивную (expressive) и строго аналитическую становится сомнительным. Давайте рассмотрим следующий короткий диалог, приведенный Дж. и Р. Бланками (G. Blanck, R. Blanck, 1974, p. 330):

*Мистер Форрестер:* Я чувствую, что всех ненавижу сегодня, особенно всех женщин. (Пауза.) Вы как будто никогда не возражаете, когда я так говорю. (Пауза.) Вы остывший пирог. Мне грустно. Почему вы не скажете что-нибудь?

*Терапевт:* Я скажу. Я не против, когда вы говорите, что вы чувствуете.

Здесь важно не содержание замечания, а утверждение Бланка, что в лечении пограничных пациентов допустимо, *в отличие от психоаналитической техники*, уступить просьбе и прокомментировать сказанное. Наш опыт с техникой контрвопроса до настоящего времени говорит против того, чтобы считать его хорошо обоснованным техническим правилом.

#### **7.4.2 Правила, регулирующие сотрудничество и дискурс**

Задавание вопросов и ответы на них — это вербальное поведение, направленное на создание диадической структуры, в противоположность паттернам высказываний типа монолога, когда пациент занят свободными ассоциациями. Правило контрвопроса имеет целью преобразовать обратно в монолог ориентированные на взаимодействие паттерны вербальных действий пациента. С тем чтобы иметь возможность понять смысл отхода от обычных правил разговора, полезно взглянуть на некоторые правила сотрудничества и дискурса, которые формируют границы опыта и ожиданий для каждого человека. Мы ограничимся

#### 352 Правила

теми паттернами вербальных действий, которые относятся к теме «вопросов и ответов».

Остин (Austin, 1962) в своей теории речевых актов исходит из наблюдения, что словами делаются вещи. Среди паттернов вербальных действий существуют особые пути действия, доступные для вмешательств, изменяющих реальность (Ehlich, Rehbein, 1979). Однако речь, чтобы быть эффективным средством действия, должна соответствовать существующим межличностным обязательствам, которые можно описать как правила дискурса. Эти правила дискурса отчасти зависят от социального контекста вербального действия (те, что применяются в суде, отличаются от тех, которые используются в разговоре двух друзей), и, наоборот, данная социальная ситуация отчасти определяется соответствующими правилами дискурса. Психоаналитически расширяя это наблюдение, можно сказать, что имплицитные и явные правила дискурса помогают определить не только очевидную социальную ситуацию, но также и ее латентное референтное поле, то есть перенос и контрперенос.

Чтобы состоялся любой содержательный диалог, каждый партнер должен быть готов (и должен предполагать, что готов и другой) признать валидными правила дискурса для данной социальной ситуации и должен стремиться формулировать в соответствии с ними то, что он привносит (общий принцип сотрудничества, провозглашенный Грайсом (Grice, 1975)). Если дискурс нарушается неправильным пониманием или отступлением от правил, то должна быть возможна метакоммуникация о предшествующем разговоре, которая способна устранить нарушение. Например, один из участников может настаивать на следовании правилу (например: «Я поставил это как вопрос, но вы мне не ответили!»). В такой метакоммуникации прежде подразумевавшиеся правила, которые были нарушены, могут быть прояснены, и иногда такая ситуация может быть использована, чтобы вновь определить их, и в этом случае социальное содержание и (мы можем добавить) перенос и контрперенос также могут измениться. В вышеупомянутом случае Гринсона (Greenson, 1967, p. 279) мы видели вмешательство аналитика как пример такого типа коммуникаций о дискурсе: правило контрвопроса ясно введено и объяснено — таким путем аналитик освобождает пациента от

беспокойства о том, что аналитик обращается с ним деспотически, то есть не придерживается общего принципа сотрудничества. Трансферентные отношения освобождаются при этом от источника агрессивного напряжения.

В каждом речевом акте общий принцип сотрудничества дополняется дальнейшими специфическими правилами в соответствии с намерением речевого акта; это позволяет адресату его идентифицировать (то есть отличать вопросы от просьб и

Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 353

обвинений) и определять соответствующую реакцию. Таким образом, например, подобающая реакция на вопрос есть либо ответ, либо объяснение причины отказа дать ответ. Теперь рассмотрим молчание и контрвопрос на фоне некоторых правил дискурса.

Когда аналитик отвечает на вопрос пациента молчанием, молчанию придается смысл. Поскольку молчание может быть истолковано самым различным образом, у пациента есть множество возможностей и их выбор зависит от контекста ситуации и от текущей формы переноса. В рамках правил дискурса пациент должен предположить либо что аналитик не хочет соблюдать общий принцип сотрудничества, либо что своим молчанием аналитик хочет сообщить ему, что не выполнено одно из предварительных условий превращения его высказывания в вопрос. Если пациент допустит первое предположение, это может привести к прерыванию лечения. Это не случится, если благодаря переносу пациент готов принять, по определению, отношения, в которых аналитик может вести себя жестко. В этом случае аналитик своим молчанием внес вклад в формирование трансферентного паттерна подчинения жесткому режиму или по крайней мере подкрепил его. Однако, если пациент предполагает, что имеет место второй вариант, он, вполне возможно, также сочтет, что молчаливый способ, которым «коммуницируется» эта информация, весьма груб, — что тоже неизбежно будет иметь последствия для трансферентных отношений.

Сравнительно благоприятная ситуация еще может развиваться, если пациент расценит молчание как отсутствие у аналитика требуемой информации. В этом случае последствия для переноса могут принять форму уменьшения идеализации аналитика со стороны пациента.

Техника контрвопроса Ференци — особенно если она применяется без объяснений — может быть понята пациентом как знак того, что аналитик не хочет поделиться требуемой информацией, хотя она у него есть. В самом деле, существуют социальные контексты, в которых отношения между говорящим и тем, кому говорят, несимметричны (часто соответствуя неравенству власти), и это находит выражение в отсутствии желания передавать информацию. Например, в суде подзащитному не разрешается спрашивать судью (за исключением просьбы разъяснить сказанное), но противоположное, безусловно, разрешено. Правило Ференци (даже в модификации Гринсона) сводится к тому, что аналитическая ситуация предстает как некое поле взаимодействия, в котором никакие просьбы об информации со стороны пациента недопустимы. Пациент вбирает это в свои трансферентные явления по-разному, в зависимости от своих диспозиций. Одна из возможностей может состоять в том, что

354 Правила

он представит себе аналитическую ситуацию как сцену суда. Если он обладает переносом соответствующего характера, то может предположить, что общий принцип сотрудничества здесь не соблюдается. Мы уже рассматривали такую возможность при обсуждении молчания со стороны аналитика. Опасность этого особенно велика во вступительной фазе, когда пациент еще не может постичь смысла правил психоанализа.

Несколько иная ситуация возникает, если аналитик следует предложению Гринсона и объясняет пациенту цель техники контрвопроса. Такое объяснение не имеет длительного

действия, но укрепляет рабочие отношения, особенно если информация о правилах обогащается интерпретациями.

Нам бы хотелось подвести итог размышлениям о теории речевого акта следующим образом: пациент приходит в анализ в значительной степени с предсознательными знаниями о правилах дискурса, в основном взятыми из повседневной жизни. Всякий раз, когда аналитик отклоняется от повседневных правил дискурса или неявно или явно вводит новые правила, может возникнуть раздражение, влияющее на паттерны переноса, развивающиеся у пациента. Поступая таким образом, аналитик подталкивает пациента к трансферентному паттерну, который соответствует новым правилам дискурса. Какой паттерн переноса при этом возникает, зависит от трансферентных диспозиций пациента.

### **7.4.3 Нахождение объекта и диалог**

Наши ссылки на теорию речевого акта, и особенно на вербальные паттерны вопроса, ответа и реакции, показывают, что дискурсивные правила образуют весьма дифференцированную систему взаимосвязанных реакций со стороны партнеров по диалогу. Подобно этому известны взаимосвязанные и координированные паттерны на невербальном уровне взаимодействия между матерью и ребенком. Рене Шпиц (René Spitz, 1965) называл это взаимодействие матери и ребенка диалогом и определил значение этого диалога как предварительное условие, дающее ребенку возможность достичь внутренней константности объекта. Следующим естественным шагом представляется применение соображений Шпица к вербальному диалогу в анализе, который, в конце концов, как предполагается, должен вести к переструктурированию репрезентаций Я и объекта.

Согласно Шпицу, в диалоге матери и ребенка взаимосвязываются не только паттерны действий, но и их предыдущие и текущие аффекты. Дело не в том, что мать может или даже должна максимально удовлетворять каждое желание ребенка, но диалог достаточно часто должен протекать в удовлетворитель-

Психоаналитический диалог и правило контрвопроса 355

ном для ребенка ключе, чтобы способствовать развитию образа хороших отношений с объектом (*nihil est in intellectu quod non prius fuit in sensibus* — ничего нет в интеллекте, чего бы не было раньше в ощущениях).

С другой стороны, паттерны ребенка (его образ отношений с объектом) становятся дифференцированными на основе того, что мать избегает выполнять все желания ребенка, и ребенок тем самым учится контролировать свои импульсы и справляться (сначала лишь временно) с отсутствием реального человека, при этом не переполняясь аффектами.

Аналогия довербального диалога, как его описал Шпиц, с вербальным паттерном «вопрос-ответ-отклик» ясна. Дуга, натянутая между прямым ответом и откликом, — это дуга между удовлетворением и фрустрацией. Подобно матери, аналитик должен найти правильное соотношение между ними, если он хочет способствовать развитию своего пациента. Здесь становится ясно, что жесткое применение правила контрвопроса представляет слишком простое решение проблемы. На некоторые вопросы следует ответить на уровне, поставленном пациентом, если мы хотим облегчить развитие здоровых рабочих отношений. По ряду причин обязательно возникнет некоторое разочарование, например, потому, что аналитик не знает ответа, или потому, что он хочет защитить сферу своей личной жизни (таким же образом, как мать должна защищать себя от чрезмерных требований, предъявляемых ей ребенком), а также потому, что вполне естественные разочарования развивают дифференциацию паттернов отношений пациента, которые правильно отражают реальность. Таким путем аналитик полностью остается в рамках повседневных правил

разговора.

Мы не хотим утверждать, что аналитик обязан следовать повседневным правилам дискурса, когда он отвечает на вопросы пациента или вообще в отношении терапевтической обстановки. Однако мы хотим подчеркнуть, что неявные и явные правила, которые вводит аналитик посредством своей техники, являются существенными детерминантами формы переноса пациента. Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1978) предполагают, что фундаментальное правило и правило воздержания вызывают переносы, которые повторяют отношения ребенка к людям, от которых он зависит. Конечно, возможно, не существует матери, которая избегает отвечать и вообще не отвечает ни на один вопрос своего ребенка, и, значит, в таком повторении всегда следует предполагать ятрогенный компонент (см. гл. 2). Кроме того, повторение происходит и при более благоприятных условиях. Обсуждавшийся выше стереотип отнюдь не создает плодотворного климата для того, чтобы пациент мог найти сегодня лучшие ответы, чем он находил в прошлом. Аналитик должен тщательно

### 356 Правила

оценить, сколько отступлений от повседневных правил дискурса может вынести пациент, и предвидеть последствия этого для трансферентных отношений.

Аналитический диалог извлекает уникальные возможности из того, что присущие ему дискурсивные правила в некоторых отношениях шире, чем в повседневном разговоре. Цель этого расширения масштаба, в котором интерпретация выступает как единственный, самый важный компонент, — позволить бессознательному быть внесенным в сферу сознания. Такова же и цель правила контрвопроса, которая, однако, не достигается, если правило применяется жестко. Однако, если аналитик просто по привычке отвечает на вопросы пациента, он не выполняет свою работу соответствующим образом; он должен понять, что бессознательно стоит за этим вопросом. Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1978) утверждают, что аналитик должен, в конечном счете, отвечать на вопросы, которые пациент не может пока еще сознательно задать. Пример прояснит это: ребенок, боящийся остаться один, спрашивает уходящую мать: «Когда ты вернешься?» Мать ответит на вопрос и, возможно, добавит несколько слов в утешение. Пациент, который задает аналитику тот же вопрос перед летним отпуском, возможно, получит в ответ следующее объяснение: «Вы спрашиваете это теперь, чтобы быть уверенным, что я вернусь, и что ваш гнев по поводу моего отъезда не угрожает нашим отношениям».

Таким путем аналитик отчасти избегает ответа на вопрос (хотя в этом примере подразумевается, что аналитик вернется). Уклонение от ответа несет в себе фрустрацию. Таким образом, аналитик вместо этого начинает особого рода метакоммуникацию с пациентом, чтобы, интерпретируя перенос, пролить свет на бессознательные компоненты отношения к нему пациента, тем самым давая ответ на вопрос, который пациент не может поставить: «Почему я так агрессивен и почему я не могу выразить свою агрессивность?»

В той степени, в какой он чувствует, что аналитик понял его в этой интерпретации и что таким образом он сам учится лучше понимать себя, пациент получает что-то, в чем содержится доля удовлетворения, и, кроме того, нечто помогающее ему преодолеть свои конфликты. Таким образом, он более чем компенсирует свою фрустрацию, которую вызвал бы отказ аналитика ответить прямо на его вопрос. Однако, чтобы достичь этой стадии, то есть чтобы аналитик мог сделать помогающую интерпретацию, сначала нужно установить терапевтические отношения с сознательными, бессознательными и трансферентными компонентами. Аналитик вносит вклад в это развитие всем, что он делает или оставляет несделанным. С пациентами, внушающими опасения, жесткое следование правилу контрвопроса увеличи-